

Министерство образования Республики Беларусь
Белорусский государственный университет
Факультет философии и социальных наук
Кафедра философии культуры

СОГЛАСОВАНО
Заведующий кафедрой
И.Н.Сидоренко

«03» марта 2023 г.

СОГЛАСОВАНО
Декан ФФСН
_____ В.С.Сайганова

«28» марта 2023 г.

СОГЛАСОВАНО
Председатель
Учебно-методической комиссии факультета
_____ Курилович Н.В.

«28» марта 2023 г.

Биоэтика

Электронный учебно-методический комплекс
для специальностей: 1-23 01 04 «Психология»,
1-23 01 15 «Социальная коммуникация»

Регистрационный № 2.4.2-24/340

Авторы:

Беляева Е.В., доктор философских наук, доцент,
Мухамедова З.М., доктор философских наук, профессор.

Рассмотрено и утверждено на заседании Научно-методического совета БГУ
03.05.2023 г., протокол № 7.

Минск, 2023

УДК 614.253(075.8)+172(075.8)
Б 447

Утверждено на заседании Научно-методического совета БГУ
Протокол № 7 от 03.05.2023 г.

Решение о депонировании вынес:
Совет факультета философии и социальных наук
Протокол № 8 от 28.03.2023 г.

А в т о р ы:

Беляева Елена Валериевна, профессор кафедры философии культуры факультета философии и социальных наук БГУ, доктор философских наук, доцент;

Мухамедова Замира Махамаджановна, профессор кафедры социогуманитарных наук с курсом биоэтики Ташкентского государственного стоматологического института, доктор философских наук, профессор.

Рецензенты:

Дудчик А. Ю., кандидат философский наук, доцент, заместитель директора Государственного научного учреждения «Институт философии Национальной академии наук»;

Павловская О. А., доктор философских наук, ведущий научный сотрудник отдела философии культуры Государственного научного учреждения «Институт философии Национальной академии наук».

Беляева, Е. В. Биоэтика : электронный учебно-методический комплекс для специальностей: 1-23 01 04 «Психология», 1-23 01 15 «Социальная коммуникация» / Е. В. Беляева, З. М. Мухамедова ; БГУ, Фак. философии и социальных наук, Каф. философии культуры. – Минск : БГУ, 2023. – 164 с. – Библиогр.: с. 160–163.

Электронный учебно-методический комплекс (ЭУМК) по учебной дисциплине «Биоэтика» предназначен для студентов специальности 1-23 01 04 «Психология» и 1-23 01 15 «Социальная коммуникация». В ЭУМК содержатся базовые учебные материалы: фрагменты учебника, тематика семинарских занятий, ситуационные задания (кейсы), тематика контрольных и рефератов, учебная программа, вопросы к зачету, список рекомендуемой литературы.

Адресуется студентам факультета философии и социальных наук, а также всем, интересующимся биоэтикой.

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА..... | 4 |
| 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ..... | 8 |
| 1.1. История биоэтики и ее статус..... | 8 |
| 1.2. Проблемное поле и теоретические основы биоэтики..... | 18 |
| 1.3. Биоэтика и общество | 26 |
| 1.4. Врач и пациент: этические аспекты взаимоотношений..... | 38 |
| 1.5. Жизнь и смерть как главная тема биомедицинской этики..... | 46 |
| 1.5.1. Этические аспекты смерти и умирания..... | 46 |
| 1.5.2. Этическое и правовое регулирование эвтанази..... | 55 |
| 1.5.3. Этические аспекты проблемы искусственного аборта и контрацепции..... | 65 |
| 1.5.4. Репродуктивная этика | 71 |
| 1.5.5. Этические проблемы отношения к животным | 80 |
| 1.6. Этика биомедицинских исследований | 89 |
| 1.7. Этические проблемы оказания психиатрической помощи..... | 96 |
| 1.8. Моральные проблемы лечения социально опасных и социально-значимых заболеваний..... | 105 |
| 1.9. Моральные проблемы трансплантации органов и тканей | 118 |
| 1.10. Этические проблемы медицинской генетики | 127 |
| 2. ПРАКТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ..... | 139 |
| 2.1. Примерная тематика семинарских занятий..... | 139 |
| 2.2. Ситуационные задачи (кейсы)..... | 143 |
| 3. РАЗДЕЛ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ..... | 150 |
| 3.1. Примерный перечень вопросов к зачету по учебной дисциплине..... | 150 |
| 3.2. Примерный перечень вопросов для контрольных работ по учебной дисциплине | 151 |
| 3.3. Примерный перечень тем рефератов..... | 153 |
| 3.4. Средства диагностики результатов учебной деятельности..... | 155 |
| 4. ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ РАЗДЕЛ..... | 156 |
| 4.1. Содержание учебного материала | 156 |
| 4.2. Рекомендуемая литература | 160 |
| 4.3. Электронные ресурсы..... | 163 |
| 4.4. Материально-техническое обеспечение дисциплины | 163 |

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Учебная дисциплина «Биоэтика» предназначена для реализации на первой ступени высшего образования. Она призвана углубить профессиональные знания, касающиеся нравственной природы человека и навыки этичного взаимодействия с людьми.

Учебная программа дисциплины разработана в соответствии с Образовательным стандартом и учебным планом по специальностям 1-23 01 04 «Психология» и 1-23 01 15 «Социальная коммуникация».

Цели и задачи учебной дисциплины

Цель учебной дисциплины – системное освоение проблемного поля биоэтики, ее теоретических оснований и нормативного содержания.

Задачи учебной дисциплины:

1) разъяснить значение и специфику биоэтики в современном мире, последствия ее нарушения;

2) ознакомить с проблемным полем, понятийно-категориальным аппаратом, основными концепциями биоэтики;

3) научить самостоятельно разбираться в сложных проблемах, возникающих в деятельности людей в связи с нравственным отношением к Живому; находить этически обоснованные, нравственно корректные решения;

4) развить заинтересованность в биоэтике, способность к личностной моральной рефлексии над собственными ценностными ориентациями, системой мотивации, поступками;

5) эксплицировать значимость биоэтики для профессиональной подготовки специалиста в области психологии и социальных коммуникаций.

Место учебной дисциплины в системе подготовки специалиста с высшим образованием.

Учебная дисциплина относится к циклу социально-гуманитарных дисциплин Спецмодуль 4 компонент учреждения высшего образования и изучается в 5 семестре.

Учебная дисциплина связана с дисциплиной «Психологическая диагностика в клинике».

Учебная дисциплина базируется на дисциплине «Философия».

Требования к компетенциям

Освоение учебной дисциплины «Биоэтика» должно обеспечить формирование следующих академических, социально-личностных и профессиональных компетенций:

академические компетенции:

АК-1. Уметь применять базовые научно-теоретические знания для решения теоретических и практических задач.

АК-2. Владеть системным и сравнительным анализом.

АК-4. Уметь работать самостоятельно.

АК-5. Быть способным вырабатывать новые идеи (креативность).

АК-6. Владеть междисциплинарным подходом при решении проблем.

АК-9. Уметь учиться, повышать свою квалификацию в течение всей жизни.

социально-личностные компетенции:

СЛК-1. Владеть качествами гражданственности.

СЛК-2. Быть способным к социальному взаимодействию.

СЛК-3. Владеть способностью к межличностным коммуникациям.

СЛК-4. Владеть навыками здорового образа жизни.

СЛК-5. Быть способным к критике и самокритике (критическое мышление).

СЛК-6. Уметь работать в команде.

СЛК-7. Опирается в своей работе на профессиональные этические нормы и стандарты поведения.

профессиональные компетенции:

ПК-8. Использовать основные социально-гуманитарные знания в профессиональной деятельности.

ПК-17. Анализировать факты и прогнозировать развитие социальных явлений на основе психологической интерпретации текущих событий в обществе.

ПК-18. Осуществлять моделирование и прогнозирование психологических процессов в различных сферах общественной жизни.

ПК-19. Оценивать социальные проблемы и тенденции с позиций современной психологии.

ПК-33. Осваивать и внедрять современные психологические инновации в практическую деятельность.

В результате освоения учебной дисциплины студент должен:

знать:

- историю становления биоэтики как междисциплинарного знания;
- специфику функционирования биоэтики как социального института;
- структуру биоэтики, основные подходы к решению проблем в каждой ее предметной области;

- содержание норм и принципов биоэтики;

уметь:

- осуществлять профессиональные отношения в соответствии с нормами и принципами биоэтики;

- осуществлять биоэтическую интерпретацию психологических проблем, содействовать их корректному решению;

- разрешать моральные дилеммы, порожденные прогрессом современной биомедицины;

владеть:

- методами анализа ситуаций с помощью понятийно-категориального аппарата биоэтики;

- методами выявления биоэтических аспектов профессиональной деятельности;
- навыками самостоятельного исследования и преодоления проблемной нравственной ситуации в области биоэтики;
- навыками этически корректной межличностной и групповой коммуникации.

Структура учебной дисциплины

Дисциплина изучается в 5 семестре. Всего на изучение учебной дисциплины «Биоэтика» отведено:

- для очной формы получения высшего образования – 72 часа, в том числе 34 аудиторных часа, из них: лекции – 16 часов, семинарские занятия – 18 часов. Трудоемкость учебной дисциплины составляет 2 зачетные единицы. Форма текущей аттестации – зачёт.

К основным содержательным блокам ЭУМК относятся: 1) теоретический раздел (тексты лекций); 2) практический раздел (задания для семинаров и ситуационные задания (кейсы)); 3) раздел контроля знаний (вопросы к зачету, тематика контрольных работ и рефератов); 4) вспомогательный раздел.

Теоретический блок представлен фрагментами учебника З. М. Мухамедовой, который в развернутой форме отражает основную концепцию и базовые понятия дисциплины, наиболее значимые ее проблемы.

Практический блок ориентирован на знакомство с многообразием конкретных прикладных проблем биоэтики, приобретение навыков решения ситуативных задач (кейсов). Поскольку биоэтика – это прикладная дисциплина, то важнейшей задачей практического блока является превращение ее содержания в личностные смыслы студента для последующего применения в профессиональной деятельности и социальной жизни.

В разделе *контроля* знаний особый интерес для студентов представляет список вопросов к зачету по данной учебной дисциплине. Они охватывают все темы учебного курса. Задания для контрольных работ даны в двух вариантах. Первый – это вопросы на проверку знания основных принципов и понятийно-категориального аппарата биоэтики, а также вопросы на понимание и конкретизацию данного знания. Второй вариант контрольной работы представляет собой применение 4-х принципов биоэтики (не навреди, делай благо, автономии пациента и справедливости) к основным проблемам биомедицины (эвтаназия, аборт, новые репродуктивные технологии, трансплантация органов, психиатрическая помощь, наркомания и алкоголизм, вакцинация). Тематика рефератов отражает самый широкий спектр сложных и актуальных биоэтических проблем.

См. Рабочие учебные планы специальности.

Вспомогательный раздел (элементы учебно-программной документации образовательной программы, перечень учебных изданий и информационно–аналитических материалов, рекомендуемых для изучения учебной дисциплины) выполняет функцию учебно-методического обеспечения курса, отражая его содержание и базовые источники.

1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ

Структурно-содержательная реконструкция дисциплины «Биоэтика»

1.1. История биоэтики и ее статус

Истоки биоэтики уходят в медицину и биологию (достижения этих областей научного знания, имеют последствия, выходящие за пределы этих наук). Человек «творит» уже не только мир природы, но и самого себя, т.е. всё более выходит за пределы естественно-природных процессов. Отставание нравственных принципов здесь недопустимо и опасно. Требуется нравственная оценка и философский рефлексивный анализ последствий деятельности человека. К нему должны быть способны представители различных специальностей, поэтому биоэтика объединяет медиков, биологов, философов, экологов, правоведов, теологов и др. Отсюда понятно, как велика роль мировоззренческой, психологической и практической готовности будущих специалистов включаться в процесс решения актуальных общественных и медицинских проблем. Биоэтика – потребность времени, в котором нравственному отношению к жизни в целом, к человеческой жизни как к наивысшей ценности, нет альтернативы. В этом контексте область биоэтических знаний возникла как жизненно важная область.

Предпосылки возникновения биоэтики

Современная цивилизация переживает небывалый антропологический кризис, угрожающий существованию жизни на Земле. Это связано с противостоянием и противопоставлением фундаментальных общечеловеческих моральных ценностей и ценностей науки. «Опасность знания», которым обладает современный человек (биомедицинские, биохимические, военно-промышленные, сельскохозяйственные технологии и т.д.), заключается в том, что они позволяют вмешиваться в основы жизни на Земле, а новейшие компьютерные технологии, изменяют привычный стиль жизни и образ мышления человека.

Человек – это часть биосферы и по своему происхождению существо биологическое, но он в то же время является и над-биологическим существом. Биологическая жизнь людей всё больше подчиняется социальным, политическим, культурным потребностям и интересам. НТП, новый этап развития которого связан с биологией, сделал возможным более глубокое изучение природы человека, проникновение в тайны его жизни и смерти. В частности, были открыты новые методы воспроизводства человека (искусственное оплодотворение), продления и поддержания жизни (ИВЛ, искусственные сердце, почка), стало возможным «починить» человеческий организм, заменив больной орган на донорский (трансплантология) и т. д. Уже сегодня генетики говорят о том, что в принципе можно заранее планировать способности будущего ребёнка при помощи биотехнологий. Это выводит вид

Homo sapiens из-под жесткого контроля природы. Мы уже не нуждаемся в естественном отборе как факторе приспособления и адаптации. Однако путь развития современной постиндустриальной цивилизации стал дорогой медленного физического и химического поражения природы, генетического вырождения живых видов, в том числе и человечества. Современное общество оказалось интеллектуально и морально неподготовленным к новейшим открытиям в области биологии, медицины, генной инженерии и т. д. Это породило глобальный антропологический, социальный и духовный кризис человечества. Возник парадокс: современная наука помогла человеку достичь небывалого могущества в освоении природы, но в тоже время, привела к резкому возрастанию негативных факторов, влияющих на жизнь, здоровье и благополучие человека. Перед обществом встали вопросы о способах выживания человека как биологического вида и сохранении биосферы Земли.

Мы сегодня вынуждены адаптироваться к новым условиям, порождённым глобальным кризисом цивилизации, в частности экологическим кризисом. На помощь приходят биотехнологии, с их помощью учёные:

- выводят устойчивые к болезням растения, что позволяет не применять химические средства защиты, вредные для человека и природы;
- решают проблему био-переработки бытовых отходов с помощью микроорганизмов;
- используя особые микроорганизмы, научились очищать воды мирового океана от продуктов нефтехимии;
- разработали дешёвое белковое питание для борьбы с голодом в бедных странах;
- разрабатывают новые технологии переработки и хранения продуктов питания.

Биотехнологии открывают блестящие перспективы в поддержании здоровья человека и лечения различных болезней. Стало возможным получение белков растений, животных и человека, необходимых для производства широкого спектра лекарств (инсулина, интерферона, различного рода вакцин, и многих биологически активных веществ). Эти лекарства используются для селективной и высокочувствительной диагностики, профилактики и лечения таких заболеваний как гепатит В, полиомиелит и др.

Разработан направленный транспорт лекарств в организме человека. Фармакологи стремятся разработать новые способы введения лекарств в организм человека, оказывающие воздействие только на пораженные участки.

Развивается диагностика и последующее лечение ряда наследственных болезней: миопатия, психические расстройства, аллергический диатез, болезни крови, тяжелые иммунодефициты и др. Генная технология дает возможность картировать геном человека и осуществлять диагностику с помощью генных зондов уже у эмбрионов. Это позволяет выявить более десятка серьезных заболеваний и точно установить характер мутации соответствующего гена. По мнению медиков, дородовая диагностика наследственных заболеваний – это краеугольный камень профилактической деятельности.

Всё это позволяет расширять адаптационные возможности человека в условиях экологического кризиса. Таким образом, здоровье человека в наше время в значительной степени связано с применением биотехнологий. Однако новые технологии породили новые этические проблемы, опасные для благополучия человека.

1. Развитие научных знаний сегодня требует больших материальных затрат, что ведет к удорожанию квалифицированного медицинского обслуживания. Это ведет к тому, что получение качественных медицинских услуг становится привилегией богатых людей.

2. Успехи трансплантологии позволяют спасти жизни многих людей. Это породило дефицит донорских органов, что делает возможным денежную эксплуатацию, как доноров, так и реципиентов, отдающих за деньги свои органы.

3. Биотехнологии позволяют расширять и удешевлять производство лекарственных средств для лечения редких болезней. Однако, фармацевтические фирмы из-за коммерческого расчета либо не производят их, либо искусственно поддерживают высокие цены. Возможно нарушение прав испытуемых при клинических исследованиях новых лекарственных средств.

4. Использование современных методов диагностики помогает выявить людей, страдающих редкими и врожденными генетическими заболеваниями. Но информация о таких заболеваниях может использоваться в дискриминационных целях: увольнение с работы, отказ в страховке, нанесение морального ущерба. Возможна перспектива возникновения биологически низшего класса, представители которого окажутся париями общества.

5. Существуют новые методы решения демографической проблемы с помощью искусственного воспроизводства (искусственная инсеминация, экстракорпоральное оплодотворение, суррогатное материнство, клонирование), но они нарушают самоопределение личности ребёнка. При помощи гормональных контрацептивов возможно планировать рождение детей, что сокращает количество аборт и социальных сирот. Продление жизни стариков с помощью новейших лекарств и новых методик лечения привело к старению человеческих популяций в экономически благополучных странах. Развитие профилактической медицины позволяет спасти многие жизни.

6. Человек от рождения до смерти в силу своей биосоциальной природы оказывается под контролем медиков. Это позволяет вовремя выявлять болезни и их лечить. Но это привело к ограничению права человека распоряжаться своим телом и принимать решения относительно своей жизни и смерти.

7. Внедрение новых технологий в медицину и фармацию изменило традиционное понимание жизни и смерти – их начала и конца. Это породило проблему эвтаназии, поддержания жизни с помощью искусственных аппаратов жизнедеятельности, проблему права нерожденных детей на жизнь.

Долгое время врачи даже не подозревали об этих последствиях, а когда сталкивались – не знали, как их избежать. Все моральные и правовые проблемы, возникавшие в ходе их профессиональной деятельности, обсуждались за закрытыми дверями, врачебные ошибки утаивались от

общественности. Медицина всё больше и больше утрачивала своё гуманистическое содержание: в техническом плане стала более совершенной, но при этом более «бездушной». Технократическое мышление в медицине породило кризис традиционной медицинской этики. Её принципы и правила утратили свою функцию – регулирование медицинской и фармацевтической практики с позиции добра и справедливости. Таким образом, новые возможности медицины и фармации, связанные с лечением, управлением человеческой жизнью, психикой, сознанием и деятельностью, вступили в противоречие с существующими традиционными моральными ценностями и принципами. Это привело к тому, что доверие людей к медицине отчасти было подорвано. Перед обществом встали важные вопросы. Соответствует ли современная наука принципам уважения человеческой личности? Как относиться к уже накопленным биомедицинским знаниям, если они могут быть использованы и во благо, и во зло человеку? Развивать ли дальше научный поиск и есть ли этические пределы научным изысканиям? Какова роль ученого, которому зачастую неподконтрольны его открытия, и медика, использующего новые методы вмешательства в организм человека?

В ответ на угрозы моральному и физическому благополучию человека, порождаемые бурным научно-техническим прогрессом, с целью защиты фундаментальных моральных ценностей возник новый культурный феномен – биоэтика. Ее формирование и развитие обусловлено следующими предпосылками: массированным внедрением в повседневную практику новых биомедицинских технологий, и возникающими в связи с этим вопросами этического и правового характера; технологическим перевооружением медицины; развитием нетрадиционных методов вмешательства в организм человека; трансформацией традиционной этики в условиях научно-технического прогресса; новым характером взаимоотношений между врачом и пациентом.

Решение моральных дилемм в современных условиях развития биомедицинских технологий потребовало новых подходов, учитывающих автономию личности пациента и другие принципы биоэтики. В основе биоэтики лежат представления о недостаточности одностороннего медицинского истолкования телесного благополучия как цели врачевания. Насущной необходимостью является междисциплинарный диалог, диалог с пациентами и представителями общественности. Только так может быть адекватно выражена и понята многоплановая природа человеческого страдания и на этом основании выработана современная регулятивная идея блага и как цели врачевания для отдельного индивида, и как цели общественного здравоохранения в целом. Развитие биоэтики – веление времени, отвечающее актуальным проблемам гуманизации образования, ее направленности на новое целостное миропонимание, новые мировоззренческие ориентиры, воспитание гуманистического стиля мышления.

К объективным предпосылкам биоэтики относится прогресс в области биологических и медицинских исследований, научно-техническое развитие, компьютерно-информационный бум; кардинальные изменения в медико-

клинической практике и ценностной нагруженности знания, вызвавшие усложнение ситуации принятия решения и разрешения морально-правовых проблем, встающих, как перед медицинским персоналом, так и перед представителями других профессий.

К субъективным предпосылкам биоэтики можно отнести возрастание роли человека как «меры всех вещей» и как творца, повышение качества и нормативно-ценностной определенности человеческой жизни, установка на расширение прав человека и повышение моральной ответственности личности как гражданина и профессионала; глобализацию мировых процессов, последовательно ведущую к расширению диалога между культурами, профессиями и людьми.

Биоэтика как учебная дисциплина, ее содержание, цель и задачи

Биоэтика, появилась в начале 70-х годы XX в. и была своего рода «криком о помощи» со стороны людей, которые оказались перед лицом риска и отрицательных последствий биомедицинских технологий. Она возникла как ответ на технологические вызовы в медицине, как интуитивное чувство, согласно которому долгосрочное выживание человечества как вида возможно только при разработке новой этики.

Термин «биоэтика» состоит из двух слов: «био» – жизнь, и «этика» – философская наука о морали, системе ценностей и норм, которой руководствуются люди для гуманизации своих отношений. Традиционно этика трактуется как практическая философия и рассматривается как одно из проявлений человеколюбия. Следовательно, биоэтика – это этика жизни.

Биоэтика в широком смысле слова – это междисциплинарное знание и социальный институт, регулирующие нравственное отношение к Живому. Это сфера междисциплинарных исследований, публичных дискуссий и политических решений, связанных с осмыслением, обсуждением и разрешением разнообразных моральных проблем, которые порождаются новейшими достижениями биомедицинской науки и практикой здравоохранения.

По мнению американского философа А. Джонсена рождение биоэтики можно датировать 1961 годом – началом публичных дискуссий вокруг деятельности этического комитета при Центре «Искусственная почка» в г. Сиэтле. Однако сам термин «биоэтика» входит в научный оборот в США в 1970-е годы. Первоначально он был предложен американским врачом-онкологом Ван Ренсселером Поттером в книге «Биоэтика мост в будущее» (1971) для обозначения особого варианта экологической этики. Основная идея Поттера сводилась к необходимости объединения усилий гуманитарных и биологических наук для решения проблем сохранения жизни на Земле, учета долгосрочных последствий научно-технического прогресса (особенно в области биомедицинских технологий). Биоэтика рассматривалась Поттером, как новая дисциплина, которая перекинет мост между биологией и этикой во имя решения в длительной перспективе задачи выживания человека как вида при обеспечении достойного качества его жизни. Биоэтика станет наукой выживания. Он считал, что наука выживания должна быть не просто наукой, а

новой мудростью, которая объединила бы два наиболее важных и крайне необходимых элемента – биологическое знание и общечеловеческие ценности.

Новый импульс развитию биоэтики придали работы американского акушера и эмбриолога Андре Хеллегерса (1926–1979). Именно он начал использовать термин «биоэтика» для обозначения междисциплинарных исследований моральных проблем биомедицины, прежде всего связанных с необходимостью защиты достоинства и прав пациентов. А. Хеллегерс представил биоэтику как новый способ осмысления и решения тех моральных конфликтов, которые порождает высоко технологичная медицина. Именно Хеллегерс придал биоэтике академический статус и способствовал её признанию в медицинских науках, политике и СМИ. Ученый основал в 1971 г. Институт этики Кеннеди и создал первые образовательные курсы по биоэтике для врачей, философов и представителей других специальностей. Начиная с этого времени, биоэтика бурно развивается в США как междисциплинарная область знания, получая затем распространение в Западной Европе и во всем мире. Сегодня она обладает всеми чертами сложившейся и быстро развивающейся научной дисциплины. Публикуется множество книг и учебников, в университетах и медицинских колледжах существуют кафедры биоэтики, организуются симпозиумы и конференции (традиционными стали Всемирные конгрессы по биоэтике), создаются новые национальные и межнациональные биоэтические организации. Биоэтика меняет сам характер научной деятельности, формируя новые социальные институты – этические комитеты.

Сегодня о биоэтике необходимо говорить как о реальности трёх видов: исследовательском направлении, практике этических комитетов, учебной дисциплине. Биоэтику нельзя назвать отдельной наукой, к ней нельзя подойти с мерками традиционного науковедения, когда наука имеет свой предмет и свою теорию. Биоэтика же – это междисциплинарная область знания, которая возникает на стыке философии, права, медицины, социологии, политологии, демографии, культурологии, религиоведения. Она исследует нравственные аспекты отношения человека к жизни и смерти и включает самый широкий круг социально-экономических, морально-этических и юридических проблем. В этом смысле, биоэтика представляет собой концепцию нравственных основ защиты человека и здоровья населения в целом, защиты качества жизни, физической и психической неприкосновенности человека и его человеческого достоинства.

Объектом биоэтики выступает живое, жизнь в целом, жизнь человека, как наивысшая ценность. Перечисленное не может быть охвачено отдельно ни одной наукой, даже философия не пойдёт дальше общих выводов и абстракций, если будет оторвана от биологических, медицинских, экологических знаний. Чётко отнести биоэтику к гуманитарным или к естественным наукам невозможно. Биоэтика как учебная дисциплина есть интегрированное знание, синтез философских оснований биоэтики, биологических, медицинских, экологических и деонтологических знаний. Например, биоэтика в философской своей части охватывает проблемы, начиная от ответственности за живое в

целом до биологической, экологической и медицинской грамотности отдельного человека относительно самого себя.

Главная идея биоэтики состоит в том, что общечеловеческие ценности не должны рассматриваться отдельно от биологических фактов. Человек – часть природы, ему необходима здоровая пища, свежий воздух, чистая вода, дикие уголки природы, он не может существовать без животных, растений, рек и почвы, которые являются не только экологическими ресурсами, но и главным условием выживания человечества. Цель биоэтики – выработка нравственных норм, требований и принципов, обеспечивающих использование научно-технических достижений только во благо человека и природы.

В организационном отношении биоэтика – это сфера академической, образовательной деятельности, это бурно развивающийся социальный институт. Он включает сложную систему международных (на уровне ООН, ЮНЕСКО, ВОЗ, Совета Европы и т. д.), национальных (в системе государственных и профессиональных организаций), региональных и локальных (в структурах исследовательских и практических организаций) этических комитетов. Биоэтика в определенном аспекте является частью правозащитного движения в области здравоохранения.

Уставом ЮНЕСКО определена структура биоэтики:

- теоретико-философская биоэтика (философские аспекты биологических, медицинских, фармацевтических и ветеринарных наук; биоэтика в различных социокультурных контекстах; история биоэтики);
- биомедицинская этика (клиническая биоэтика);
- фармацевтическая биоэтика;
- биоэтика создания и клинических испытаний лекарственных средств.

Исходя из содержания, целей и задач биоэтики, можно сказать, что это не просто новый раздел профессиональной медицинской этики. Это феномен более глубинный за счёт охвата широких морально-этических, правовых, медицинских, философских и религиозных проблем современной медицины. Все эти проблемы стянуты в единое целое новым пониманием прав человека, отношения к жизни и смерти, ко всему живому.

Основные проблемы биоэтики:

- защита прав пациентов (в том числе ВИЧ-инфицированных, психиатрических больных, детей и др. больных с ограниченной компетентностью);
- справедливость в здравоохранении;
- взаимоотношение человека и общества с живой природой (экологические аспекты развития биомедицинских технологий);
- аборты, контрацепция и новые репродуктивные технологии (искусственное оплодотворение, оплодотворение «в пробирке» с последующей имплантацией эмбриона в матку, суррогатное материнство);
- проведение экспериментов на человеке и животных;

- выработка критериев диагностики смерти (новое понимание жизни и смерти);
- трансплантология;
- современная генетика (генодиагностика, генная терапия и инженерия);
- манипуляции со стволовыми клетками;
- клонирование (терапевтическое и репродуктивное);
- оказание помощи умирающим пациентам (хосписы и организации паллиативной помощи);
- эвтаназия (пассивная или активная, добровольная или насильственная).

Все эти проблемы, так или иначе, затрагивают интересы каждого человека и требуют нового философского, правового и медицинского осмысления и решения. Минимум знаний в области биоэтики необходим каждому человеку.

Биоэтика, биомедицинская этика, медицинская этика.

Биоэтика – это широкое междисциплинарное знание, ядром которого является нравственное отношение к Живому.

Биомедицинская этика – это прикладная медицинская этика, составная часть биоэтики, которая решает частные этические проблемы биомедицины. Она отличается динамикой своей проблематики, движется от эмпирического описания проблем морали врача к философскому осмыслению нравственности в свете биомедицинских исследований и манипуляций.

Медицинская этика исторически существует в четырех основных моделях.

Модель Гиппократа. Главное этическое требование, сформулированное Гиппократом – «не навреди», нравственная сущность которого – фундаментальная медицинская гарантия защиты жизни человека. Из этого вытекают следующие положения: любые действия врача должны идти на благо пациента; следует сохранять врачебную тайну; необходимо уважать человеческую жизнь. Гиппократ положил начало патерналистскому отношению к пациенту в медицине.

Модель Парацельса определяет нравственное отношение врача к пациенту с позиции принципа «делай добро». На первый план выдвигаются такие этические принципы, как гуманизм, милосердие, благодеяние. Парацельс считал целью врачевания творение любви к ближнему. Любовь есть основа лекарства, сила врача в его сердце, врачевание должно руководиться Богом и поддерживаться опытностью медика. Парацельс дал начало суггестивной терапии как эффективной составляющей лечения. Особое значение он отводил вере пациента во врача.

Деонтологическая модель медицинской этики складывается в конце XVIII – начале XIX вв. Она предполагает нравственную безупречность в поведении медика. Деонтологическая модель – это свод обязательных для выполнения правил в системе взаимоотношений медика с пациентом, его родственниками, коллегами и администрацией. Основу этой модели составляет принцип соблюдения долга, следовательно, нравственность и профессионализм врача, медсестры – это готовность и способность выполнять нравственные требования, которые им предъявляет общество. На сегодняшний день

существуют моральные правила поведения для каждой специальности. Особую роль медицинская деонтология играет в сестринском процессе.

Биомедицинская модель основывается на принципе уважения прав и достоинства человека. Она предполагает изменение сути взаимоотношения медика и пациента, прежде всего, преодоление патернализма в медицине и внедрение новых моделей взаимоотношений, основанных на автономии пациента и уважении его прав. Главные принципы биомедицинской модели: автономия пациента, информированное согласие, конфиденциальность и правдивость.

Исторический анализ этики врачевания показывает, что с изменением общества происходит трансформация моральных принципов в медицине. В биомедицинскую этику вливается научное знание, гуманистическая мораль и все достижения медицинской этики от Гиппократов до наших дней.

Моральные и правовые аспекты биомедицинской этики

Как социокультурный феномен, биомедицинская этика направлена на взаимообогащение, взаимодополнение правового и нравственного сознания, задает этико-правовые ориентиры для биологии и медицины в целом и медицинских коллективов в частности. Это связано с усилением интереса общества к правам человека в области современной медицины. Право человека на охрану своего здоровья, благополучия и жизни определяет сегодня этические и юридические проблемы в сфере практической медицины и фармации. Поэтому фундаментальной проблемой биомедицинской этики является защита прав человека (пациента) при медико-биологическом воздействии и манипуляции. Это дало толчок к развитию медицинского права – свода законов, регулирующих медицинскую и фармацевтическую науку и практику, а также исследования в области биологии.

Принципиальное отличие правового регулирования человеческих отношений от морального заключается в том, что правовое регулирование реализуется через законы, правительственные постановления, судебные решения. Принудительный характер права сохраняется, несмотря на то, что в современной культуре произошли серьезные изменения судебно-правовой системы в сторону роста влияния охранительного правосудия, в рамках которого права и свободы личности признаются ценностями, охрана которых становится приоритетной задачей современных правовых государств.

Биомедицинская этика определяет меру вмешательства медицинского персонала с точки зрения этики и права не только в организм человека, но и его жизнь в целом. Мера этого вмешательства регулируется не только моральными принципами, но и юридическими нормами. В целом, биоэтика – институционально организованная социальная технология с системой ценностей, обеспечивающих защиту прав и свобод граждан. На сегодняшний день разработаны конкретные механизмы правовой защиты личности: этические кодексы и законы, носящие как государственный, так и международный статус. Этические и правовые механизмы контроля за действиями медиков дополняются системой биоэтических комитетов.

Биоэтические комитеты обеспечивают взаимодействие медиков и пациентов, их родственников. В решении сложных этико-правовых ситуаций принимают участие философы, священники, правоведы, политические и общественные деятели. Прецедент создания биоэтических комитетов принадлежит США, когда в 50-х годах разразился скандал по поводу нарушения этических норм при исследовании нового препарата против сифилиса. На сегодняшний день и в США, и в Европе любое клиническое или медицинское исследование возможно только после одобрения биоэтическим комитетом.

К задачам биоэтических комитетов относятся:

- обсуждение моральных проблем, возникающих при нетрадиционном вмешательстве в организм человека;
- контроль за соблюдением автономии пациента и его прав;
- консультация граждан по биоэтическим проблемам;
- правовое просвещение медперсонала учреждений здравоохранения;
- формирование политики больницы в области биоэтики.

Сегодня в мире складывается глобальная сеть этических комитетов, т.к. биомедицинские вопросы затрагивают интересы не отдельных государств, а человечества в целом.

Международные организации и регулирование биоэтических проблем.

В ЮНЕСКО действуют два комитета по биоэтике – международный и межправительственный. В Совете Европы этой тематикой занимается Руководящий комитет по биоэтике. Рабочая группа по биоэтике существует и в рамках ВОЗ. Этическое и правовое регулирование в области биоэтики осуществляется на основе международных нормативных документов. Важнейшие из них:

- Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека (ЮНЕСКО, 2005);
- Конвенция о правах человека и биомедицине (Совет Европы, 1997) и дополнительные протоколы к ней, касающиеся запрета клонирования человека, трансплантологии, биомедицинских исследований;
- Хельсинкская декларация Всемирной медицинской организации (1964, последняя редакция – 2013) «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека»;
- Всеобщая декларация о геноме человека и правах человека (ЮНЕСКО, 1997);
- Декларация о клонировании человека (ООН, 2005).

Биоэтика приобрела глобальный характер – конференции по биоэтике проводятся во всех частях света, проблемы биоэтики затрагивают всех людей. Во многих странах мира при органах законодательной либо исполнительной власти действуют достаточно влиятельные национальные этические комитеты или комиссии, в том числе в Республике Беларусь. Этические комитеты готовят решения по наиболее острым и актуальным проблемам биоэтики, по поводу которых сталкиваются интересы разных социальных, религиозных, этнических, половозрастных и прочих групп населения.

1.2. Проблемное поле и теоретические основы биоэтики

Принципы биоэтики Т. Бичампа и Д. Чилдреса.

В литературе по проблемам биоэтики предлагаются различные варианты систематизации универсальных принципов и норм биомедицинской этики. Наиболее широкое признание получила концепция, предложенная известными американскими специалистами Томом Бичампом и Джеймсом Чилдресом в работе «Принципы биомедицинской этики». Авторы выдвигают в качестве основополагающих четыре принципа: уважение автономии личности, не навреди, делай добро и справедливость. Принципы «не навреди» и «делай добро» являются фундаментальными основаниями традиционной медицинской этики со времен Гиппократов, а принципы уважения автономии личности и справедливости становятся актуальными на современном этапе развития биомедицинской этики. Согласно подходу Бичампа–Чилдреса, принципы не имеют иерархического порядка. Они считаются равноценными и действуют вместе, создавая своеобразный моральный каркас медицинской деятельности.

Принцип уважения автономии личности основан на признании человека как безусловной ценности и предполагает свободный выбор личности в отношении своей жизни и здоровья (выбор лечебного учреждения, лечащего врача, согласие или отказ от лечения и т. д.). При этом выбор, который делает пациент, как бы он ни расходился с позицией врача, должен определять дальнейшие действия последнего. Таким образом, право выбора и ответственность за него не сосредоточены всецело в руках врача, а распределяются между ним и пациентом. Пациент может совершать автономное действие, если он компетентен (осознает последствия своего решения), информирован и совершает его без каких-либо внешних принуждений, добровольно. Очевидно, что соблюдение этих условий возможно только в случае активного диалога между врачом и пациентом.

В медицинской практике нередко встречаются ситуации, когда пациенты не могут принимать в полной мере осознанного решения, либо в силу возраста (дети), либо по состоянию здоровья (лица, страдающие психическими и некоторыми другими расстройствами). В этом случае право выбора передается их законным представителям (близким родственникам, усыновителям, опекунам, попечителям). Если законные представители отсутствуют или установить их местонахождение невозможно, решение может принимать врач или консилиум врачей. При этом их действие должно быть обосновано принципами «не навреди» и «делай добро».

Принцип автономии пациента раскрывается посредством ряда дополнительных принципов биоэтики:

- принцип уважения человеческого достоинства, предполагающий признание самоценности каждой личности, в том числе людей, которые в силу своего физического или психического состояния не обладают возможностью выразить свою волю;

- принцип уязвимости, характеризующий хрупкость и конечность каждой жизни, а также предписывающий особую защиту и внимание по отношению к отдельным группам населения (бедным, малограмотным, детям, инвалидам);
- принцип целостности, акцентирующий внимание на физической и психической тождественности личности самой себе и запрещающий манипуляцию или разрушение этого тождества.

Принцип «не навреди» в латинской формулировке выглядит как «*Primum non nocere!*», что означает «Прежде всего – не навреди!». Этот принцип восходит к этике Гиппократов и считается моральным основанием медицины. Принцип предполагает необходимость избегать вреда, который врач может нанести пациенту. Причинами вреда могут быть бездействие и неоказание помощи тому, кто в ней нуждается; небрежность и злой умысел; случайные ошибки и необдуманные или неквалифицированные действия врача. Врач также может нанести пациенту моральный вред, связанный с утаиванием информации и обманом пациента, разглашением врачебной тайны, грубым и невнимательным отношением и т. д. Безусловно, моральный долг врача – исключить из своей практики вред, вызванный этими причинами. Однако следует отметить, что любое медицинское вмешательство сопряжено с риском для пациента, и зачастую полностью избежать вреда невозможно. Поэтому, принимая решение о проведении лечебной, диагностической или профилактической процедуры, врач должен постоянно взвешивать выгоды и риски, связанные с конкретным вмешательством. Здесь важно, во-первых, чтобы причиняемый вред не превышал того блага, которое приобретается в результате медицинского вмешательства, и, во-вторых, чтобы при выбираемом варианте действий сам по себе этот вред был минимальным по сравнению со всеми другими возможными вариантами.

Принцип «делай добро» требует активных действий, направленных на сохранение жизни и восстановление здоровья, облегчение боли и страдания пациента. В отличие от принципа «не навреди» эти действия предполагают не только рациональные соображения, но и такие чувства, как сострадание и милосердие. При этом врач обязан заботиться не только о благе пациента, но и о благе общества (например, бороться с распространением эпидемий), а также о благе науки, без которой невозможен прогресс медицины. Трудности возникают, когда выявляются противоречия между этими видами блага. С позиции современной биомедицинской этики интерес науки не должен превалировать над интересами конкретной личности. Однако в исключительных случаях считается морально оправданным ограничение свобод отдельного человека во благо общества.

Принцип справедливости на уровне отношений врач–пациент предполагает оказание помощи больному вне зависимости от его пола, возраста, расовой и национальной принадлежности, социального и материального положения, политических убеждений и вероисповедания, личных предпочтений врача. На уровне системы здравоохранения в целом предполагается равный доступ всех слоев и групп населения к получению медицинских услуг и благ, доступность

фармакологических средств, защиту наиболее уязвимых слоев населения. При распределении дефицитных ресурсов здравоохранения приходится обращаться к тем или иным критериям справедливости: равенства, учета индивидуальных потребностей или заслуг и др. Безусловно, ни один из них не может считаться абсолютным и часто для распределения ограниченных медицинских ресурсов используется несколько критериев.

Правила биомедицинской этики.

Принципы биомедицинской этики, определяющие самые общие условия отношения к пациенту как к личности, конкретизируются в следующих правилах: неприкосновенности частной жизни, конфиденциальности, информированного согласия, правдивости.

Правило информированного согласия означает, что любое медицинское вмешательство или медико-биологическое исследование должно осуществляться с согласия пациента или испытуемого, полученного добровольно и на основе достаточной осведомленности. Пациент должен быть проинформирован о своем состоянии здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, диагнозе и прогнозе; целях предполагаемого вмешательства, его продолжительности, ожидаемых последствиях для пациента, возможных неприятных ощущениях (тошнота, рвота, боль, зуд и т.д.), риске для жизни, физического или социопсихологического благополучия; финансовых расходах, связанных с лечением и реабилитацией; о правах пациентов и способах их защиты. Необходимо также информировать пациента о наличии альтернативных методов лечения и их сравнительной эффективности. В случае, если пациент не обладает реальной автономией, информированное согласие на медицинское вмешательство дают его законные представители. Правило получения информированного согласия пациентов и тех, кто привлекается к участию в клинических испытаниях или медико-биологических исследованиях, закреплено в национальном законодательстве. Основные права человека в биомедицине основываются на признании его личностного статуса, неприкосновенности его жизни, того, что он был рожден свободным и всегда будет свободен. Уважение к этим правам гражданина должно быть тем сильнее, чем более он уязвим. Поскольку независимость и ответственность каждого человека, включая тех, кто нуждается в медицинской помощи, принимается как важный принцип, то участие в принятии решений относительно своего тела или здоровья, необходимо рассматривать как его неотъемлемое право.

Правило информированного согласия обосновывает, по сути дела, новую концепцию, которую Гиппократ нашёл бы очень странной. Ведь он был убежден, что обстоятельства болезни следует скрывать от пациентов. Правило информированного согласия созвучно принципу автономии, ибо оно призвано обеспечить уважительное отношение к пациентам или испытуемым в биомедицинских экспериментах как к личностям. Благодаря этому правилу, минимизируется угроза причинения вреда здоровью вследствие недобросовестных или безответственных действий специалистов. При этом

обеспечивается активное участие пациента в выборе метода лечения, оценка его с точки зрения жизненных ценностей пациента.

Термин «информированное согласие» появился через десять лет после Нюрнбергского процесса, на котором были продемонстрированы свидетельства чудовищных медицинских экспериментов в нацистских концлагерях. В Нюрнбергском кодексе была сформулирована норма добровольного согласия при информировании о характере эксперимента. Термин же «информированное согласие» тогда не фигурировал и стал более жесткой нормой после детальной проработки этого понятия в начале 70-х годов. Это уже не то, что раньше было известно как получение согласия от больного на хирургическую операцию. Правило нацеливает на информирование пациента с определенными целями: 1) обеспечить уважительное отношение к пациенту или испытуемому как к автономной личности; 2) минимизировать возможность морального и материального ущерба, который может быть причинен пациенту; 3) создать условия, способствующие повышению чувства ответственности медицинских работников и исследователей за моральное и физическое благополучие пациентов и испытуемых.

В настоящее время вопрос об информированном согласии стал одним из главных в биоэтике. Более того, правило получения информированного согласия пациентов стало общепризнанной нормой. Об этом говорится в Статье 44 «Согласие на оказание медицинской помощи» в «Законе о здравоохранении Республики Беларусь». Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения. Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста четырнадцати лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители. Гражданин или его законный представитель имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения. При этом врач вправе взять письменное подтверждение, а при невозможности получения засвидетельствовать отказ соответствующим актом в присутствии свидетелей. Если отказ дает законный представитель пациента и он может иметь для пациента тяжелые последствия, врач должен уведомить об этом органы опеки и попечительства. Оказание медицинской помощи (медицинское освидетельствование, госпитализация, наблюдение и изоляция) лицам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, без согласия граждан или их законных представителей допускается на основаниях и в порядке, установленных законодательством.

Гражданин не может быть принужден к участию в биомедицинском исследовании. При получении согласия на биомедицинское исследование

гражданину должна быть предоставлена информация о целях, методах, побочных эффектах, возможном риске, продолжительности и ожидаемых результатах исследования. Гражданин имеет право отказаться от участия в исследовании на любой стадии.

С методической стороны полезно различать процедурное и моральное содержание правила информированного согласия. Устное получение согласия менее казенно, но практически исключает возможность последующего контроля над тем, что реально сообщается медиком, снижает ответственность врача, создает предпосылку нарушения прав пациента. Письменная форма получения согласия – документ, который может быть привлечен и для контроля, и для судебного разбирательства результатов лечения, что становится все более частым в медицинской практике.

Содержание правила информированного согласия находит свое выражение в этических кодексах и декларациях, принимаемых международными и национальными медицинскими ассоциациями и объединениями. Особую значимость приобрела «Конвенция о правах человека в биомедицине», принятая Советом Европы с 1996 году. В ней правило информированного согласия включает следующие элементы: компетентность пациента, добровольность принятия решения; процедура передачи существенной информации, предложение рекомендаций, акт понимания; принятие решения (в пользу некоторого плана); авторизация (одобрение) определенного плана.

Компетентность пациента или испытуемого является необходимым предварительным условием участия в процедуре получения информированного согласия. Признается два возможных состояния: компетентность или некомпетентность пациента или испытуемого. Некомпетентными признаются лица моложе 15 лет, а также граждане, признанные недееспособными в установленном законом порядке. Право на дачу информированного согласия от них передается их законным представителям. Хотя закон не учитывает права ребенка на получение информации или участие в процессе принятия решения, морально ущемлено, если подростка насильем или обманом принуждают к оперативному вмешательству или вопреки интересам пациента принимают за него решение. Долг врачей – выступить в защиту интересов ребенка, предпринять юридические шаги, которые бы ограничили права законных представителей. В подобных ситуациях интересы недееспособных пациентов должны перевешивать права их законных представителей. Примеры с отказами от необходимого переливания крови хорошо известны из практики.

Добровольным считается решение, если при его принятии на пациента не оказывалось принуждающего влияния извне: угроза отказа от лечения или бесплатного лечения, авторитарное навязывание решения и манипуляция данными, которые подбираются так, что пациент бывает вынужден согласиться на лечение или исследование.

Устная форма передачи информации облегчает возможность манипулировать решением пациента. Умалчивание, сокрытие информации о негативном предшествующем опыте, преувеличение шансов на успех – все это нарушает правило добровольности. Причем, это может происходить

неосознанно, например, из-за увлечения ученого новым методом лечения. Письменное заполнение особого формуляра информированного согласия создает возможности контроля за объективностью информации, а ее гарантии могут быть получены, если проводимые испытания пройдут экспертизу независимого этического комитета.

В биоэтике существуют определенные стандарты информирования пациента. Есть стандарт, который определяется практикой, сложившейся в данном медицинском сообществе. Он опирается на стихийно складывающиеся в медицинской практике традиции, которые неосознанно усваиваются медиками в стабильном обществе. Кроме того необходимо нарабатывать новые традиции и новые моральные стандарты, соответствующие современным условиям, в которых больше подойдет стандарт рациональной личности, которой нужна определенная информация, чтобы принять обоснованное решение. Субъективный стандарт предлагает учитывать еще и специфику интересов данного конкретного индивида, намечает тактику индивидуализации передаваемой информации.

Эффективное понимание (осознание) пациентом сообщаемой информации иногда вызывает сомнение в связи с его образовательным уровнем, который может быть невысоким. В этих случаях предлагается для пояснения риска применить сравнения с вероятностью риска, известного пациенту из предшествующего опыта вождения автомобиля или работы с электрическими приборами (не используя много специальных терминов). Важно учитывать и психологическое влияние используемых слов: вероятность выживания воспринимается более обнадеживающе, чем такая же информация о смертности. Понять информацию не всегда означает принять её (онкологические больные). Испытания без информирования человека и осознания им содержания исследования недопустимы.

Принятие решения – самостоятельный процесс, который требует времени. Пациенту необходимо дать время на обдумывание, на совет с близкими или другими специалистами. Согласие, данное испытуемым или пациентом, впоследствии может быть им пересмотрено или отозвано. Отечественное законодательство предусматривает право испытуемого на прекращение своего участия в исследовании на любой стадии, а также право пациента на отказ от лечения.

Авторизация означает одобрение пациентом намеченного плана обследования и лечения, готовность пациента вступить в определенные договорные отношения, которые будут его связывать с медиками, оказывающими ему помощь.

Исторически сложилось так, что правило информированного согласия первоначально прорабатывалось в США в связи с обнаруженными случаями серьезных нарушений врачами прав и интересов пациентов в научных или коммерческих целях. Процедуры получения информированного согласия вводились в практику американского и западноевропейского здравоохранения именно для минимизации риска этих нарушений. Правило информированного

согласия чрезвычайно важно для нормального развития современных моральных и правовых стандартов врачевания.

Однако практическое преобразование отношений врач-пациент на базе нового морального стандарта может иметь и негативные последствия. Правило информированного согласия как необходимое предварительное условие любого медицинского вмешательства может стать фактором, нарушающим чувство доверия к медицинской профессии. Ведь пациенту как бы говорят: «Вы должны во всех деталях контролировать действия врачей, иначе Вам грозит опасность». Это нагнетает подозрительность и может сыграть негативную роль. Поэтому правило информированного согласия нужно понимать как норму диалогического общения врача и пациента с целью согласования обоюдно приемлемого метода медицинского вмешательства. Обсуждение должно включать все названные и рассмотренные выше элементы получения согласия. Если это требование выполняется, то снижается опасность нанесения вреда здоровью и интересам пациентов. В этих условиях правило информированного согласия становится не самоцелью, а средством для обеспечения партнерского диалога заинтересованных сторон. Врач и пациент становятся равноправными партнерами в лечебно-диагностическом процессе.

Правило правдивости предписывает правдиво, в доступной форме (учитывая психологические и возрастные особенности личности), тактично (не причиняя вреда) сообщать пациенту истинную информацию о состоянии его здоровья. Пациент также должен быть правдивым в отношениях с медицинскими работниками. Реализация правила правдивости в ряде случаев связана с серьезными трудностями (информирование при использовании плацебо, информирование неавтономных пациентов, онкологических больных и пациентов, находящихся в терминальном состоянии, и др.) и предполагает ситуационные решения.

В целом биоэтика устанавливает право пациента знать правду о диагнозе, прогнозе и методах лечения своего заболевания и право врача сообщать пациенту правдивую информацию о состоянии его здоровья, передавать ее в доступной форме и так, чтобы не причинить больному вреда.

Правило конфиденциальности предполагает строгое соблюдение врачебной тайны. Предметом конфиденциальности являются: информация о факте обращения за медицинской помощью, данные о состоянии здоровья, диагноз, прогноз и все те сведения, которые врач получает в результате обследования и лечения пациента, а также немедицинская информация о пациенте или его близких, ставшая известной врачу в процессе выполнения им профессиональных обязанностей. Эта информация может быть передана третьим лицам только с согласия пациента. Правило конфиденциальности запрещает медицинским работникам без согласия пациента собирать, накапливать и распространять (передавать или продавать) информацию, касающуюся его здоровья и обстоятельств приватной жизни, которые стали им известны в результате общения.

Конфиденциальность – строгое, но не абсолютное обязательство. Существуют такие обстоятельства, которые оправдывают исключения из

данного правила биомедицинской этики. Этическая оправданность нарушения конфиденциальности основана на принципе правосудия и зависит от контекстных особенностей случая. В целом можно выделить два основания для исключения из правил соблюдения медицинской этики: угроза безопасности других людей и угроза для общественного благосостояния.

Условия современного медицинского обслуживания порождают проблему небрежного обращения с конфиденциальной информацией. Отчеты недостаточно защищены и доступны для многих людей, включая тех, кто не имеет профессиональных отношений к медицине. Провайдеры, немедицинский персонал могут говорить о пациентах в общественных местах. Настоящим вызовом конфиденциальности в современном медицинском обслуживании стало использование информационных технологий для создания, хранения и доступа к информации. Компьютеризация медицинских отчетов увеличивает статистическую информацию и облегчает административные задачи. Но относительная доступность медицинской отчетной информации для заинтересованных третьих лиц: предпринимателей, управленческих служб, страховых организаций, членов семей и других, – угрожает пациенту и даже врачу, ответственному за сохранение информации. Например, актуальные в последнее время технологии прогнозирования генетических болезней или восприимчивости к ним производят информацию, представляющую интерес не только для пациента и его врача, но и для третьих лиц.

Все эти принципы и правила обобщены во Всеобщей декларации о биоэтике и правах человека, принятой Генеральной конференцией ЮНЕСКО в октябре 2005 г. Декларация затрагивает этические вопросы, касающиеся медицины, наук о жизни и связанных с ними технологий, и утверждает 15 принципов, обеспечивающих в этих сферах деятельности уважение человеческого достоинства, прав человека и его основных свобод.

1.3. Биоэтика и общество

Область биоэтики, рассматривающая моральные проблемы, связанные с планированием, деятельностью и результатами мероприятий общественного здравоохранения, называется этикой общественного здравоохранения. Она занимается анализом ценностей самого общественного здравоохранения, а также взаимодействием системы охраны здоровья с обществом. Этика общественного здравоохранения включает, как обсуждение вопросов профессиональной этики данного вида деятельности, так и более широкий ценностный контекст.

Существуют отличия этики общественного здравоохранения от биомедицинской этики как более узкой области. В центре биомедицинской этики находятся взаимоотношения врача и пациента, при этом важнейшей идеей является ответственность врача перед пациентом. Общественное же здравоохранение защищает ценности общества в целом и, соответственно, предполагает ответственность работников общественного здравоохранения перед обществом. Действия врача направлены на благо пациента, общественное здравоохранение ориентировано на общественное благо. При этом действия, от которых выигрывает общество в целом, могут приносить мало пользы конкретным индивидам, и даже наоборот, могут быть обременительными для них в той или иной степени.

Существует так называемый парадокс профилактики, который сформулировал в 1981 г. эпидемиолог Джеффри Роуз. Этот парадокс состоит в том, что при профилактических мероприятиях снижается уровень риска для общества в целом, но при этом конкретный выигрыш имеют только лица, относящиеся к группам повышенного риска (а их немного), в то время как для большинства населения непосредственной пользы эти мероприятия не приносят.

Меры общественного здравоохранения часто бывают обязательными и даже принудительными для населения (например, это касается соблюдения законов в области экологии, санитарной гигиены, охраны труда, безопасности на транспорте и др.). Уже в XIX в. мероприятия общественного здравоохранения часто носили принудительный и даже репрессивный характер, прежде всего в отношении мигрантов и бедных слоев общества.

В 90-е гг. XX в. эпидемия ВИЧ заставила общество задуматься о пересмотре этических принципов здравоохранения в сторону более жестких мер для охраны общественного здоровья, таких как систематический мониторинг, выявление контактов ВИЧ-инфицированных лиц, обязательное обследование на ВИЧ-носительство и др.

В связи с этим одна из наиболее острых проблем общественного здравоохранения, возникающих на практике, состоит в том, что при коллективных действиях могут существенно задеваться права и свободы человека. Иными словами, ценности общественной пользы могут входить в противоречие с правами и интересами отдельной личности.

Традиционная врачебная этика, как правило, меньше занималась широким политическим и институциональным контекстом, который влияет на здоровье популяций, а также различными социальными детерминантами здоровья. Все эти вопросы занимают важное место в работе общественного здравоохранения.

Современная биоэтика во многом сформировалась в борьбе с традиционным врачебным патернализмом. Одной из главных задач биоэтики было развитие нового типа отношений врача и больного, при которых надежно защищена автономия пациента и его право на свободный выбор. В то же время деятельность общественного здравоохранения представляет собой в известном смысле возврат к патернализму, так как здесь имеют место государственная забота, опека общества. Поэтому проблема развития этики общественного здравоохранения в значительной мере явилась серьезным вызовом для уже сложившегося общего подхода в биоэтике.

Этические теории справедливости.

Среди основных теоретических подходов к проблеме справедливости можно назвать: либертарианский, утилитаристский и эгалитаристский.

Либертарианский подход основан на идеях максимальной свободы личности и минимального вмешательства государства. Сама постановка вопроса о том, что кто-то должен специально распределять медицинские блага, оказывается, с точки зрения этого подхода, в корне неверной. Государственное регулирование медицинской деятельности считается вмешательством в личную свободу, что провоцирует все большую зависимость населения от системы медицинского обеспечения, а также бесконечный рост расходов на финансирование здравоохранения.

Наиболее справедливым решением проблемы было бы предоставить членам общества свободу деятельности, при которой они могли бы сами выбирать, как им удовлетворять свои потребности. При этом, как считают либертарианцы, свободный и плюралистический рынок дает наилучшие возможности для каждого (разумеется, в условиях свободы, защищенной от насилия и ущемления прав других), поэтому частные формы предоставления медицинских услуг наилучшим образом служат распределению индивидуальных решений людей в отношении своего здоровья и медицинской помощи.

Утилитаристский подход, напротив, выступает за принятие специальных социальных мер по регуляции медицинской деятельности. Эти меры должны оцениваться с точки зрения общего блага через полезность. Наибольшая справедливость имеет место тогда, когда достигается максимальная полезность для максимального числа людей. Результативные медицинские вмешательства, которые ведут к излечению от заболеваний или реабилитации, способствуют действительному повышению уровня здоровья людей и содействуют увеличению суммарного общественного блага.

С точки зрения утилитаристов, располагая ограниченными ресурсами, мы должны прежде всего стремиться распорядиться ими наиболее продуктивно, для чего следует избегать неоправданно высоких расходов, затрат на малорезультативные виды медицинской помощи и, наоборот, размещать

ресурсы там, где обоснованно ожидается полезный результат для максимального числа людей. В утилитаристском подходе справедливость сближается с идеей эффективности. Для решения конкретных задач здравоохранения утилитаризм использует специальные методики по анализу эффективности мероприятий системы здравоохранения.

В основе *эгалитаристского* подхода лежит идея равенства. Несправедливость возникает тогда, когда кто-то из членов общества не имеет доступа к медицинской помощи. Поэтому задача государства – обеспечить равный доступ к медицинской помощи для всех членов общества. Но как этого добиться и какие виды и объемы медицинской помощи следует сделать общедоступными, это отдельный вопрос, и здесь возникают различные точки зрения в русле общей эгалитаристской концепции.

Обоснование эгалитаристского подхода содержится в широко известной концепции американского философа Джона Ролза, написавшего в 1971 г. книгу «Теория справедливости». Он выдвигает два основных принципа справедливости: каждый человек должен иметь равные и максимально широкие права и свободы, совместимые с подобными правами и свободами для других; социальные и экономические неравенства должны быть такими, чтобы от них ожидалось преимущества для всех, а доступ к должностям и общественным позициям был бы открыт всем.

Норман Дэниелс применил эти принципы к проблеме справедливости в здравоохранении. Он полагал, что в справедливом обществе людям должны быть гарантированы возможности для охраны здоровья и получения медицинской помощи, поскольку проблемы со здоровьем нарушают базисное требование равенства возможностей, которое содержится в принципах Ролза. Ресурсы здравоохранения должны в первую очередь направляться на восстановление нормального функционирования людей и их участия в равных возможностях. Концепция Н. Дэниелса – это попытка разработать теоретическую модель широкого общественного согласия (консенсуса) по поводу справедливой организации здравоохранения.

В последующем, развивая свои идеи и отвечая на критику, Н. Дэниелс пришел к выводу, что принципы справедливости требуют, прежде всего, исправления социальных неравенств, которые являются главной причиной нездоровья.

Проблема справедливости в здравоохранении имеет много проявлений. Справедливость выражается в обеспечении всеобщего и равного доступа к качественной медицинской помощи; отсутствии дискриминации пациентов по возрасту, полу, расе, социальному статусу, месту проживания и др.; первоочередной заботе о наиболее уязвимых членах общества; в возможности для каждого человека иметь хорошее здоровье и реализовывать свой потенциал; в возможности для граждан участвовать в контроле за медицинской деятельностью, отстаивать и защищать свои права на охрану здоровья и медицинскую помощь.

Проблема справедливости в здравоохранении относится не только к имеющимся возможностям практической медицинской помощи, но и к

развитию медицинской науки. Это означает, что люди, страдающие теми или иными заболеваниями, не будут «забыты» медицинской наукой, что их потребности будут предметом научных исследований, и что в итоге они тоже получат доступ к соответствующим научно-медицинским достижениям, которые позволят им выздороветь или улучшить свой статус здоровья.

Основные системы здравоохранения и проблема справедливого обеспечения медицинской помощью.

Одна из функций государства – обеспечить граждан медицинской помощью, создать ту или иную систему организации здравоохранения. При этом вопросы справедливости, равенства, доступности, а также качества медицинской помощи имеют первостепенное значение. Среди основных системных механизмов предоставления медицинской помощи можно назвать следующие: частная медицина; частное медицинское страхование; обязательное медицинское страхование; государственная медицина. Каждая из этих систем имеет свои достоинства и недостатки.

Частная медицина в максимальной степени реализует идею свободного рынка в медицине. Государство в таких условиях лишь осуществляет общий контроль медицинской деятельности. Однако свободный рынок в отношении медицинской помощи имеет массу ограничений. Здоровье и медицинская помощь резко отличаются от других видов товаров. Пациент как участник рынка не является совершенно свободным, самостоятельным и рациональным субъектом. Зачастую он просто не имеет возможности спокойно и взвешенно принимать решения (в силу особенностей своего заболевания, экстренности ситуации, психологической уязвимости и др.). Кроме того, он не может компетентно судить о качестве медицинской помощи и выбирать наилучшие варианты, здесь имеет место асимметрия информации. В итоге больной легко может стать жертвой мошенничества и эксплуатации. Например, провайдеры медицинских услуг имеют возможность назначать необоснованное обследование и лечение, завышать цены на медицинскую помощь, ставить фиктивные диагнозы и т.п. Одной из наиболее фундаментальных проблем частной медицины является ее неспособность обеспечить всех без исключения граждан необходимой помощью, так как доступ к ней, а также объем и качество, определяются финансовыми возможностями пациента, что создает проблемы для многих уязвимых групп населения.

Частное медицинское страхование. Одним из возможных способов несколько сбалансировать рынок медицинских услуг является механизм частного страхования. Здесь в игру вступает страховщик (страховая организация) как посредник между пациентом и медицинской системой.

В системе частной страховой медицины гражданин приобретает медицинскую страховку (полис) и регулярно выплачивает страховые взносы. Достоинством этой системы является то, что гражданин заранее защищен от непредвиденных медицинских расходов, а медицинское учреждение во время оказания услуг контактирует со страховщиком как надежным партнером-плательщиком (что повышает устойчивость работы медицинской системы).

Однако приобретение медицинской страховки доступно, опять же, далеко не всем, а только материально обеспеченным людям, поэтому система частного страхования обладает общим с системой частной медицины недостатком и не может охватить всех граждан. Страховщик как участник рынка имеет собственные экономические интересы, его цели (прибыль) и цели пациента (здоровье) не совпадают. Страховщик не заинтересован в страховании заведомо больных людей или лиц с высоким риском заболевания. Следствием оказывается дискриминация граждан – страховщики могут отказывать в услугах тем или иным категориям граждан (пожилым, женщинам, хронически больным, людям с избыточным весом и др.). Кроме того, дискриминация на рынке страхования будет усиливаться с ростом возможностей генетического тестирования и выявления генетического риска индивидов и популяций.

Со своей стороны, более здоровые граждане (или те, кто считают себя здоровыми) могут избегать приобретения страховки, так как их страховые взносы фактически идут на медицинскую помощь другим, и они могут считать это несправедливым для себя. Напротив, люди, знающие о своих рисках, будут стремиться приобрести страховку, скрывая от страховщика свое состояние здоровья. Это может привести к такому известному в страховом бизнесе феномену, как неблагоприятный отбор. Он состоит в том, что участниками страхового рынка становятся в первую очередь нежелательные для страховщика клиенты, в то время, как желательные (материально состоятельные и с низкой вероятностью наступления страхового случая) будут избегать страхования. Это придает неустойчивость всей системе частного страхования и может привести ее к финансовому краху.

Обязательное медицинское страхование. Если участие всех граждан в системе медицинского страхования гарантировано государством, то это механизм обязательного страхования. Этим обеспечивается равный доступ населения к страхованию, но здесь тоже возникает ряд проблем. Прежде всего, обязательное страхование предполагает более глубокое вмешательство государства в медицинскую деятельность и в работу страховых организаций и уменьшение влияния рыночных факторов. Следствием становится ослабление стимулов для снижения издержек, повышения качества, конкурентной борьбы за потребителя медицинских услуг. Со своей стороны, государство оказывается вынужденным вводить стандарты на цены, объемы оказания медицинской помощи, на лекарства, в итоге возникают неизбежные ограничения на уровень медицинского обслуживания.

При обязательном страховании создается единый страховой фонд, из которого идет оплата расходов на медицинскую помощь. Здесь действует так называемый принцип социальной солидарности – богатый платит за бедного, здоровый – за больного. Однако не все люди могут счесть это справедливым для себя. Фактически здесь возникает система перераспределения доходов, в которой одни категории граждан выигрывают, а другие – проигрывают.

Кроме того, в зависимости от конкретных условий и правил работы страховых компаний, страховщики при обязательном страховании (как и при частном) тоже могут изыскивать всевозможные пути для реализации

собственных интересов, т.е. для экономии на пациентах и перераспределения страховых денежных средств в свою пользу, что тоже не способствует справедливому обеспечению пациентов медицинской помощью.

Государственная медицина. Казалось бы, система здравоохранения, обеспечивающая всех бесплатной помощью и полностью контролируемая государством, должна быть самой справедливой системой. В ней отсутствует рыночный механизм с его побочными эффектами, имеется всеобщий и равный доступ населения к медицинским благам, гарантированы права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь. Однако и здесь возникают свои недостатки, среди которых можно назвать следующие.

Прежде всего, бесплатная медицина хоть и выглядит как несомненное социальное благо, на самом деле означает лишь особый механизм финансирования медицинской помощи. Бесплатного ничего не бывает – просто в данном случае платит не сам пациент напрямую, а государственно-бюрократические структуры (фонды, бюджеты), используя взимаемые с населения налоги.

Полностью государственное обеспечение означает установление единого для всех уровня обслуживания, а с учетом необходимости контролировать издержки это ведет к повсеместным ограничениям на объемы, цены, качество медицинской помощи. Это может быть выгодно для малоимущих пациентов. Но если государственная система не предоставляет никаких дополнительных вариантов в виде платных услуг, это ущемляет интересы состоятельных граждан, которые способны и хотят оплачивать более высокое качество и более дорогие виды помощи. Возникает уравниловка, которую не могут признать справедливой все слои общества.

Для бесплатных медицинских учреждений характерны длинные очереди больных и другие издержки массового поточного обслуживания. В итоге многие пациенты будут стремиться улучшить медицинское обслуживание лично для себя, обращаясь к врачу по знакомству, платя медработникам деньги или даря подарки. Тем самым создаются предпосылки для коррупции медработников и развития теневого бизнеса в государственной системе.

Наличие общедоступной бесплатной медицинской помощи приводит к тому, что у многих групп населения провоцируется менее ответственное отношение к своему здоровью. Там, где за все платит государство, многие люди будут склонны вести нездоровый образ жизни, легкомысленно относиться к своему здоровью.

Еще стоит отметить, что полное обеспечение медицинской помощью за счет государства порождает новые формы социального неравенства – больший доступ к более качественной помощи получают чиновники и политики в зависимости от своего места в государственно-бюрократической иерархии. Они же имеют и возможности узаконить это положение дел. Это порождает целую систему специфических привилегий и льгот.

Иными словами, аналогом более дорогих услуг для богатых людей в частной медицине становятся более привилегированные виды медицинской помощи для избранных в государственной медицине.

Проблема справедливости распределения дефицитных медицинских ресурсов.

Ресурсов систем здравоохранения не хватает на всех нуждающихся в медицинской помощи, откуда берут начало сложнейшие проблемы распределения ресурсов. Наиболее острый характер эти проблемы приобретают в отношении особо дефицитных медицинских ресурсов (лекарств, видов помощи), имеющих жизненно важное значение для пациента, потребность в которых намного превышает их количество.

В итоге возникает противоречие между этическим принципом «жизнь как ценность» (согласно которому врач должен стремиться сделать максимум возможного для блага своего пациента) и необходимостью выбирать, кто получит медицинскую помощь (и в каком объеме), а кто останется обделен. На практике используются различные способы регуляции этого вопроса, однако все они остаются неудовлетворительными с точки зрения справедливости.

Наиболее очевидный путь – это отбор тех пациентов, которые наиболее нуждаются в данном вмешательстве (*критерий нуждаемости*, или потребности). В этом случае проблема сводится к выявлению и обоснованию жизненно важных показаний для назначения медицинского вмешательства, что суживает круг его потенциальных получателей. С развитием строгих научных методов доказательства эффективности медицинских вмешательств его применение становится все более обоснованным для многих практических ситуаций.

Однако, к сожалению, этот критерий отбора не универсален. Одна из основных трудностей его применения состоит в том, что потенциальные кандидаты на медицинскую помощь подлежат дальнейшему отбору по дополнительным критериям, например, с точки зрения степени неотложности мероприятий (кто из пациентов может подождать и получить помощь позже), степени страданий пациентов, объема требуемой помощи и др.

Другой часто применяемый способ – это *критерий ожидаемой пользы* (на котором, в частности, настаивают сторонники утилитаризма). В данном случае предполагается, что вмешательство должно быть назначено в первую очередь тем пациентам, которые получают максимальную пользу от него. Действительно, если имеется дефицитный ресурс, то имеет смысл использовать его для тех пациентов, которые с наибольшей вероятностью выздоровеют и вернуться к общественно полезной деятельности.

Однако здесь имеются трудности. Далекое не всегда есть возможность четко отобрать больных с наиболее ожидаемой пользой от лечения. Это может быть связано, например, с тем, что оценка риска и прогноз для них могут быть иметь значительный уровень неопределенности. Кроме того, данный критерий способен создать дискриминацию более пожилых или тяжелобольных пациентов, что явно несправедливо и противоречит общепринятым ценностям.

Критерий нуждаемости и критерий ожидаемой пользы, к сожалению, не всегда совпадают. Легко представить ситуацию, когда больной с менее опасным состоянием получит больше пользы от данного дорогого препарата, чем более нуждающийся пациент, которому это лечение могло бы помочь, но с

меньшей вероятностью успеха (из-за таких факторов, как возраст, сопутствующая патология и др.).

Широко используемый на практике для регуляции доступа к дорогим дефицитным вмешательствам, – это *критерий очередности* (например, в виде так называемых листов ожидания). Очередь выступает как механизм обеспечения равного доступа на основе фактора случайности. Очередь ставит всех в равные условия, особенно если реализуется на принципах открытости, стандартизации и независимого контроля за соблюдением очередности.

Недостатки очереди – прежде всего, дискриминация тех, кто по ряду причин имеет более долгий путь для записи в лист ожидания (жители сельской местности, более отдаленных регионов; бедные; менее образованные группы людей и др.). Напротив, другие группы получают в этом отношении привилегии. К недостаткам очереди также надо отнести то, что пациенты, у которых патологический процесс развивается медленнее, получают преимущество в пользу перед теми, у кого болезнь прогрессирует быстрее, что противоречит принципу нуждаемости. Пациенты, у которых более быстрая динамика заболевания, дождутся своей очереди в более тяжелом состоянии (либо вообще не доживут).

К случайным механизмам уравнивания относится и способ лотереи, при котором кандидаты на медицинское вмешательство отбираются с помощью разного рода случайных процедур выбора с равновероятной для всех степенью успеха. Но этот способ подвергается существенной критике – прежде всего с точки зрения того, насколько справедливым можно считать получение необходимой медицинской помощи в качестве приза для единичных счастливых случаев среди многих нуждающихся.

Выделяют микро-, мезо- и макроуровень распределения медицинских ресурсов.

Микрораспределение относится к индивидуальной деятельности врачей, вынужденных принимать решения по распределению ресурсов в своей повседневной практике. *Средний уровень (мезоуровень)* охватывает медицинские учреждения в целом как самостоятельные системы медицинского обслуживания, а также местные органы управления здравоохранением. *Макроуровень* – это решения по распределению ресурсов на уровне региональных и государственных органов управления здравоохранением.

Проблемы распределения ресурсов постоянно возникают в ежедневной практике врача в отношении конкретных пациентов. Врачи находятся в сложных условиях, поскольку административно-организационные нормативы их работы в медицинских учреждениях (включая прямые предписания руководителей) вынуждают врачей беречь ресурсы и экономить на больных. Это противоречит традиционным требованиям врачебной этики, согласно которым врач должен защищать интересы каждого пациента и стремиться предоставить ему наилучшую помощь. Такие ситуации возникают, когда врач не назначает больному необходимого ему более дорогого (и более качественного) лечения или обследования. Или, скажем, в целях избегания возможных конфликтов врач скрывает от пациента то, что в данной ситуации

существует более эффективное и дорогостоящее вмешательство. Здесь фактически врач злоупотребляет незнанием пациента, а также его доверием. Кроме того, врачу также часто приходится лично принимать решения, кому достанется больше, а кому меньше необходимой помощи, тем самым осуществляя дискриминацию больных на уровне медицинского учреждения.

Ввиду исключительной сложности проблем справедливости в здравоохранении решение конкретных вопросов о распределении ресурсов не может быть делегировано только администраторам, политикам или органам управления здравоохранения. В первую очередь это касается распределения на макроуровне. Только участие общества может обеспечить более высокий уровень справедливости принимаемых решений. Под участием общества понимается взаимодействие различных сторон – органов власти, специалистов из разных областей (таких, как право, экономика, биоэтика и др.), а также различных общественных организаций, прежде всего правозащитных и пациентских, медицинских ассоциаций, поскольку медицинское сообщество, обладая необходимыми профессиональными знаниями, способно внести важнейший вклад в прояснение и решение этих проблем.

Поскольку в вопросах этики и конкретных проблем справедливости в здравоохранении не существует единого убедительного подхода, то обсуждение и выработка решений этих проблем во многом сдвигается к так называемому «процедурному консенсусу». Здесь первостепенную важность приобретает открытость и прозрачность для общественности процесса обсуждения и решения проблем, его демократичность, доверие общества, представленность в нем различных группы общества и сторон, заинтересованных в решении конкретной проблемы.

Этические комитеты и консультирование.

Этические комитеты, играющие сегодня важнейшую роль в разрешении моральных проблем биоэтики, впервые появились в США в 60-е гг. XX в. Они были очень немногочисленны, в их состав входили, как правило, сами медицинские работники. Первая официальная судебная ссылка на этический комитет была связана со знаменитым делом Карен Квинлан в 1976 г. в штате Нью-Джерси, когда в судебном решении было указано в качестве обоснования в том числе «одобрение больничного этического комитета».

В 1970-е годы происходит бурное развитие этических комитетов в США, а позже и в европейских странах. Постепенно их состав стал междисциплинарным – как правило, в этический комитет входят не только медицинские работники, но и юристы, биоэтики, социальные работники, правозащитники, религиозные деятели и др. Развитие этических комитетов стало важнейшим проявлением институционализации биоэтики, т.е. формированием нового социального института, благодаря чему биоэтика из академической дисциплины превратилась в практическую отрасль.

Существенным стимулом для развития этических комитетов в западных странах стали два официальных документа. Во-первых, это решение американского Department of Health and Human Services от 1974 г., согласно которому все научно-медицинские исследования с участием людей должны в

обязательном порядке получать одобрение этических комитетов. Во-вторых, это постановление Совместной комиссии по аккредитации учреждений здравоохранения (JCAHO – Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations) от 1992 г., обязывающее каждый американский госпиталь для аккредитации иметь структуру по решению этических проблем. В итоге и исследовательские организации, и больничные учреждения оказались сами заинтересованы в том, чтобы их деятельность была под контролем этических комитетов. В настоящее время комитеты по оценке научно-исследовательской деятельности (в США они называются наблюдательными советами учреждений, IRB – Institutional Review Board) и больничные комитеты остаются основными направлениями деятельности этических комитетов.

В Республике Беларусь функционирует Национальный этический комитет, задачей которого является взаимодействие с государственными органами и наполнение национального законодательства биоэтическими нормами и ценностями. Сегодня в нашей стране действует множество этических комитетов различного уровня, но в целом общий уровень развития этических комитетов отстает от западных стран. В основном преобладают комитеты по этике биомедицинских исследований.

К основным разновидностям этических комитетов следует отнести следующие четыре вида:

- *национальные комитеты* по разработке политики и рекомендаций в области науки и здравоохранения, которые способствуют развитию института биоэтики на государственном уровне в отношении законодательства по инновационным вопросам медицинской науки и организации широких общественных дискуссий;
- *комитеты профессиональных ассоциаций* медицинских работников, которые защищают интересы медицинского сообщества, а также разрабатывают этические кодексы медицинских работников и решают конкретные этические проблемы здравоохранения;
- *комитеты при медицинских учреждениях* (больничные комитеты), осуществляющие контроль практической медицинской деятельности и занимающиеся этическими проблемами медицинской помощи на местах;
- *исследовательские комитеты*, которые регулируют научно-медицинскую деятельность, занимаются защитой интересов испытуемых, участвующих в исследованиях, а также расследованием случаев недобросовестных исследований.

К основным принципам деятельности этических комитетов относятся:

- *независимость*; этические комитеты не должны возглавляться врачами; они представляют собой независимые структуры для обсуждения и решения моральных проблем медицинской науки и практики; в их составе должны быть представители других профессий, а также широкой общественности; этические комитеты не должны иметь

заинтересованности в исследованиях, прибыли медицинского учреждения и т.п.;

- *междисциплинарность*; этические комитеты призваны решать сложные моральные проблемы, находящиеся на стыке медицины, юриспруденции, экономики, религии, психологии, культурологии и др.; поэтому участники этического комитета должны принадлежать к разным областям деятельности и иметь опыт междисциплинарных дискуссий;
- *прозрачность*; деятельность этического комитета носит открытый, публичный характер; это означает открытый доступ к информации о составе этического комитета, процессах и результатах его работы; решения этического комитета не могут быть конфиденциальными;
- *плюрализм*; этический комитет должен в своей деятельности рассматривать различные точки зрения и учитывать разнообразие возможных мнений и суждений.

С некоторой долей условности выделяют две модели деятельности этических комитетов – американскую и европейскую. *Американская модель* представляет собой более официальный, законодательно закрепленный способ работы, в том числе наличие запретительных полномочий для исследовательских проектов в случае их несоответствия тем или иным моральным требованиям. *Европейская модель* имеет более неформальный стиль деятельности, в этом случае этические комитеты создаются на общественных началах и их решения имеют лишь рекомендательный характер.

В настоящее время деятельность этических комитетов становится все более структурированной. В частности, этические комитеты используют в своей работе так называемые «стандартные операционные процедуры» (SOP – Standard Operating Procedures), в которых закреплены необходимые формальные компоненты. Каждый этический комитет должен разработать собственный комплекс SOP в зависимости от конкретных условий работы.

Исследовательские комитеты занимаются контролем за научно-медицинскими исследованиями. Их состав значительно варьируется в зависимости от местных условий работы. Обычно в исследовательский комитет входят от 10 до 20 участников, представляющих медицинское и научное сообщество, смежные профессии, а также представителей общественности. Учитывая масштаб и количество проводимых научно-медицинских исследований в современном мире, роль исследовательских комитетов все больше возрастает. Исследовательские комитеты решают множество вопросов, связанных с научно-медицинскими проектами, в том числе не только с исследованиями с участием людей, но с недавнего времени – и в отношении гуманного обращения с лабораторными животными.

В 2000 г. ВОЗ предложила Стратегическую инициативу по созданию возможностей для этической экспертизы (SIDCER – Strategic Initiative for developing Capacity for Ethical Review), в рамках которой была проделана огромная работа по объединению исследовательских комитетов в единую сеть и стандартизации их деятельности. В частности, деятельность SIDCER

выразилась в издании ряда нормативных документов, регулирующих функционирование этических комитетов. К этим документам относятся такие, как Руководства для работы комитетов по этике, проводящих экспертизу биомедицинских исследований, Руководства по изучению и оценке практики этических обзоров и Стандартные операционные (рабочие) процедуры деятельности комитетов по этике.

Больничные комитеты также имеют разнообразную численность и состав. Чаще всего больничный комитет включает от 15 до 25 участников. В их числе медицинские специалисты, администрация медицинского учреждения, юристы, правозащитники, общественные деятели, а также представители пациентов или пациентских организаций. К стандартным функциям больничных комитетов относятся анализ конкретных случаев из медицинской практики, разработка руководящих принципов и политики медицинского учреждения, а также просветительская работа среди медицинского персонала по вопросам этики и права. Однако сегодня деятельность больничных комитетов отличается значительным разнообразием: к современным направлениям работы госпитальных комитетов следует добавить, например, урегулирование разнообразных споров (в трудовом коллективе, а также между пациентами и медицинским учреждением), участие в общественных дискуссиях по актуальным вопросам биоэтики, реализацию различных социальных проектов на местном уровне, развитие пациентских организаций и помощь в их деятельности, участие в реформах здравоохранения и др.

Несмотря на широкую распространенность этических комитетов в развитых странах, существует множество проблем в отношении самой идеи этического комитета и конкретной реализации его работы. К ним следует отнести недостаточно разработанную национальную нормативно-правовую базу, регулиующую их статус и условия работы; недостаточную подготовленность участников этического комитета (даже в развитых странах, как правило, сотрудники этического комитета в своем большинстве не имеют подготовки в области академической биоэтики, а лишь используют некий практический опыт решения конкретных проблем); слабые связи с общественностью; неспособность моральной оценки и взвешенных суждений в сложных клинических случаях; формальный подход к работе; неприязненное отношение медицинского сообщества к их деятельности. Кроме того, этические комитеты, как показывает практика, стали страдать бюрократизацией стиля работы, в то время как от них требуется гибкость и инновационный потенциал.

Поэтому перспективы этических комитетов как самостоятельного социального института, несмотря на их крайнюю важность для решения проблем биоэтики, остаются недостаточно ясными. Они во многом будут зависеть от дальнейшего развития медицинской науки, практического здравоохранения и демократических процессов в современном обществе.

1.4. Врач и пациент: этические аспекты взаимоотношений

Медицинская практика – это сложно дифференцированная система, в которой медики и пациенты могут находиться в самых различных формах социального взаимодействия. Каждая из этих форм отражает, во-первых, определенные традиции врачевания, существующие в данном обществе, и, во-вторых, специфику состояния, в котором находится пациент. В сложившейся, устойчивой социальной системе протекание таких событий обычно строится в соответствии с определенными нормами, которые в своей совокупности очерчивают социальную роль пациента и социальную роль врача. Вступая в контакт, стороны более или менее представляют себе, чего следует ожидать от другой стороны и, напротив, чего ожидает другая сторона. Такая определенность взаимных ожиданий существенно облегчает социальное взаимодействие.

Для описания различных типов взаимоотношения между медицинскими работниками и пациентами американский философ Роберт Витч выделил четыре базовые модели врачевания: инженерную, пасторскую (патерналистскую), коллегияльную и контрактную (договорную). С точки зрения Витча, эти модели неравноценны по своему моральному значению и представляют собой иерархию от наименее морально обоснованной инженерной модели к наиболее обоснованной – контрактной.

В рамках так называемой *инженерной модели* врач относится к пациенту как к безличному механизму. Задача врачевания интерпретируется как исправление «поломки» механизма, обусловленной действием внешних или внутренних факторов. Впрочем, в ряде случаев вместо категории поломки используется понятие «отклонение физиологического механизма от положения равновесия». Смысл врачевания сводится к манипулированию с телом пациента. Врач с помощью определенных физических воздействий стремится вернуть физиологический механизм человека в нормальное положение. Инженерная модель строится на представлении о медицинской деятельности как о сфере прикладного применения объективного научного знания о природных механизмах жизнедеятельности человеческого организма. Объективное знание определяет выбор метода лечения, которое осуществляется, как техническая процедура. Предполагается, что это знание ценностно нейтрально, а поэтому выбор лечебного воздействия не зависит от личностных предпочтений врача. Благо пациента отождествляется с физическим здоровьем и оценивается по совокупности объективных признаков: биохимических показателей, значений артериального давления, данных рентгенографии и т.п.

Поскольку пациент не обладает необходимыми научными знаниями о собственном состоянии, то учет его мнения при выборе лечебного мероприятия не только бесполезен, но и может быть вреден из-за привнесения субъективных оценок. Его личное мнение о собственном благе (здоровье), поскольку оно

необъективно и ненаучно, с точки зрения знающего медика-профессионала считается не заслуживающим внимания.

В то же время предполагается, что, поскольку врач руководствуется сугубо объективными знаниями, на его выбор не оказывают влияния собственные субъективные предпочтения и интересы. Поэтому властное доминирование врача признается не только естественным, но и благом для пациента.

Р. Витч отмечает, что инженерная модель опирается на устаревшее представление о природе научного знания. Как убедительно демонстрирует современная философия науки, объективное знание нагружено значительным объемом неосознаваемых самими учеными предпосылок, среди которых немаловажную роль играют личные и групповые интересы, а также определенные моральные предпочтения. Наука отнюдь не нейтральна. В здравоохранении технократизм, характерный для инженерной модели, морально ущербен, поскольку практически низводит личность больного человека до статуса неодушевленного предмета, что приходит в резкое противоречие с принципом уважения автономии пациента.

В принципе критика инженерной модели обоснованна и справедлива в той степени, в которой речь идет об ее универсализации, то есть превращении в некую базисную, основополагающую модель врачевания. Современный моральный стандарт медицинской деятельности предписывает не допускать деперсонализации отношения врача к пациенту, требует уважения его как личности.

Однако в целом ряде распространенных в сегодняшней медицине конкретных ситуаций пациент объективно не может фигурировать в полной мере в качестве личности. Высокая степень разделения труда в современной клинике, оснащенной высокотехнологичным оборудованием, приводит к тому, что непосредственно личный контакт пациентом осуществляют, как правило, лечащий врач и медицинская сестра. Значительное число специалистов занято выполнением сугубо специальных процедур, практически исключаящих элементы личного общения с пациентом.

Если на протяжении столетий врачевание существовало как деятельность отдельного профессионала, лично контактирующего с пациентом, то сейчас нередки ситуации, когда с пациентом работает не отдельный врач, а коллективный субъект (бригада), который в силу своего места в системе медицинского разделения труда, выполняет более или менее технические функции. Деперсонализация отношения к пациенту является в данном случае не результатом аморального отношения, но следствием технологизации современной медицинской практики. Хирургический конвейер в офтальмологической клинике академика Святослава Федорова, где стол с больным в процессе хирургической операции перемещается от одного хирурга к другому, причем каждый выполняет одну высокоспециализированную манипуляцию, наглядно демонстрирует жизнеспособность подобной модели. В то же время необходимо, чтобы работа медицинского коллективного субъекта в решающие для пациента моменты могла быть персонализирована в морально ответственном общении с лечащим врачом.

В рамках *патерналистской модели* отношения между врачом и пациентом напоминают отеческое отношение родителя к ребенку или священника к прихожанину. Собственно, и в последнем случае священник традиционно именуется отцом или батюшкой, а прихожанин – сыном или дочерью.

В этой модели, если сравнить ее с предыдущей, заметен существенный прогресс в моральном содержании взаимоотношений между врачом и пациентом. Это уже не безличная манипуляция с предметом, характерная для инженерной модели. Патерналистское отношение наполнено субъективным содержанием и строится как межличностное общение. Оно мотивировано стремлением помочь страдающему человеку и избежать нанесения ему вреда. Его моральными характеристиками можно полагать любовь к ближнему, благотворительность, милосердие и справедливость.

Правда, личности находятся при этом в неравном положении. Врач играет роль «отца», обладающего определенными научными знаниями и умеющего их применить. Пациент играет роль несведущего ребенка, моральная добродетель которого заключается в дисциплинированном выполнении предписаний и назначений.

Патерналистская модель господствовала в медицине на протяжении многих столетий. Она явно выражена в «Клятве Гиппократата». Патернализм в общении с пациентами остается нормой и для значительного числа современных медиков, да и многие пациенты воспринимают патерналистское отношение к себе в качестве наиболее адекватного, психологически наиболее приемлемого. Их личные предпочтения необходимо уважать.

Несовершенство этой модели с моральной точки зрения состоит в том, что патернализм ущемляет права пациента как автономной личности, желающей самостоятельно и свободно принимать жизненно важные решения, контролировать свое состояние. По сути дела, при этом присутствует элемент унижения личного достоинства больного, поскольку взаимодействие строится как вертикальное, как отношение власти и подчинения. Пациент, фигурально выражаясь, вынужден глядеть на врача «снизу вверх».

Между тем, патернализм является естественной и самой адекватной формой отношения врачей к больным детям и другим пациентам с ограниченной дееспособностью. То обстоятельство, что в момент принятия ответственного решения интересы ребенка или психиатрического больного могут быть защищены за счет участия их законных представителей (например, родителей), нисколько не умаляет уместности и моральной оправданности патерналистского отношения к ним в контексте рутинных отношений врачевания. Даже в ситуации, когда, врач советуется с родителем о том, какую тактику лечения избрать, асимметрия отношения к ребенку не только не исчезает, но даже усиливается. Ребенку теперь противостоит «отеческий» авторитет не только врача, но и согласного с врачом родителя. Иерархичность и авторитарность действующих на ребенка сил принуждения в контексте врачевания при этом как бы удваивается.

Патернализм вполне морален в должном месте, в должное время и в должной степени. Патернализм не означает однозначно авторитарного

отношения к пациенту. Отношение врача к пациенту должно различаться в зависимости от степени дееспособности последнего и учитывать его личную готовность к ответственным автономным поступкам.

Коллегиальная модель отношений между медицинским работником и пациентом создает гораздо большие возможности для реализации ценностей автономной личности. Больной в рамках этой модели предстает как равноправный в своем взаимодействии с врачом. Для того чтобы играть свою роль, пациент должен получить от врача достаточное количество правдивой информации о состоянии своего здоровья, вариантах лечения, прогнозе развития заболевания, возможных осложнениях и т. д. Будучи в некоторой степени уравненным в отношении информированности с медиками, пациент становится в состоянии принимать участие в выработке конкретных решений, касающихся своего лечения, по сути дела действуя, как коллега лечащего врача. В данном случае он реализует неотъемлемое право личности на свободу выбора. Когда два индивида действительно привержены общим целям, то взаимное доверие и конфиденциальность отношений оправданы, а сама коллегиальная модель имеет смысл. Это очень приятный и гармоничный путь взаимодействия с другими людьми. Он предполагает равенство достоинства и уважения, общность ценностей, которым каждая из сторон привержена. Всего этого недоставало предшествующим моделям.

Однако подобного рода гармония редко достижима. Медработник и пациент могут придерживаться различных ценностных ориентаций, они могут относиться к различным социальным классам и этническим группам. Совпадение ценностных ориентаций и интересов является не правилом, а скорее исключением из реального общественного устройства. К примеру, в условиях коммерческой медицины у врача существует объективная заинтересованность в минимизации расходов и максимизации доходов, тогда как интерес пациента, напротив, состоит в том, чтобы получить максимум доступной помощи при минимизации собственных затрат на ее получение. Существуют трудности, с которыми сталкиваются попытки информирования пациента для обеспечения его равноправного участия в процедурах принятия решения по вопросам своего лечения. Коллегиальная модель не до конца соответствует требованиям социального реализма и, как полагает Р. Витч, представляет собой недостижимый идеал.

Вместе с тем следует иметь в виду, что существует достаточно представительная область, в которой отношения между врачом и пациентом действительно могут носить коллегиальный характер. Речь идет о длительно текущих хронических заболеваниях. Молодой врач, пришедший навестить пожилого интеллигентного больного диабетом, имеет все основания оставить в прихожей профессиональные амбиции. Объем знаний, приобретенных такими пациентами за многие десятилетия болезни, в определенных аспектах может оказаться значительно более обширным, чем у молодого и даже не очень молодого врача. Добавим сюда их личный опыт реагирования на определенное лечение, пищевые продукты, их опыт переживания осложнений и т. д. В подобной ситуации общение больного и медика может приближаться к идеалу

коллегиальной модели, напоминая консилиум профессионалов, в котором знания одного дополняют и уточняют знания другого: решение о том или ином медицинском назначении вырабатывается совместно.

Говоря о *контрактной модели* взаимоотношений между медиками и пациентами, Р. Витч имеет в виду не только юридическое содержание понятия контракт (договор), но и более общее, символическое. Идеал контракта как наиболее достойной человека формы социальных отношений сформировался в эпоху Просвещения. В современном обществе на договорном распределении ролей и взаимной ответственности строятся трудовые и многие другие социальные связи.

Контрактная модель привлекательна в качестве образцовой структуры взаимоотношений между медиками и пациентами тем, что именно эта модель в наибольшей степени защищает моральные ценности автономии личности. В рамках контрактной модели индивидуумы и группы взаимодействуют между собой таким образом, что каждая из сторон несет определенные обязательства и каждая достигает некоторых выгод. Основные моральные принципы свободы, сохранения достоинства, правдивости, верности принятым обязательствам и справедливости весьма важны для реализации контрактных отношений.

Контрактная форма отношений позволяет избежать тех пагубных для свободы пациента недостатков, которые присущи инженерной и патерналистской моделям. Одновременно она не уповает на иллюзию возможности соучастия пациента в качестве «коллеги» врача. Пациент добровольно устанавливает отношения с врачом на тех условиях, которые считает для себя выгодными и возможными. При этом он может делегировать определенные «властные» полномочия врачу с тем, чтобы тот мог адекватно выполнить свои профессиональные обязательства.

Контрактная модель более реалистична, чем коллегиальная. Она учитывает невозможность равенства врача и пациента, то есть неизбежность наличия вертикальных отношений зависимости. Эта зависимость, однако, устанавливается на вполне определенных условиях. Если условия не соблюдаются, то пациент вправе считать для себя договор недействительным, лишит врача тех полномочий, которые последний получил в силу договора, и потребовать компенсации.

Следует отметить, что каждая из рассмотренных моделей представляет собой идеальный тип: в конкретных ситуациях ни одна из них, как правило, не реализуется в чистом виде, хотя взаимодействие врача и пациента в том или ином случае может строиться в соответствии с одной из моделей. Надо также иметь в виду и то, что выбор той или иной модели должен быть обусловлен состоянием пациента и характером оказываемой ему помощи.

Формы взаимоотношений врача и пациента зависят от состояния, в котором находится последний и от характера его заболевания. С этой точки зрения целесообразно проанализировать ситуации острого заболевания, хронического, терминального страдания, а также ситуацию, при которой больной находится в бессознательном (коматозном) состоянии. В рамках

каждой из перечисленных выше ситуаций клинической практики по-разному формулируются цели врачевания и его модель.

Спецификой *острого заболевания* является то обстоятельство, что возникшие болезненные нарушения в организме в принципе могут быть купированы с достаточно полным восстановлением его функций. Острое заболевание предстает для больного лишь как временное состояние ограничения нормальных и привычных для него форм жизнедеятельности. При этом задача врачевания трактуется как исправление возникшей «поломки» в организме с помощью тех или иных терапевтических или хирургических мероприятий и возвращение к исходному – нормальному положению.

Пассивность пациента в этих условиях предопределена его неинформированностью в медицинских вопросах. Понимая это, он благоразумно временно уступает власть и контроль над своим телом врачу. Впрочем, даже если в роли пациента оказывается кто-либо из медиков, то и в этом случае он не может сам по отношению к себе занять позицию объективного наблюдателя, то есть непредвзято оценивать свое состояние. Даже такой великий клиницист, как С. П. Боткин, не смог точно оценить критичность собственного состояния, что привело его к трагическому результату. Поэтому среди медиков сложилась благоразумная традиция в трудных случаях при собственном заболевании больше полагаться на объективное мнение опытного коллеги. Временный характер ограничений, которым подвергается свобода действий пациента, и добровольное подчинение более знающему и опытному врачу, является приемлемой платой за возможность выздоровления.

При *хроническом заболевании* необратимость возникших патологических изменений в организме преобразует цели врачевания. Когда оказывается, что восстановление нормы невозможно и нарушение жизнедеятельности становится неотъемлемым обстоятельством всей последующей жизни больного, то врачевание дополняется особыми, специфическими задачами – задачами реабилитации больного. Целями реабилитационной терапии являются приспособление больного человека к условиям инвалидности, максимизация его компенсаторных возможностей и возвращение в общество. При реабилитационной терапии пациент должен быть активно включен в реабилитационный процесс. При этом врач превращается в его консультанта и советчика. Когда болезнь приобретает хронический характер, задачи врачевания существенно усложняются за счет обозначенного реабилитационного направления.

Врач, исходя из возможностей организма больного, может подсказать тому, какие физические нагрузки для него допустимы, как целесообразно изменить диету, какой образ жизни предпочтительно вести. Но медик не в состоянии сам изменить образ жизни пациента так, как он мог изменить и нормализовать до определенных пределов нарушения в организме. Основной действующей фигурой в реабилитационном процессе становится пациент, поскольку именно от его готовности изменить образ жизни, воли и целеустремленности, от умения эффективно сотрудничать с медицинскими

работниками зависит в конечном результате успех врачевания. Реабилитационная медицина усложняет мышление врача необходимостью учета социальных закономерностей, особую важность приобретает принцип уважения автономии личности.

Специфика положения *умирающего больного*, как и в случае хронического заболевания, принуждает пересмотреть господствующие в сознании медиков представления о целях оказания медицинской помощи. Призыв бороться до конца за жизнь больного вполне уместен и достоин всяческого уважения в ситуации проведения хирургической операции, в реанимационном отделении или отделении интенсивной терапии. Однако этими и подобными ситуациями медицинская практика не исчерпывается.

В онкологии, как и в некоторых других областях клинической медицины, нередко встречаются ситуации, когда дальнейшие попытки вылечить пациента или хотя бы стабилизировать его состояние становятся бессмысленными. Его выписывают из больницы «на руки» участковому врачу. Основной задачей оказания медицинской помощи в такой ситуации становится обеспечение достойного для человека процесса умирания. Роль врача, способного купировать симптомы, вызывающие страдания умирающего, чрезвычайно велика. К сожалению, во многих случаях этим медицинская помощь и исчерпывается. Помимо терапии, умирающий нуждается еще и в профессиональном уходе, который может квалифицированно обеспечить лишь специально обученная медицинская сестра.

До последнего времени роль медицинской сестры рассматривалась как вспомогательная по отношению ко врачебной. Хирургическая сестра, ловко подающая по команде хирурга скальпель или зажим, как бы олицетворяла идеал профессии. Уход за больным рассматривался, как, хотя и важный, но вспомогательный и не требующий особой профессиональной подготовки навык. Само сестринское образование представляло собой сокращенный курс врачебной подготовки.

Между тем в ситуациях оказания помощи умирающим пациентам (как, впрочем, и значительному контингенту больных-хроников) сестра, профессионально обученная современным методам ухода, становится, если не главным действующим лицом, то, по крайней мере, равноправным партнером врача. Подобное перераспределение ролей при оказании медицинской помощи умирающим пациентам качественно меняет и характер этического регулирования. Главенствующее место здесь занимает не принцип уважения автономии пациента, а реализация таких личностных качеств, как милосердие, любовь, сострадание, внимание, терпение, заботливость, отзывчивость. В отличие от этических принципов врачевания, которые, так или иначе, базируются на определенных рациональных процедурах, этика ухода в рассматриваемой ситуации делает акцент на моральную настройку эмоциональных качеств отношения к пациентам.

Развитие хосписного движения является важным шагом на пути превращения сестринского ухода в самостоятельную разновидность оказания медицинской помощи. Современные медицинские технологии ухода за

больными основываются на фундаменте специфического социально и психологически ориентированного медицинского знания. Сестринское дело – это особая наука, которая имеет древнейшие традиции, а в настоящее время переживает пору бурного расцвета. Как специфическая научная дисциплина она предполагает отличное от врачебного образование, а также новую роль медицинской сестры как субъекта здравоохранения. Уход за умирающим пациентом – лишь наиболее яркое свидетельство и очевидный повод необходимости радикального пересмотра традиционно подчиненной роли медицинских сестер. На самом деле потребности медицины в новой идеологии сестринского дела гораздо шире.

Следующей характерной чертой ситуации больного, находящегося в терминальном состоянии, является то, что тяжело при этом не только самому умирающему, но и его семье. Иногда это страдание растягивается на многие месяцы, что приводит к увеличению вероятности разнообразных психосоматических расстройств среди членов семьи. Если придерживаться принципов профилактики, то естественно, что объектом оказания помощи должна в данном случае стать семья. Участковый врач в принципе не может оказать подобного рода помощь. Необходима совместная работа врачей, сестер, социальных работников, психологов. В ряде случаев духовную помощь и поддержку и семье, и умирающему может оказать священник.

Наконец, о больном в *коматозном состоянии*. Может показаться, что для взаимодействия с пациентом, находящимся в бессознательном состоянии, вполне подходит инженерная модель. Отношение к нему, как к личности, затруднено в силу вполне объективных обстоятельств, ограничивающих какие-либо личностные проявления с его стороны. Но даже в этом случае моральный статус пациента, несомненно, качественно иной, чем статус безличного объекта. Коматозный больной остается человеком, и этим он автоматически исключается из разряда объектов.

При принятии жизненно важных решений, касающихся лечения подобных больных, законодательство предполагает необходимость получения информированного согласия от их законных представителей. При невозможности – в силу критичности состояния больного – получения согласия со стороны самого больного необходимо согласие консилиума специалистов. Когда и это невозможно, врач вправе принять решение самостоятельно. Но при этом он должен доложить о принятом решении администрации медицинского учреждения, что обеспечивает определенный контроль за правомочностью его действий.

Целесообразно также информировать о принятых медиками решениях законных представителей пациента, объяснив им причины, по которым они не смогли учесть их волю. Что касается рутинных манипуляций с телом коматозного больного, то моральной нормой должно быть уважительное отношение к нему, категорическое воспрещение любых оскорбительных или циничных действий, поддержание внешнего вида больного в достойном состоянии, в опрятности и ухоженности.

1.5. Жизнь и смерть как главная тема биомедицинской этики

1.5.1. Этические аспекты смерти и умирания

Феномен смерти человечество пытается разгадать с глубокой древности. Смерть как сон, из которого нет возврата в реальный мир, смерть как переход в иной, внеземной мир, смерть как прекращение жизнедеятельности организма человека. Эти и другие варианты объяснения феномена смерти сменяли в истории человечества друг друга и до настоящего времени существуют в рамках различных культур. В биоэтике проблема смерти и умирания человека рассматривается с позиций современных научных представлений о том, что смерть – это состояние полного прекращения жизнедеятельности человека, при котором невозможны никакие виды активности человека – ни духовная, ни психологическая, ни социальная, ни физиологическая. Необратимость физиологических изменений, наступающих в момент биологической смерти, означает прекращение существования человека в определенном качественном состоянии как материального объекта. Человек гибнет как целостная биосоциальная сущность, это естественное событие, которым завершается жизнь человека.

При религиозном понимании жизни и смерти человека исходными понятиями становятся душа и тело. Физическое тело смертно, подвержено разрушению, душа – бессмертна. Во всех мировых религиях биологическая смерть понимается как переход от одной формы жизни к другой. Смерть – это прекращение мирской жизни и начало загробной жизни, она рассматривается, как отделение души от тела и ее перенос из этого мира в лучший мир. Таким образом, это продолжение жизни в другой форме, к которому человек должен подготовиться. Существуют нравственные правила по отношению к тем, кто покидает этот мир. Необходимо напомнить человеку, находящемуся на смертном одре, о том, что его ожидает. Неприемлем принцип «лжесвидетельства» по отношению к умирающим религиозным людям. Эта ложь лишает личность решающего итогового момента прожитой жизни и тем самым изменяет его статус не только во времени, но и в вечности. Смертельная болезнь – это чрезвычайно значимое событие в жизни, это подготовка к смерти и смирение со смертью, это покаяние и шанс замолить грехи, это углубление в себя, это интенсивная духовная и молитвенная работа, это выход души в определенное качественное состояние, которое фиксируется в вечности. Сокрытие от пациента информации о тяжелом состоянии под предлогом сохранения его душевного комфорта нередко лишает умирающего возможности сознательного приготовления к кончине и духовного утешения, а также омрачает недоверием его отношения с близкими и врачами. Право пациента на личный образ мира, и на свободу, и на самоопределение, даже несмотря на явное несоответствие того или иного выбора «принципу пользы», является основанием доктрины «информированного согласия». Долг и ответственность врача в рамках этой доктрины понимается как долг перед свободой и достоинством человека и ответственность за сохранение ценности

человеческой жизни. Самоубийство, эвтаназия и убийство как средство смерти в большинстве религий запрещены и считаются самым тяжким грехом.

Смерть – естественное явление, венчающее жизнь, человек конечен. Поэтому важнейшая этическая задача – выработать механизмы защиты от страха перед смертью – эмоциональные и рациональные. Рациональная защита от страха перед смертью предусматривалась еще в древних религиозных культурах. Смягчают трагизм смерти религиозные и философские учения о бессмертии души. Простой довод, снимающий страх перед смертью, приводил древнегреческий мыслитель Эпикур: самое ужасное из зол, смерть, не имеет к нам никакого отношения; когда мы есть, то смерти еще нет; а когда смерть наступает, то нас уже нет.

Для биоэтики смерть – это прекращение жизнедеятельности организма и вследствие этого – гибель индивида как обособленной живой системы, процесс умирания, переход одного качества в другое, одной формы бытия в другую – живого в мертвое. Задача биоэтики – изучение феномена смерти человека как биосоциальной системы, включенной в систему социокультурных отношений общества.

В настоящее время в медицине различают биологическую и клиническую смерть. Клиническая смерть – особый вид существования – терминальное состояние, граница бытия и небытия живого; процесс умирания как переход одного качества в другое. Клиническую смерть характеризуют: остановка дыхания, остановка кровообращения, при ней возможно искусственное поддержание кровотока и вентиляции легких, сохраняющее функции центральной нервной системы. Временной интервал, характеризующий ее – 5–6 минут – количественно выраженная мера еще сохраняющейся жизни. Вокруг понятия и сущности клинической смерти ведутся непрекращающиеся споры. Одни ученые указывают на то, что она уже не является жизнью, но еще не является смертью. Другие считают ее качественно особой формой жизни, поскольку, с биологической точки зрения при клинической смерти еще сохраняется достаточное количество «элементов жизни», многие функции которых лишь приостановились. Отсюда – специфическая особенность клинической смерти – ее принципиальная обратимость, которая порождает этический императив, требующий от медиков отношения к ней, как состоянию, нуждающемуся в неотложных мерах помощи умирающему. Основная форма такой помощи – реанимирование – «оживление» человека, возврат его к жизни. Вместе с тем, процесс реанимирования нередко возвращает человека не только к жизни, но и к страданиям, или поддерживает жизнь на таком низком уровне ее качества, которое бывает невыносимым для больного. Поэтому одна из важнейших моральных проблем реаниматологии – проблема выбора, принятия решения о необходимости реанимирования, его продолжительности или прекращении; решение вопроса о том, до каких пор разумны усилия реаниматологов по продлению жизни безнадежно больного человека, и какими этико-правовыми нормами следует при этом руководствоваться.

С феноменом «клинической смерти» тесно связана этическая проблема определения критерия смерти, определения степени деградации жизненного

процесса, которую следует считать объективно наступившей смертью. Современные концепции усматривают такой критерий в смерти головного мозга. Однако при этом могут сохраняться некоторые видимые еще признаки жизни (например, сокращения сердечной мышцы), при которых вековые медицинские традиции не дают признать человека мертвым. Поэтому в современной медицине возникает вопрос о том, как долго может продолжаться такое вегетативное существование и не является ли отключение аппаратуры, искусственно поддерживающей существование, убийством? Этот вопрос носит не абстрактно-умозрительный характер; он содержит в себе этические основания для решения практических задач современной биомедицины. Одним из наиболее значимых прецедентов в этом отношении стал «казус Квинлен», заставивший не только медиков, но и этиков, философов, юристов решать непростой вопрос сохранения или прекращения жизни молодой девушки, на протяжении многих лет пребывавшей в состоянии клинической смерти, связанном со смертью мозга. Сегодня при соответствующем медицинском и экономическом обеспечении больные в вегетативном состоянии могут жить, точнее, существовать достаточно долго и после смерти мозга. Даже в самом благоприятном случае неизвестно, вернется ли к спасенному человеку нормальное сознание (ведь повреждения мозга до недавнего времени считались необратимыми). Вместе с тем сегодня все чаще появляются сообщения о возвращении к жизни людей, достаточно долго пролежавших в коме. Это еще больше усложняет принятие врачами решения в случае констатации гибели мозга.

Современные концепции предлагают считать критерием смерти человеческого индивида омертвление головного мозга. Именно в этом случае утрачивается автономность и индивидуальность личности, поскольку носителем, обеспечивающим автономную целостность, суверенность и индивидуальность человека (даже в биологическом смысле), является мозг. Поэтому смерть мозга есть расщепление основания жизни, ибо именно в этом случае утрачиваются ее атрибутивные качества.

Проблема смерти – это проблема по существу своему морально-религиозная и медицинская. И если религия и мораль – это своеобразная «метафизика» человеческой смерти, то «физикой» ее является медицина. На протяжении веков в пространстве европейской христианской цивилизации они дополняли друг друга в процессе формирования траурных ритуалов, обычаев, норм захоронения и т. п. Медицинские гигиенические нормы и признание возможности ошибок при диагностике смерти (случаи мнимой смерти и преждевременного захоронения) разумно сочетались с обычаем христианского отпевания и захоронения на третий день после смерти.

Первые научно обоснованные попытки оживления умерших были связаны с восстановлением дыхательной способности и функции кровообращения. Так, например, в 1805 году доктор Е. Мухин предлагал с целью оживления мнимо умерших вдвухивать в легкие воздух с помощью мехов. К началу XIX века во многих странах Европы ставился вопрос о новом определении смерти, которая связывалась уже с отсутствием эффекта реакции организма на искусственное

дыхание. В этом же веке началось бурное развитие медицинских технических средств, которые успешно использовались для более точной констатации смерти и одновременно проходили испытания новых способов оживления организма. Одновременно происходит детальное изучение процессов конечных стадий жизнедеятельности. Выделяют пять стадий умирания – предагональное состояние, терминальная пауза, агония, клиническая и биологическая смерть.

Различие клинической смерти (обратимого этапа умирания) и биологической смерти (необратимого этапа умирания) явилось определяющим для становления реаниматологии – науки, изучающей механизмы умирания и оживления умирающего организма. Формирование в 60-70-е годы XX века реаниматологии многие считают признаком революционных изменений в медицине. Это связано с преодолением традиционных критериев человеческой смерти – прекращения дыхания и сердцебиения – и выходом на уровень принятия нового критерия – «смерти мозга». Коренные изменения, вносимые достижениями медицинской науки во временное пространство смерти, оборачиваются ростом этической напряженности врачебной деятельности. Безусловно, комплекс технических средств для поддержания жизни дает возможность предотвратить смерть ряда больных, но в то же время для других это поддержание оказывается лишь способом продления умирания.

Отделения интенсивной терапии современных больниц оснащены новейшими установками, делающими возможными различные реанимационные процедуры. Система здравоохранения, оснащенная этой техникой, уже не способна отказаться от ее применения, часто превращая своих пациентов в бесправные жертвы. Грань между поддержанием жизни и продлением умирания становится такой тонкой, что смерть оказывается длительным механизированным процессом умирания, который технологически можно продлить до 10 лет.

Современной медицине соответствует современный образ человека как, прежде всего, разумного существа, чему соответствует и новый критерий его смерти – «смерть разума» или «смерть мозга», или «неокортексовая смерть», т. е. невыполнение мозгом своих функций мышления, рассуждения, контакта с людьми. Родственники пациента, оказавшегося в «зоне неопределенности», должны выйти на уровень новых, соответствующих происходящему в медицине, ориентиров.

Действительно, зона неопределенности оказывается в буквальном смысле слова вне пространства библейских этических заповедей. Шестая заповедь «не убий» в этой зоне не работает, ибо в терминах традиционной морали – это зона неизбежного убийства или отказа от жизнеподдерживающего лечения. Технические достижения требуют максимально рационального отношения человека к своей смерти. Рациональное отношение к своей смерти предполагает ответы на вопросы, как человек хотел бы умереть, кто должен принимать решение в соответствующей ситуации, насколько строго и кем должна выполняться его воля.

Традиционная медицина считала, что пациент обладает «правом на неведение», а обязанность «лжесвидетельства» со стороны врача всегда

составляла особенность профессиональной врачебной этики в сравнении с общечеловеческой моралью. Основанием этой обязанности являются достаточно серьезные аргументы. Один из них — роль психоэмоционального фактора веры в возможность выздоровления, поддержание борьбы за жизнь, недопущение тяжелого душевного отчаяния. Поскольку считалось, что страх смерти приближает смерть, ослабляя организм в его борьбе с болезнью, то сообщение истинного диагноза заболевания рассматривалось равнозначным смертному приговору. Однако известны случаи, когда «святая ложь» приносила больше вреда, чем пользы. Объективные сомнения в благополучии исхода болезни вызывают у больного тревогу, недоверие к врачу, что является отрицательным психологическим фактором. Отношение и реакция на болезнь у больных различны, они зависят от эмоционально-психологического склада и от ценностно-мировоззренческой культуры пациента. Можно ли открыть больному и родным диагноз или надо сохранить его в тайне, или целесообразно сообщить больному менее травмирующий диагноз, какой должна быть мера правды – неизбежные и вечные вопросы профессиональной врачебной этики.

Право на достойную смерть – естественное право каждого человека, такое же, как право на достойную жизнь, т.к. смерть – другая сторона жизнедеятельности человека. Это право включает в себя два аспекта. Во-первых, есть просто право на смерть, основанное на моральном праве человека свободно, по своему усмотрению распоряжаться собой, своей жизнью и смертью, вплоть до отказа от лечения в ситуациях, когда оно чересчур мучительно, бесперспективно и ведет к потере человеческого достоинства. Приверженцы традиционной медицинской деонтологии высказываются против права на смерть, считая, что оно не принадлежит к таким фундаментальным человеческим ценностям, как право на жизнь, а в случае его признания приведет к неблагоприятным для общества последствиям (массовым злоупотреблениям, дискредитации врачебной профессии, паническому страху больных перед врачами). Их оппоненты заявляют, что желание и свободный выбор человека должны считаться высшим законом, что признание права больного на прекращение собственной жизни не включает в себе никакой угрозы общественным интересам, поскольку касается сферы личной свободы, не подлежащей социальной регламентации.

Во-вторых, есть право на *достойную смерть*, в котором проявляется родовая сущность человека – естественное стремление к получению удовольствия и избеганию страданий – физических и духовных. Право на достойную смерть фиксирует в себе моральные аспекты достоинства, гармонизирующие жизнь отдельного человека и общества в целом. Не только уход из жизни по личным соображениям, когда человек сам предпочитает достойную смерть недостойной жизни, но и нестандартные ситуации, порождаемые научно-техническим прогрессом в практике медицины (трансплантация органов, поддержание человека в бессознательном вегетативном состоянии, новые подходы к определению критерия смерти и т.д.) заставляют общество пересматривать, углублять отношение к праву на достойную смерть. Это право предполагает нравственную заботу об автономии

и достоинстве умирающего, прежде всего, со стороны медицинских работников, которые должны дать больному правдивую информацию о диагнозе его болезни, о лечебных процедурах, о доводах за и против них, чтобы пациент сам смог сделать выбор.

Право на достойную смерть предполагает умирание с достоинством, которое обеспечивается хосписным движением и паллиативной помощью. В основе современного хосписного движения лежит особая этика и философия врачевания, согласно которой смерть, как и рождение, – естественный процесс, его нельзя ни торопить, ни тормозить. Умирающий нуждается в помощи особого рода: ему можно и должно помочь перейти границу между жизнью и смертью. Именно такую задачу ставят перед собой хосписы. Хоспис – не дом для смерти, это дом для качественной жизни до конца. Хронические боль и страдание изменяют мироощущение, мировосприятие человека: испытывая невыносимую боль, он не в состоянии размышлять, вспоминать; боль способна вытеснить нравственные потребности, нравственную мотивацию поведения. Хоспис создает такие условия, образ жизни пациента, такое жизненное пространство, которое позволяет взять под контроль боль и страдания даже самых тяжелых больных. Он обеспечивает такое качество жизни, когда самодостаточным и актуальным является настоящее, а не будущее. Взаимоотношения пациентов и медицинского персонала складываются здесь на основе принципов хосписного движения, выполнение которых зависит от подготовки и личных качеств медицинского персонала. В настоящее время для службы хосписов формируется новая медицинская специальность, изучающая процесс завершения жизни – врач паллиативной помощи.

Слово «хоспис» имеет латинское происхождение, «*hospes*» первоначально означало «чужестранец», «гость». В поздние времена латинское «*hospes*» трансформировалось в английское слово «*hospice*», которое означает «приют», «богадельня», «странноприимный дом». Обычно первые хосписы располагались вдоль дорог, по которым проходили основные маршруты христианских паломников. В 1842 году Джин Гарнье, молодая женщина, потерявшая мужа и детей, открыла первый из приютов для умирающих в Лионе, еще несколько были открыты позже в других местах Франции.

Основатель современных хосписов англичанка С. Сондерс еще в 1948 г. пришла к простой мысли: умирающему пациенту можно и нужно помочь, а в 1967 г. она создает в Великобритании первый современный хоспис святого Христофора. Первые хосписы в Англии, такие как Хоспис Святого Христофора и детский хоспис Дом Елены, были созданы в специальных домах. Это частные хосписы, они совершенно независимы и отделены от больниц. Наряду с этим, Английское Национальное общество помощи больным раком создаёт хосписы на территории уже работающих больниц, где они могут пользоваться всем, чем располагают клиники.

Паллиативной помощью, или поддерживающим жизнь лечением, считается любое лечение, которое продлевает ее, независимо от лежащего в основе медицинского состояния больного. Паллиативное лечение – квалифицированная, эффективная медицинская помощь терминальным

больным, заключающаяся в купировании, а по возможности – в предупреждении болевого и других тягостных симптомов, сопровождающих умирание. Главная цель паллиативной медицинской помощи – добиться приемлемого качества жизни умирающего человека, заботиться о его комфорте, а значит – реализовать право пациента на смерть с достоинством.

Хоспис – это учреждение, где стараются создать условия, приближенные к домашним. Пациентам разрешается держать при себе даже домашних животных, например, кошку или собаку, принимать родных, устраивать торжества. Хоспис никогда не отнимает у них надежду выздороветь. Шанс всегда есть – возможны ошибки в постановке диагноза или случаи невероятного самоисцеления организма. Если даже этого не случается в хосписе обеспечивается достойное завершение жизненного пути.

В Беларуси функционирует Белорусский детский хоспис, который существует исключительно на благотворительные пожертвования. Также действует 8 хосписов для взрослых, а также открыты отделения паллиативной медицинской помощи в 24 стационарах – всего 431 койка. Помимо стационара существуют выездные патронажные службы, которые оказывают помощь на дому.

Когда уже невозможно прервать или даже замедлить развитие болезни, когда достаточно скорая смерть пациента становится неизбежной, медик-профессионал обязан перейти к тактике паллиативного лечения, то есть купирования, смягчения ее отдельных симптомов.

Понятие паллиативного лечения не исчерпывается только клиническим содержанием, оно включает в себя новые социально-организационные формы лечения, оказания поддержки умирающим пациентам, новые решения моральных проблем и, если угодно, новую философию медицинского дела. Различные формы организации паллиативной медицины – это патронажная служба помощи на дому, дневные и ночные стационары, выездная скорая помощь и стационар хосписов, специализированные отделения больниц общего профиля и т.д. Действенность помощи умирающим определяется комплексным подходом к решению их проблем, бригадным характером деятельности участвующих в этом деле врачей-специалистов, медицинских сестер, психологов, а также представителей духовенства, добровольцев, получивших специальную подготовку. Незаменима при этом роль близких родственников и друзей пациента, которые, однако, и сами нуждаются в квалифицированных советах и руководстве.

Паллиативная помощь, в том числе и в хосписах, должна поддерживать жизнь и обучать отношению к смерти, как к естественному процессу; не ускорять и не оттягивать наступление смерти; устранять боль и другие тягостные симптомы; сочетать физическую и духовную поддержку; предлагать систему поддержки с целью помочь пациенту, насколько это возможно, обеспечивать ведение активного образа жизни до самой смерти; предлагать поддержку семье больного. Медперсонал, оказывающий паллиативную помощь должен уметь психологически воздействовать на больного для выработки у него жизненных установок на «хорошую смерть». Он должен быть способным

держат ситуацию под контролем, обеспечивать сохранение достоинства и права на частную жизнь; контролировать боль и другие симптомы. Пациент должен иметь возможность выбора, где умирать (дома, в больнице, хосписе); иметь доступ к информации и экспертизе; получать любую духовную или эмоциональную поддержку; иметь возможность дать последние распоряжения и быть уверенным, что они будут выполнены; не предпринимать бессмысленные попытки пролонгировать жизнь. При этом исходят из того, что у больных имеются физические страдания, обусловленные заболеванием; социальные, обусловленные потерей работы, изменением социальной роли, возникновением зависимости от окружающих; психологические – депрессия, страх и беспокойство, неопределенность, чувство вины (перед родственниками, окружающими); экзистенциальные – религиозные и нерелигиозные.

В настоящее время паллиативная помощь оказывается не только в хосписах, но и на дому врачом общей практики, помощником которого является специализировавшаяся по данному профилю медсестра. В то же время есть мнение, что такая помощь – это мультидисциплинарная функция, поэтому оказывать ее должна команда специалистов. Помимо врача и медицинской сестры в такую команду входят социальный работник и, по желанию больного, представитель религиозной конфессии. В плане современной тактики ведения терминальных больных положение медицинской этики о высочайшем уважении к жизни пациента конкретизируется с позиций философии паллиативной медицины. Во-первых, врачи и медицинские сестры в работе с терминальными больными должны различать обычные и экстраординарные медицинские средства и методы. Во-вторых, они должны владеть современными подходами лечения хронической боли, а также купирования другой тягостной симптоматики, как правило, сопровождающей умирание. В-третьих, профессиональный долг всех специалистов, работающих в системе оказания паллиативной медицинской помощи, предписывает также социальную, психологическую и духовную поддержку терминальных больных и их семей. При этом требуют осмысления новые подходы к решению труднейшего этического вопроса информирования таких больных об их состоянии. Умиравшие испытывают страх перед смертью, болью, зависимостью от других при удовлетворении самых элементарных нужд (еда, питье, поддержание чистоты и т.п.), испытывают глубокую печаль, тоску.

Когда медицинские работники владеют всем арсеналом средств и методов паллиативной помощи, они имеют моральное право сказать умирающему: мы поможем тебе пройти через это. Из всех проблем умирающего больного проблема борьбы с болью часто является самой насущной и неотложной. Такие больные имеют законное право на применение в соответствии с их состоянием имеющихся в наличии обезболивающих средств. Борьба с болью есть непременное условие реализации одного из фундаментальных прав пациента – права на достойное умирание, о чем, в частности, специально говорится в принятой ВМА «Лиссабонской декларации прав пациента» (1981 г.). Однако достижение этой цели рано или поздно требует от врача назначения таких доз обезболивающих лекарственных средств, которые сами по себе могут влиять на

сокращение жизни пациента. Назначая такие дозы обезболивающих лекарств, врач исходит из того, что более важным для такого пациента является качество, а не продолжительность его жизни. Иногда с целью облегчения страданий умирающего бывает разумнее отказаться от каких-то методов лечения, которые будут продлевать не столько жизнь, сколько процесс умирания.

Проблема боли, страдания традиционно занимает очень важное место в различных религиозных системах (например, в буддизме считается, что затуманенное обезболивающими препаратами сознание не способно предаваться благотворным рассуждениям, что насущно важно для умирающего). Поэтому Комитет экспертов ВОЗ, рассматривавший проблемы паллиативного лечения на одном из своих заседаний в 1989 г., пришел к выводу о необходимости считаться с решением верующего человека отказаться от обезболивания.

Комплексная оценка эффективности оказания паллиативной медицинской помощи терминальным больным отражается в понятии качество жизни. В понятии качество жизни соотносятся два аспекта: объективный и субъективный. В ситуации умирающего больного улучшение объективных параметров качества его жизни не ограничивается только решением клинических проблем и проблем сестринского ухода, но выражается также в создании для него возможно более комфортных условий существования в целом. В конечном счете, качество жизни имеет субъективное выражение. Умиравший пациент, избавленный с помощью грамотного паллиативного лечения от боли, имеющий возможность общаться с семьей и друзьями, способный даже в последние дни своей жизни на высшие духовные проявления, наверное, вполне искренне может сказать, что он счастлив. Необходимо еще раз отметить, что в помощи нуждается не только умирающий, но и его близкие, переносящие тяжелейший психоэмоциональный шок. Поэтому в рамках хосписного движения психологической и социальной поддержке членов семей умирающих придается большое значение.

В комплексной характеристике качества жизни особое место занимает моральное самочувствие пациента. Одним из критериев успешного паллиативного лечения умирающего больного (и в особенности хорошего сестринского ухода) является расширение возможностей самообслуживания больного, что одновременно увеличивает его самоуважение. Любые проявления нормальной жизни (чтение, прием посетителей и т.п.) должны поощряться. Умиравший человек особенно остро чувствует недостаток заботы о нем. В таком положении человек имеет право на капризы и даже на чувство злости. Помощь умирающим сопряжена с сильнейшими стрессовыми реакциями у медицинских сестер, врачей и вообще всех, кто участвует в этой работе. Основные стрессовые факторы – переживание неизбежной утраты тех, о ком проявлено столько заботы, кому отдано столько душевных и физических сил; чувство неуспеха медицинского лечения, участие в часто случающихся в такой ситуации конфликтах и т.д. Состояние эмоционального и физического истощения медицинского персонала, занятого помощью умирающим, получило в литературе название синдрома выгорания. Медицинский персонал, вероятнее

всего, сможет найти эмоциональную поддержку внутри тех коллективов, члены которых проявляют высокую степень взаимного уважения, имеют четко определенные и всеми поддерживаемые цели и где власть соответствует ответственности.

1.5.2. Этическое и правовое регулирование эвтаназии

Английский философ Ф. Бэкон (1561–1626) для обозначения лёгкой безболезненной смерти ввёл термин «эвтаназия» (от греч. euthanasia, eu – благо, thanatos – смерть), то есть хорошая, спокойная и лёгкая смерть, без мучений и страданий. Буквально термин «эвтаназия» переводится как «благоумиание», но сам термин стал означать не столько «благоую» смерть саму по себе, сколько её причинение.

Эвтаназию можно определить как умышленные действия или бездействие медицинского работника, которые осуществляются в соответствии с явно и недвусмысленно выраженной просьбой информированного больного или его законного представителя с целью прекращения физических и психических страданий больного, находящегося по медицинским показателям в угрожающем жизни состоянии, в результате которого должна наступить его смерть.

Различают пассивную и активную эвтаназию (критерий – позиция врача), добровольную и недобровольную (критерий – позиция пациента). *Пассивная эвтаназия* выражается в том, что прекращается оказание медицинской помощи, направленной на продление жизни, что ускоряет наступление естественной смерти. Под *активной эвтаназией* понимают введение умирающему каких-либо лекарственных или иных средств либо другие действия, влекущие за собой быстрое и безболезненное наступление смерти.

Активная эвтаназия может происходить в следующих формах:

- «убийство из милосердия» происходит в тех случаях, когда врач, видя мучительные страдания безнадежно больного человека и будучи не в силах их устранить, например, вводит ему сверхдозу обезболивающего препарата;
- «самоубийство, ассистируемое врачом», происходит, когда врач только помогает неизлечимо больному человеку покончить с жизнью;
- собственно активная эвтаназия может происходить и без помощи врача – пациент сам включает соответствующее устройство, как бы сам накладывает на себя руки.

Об эвтаназии речь идет лишь тогда, когда мы имеем дело с преднамеренным причинением смерти. В одном случае отнимается жизнь у смертельно больного лица для того, чтобы избавить его от лишних страданий, либо при помощи прямого вмешательства (например, инъекции), либо, оставив его умирать, прекратив искусственное питание больного. В другом случае лишается жизни новорожденный ребенок с тяжелыми физическими недостатками, когда его обрекают на верную смерть, прекращая подачу питания и основного лечения лишь для того, чтобы не причинять новой боли

его родителям. Значит, эвтаназия определяется характером намерений: об эвтаназии говорится лишь тогда, когда есть намерение положить конец жизни данного лица или ускорить его смерть; об эвтаназии не идет речь, когда стараются облегчить страдания какого-либо лица, находящегося в последней стадии тяжелой болезни, назначая ему медикаменты, которые лишь непрямым образом могут ускорить физиологический процесс умирания. В этом случае не ставят перед собой цели «помочь умереть» пациенту, но пытаются уменьшить его боль при помощи препаратов, которые лишь в качестве побочного эффекта способны ускорить приближение конца. Смерть здесь не провоцируется преднамеренно, прямым образом, но является возможным последствием обезболивающей терапии.

Пассивная эвтаназия практикуется в следующих случаях:

- прекращается такое лечение, которое имело бы неблагоприятное влияние на больного (например, лечение, которое лишь продлило бы саму жизнь в нечеловеческих условиях, не облегчив состояния пациента);
- прекращения реанимации, когда состояние церебральной смерти является необратимым (никакое лечение не облегчает страданий, не дает никакого шанса на дальнейшее выздоровление, а только удлиняет агонию и, кроме того, приносит страдания семье и несоразмерные расходы государству);
- не реанимируется новорожденный ребенок с врожденными уродствами, или в тяжелом патологическом случае, который естественным образом ведет к смерти (когда лишь искусственно можно продолжать жизнь, без надежды на улучшение и на возникновение способности к самостоятельному существованию);
- дают спокойно умереть больному неизлечимой болезнью, которая естественным образом приводит к смертельному исходу в краткий срок в случае, когда всякая терапия позволила бы лишь на короткое время продлить жизнь в невыносимых условиях.

Однако многие учёные опасаются, что формальное разрешение эвтаназии может стать определённым психологическим тормозом для поиска новых более эффективных средств диагностики и лечения тяжелобольных, а также способствовать недобросовестности в оказании медицинской помощи таким больным.

Говоря об эвтаназии, возникает два вопроса – морально-этический и юридический. Некоторые утверждают, что, хотя эвтаназия является безнравственной, её не следует запрещать в законодательном порядке. Их доводы таковы: во-первых, слишком высоки затраты на претворение этих санкций в жизнь, и во-вторых, перспектива непослушания настолько широка, что она уже подрывает общее уважение к закону.

Другие утверждают, что, хотя эвтаназия не во всех случаях неправильна, она не должна быть разрешена законом. Один из вариантов этого аргумента утверждает, что эвтаназия нравственно допустима только в редких случаях, но даже там ее следует запретить, так как этой практикой до того легко

злоупотребить, что легализация эвтаназии принесет больше вреда, чем добра. Другой вариант гласит, что легализация ставит многих людей в затруднительное положение выбора: либо продолжать жить, либо, умерев, уйти с дороги. В такое положение никого нельзя ставить.

Сильные боли являются обычно причиной просьбы больного ускорить наступление смерти, а потому она является вынужденной и неискренней. Здесь врач должен противостоять ей с помощью богатого выбора обезболивающих средств, которыми сегодня располагает медицина, а не идти на поводу у больного. Реанимационная помощь требует не только больших материальных затрат, но и огромного напряжения физических и душевных сил обслуживающего медперсонала. Именно отсутствие надлежащего лечения и ухода могут провоцировать требования больного ускорить смертельный исход, что позволит врачу полностью прекратить всякое лечение и уход за тяжелым больным. В этом еще одна из причин необходимости правового регулирования данного вопроса.

С юридической точки зрения проблема состоит в необходимости выработки правовой процедуры осуществления эвтаназии в случае, если данный акт будет разрешен законодательством. Проблема заключается, прежде всего, в установлении категорий пациентов, по отношению к которым может рассматриваться возможность применения эвтаназии. Среди таковых можно отметить пациентов, биологическая смерть которых неминуема и которые, умирая, испытывают тяжёлые физические страдания. Вопрос о прерывании жизни больного, физические страдания которого могут быть ликвидированы применением соответствующих медицинских средств, вообще не должен рассматриваться.

Другая категория больных – это больные, находящиеся в устойчивом вегетативном состоянии. В таком случае медицинская сторона вопроса заключается в определении степени тяжести заболевания, его неизлечимости; достижения такой стадии в процессе лечения, когда все возможные медицинские средства оказываются исчерпанными; установление необратимости устойчивого вегетативного состояния.

Намеренное умерщвление всегда является нравственным злом. Эвтаназия – намеренное умерщвление невинного человека. Значит эвтаназия – нравственное зло. Сторонники эвтаназии могут апеллировать к факту, что вышеприведенное умозаключение подразумевает различие между оправданными и неоправданными умерщвлениями.

Аргумент в пользу эвтаназии состоит из двух ключевых утверждений. Первое – состояние некоторых людей таково, что им лучше умереть, чем продолжать жить. Ярким примером такой ситуации являются те пациенты, которые страдают от сильных болей или обречены на жизнь в унижительной зависимости от других для удовлетворения самых элементарных нужд. Второе утверждение заключается в том, что оказание помощи кому-либо в улучшении его положения всегда нравственно допустимо. Если умерщвление улучшит чье-либо положение, и человек сам хочет, чтобы его лишили жизни, то подобное

умерщвление не может считаться причинением незаслуженного этим человеком вреда.

У этого аргумента возникают серьезные недостатки, особенно когда он употребляется в оправдании общепринятого разрешения. На самом ли деле улучшилось положение всех тех пациентов, и даже если это так, то является ли их умерщвление единственной альтернативой бездействию. Во-первых, неясно, как смертельно больные и те, кто находится в вегетативном состоянии, извлекают выгоду из своей ранней смерти. Во-вторых, действительно ли отвращение, выраженное многими, от зависимости от других в последние годы своей жизни, основано на сознании собственного достоинства, а не на ложной гордыне. В-третьих, всегда есть и другие способы избавления от боли.

Защитники эвтаназии часто задаются вопросом, не является случай эвтаназии тем случаем, когда приходится выбирать из двух зол? Если одно хуже другого, что же плохого в выборе меньшего зла? Выбирая умерщвление в противоположность простому примирению с тщетностью дальнейшего продления жизни и позволению смерти прийти, мы совершаем ошибку. Любой акт эвтаназии, как выбор смерти, попадает под этот запрет.

Говоря об эвтаназии, необходимо с уверенностью полагать, что больной является неизлечимым. Широко известно, насколько велика возможность ошибки, когда врачи строят свои прогнозы. К тому же понятие неизлечимости в большой степени зависит от средств и возможностей, имеющихся в данный момент их распоряжении. Известен случай с врачом, который, едва покончив со своим сыном, больным дифтерией, услышал об открытии сыворотки Roux. В действительности, большая часть врачей остаются верными своей клятве и предпочитают действовать в качестве профессионалов, до конца борющихся за жизнь пациента. Это наблюдается и в Голландии, где некоторые врачи специализируются на эвтаназии, в то время как другие отказываются прибегать к ней.

Страдания сами по себе у многих вызывают сочувствие: убивают собаку, которая корчится от боли, приканчивают тяжело раненного воина, считая это актом милосердия. В действительности, даже некоторые убежденные католики считали своим долгом укоротить страдания ближнего. Но эта жалость сама по себе является двусмысленной: конечно, часто сама боль является невыносимой, но нередко она бывает еще более невыносимой для тех, кто находится рядом с больным. Избавляя больного от боли, они часто избавляют от страданий самих себя. Действительно ли соблюдается в таком случае свобода выбора больного? На крик о помощи отвечают смертельным ударом. Причинить смерть — означает избавить, прежде всего, самого себя от необходимости услышать этот зов, поскольку за словами «убей меня» кроется мольба: «раздели мою боль, и помоги мне!» Чисто по-человечески всегда труднее «сопровождать» больного в его страдании, чем уничтожить его.

В случае наличия малейшего шанса на выход из коматозного состояния необходимо использовать все возможные методы для того, чтобы поддержать жизнь пациента, поскольку дело спасения человеческой жизни стоит любых усилий. Это особенно важно тогда, когда больной не способен самостоятельно

высказать своего согласия. Если коматозное состояние является необратимым и безысходным, то не обязательно использовать мучительные и дорогостоящие методы, как материального, так и личного характера, поскольку все это лишь продлило бы агонию без какой-либо надежды на то, что больной придет в сознание. Но обязательным является оказание обычного лечения. Следует повторить, что определение необратимости и безнадежности на возвращение к сознанию всегда является одним из наиболее сложных и сомнительных актов. Искусственное поддержание жизни при полном отсутствии мозговой деятельности, отсутствии рефлексов, дыхания и сердцебиения было бы надругательством над умершим и его смертью и тяжелым ударом для родственников покойного.

Обычно люди, выступающие против практики эвтаназии, обращаются к принципу священности всякой жизни как уникальной. И. Кант выступал с философской защитой этой уникальности путём своего категорического императива. Сформулированный простыми словами, его принцип гласит, что мы должны всегда рассматривать разумные существа как конечную цель, а не средство для чего-то другого, некий «промежуточный этап». Я не вправе прерывать вашу жизнь только потому, что она затруднительна для вас. Кант мог бы добавить, что и вы не можете покончить со своей жизнью потому, что она стала вам невыносима. Данный поступок употребит волю для того, чтобы положить конец воле, что он считает противоречащим нашей разумной природе. Те, кто применяют принцип священности жизни к вопросу эвтаназии, очевидно, полагают, что прекращение жизни нравственно неправильно в любых обстоятельствах.

Другой вопрос, который затрагивают философы в отношении эвтаназии, – это различие между убийством и позволением умереть. Некоторые авторы утверждают, что пассивная эвтаназия не является эвтаназией вообще, но данный подход – это только откладывание проблемы в сторону. Даже если позволение умереть не является эвтаназией, необходимо показать, почему это позволение нравственно и допустимо.

Кодекс Американской медицинской ассоциации гласит, что врачи никогда не должны прерывать жизнь. Но, несмотря на это, врачи не обязаны продлевать жизнь, прилагая исключительные усилия, когда восстановление здоровья невозможно. Таким образом, представляется, что АМА делает два различия. Первое – между убийством и позволением умереть – заключается в том, что убийство запрещено законом, а позволение умереть разрешено. Второе – это отличие исключительных усилий от обычных. Так, например, использование дорогой системы поддержки жизни для тяжёлого коматозного пациента считается чем-то исключительным. Не ясно, однако, имеет ли цена лечения нравственное значение.

Нет необходимости доказывать, что убийство иногда даже более гуманно, чем позволение умереть, чтобы отвергнуть различие, указанное АМА. Если намерение в обоих случаях состоит в том, чтобы пациент умер, то одно действие нельзя считать более приемлемым нравственно, чем другое.

Известно, что большие дозы морфия могут не только облегчить боль, но и ускорить смерть пациента. Доктрина двойного эффекта, применённая в данном случае, может утверждать, что если намеренный эффект заключается в облегчении боли, то действие нравственно позволительно, даже если этот акт вызывает побочный губительный эффект. Но, применяя такой принцип, каждый должен быть осторожным и отдавать себе полный отчёт относительно обеих его составляющих. Если врач знает, что определённые дозы морфия ускоряют смерть, то, прописывая их, он не может утверждать, что это не является его намерением. Это отчётливая часть его намерения, которую он присовокупил к намерению облегчить боль.

Проблемы, связанные с эвтаназией, волнуют законодателей и общественность многих современных государств, становятся предметом обсуждения и исследования специалистов разных областей. Следует понять, что никакое право, в том числе и уголовное, не может предусмотреть все частные случаи. Решения, принимаемые медициной, не могут быть заменены правовыми. Особенно это касается человеческой жизни. Но такая проблема как эвтаназия есть, и она требует решения, в том числе и правового. При бедности медицины эвтаназия может превратиться в средство умерщвления одиноких стариков, детей-инвалидов, лиц, страдающих раком и СПИДом, на содержание и лечение которых недостаёт денежных средств. Единственным способом проявления эвтаназии может являться добровольная и пассивная эвтаназия. Нужно чётко и недвусмысленно сформулировать законодательную норму, согласно которой больной имеет полное право знать диагноз своей болезни, её возможные последствия, степень риска неблагоприятного исхода при отказе от лечения, степень надежды на выздоровление. Если больной находится в вегетативном состоянии, должно определить необратимость такового состояния. Вопрос об эвтаназии следует решать в присутствии самого больного или его представителя, имеющего заранее подготовленное волеизъявление. А если это невозможно по ряду причин, то вопрос об умерщвлении должен решаться не одним лицом, а этическим комитетом.

Проблема эвтаназии, как и многие другие проблемы здравоохранения, является проблемой не только медицинской, и к ее обсуждению должны быть привлечены философы, биоэтики, юристы, психологи и другие специалисты. Эвтаназия – это общекультурная и социальная проблема. Многие считают, что эвтаназия есть безусловное моральное зло и она не должна быть допустима законом, даже в случаях, указанных в общепринятом разрешении. Велика также опасность злоупотреблений. Признание эвтаназии законом может также лишит государство стимула для финансирования исследований по поиску эффективных средств лечения. С другой стороны, нельзя не видеть, что эвтаназия уже фактически существует в медицинской практике. Очевидно, что эта проблема требует срочного правового решения и закрывать на неё глаза нельзя.

Отношение к практике эвтаназии сегодня в мире неоднозначно – от ее полного неприятия до оправдания. В подавляющем большинстве стран мира эвтаназия запрещена законом. Пионер в области принятия закона об эвтаназии

– Голландия, которая в 2000 г. приняла закон, позволяющий уход из жизни тяжелобольных пациентов, при помощи медиков. Бельгия наряду с Нидерландами и Люксембургом пока остается одной из трех стран Евросоюза, легализовавших эвтаназию. Прошло более 20 лет, как активная эвтаназия узаконена в Голландии и Бельгии. В 2003 году в этих странах 200 смертельно больных, в большей части пожилых пациентов, добровольно ушли из жизни. В 2004 году эвтаназия была проведена уже 360-и пациентам. Популярность эвтаназий растет. Среди факторов, которые могут объяснить распространение эвтаназии – экономический. Квалифицированная медицинская помощь умирающим с использованием современной медицинской техники и фармпрепаратов требует немалых материальных затрат. В Европейских странах продолжается процесс старения населения, проблема пожилых людей становится приоритетом медико-социальных программ общественного развития. Практика эвтаназии порождает давление на пожилых и уязвимых людей, которые особенно нуждаются в поддержке окружающих.

С апреля 2005 в Бельгии набор для смертельной инъекции стоимостью всего 60€ продается в аптеках. Купить набор может только практикующий семейный врач. Это новшество ввели, потому что 40% жаждущих эвтаназии хотят провести её в домашней обстановке, с помощью приходящего семейного врача, а не в условиях больницы. По данным СМИ, только в 2012 году в Бельгии так ушли из жизни 1,4 тысячи человек – то есть 2% от всех смертей в стране и на 25% больше, чем в 2011 году. Очевидна динамика роста активной эвтаназии. Теперь по решению суда врач, умертвивший или способствовавший самоубийству своего пациента при определенных обстоятельствах, не признается виновным. Однако, многие врачи по этическим или религиозным убеждениям отказывались выполнить последнюю просьбу пациента. Швейцария, Швеция, Люксембург, Австралия поддержали идею эвтаназии и выпустили законопроект, разрешающие отключать больных от аппаратов искусственного поддержания жизни или введения препаратов, с помощью которых больной безболезненно покинет этот мир. Федеральный суд Германии постановил, что эвтаназия не связана с намеренным умерщвлением и для ее проведения нет противопоказаний. В Голландии начали действовать мобильные бригады эвтаназии. Голландский закон освобождает от уголовной ответственности врача, который на основании ряда разработанных показателей, принимает решение прервать жизнь пациента. Однако это не меняет сути такого рода поведения, которое остается совершенно недопустимым с этической точки зрения и которое открывает путь другим формам эвтаназии, в том числе и недобровольной.

Наиболее часто приводимые аргументы в пользу эвтаназии состоят в том, что человеку должно быть предоставлено право самоопределения, в том числе – право прекращения своей жизни; человек должен быть защищен от жестокого, негуманного лечения, от медицины, неспособной решать проблемы умирающего больного; неизлечимый больной имеет право настаивать на эвтаназии с целью избавления своих близких от душевных мук; общественные

ресурсы, затрачиваемые на помощь безнадежным больным, рациональнее направить в другие секторы здравоохранения.

Из истории известно, что до начала второй мировой войны идея эвтаназии была широко распространена в ряде европейских стран. Среди известных людей отметим З.Фрейда, который из-за неизлечимой формы рака полости рта с помощью своего врача совершил эвтаназию в своём лондонском доме 23 сентября 1939 года, прежде пережив 31 операцию по удалению опухолей под местной анестезией (наркоз в таких операциях в то время не применялся). Эвтаназия и евгеника в то время пользовались популярностью в медицинских кругах европейских стран, однако действия нацистов, применявших недобровольную активную эвтаназию к психиатрическим и другим категориям больных, дискредитировала эти идеи.

Сегодня наблюдается возрождение этих идей, смягченных некоторыми правилами и условиями. Умерщвление больного должно осуществляться способом, приемлемым с медицинской точки зрения (комитет по контролю над эвтаназией ввел в действие бланки, которые должны оформлять медики для регистрации «убийства из милосердия»). Этот закон был принят бельгийским парламентом, хотя и вызвал резкие возражения влиятельного в стране католического духовенства. Европейские лоббисты легализации эвтаназии считают, что, обсуждая ее этичность, необходимо абстрагироваться от религиозного аспекта проблемы, поскольку вера – личное дело каждого. На приведенные судебные прецеденты указанные Парламентской ассамблеей Совета Европы, лоббисты предлагают урегулировать юридическую сторону вопроса, четко разграничив понятия убийства и медицинской помощи и введя процедуру рассмотрения каждого отдельного случая безнадежного пациента.

Согласно бельгийскому законодательству эвтаназия осуществляется только по личной письменной просьбе человека и только в случае, если он смертельно болен и испытывает непереносимые физические или душевные страдания. При этом пациент должен быть совершеннолетним и находиться в здравом уме. В законе указаны меры контроля по защите уязвимых групп населения. Тем не менее, в настоящий момент в Бельгии готовятся поправки к закону об эвтаназии, которые предусматривают снижение возрастной планки для легального запроса о медицинском самоубийстве до 15 лет. Кроме того, предполагается разрешить применять эвтаназию к страдающим болезнью Альцгеймера, но лишь при условии составления ими до утраты памяти завещания с указаниями условий для эвтаназии. Сегодня в Нидерландах пошли дальше, об эвтаназии может попросить даже ребенок старше двенадцати лет. При этом ему не обязательно быть неизлечимо больным. Достаточный повод — субъективно оцененные невыносимые страдания физического или психического характера, являющиеся результатом болезни или травмы. С недавних пор для эвтаназии детей от 12 до 15 лет требуется согласие родителей (раньше не требовалось), более старшие подростки вправе решать этот вопрос самостоятельно. В феврале 2012 года Бельгия стала первой страной, легализовавшей эвтаназию для детей: в отличие от Нидерландов, в законе не

определен минимальный возраст, после которого пациенты могут просить о смерти.

Опасность возможных злоупотреблений – важный аргумент противников эвтаназии наряду с другими аргументами. Так в 2005 г. участники Парламентской ассамблеи Совета Европы (ПАСЕ) выказали обеспокоенность тем, что в лечебных учреждениях ряда стран практикуется эвтаназия без соблюдения правил или в обход официального запрета на её применение, порой в очень крупных масштабах. В апреле 2005 года Совет Европы отклонил проект резолюции, предлагавший узаконить эвтаназию как помощь неизлечимо больным пациентам в избавлении от страдания и боли. Не последнюю роль в этом решении сыграли сильные позиции церкви в странах Западной Европы.

Законы Нидерландов и Бельгии имеют существенные отличия в отношении обязанностей врача, требований к состоянию здоровья пациента и процедуры подачи прошения. Хотя закон об эвтаназии и был принят в этих странах почти одновременно, в Нидерландах он лишь легализовал широкую практику, существовавшую и ранее, в Бельгии же открыл новый вариант взаимоотношений между врачом и пациентом. Каждый день в Бельгии один человек расстаётся с жизнью, используя право на эвтаназию. В Нидерландах – пять-шесть человек ежедневно. В голландско-бельгийском варианте (когда врач вводит больному летальную дозу препарата) эвтаназия в Швейцарии не разрешена. Но именно в этой стране существует явление, названное «туризм самоубийц», поскольку там юридически дозволена «помощь самоубийству», если «помощник» не имеет выгоды от содеянного. Существуют организации, которые такую помощь оказывают. Разница заключается в том, что человек, желающий умереть, обязан сам проделать последнюю процедуру – сделать инъекцию или выпить препарат. А сотрудники этих организаций только дают препарат и определяют смертельную дозировку, но не вводят его. Очень больным людям, неспособным принять лекарство, предоставляются желудочные зонды. Постановлением швейцарского федерального суда от 1 февраля 2007 года психически больные люди получили право просить помощи для совершения суицида. Нельзя отрицать, что неизлечимое, продолжительное и серьезное психическое заболевание, как и физический недуг, может приводить к таким страданиям, что человек не видит дальнейших жизненных перспектив. Сегодня определенная часть медицинского сообщества стран, принявших закон об эвтаназии, работает над совершенствованием этой практики, с тех пор, как инъекции стали применять для эвтаназии, учреждены специальные правительственные комиссии, собирающие данные о практическом применении эвтаназии, имеется несколько вариантов состава смертельной инъекции, ведутся протоколы для врачей и фармацевтов из года в год, пересмотрены многие рекомендации, часть отменены, в других случаях пересчитаны дозировки. Столкнувшись с исключительными случаями, они разработали специальные рекомендации для пациентов с почечной, печеночной недостаточностью, стали учитывать эффект привыкания к предшествовавшей терапии. Совершать узаконенные самоубийства в Бельгии можно только с 18 лет. Коалиция из нескольких бельгийских партий разработала проект закона,

который разрешит прибегать к эвтаназии и безнадежно больным детям. Кроме желания самого больного ребенка, говорится в новом законе, обязательно и разрешение его родителей. К просьбе будет прилагаться заключение опытного психолога, который должен убедиться, что ребенок полностью понимает все последствия своей просьбы и что он действительно не хочет жить. Для детей, страдающих от болезней, которые затрагивают мозг и не способны принимать решения, достаточно желания родителей и разрешения врачей. Сейчас любой бельгиец, имеющий медицинскую страховку и проходящий лечение в королевстве, имеет право на эвтаназию, если его желание поддержат как минимум два врача.

Между тем, существуют серьезнейшие доводы против эвтаназии. Эта практика неизбежно чревата диагностическими ошибками. В медицинской практике исключительно редки, но реальны случаи, когда безнадежные с медицинской точки зрения больные поправляются. Иными словами, имеется известный процент ошибок, связанных с ограниченностью медико-биологической науки. Нельзя не учитывать опасности умышленных злоупотреблений. Эвтаназия как форма медицинской практики может оказать деморализующее и ятрогенное действие невиданных до сих пор масштабов на огромное число больных. Эвтаназия – это врачебная капитуляция, которая может оказать отрицательное влияние на медицинский персонал.

Эвтаназия не является существенным разрешением жизненных противоречий, так как она лишь насильственно их устраняет. Это не согласуется с пониманием врачебного гуманизма. Если в этом и есть какое-то положительное значение, то это все более расширяющееся обсуждение проблемы эвтаназии и обостренное внимание научной медицины, истинно гуманных врачей к умирающему человеку.

Противники эвтаназии справедливо считают, что человечностью по отношению к безнадежно больным можно считать только паллиативный уход и медикаментозное облегчение боли. Все остальное они квалифицируют как убийство. Легализация эвтаназии, по их мнению, приведет к обесцениванию человеческой жизни и создаст благоприятные условия для злоупотреблений. В 2005 году Совету Европы был предоставлен отчет о 22 случаях злоупотреблений в области эвтаназии. 25 января 2012 года, Парламентская Ассамблея Совета Европы приняла резолюцию «Защита прав и достоинства человека с учетом ранее высказанных пожеланий пациента», в которой говорится, что эвтаназия, рассматриваемая как намеренное убийство недееспособного человека в якобы его интересах посредством действия или бездействия, должна быть запрещена. Данная резолюция направлена на определение принципов, применяемых в Европе, таких, как «прижизненное завещание», или «заблаговременные указания». Ранее, Парламентская Ассамблея Совета Европы в документе «О защите прав человека и достоинства неизлечимо больного и умирающего» настаивала на запрете умышленного лишения жизни неизлечимо больного или умирающего человека. ПАСЕ и государства-члены Совета Европа по-прежнему осуждают эвтаназию и

ассистируемое самоубийство, и только несколько стран из 47 членов Совета Европы – страны Бенилюкса и Швеция, – практикуют ее.

1.5.3. Этические аспекты проблемы искусственного аборта и контрацепции

Рассмотрение этических проблем искусственного аборта начинаются с определения морального статуса эмбриона. Термином «эмбрион» обычно называют оплодотворенную яйцеклетку вплоть до 8 недель беременности. На этом этапе большая часть клеток не является ни структурированной, ни индивидуально определенной сущностью, но скорее источником роста плаценты, а потому не может считаться собственно эмбрионом. Приблизительно на 14-й день появляется первичная полоска, после чего формируется нервная система. Это послужило основанием для положения, вошедшего в законодательство многих стран, что граница 14 дней есть последний срок, когда возможно проведение исследований на человеческих зародышах.

Далее мнения разных авторов начинают расходиться, при этом сторонники сохранения жизни говорят, что по своему статусу эмбрион – это личность, а сторонники свободного выбора, что это лишь потенциальная, а не реальная личность вплоть до самого рождения.

Критерий чувствительности, способности ощущать удовольствие и боль, приятное и неприятное выступает как основа для определения морального статуса плода и его права на жизнь и позволяет выработать рациональную моральную оценку прерывания беременности. Упомянутый критерий открывает возможность решения и многих других проблем, например, отношение к детям с врожденными дефектами, к неизлечимо больным людям, находящимся на грани жизни и смерти, даёт возможность установить существенное с моральной точки зрения различие между ранним и поздним прерыванием беременности.

Принимая во внимание, что эмбрион и зародыш человека являются потенциальной личностью, мы наделяем их уважительным отношением и правом на жизнь, при этом такое право становится все сильнее по мере развития плода, а на определенном этапе, во время третьего триместра беременности, оно настолько сильно, что последствия уничтожения плода сопоставимы с убийством, а извлеченный плод может рассматриваться как пациент. Именно поэтому законодатели в большинстве случаев не допускают прерывания беременности на поздних сроках. Однако реакция плода на раздражители формируется ранее, во втором триместре беременности (3-6 месяцев). Поэтому обычно только моральная оценка раннего прерывания беременности в ее первой трети более терпима. Признается, что женщина имеет право быть автономной в принятии решения, как о применении противозачаточных средств, так и о раннем прерывании беременности, они как бы приравниваются друг к другу. Сформулированные положения совпадают с существующей и ставшей уже привычной практикой, но продолжают служить

объектом ожесточенной критики, причем, как тех, кто ратует за недопустимость прерывания беременности на любом сроке, так и тех, кто готов это допускать.

Этическая законность исследований эмбриональных стволовых клеток зависит от статуса, который присвоен эмбриону. Хотя есть и другие соображения по этому этическому вопросу, например согласие родителей или «владельцев» эмбриона, вопрос о статусе эмбриона является основополагающим. Большая часть этических дебатов в этой проблеме связана с вопросом: если эмбрион – человек, то действия с ним ограничены тем, что разрешено делать с другими людьми. Если эмбрион – это лишь множество человеческих клеток, то существует значительно меньше ограничений при его использовании.

Один из ключевых – вопрос о том, когда плод человека приобретает способность чувствовать. Первые движения плода зафиксированы на 6-й неделе развития, в это же время он начинает реагировать на прикосновения, в спинном мозгу выявляются синапсы. На 10-й неделе в нервных волокнах спинного мозга обнаруживаются первые нейромедиаторы и регистрируется активность ствола головного мозга. На основании электрофизиологических и иммуногистохимических данных одни исследователи считают, что плод человека начинает чувствовать в возрасте 18–19 недель, но способность перерабатывать полученные ощущения не обнаруживается вплоть до 30-й недели развития. Поэтому этот срок, по их мнению, можно считать границей между плодом и человеческим существом.

В других исследованиях способность плода реагировать на раздражение или боль обнаружена в 7–8 недель. Однако можно ли считать критерием становления личности лишь появление способности чувствовать? Подобная точка зрения вызывает некоторые возражения, так как бессознательное состояние и нечувствительность к боли, в сущности, не могут служить основанием для отказа в защите прав личности.

Ведущие эмбриологи мира, как правило, считают допустимым для манипуляций период от момента оплодотворения до 14-го дня развития эмбриона (начала формирования первичной полоски, элементов нервной системы) или до 30-го дня (начала дифференцировки центральной нервной системы).

Человеческий эмбрион имеет уникальный статус: в отличие от любой другой группы живых клеток он способен развиться в полноценный организм. Данное свойство можно назвать потенциалом эмбриона, т. е. потенциалом стать полностью развитым человеком. Это только биологический факт, но именно он и является причиной моральных вопросов. Можно ли эмбрион считать членом человеческого сообщества с теми правами, которые допускаются исключительно для человека, достигнуть соглашения по этому вопросу пока не удается. Существуют несколько основных мнений:

- индивидуальность человека начинается с момента зачатия;
- индивидуальность человека начинается с момента, когда его разделение на близнецов невозможно (13-й день после оплодотворения);

- индивидуальность человека начинается на значительно более поздних стадиях его развития (40 и более дней после оплодотворения).

Главный предмет дебатов – это потенциальная возможность эмбриона. По мнению одних, человеческий эмбрион имеет потенциал, чтобы стать человеком, даже если это еще не человек. По этой причине неэтично лишить его возможности реализовать свой потенциал. Другая сторона утверждает, что потенциал не дает основания для такого статуса. Половые клетки – это компоненты зиготы, которая позже становится эмбрионом и затем ребенком, но это не дает им статуса, соответствующего зиготе, эмбриону или плоду, пока эта стадия развития не достигнута. Если не предоставляется эмбриональный статус сперме, то почему должен предоставляться статус человека эмбриону? Кроме того, эмбрион, созданный *in vitro*, который не будет имплантироваться в матку, вообще не имеет потенциала развиться в человека. Это же относится и к эмбрионам, созданным при помощи технологии пересадки ядра, которые не должны быть имплантированы для целей человеческого репродуктивного клонирования.

Известно, что при искусственном оплодотворении из ранних, доимплантационных эмбрионов можно без ущерба удалять отдельные клетки. Такой способ может быть одним из решений проблемы получения эмбриональных стволовых клеток. Однако если удаленные клетки тотипотентны (способны развиться в любой орган и даже в самостоятельный организм), значит, они, по сути, отдельные зиготы и эмбрионы, и потому должны защищаться в той же мере, что и исходные эмбрионы. Если же такие клетки только плюрипотентны, то их нельзя рассматривать в качестве эмбрионов, а потому их использование не будет оскорблять тех, кто считает эмбрион человеком. К сожалению, пока невозможно сказать, является ли та или иная клетка тотипотентной или плюрипотентной. С уверенностью это можно установить только ретроспективно, наблюдая, на что способны клетки.

В настоящее время можно различить четыре основных способа искусственного получения эмбрионов:

- эмбрион, созданный оплодотворением *in vitro* для имплантации в матку и выбранный для этой цели;
- эмбрион, полученный *in vitro* для имплантации, но который является «лишним» (дополнительные эмбрионы необходимо создавать для гарантии успешной беременности);
- эмбрион, созданный искусственным оплодотворением для целей исследования или для целей создания эмбриональных стволовых клеток;
- эмбрион, созданный методом пересадки клеточного ядра в яйцеклетку.

При использовании каждого из перечисленных способов эмбрион имеет свой моральный статус:

- при первом способе специальный статус вероятного предшественника человека, и любые попытки помешать выполнению этого потенциала должны отвергаться (за исключением аборт по моральным причинам

в юридически законных случаях, особенно в случаях угрозы жизни матери);

- у эмбриона, созданного вторым способом, нет потенциала развиваться во взрослый организм;
- эмбрионы, полученные вторым и третьим способом, предназначены для определенных целей исследования или использования, которое требует специального рассмотрения.

Как естественное, так и искусственное воспроизводство включает процесс создания эмбрионов, часть которых обречена, поэтому их можно использовать для получения эмбриональных стволовых клеток. Имплантация двух или трех эмбрионов в надежде на успешное рождение ребенка – принятая практика в этой области. Даже в Германии, где исследования стволовых клеток с использованием эмбрионов ныне запрещены, и защита эмбрионов включена в конституцию, оплодотворение в пробирке разрешается и обычно имплантируется три эмбриона в надежде получить единственного здорового ребенка.

Этические нормы создания эмбрионов для определенных целей существенно отличаются от таковых при создании эмбрионов для имплантации при ЭКО, поскольку при этом даже «лишние» эмбрионы создавались с целью выполнения потенциального развития во взрослый организм. Во многих странах ЭКО законно и широко используется, при этом этически допустимо использовать «лишние» эмбрионы для терапевтических целей. В любом случае «лишние» эмбрионы будут уничтожены, поэтому этично их использование для спасения жизни и здоровья других людей.

Обсуждается также допустимость создания человеческих эмбрионов для определенных целей исследования или терапевтического использования. Если считать, что эмбрион имеет статус индивидуальности, то это должно быть запрещено, поскольку идет вразрез с общечеловеческим принципом, запрещающим инструментальное использование людей. Если у эмбриона нет такого статуса, то является ли моральным и этичным обрекать тысячи людей на страдание и смерть, когда есть возможность помочь им, используя эмбриональные стволовые клетки? В этом случае не может быть возражений против создания и использования человеческих эмбрионов, так как потенциальная польза от терапевтического клонирования перевешивает любые другие аргументы.

Отказ от статуса эмбриона как человеческой индивидуальности не должен приводить к занижению этической ценности человеческого эмбриона как такового. Человеческий эмбрион не может и не должен стать подобием лабораторного животного. Если мы ценим человеческую жизнь, то мы должны ценить ее во всех проявлениях и отвергать любые злоупотребления человеческими органами и тканями. Однако было бы неправильным утверждать, что создание и терапевтическое использование эмбрионов несовместимо с принципом ценности и уважения человеческих органов и человеческого достоинства при условии, что цели такого использования этичны и гуманны. Медицинское использование попадает в эту категорию.

Терапевтическое клонирование при использовании эмбрионов на ранней стадии развития (как правило, до 14 дней после оплодотворения) совместимо с принципом уважения человеческой жизни, ибо направлено на облегчение страданий и спасение жизней людей, принцип уважения которых мы отстаиваем.

Создание и использование человеческих эмбрионов должно быть строго регламентировано, находиться под постоянным контролем и проводиться с полного согласия родителей (доноров) биологического материала. Пожертвование такого биологического материала должно носить в большей степени альтруистический характер, не исключая определенной оплаты. Однако необходимо предпринять все меры против коммерциализации и финансового стимулирования этого процесса. Создание и использование человеческих эмбрионов должно иметь только гуманные медицинские цели и не может проводиться для тривиальных, косметических и немедицинских целей.

Каждое общество имеет право обсуждать эту проблему и принимать свое решение, основанное на этических устоях в данный момент времени, или пересмотреть свое решение, если появятся другие веские аргументы. Этическое отношение к статусу эмбриона основано на моральных и религиозных воззрениях, которые достаточно широко различаются в разных категориях общества. Поэтому каждое общество (государство) должно решить эту проблему для себя. Решение её должно быть демократичным, основанным на детальном и всестороннем обсуждении. В истории имеется пример такого обсуждения – это проблема искусственного оплодотворения. Существовали и до сих пор существуют различные точки зрения по этому вопросу, но большинство государств высказалось за разрешение такой медицинской услуги.

Аборт – процесс прерывания беременности. Различают самопроизвольный аборт (выкидыш) и искусственный, подразумевающий медицинское вмешательство в процесс течения беременности. По сроку прерывания беременности аборт классифицируется на ранний (до 12 недель) и поздний (с 12 до 28 недель). Прерывание беременности в срок после 28 недель называют преждевременными родами. В зависимости от сроков беременности и применяемой аппаратуры различают несколько видов абортов.

Медикаментозный аборт заключается в применении таблеток, которые останавливают развитие беременности. С этой целью применяют мифепристон. Препарат тормозит образование и действие прогестерона, который считается основным гормоном беременности, т.е. беременность замирает. Дополняет действие данного препарата мизопростол, который вызывает схваткообразные сокращения матки, что помогает отторгнуть плодное яйцо.

«Мини-аборт» производится с использованием специального вакуум-аппарата, который, который создает отрицательное давление в полости матки и «отрывает» плодное яйцо от стенки. В дальнейшем происходит удаление эмбриона из полости.

Хирургический аборт заключается в проведении выскабливания. При этом удаляется эмбрион вместе с частью слизистой оболочки матки.

Очевидно, что наиболее остро проблема прерывания беременности воспринимается женщиной. Именно женщина оказывается вовлеченной в решение выбора жизни и смерти, именно от неё зависит жизнь человеческого существа. В современной научной литературе выделяют три точки зрения о праве женщины принимать решение относительно аборта: 1) либеральная точка зрения на аборт постепенно укрепляет свои позиции в европейском общественном мнении: женщина имеет право распоряжаться собственным телом, в том числе принимать решение об аборте; 2) умеренная точка зрения: зародыш постепенно накапливает качество человечности, и необходимо рассматривать баланс интересов его и матери конкретно для каждого триместра; 3) консервативная точка зрения: аборт есть умышленное убийство, и никакого морального оправдания ему быть не может, так как зародыш с момента зачатия – это личность, имеющая основные права человека и, прежде всего, право на жизнь. Самая крайняя консервативная позиция – любой аборт недопустим, исключений нет.

Право женщины распоряжаться своим телом завоевывало себе место в европейской культуре с трудом. Сначала появляются так называемые медицинские показания к аборту (узкий таз, гидроцефалия плода), затем эти показания расширились, к ним присоединились болезни сердца, почек, туберкулез, душевные заболевания, наследственные болезни. В первой половине XIX века было сформулировано понятие «социальные показания» искусственного прерывания беременности (изнасилование, инцест, чрезмерная нужда). Постепенно объём расширялся за счёт «желания мужа», «желаемого количества детей». В итоге многие страны вынуждены были признать автономию женщины принимать решение о прерывании беременности и не только в первой ее трети.

В преамбуле Конвенции о правах ребенка, принятой Генеральной Ассамблеей ООН 20 ноября 1989 г., отмечено, что государства-участники Конвенции принимают во внимание, что «ребенок, ввиду его физической и умственной незрелости, нуждается в надлежащей правовой защите, как до, так и после рождения». В соответствии со ст. 1 Конвенции ребенком признается каждое человеческое существо до достижения 19-летнего возраста. Вместе с тем в Конвенции не установлен начальный момент, с которого следует признать человеческое существо ребенком. Из сказанного можно заключить, что ребенком является человеческое существо, как до, так и после рождения.

Наряду с движением за допустимость абортов, существуют и общественные движения за их запрет. Термины пролайф, движение «в защиту жизни» («в защиту человеческой жизни», «за жизнь») используются как переводы английского термина pro-life и обозначают общественное движение, нацеленное на запрет абортов, обусловленный правом на жизнь ещё не рождённых детей. В более широком плане включает в себя защиту права человека на жизнь с момента зачатия. Хотя термин «пролайф» получил определённое распространение в кругах защитников человеческой жизни, он не является общеупотребительным. В ряде случаев вполне можно говорить о

борьбе за право на жизнь с момента зачатия даже в случае отсутствия данного термина.

Среди основополагающих принципов, которым религия придает первостепенное значение, значится охрана жизни человека и его потомства. В связи с этим религия побуждает человека к браку и запрещает убийство не по праву. Ребенка, живущего в утробе матери, называют эмбрионом. Какое-либо вмешательство извне, совершенное матерью или иным лицом и ставшее причиной выкидыша или смерти плода, является предметом изучения с точки зрения его запрещенности или дозволенности, а также с точки зрения юридической ответственности, которую несет лицо, осуществившее это вмешательство и его окружение. Религиозные сообщества в целом осуждают аборт, но считают исключительным случаем угрозой жизни женщины. Многие правоведы допускают также другие значительные основания для абортов, но единого мнения об этом нет.

Статус плода рассматривается в зависимости от его возраста, поэтому аборт при их необходимости допускаются на ранних сроках. Общепринято, что аборт абсолютно запрещен после 120 дней с момента зачатия, но в случае угрозы жизни женщины часть правоведов допускают аборт на более поздних сроках. Большинство правоведов допускают аборт по обоснованным причинам на сроках до 40 дней и многие – на сроках до 120 дней от зачатия, а о сроках между 40 до 120 днями преобладающие мнения правоведов различаются.

1.5.4. Репродуктивная этика

Репродуктивные технологии – это использование результатов научно-технических достижений для решения задач воспроизводства потомства. Речь идет о применении высоких технологий для получения потомства в тех случаях, когда это естественным путем невозможно: мужское и женское бесплодие, желание иметь кровнородственного ребенка без брака, желание гомосексуалистов, монахов и монахинь иметь детей и т. д. Такими технологиями являются различные варианты оплодотворения яйцеклетки в теле женщины или вне ее, выбор пола будущего ребенка, генетическое очищение популяции, клонирование и др. Вспомогательные репродуктивные технологии представляют собой методы лечения бесплодия, при применении которых отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов осуществляются вне материнского организма (в том числе с использованием донорских и (или) криоконсервированных половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов, а также суррогатного материнства).

Экстракорпоральное оплодотворение наиболее часто применяют из-за бесплодия, как женского, так и мужского. Оно представляет собой искусственное оплодотворение вне тела женщины (*in vitro*). Во многих странах сегодня эти операции становятся обыденным явлением. В мире уже живет значительное число людей, родившихся с применением различных вариантов этих технологий, и все они ничем не отличаются от людей, родившихся при естественном оплодотворении.

По оценкам различных источников, в наше время бесплодными являются от 10 до 20% и более всех браков. Нередко в таких случаях ЭКО является единственной возможностью иметь детей. Бесплодие является социально значимой проблемой, решить которую призвано ЭКО. 39-я Ассамблея Всемирной медицинской ассоциации (1987) приняла утверждение, что эта операция имеет благоприятные последствия, как для пациента, так и для общества в целом. ЭКО оправдано в случаях иммунологической несовместимости супругов, непреодолимых препятствий для естественного слияния мужской и женской половых гамет, при бесплодии по неизвестным причинам.

Технология ЭКО, или «ребенок из пробирки», используется при невозможности оплодотворения в организме. В этом случае созревшую яйцеклетку женщины с помощью специального датчика забирают в полую иглу и помещают в особую чашечку. К ней немедленно подсаживают заготовленные заранее сперматозоиды и помещают в инкубатор на 72 часа. За это время, как правило, происходит оплодотворение яйцеклетки, и она начинает свой путь к созданию новой жизни.

В этом процессе может иметь место несколько вариантов получения исходного материала:

- яйцеклетка жены, сперматозоиды мужа;
- яйцеклетка жены, сперма другого человека — донора (при бесплодии мужа);
- сперма мужа, яйцеклетка другой женщины — донора (при отсутствии яичников у женщины, непроходимости труб и т.д.);
- и яйцеклетка, и сперма доноров (при бесплодии обоих супругов).

Существуют два варианта дальнейшего использования оплодотворенной яйцеклетки: пересадка ее в матку жены; при отсутствии такой возможности — пересадка в матку другой женщины.

В последнем случае также могут преследоваться две цели: вынашивание ребенка женщиной «для себя», т.е. с целью преодоления своего бесплодия; вынашивание ребенка с последующей его передачей «заказчикам» (так называемое суррогатное материнство).

С правовой точки зрения порядок использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказания и ограничения к их применению утверждаются уполномоченным органом исполнительной власти.

Мужчина и женщина, как состоящие, так и не состоящие в браке, имеют право на применение вспомогательных репродуктивных технологий при наличии обоюдного информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство. Одинокая женщина также имеет право на применение вспомогательных репродуктивных технологий при наличии ее информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.

При использовании вспомогательных репродуктивных технологий выбор пола будущего ребенка не допускается, за исключением случаев возможности наследования заболеваний, связанных с полом. Граждане имеют право на криоконсервацию и хранение своих половых клеток, тканей репродуктивных

органов и эмбрионов за счет личных средств и иных средств, предусмотренных законодательством. Половые клетки, ткани репродуктивных органов и эмбрионы человека не могут быть использованы для промышленных целей.

Быть донорами половых клеток имеют право граждане в возрасте от восемнадцати до тридцати пяти лет, физически и психически здоровые, прошедшие медико-генетическое обследование. При использовании донорских половых клеток и эмбрионов граждане имеют право на получение информации о результатах медицинского, медико-генетического обследования донора, о его расе и национальности, а также о внешних данных.

Право оговаривает многие стороны репродуктивных технологий. В то же время практика показывает, что невозможно предусмотреть все, и в жизни возникает множество ситуаций, связанных с затруднениями, а в ряде случаев с практически непреодолимыми юридическими коллизиями.

Метод ЭКО и переноса эмбрионов в полость матки впервые в мире был осуществлен в 1978 г., когда «из пробирки» была рождена первая девочка – Луиза Браун. Имеющийся достаточно большой опыт по репродуктивным технологиям позволяет считать установленным, что течение беременности, родов, состояние здоровья новорожденных детей после искусственной инсеминации не отличается от таковых в популяции.

Таким образом, с точки зрения медицинского права вопрос о репродуктивных технологиях можно считать решенным. Однако эти операции (оплодотворение яйцеклетки в матке, «в пробирке» донорской спермой и донорство яйцеклетки для использования другими родителями) содержат в себе потенциальную возможность возникновения множества моральных проблем.

Во-первых, проблема здоровья донора (мужчины или женщины), а, следовательно, здоровья будущего ребенка. Любое обследование участников не дает стопроцентную гарантию того, что донорский материал будет абсолютно здоровым. У доноров спермы или яйцеклетки могут быть различные генетические дефекты, психические заболевания в роду, о которых они могут не знать или предпочитают умолчать, как по меркантильным, так и по амбициозным соображениям. Поэтому вопрос о выявлении возможных скрытых дефектов в хромосомном аппарате или в соматических клетках доноров, которые могут быть переданы ребенку и обусловят в последующем развитие у него наследственных болезней, весьма актуален и требует для своего решения обязательного генетического скрининга на ранних фазах эмбриогенеза, хотя и он не дает стопроцентной гарантии.

Во-вторых, существует множество сведений о внешних данных и умственных способностях будущего ребенка, которые не могут быть оговорены в законе. Многие реципиенты (те, кто собирается использовать донорскую сперму или яйцеклетку) нередко хотят иметь красивых детей, им важны рост, цвет волос, глаз, форма носа и т.д. По закону производящее инсеминацию учреждение обязано информировать реципиентов о внешних данных доноров, однако это не гарантирует того, что рожденные дети унаследуют все внешние данные донора. Можно взять сперму или яйцеклетку от знаменитостей, выбрать отца или мать по фотографиям или в процессе анонимных встреч, но

генетические процессы могут перечеркнуть весь этот выбор. В одной из фаз закладывания генетических основ нового существа, мейозе, имеет место «генетическая ярмарка». Вначале генетический материал отца и матери как бы рассыпается на мелкие детали, от которых и зависят в будущем внешние признаки человека, а затем по принципу случайности идет сборка. Попадут ли в генетический материал нового человека те части, которые обусловят сходство с родителями, или же другие, сохранившиеся в генетическом аппарате от каких-либо далеких предков, неизвестно никому.

Особенно это касается умственных способностей. Такое явление, когда от выдающихся родителей рождаются выдающиеся дети, скорее исключение, чем правило. Как метко говорят в народе — «гены выдающихся родителей спят в их детях». Генам тоже нужен отдых, и сколько продлится этот сон, никому не известно. Кроме того, никто не может гарантировать, что не возникнет мутация какого-либо гена и скачкообразное изменение наследственных признаков, что также может значительно изменить и внешность, и внутренние качества нового человека.

Основной вопрос, требующий этических рекомендаций, решаемый в ряде стран законодательно: каким должно быть донорство — платным или бесплатным. Конвенция Совета Европы в ст. 21 косвенно запрещает плату за донорство: «Тело человека и его части не должны в качестве таковых являться источником получения финансовых выгод».

По-видимому, этот вопрос — наименее трудный в данной проблеме. Он вполне может быть оставлен на совести самих доноров, не исключая в то же время возможности оплаты. Едва ли это вызовет дефицит донорской спермы или яйцеклеток. Примерно такого же мнения придерживается и Международная федерация гинекологов и акушеров, которая считает, что донорство генетического материала должно быть альтруистическим и свободным от коммерческой эксплуатации, но возможна разумная компенсация за предоставленные материалы. Правда, есть опасение, что оплата может увеличить риск сокрытия донорами сведений о своем здоровье, которые, будучи известными, сделают их непригодными в качестве доноров.

Современные возможности длительного сохранения спермы, много лет быть донором создает также целый ряд этических и правовых проблем. Так, подсчитано, что один донор может оказаться отцом 100 (по-видимому, в случае мужчины и гораздо больше) детей. Требуют решения вопросы об их правовом и фактическом статусе, о предотвращении инцеста и т.д. Нельзя не упомянуть обсуждения вопроса о введении квот для доноров и необходимости международного регулирования всех этих процессов.

Следующим аспектом биоэтической проблемы ЭКО является то, что существует реальная возможность родить ребенка от отца или даже супругов, которых давно нет в живых. В 1983 г. в авиакатастрофе погибла бездетная супружеская пара из Австралии, после которой, помимо значительного состояния, остались два криоконсервированных эмбриона. Развернулась весьма оживленная дискуссия: можно ли считать зародышей наследниками, если их трансплантировать суррогатной матери и дожидаться успешного появления на

свет новорожденных? И как быть, скажем, с дальними родственниками погибшей пары, которые пожелали бы «усыновить» эмбрионы и установить над ними опеку? А как будет обстоять дело с правами хоть и суррогатной, но все-таки матери, которая выносила бы наследников?

Жизнь нередко обгоняет медлительные государственные и общественные этические и законодательные машины. В Японии в 2001 г. родился ребенок из оплодотворенной яйцеклетки женщины, муж которой умер от лейкоза пять лет тому назад, что породило волну этических и юридических проблем. Органами регистрации было отказано в записи отцом ребенка в свидетельстве о рождении умершего донора спермы, что мотивировалось отсутствием такого положения в гражданском законодательстве страны. Последовал ряд судебных разбирательств. В результате местный суд по своей инициативе, на основе представленных бесспорных доказательств отцовства, постановил признать умершего отцом. Однако Верховный суд Японии отменил это решение на основании отсутствия юридической базы.

Криоконсервирование и хранение эмбрионов порождает и другие этические и правовые проблемы. Например, как быть, если супруги, хранящие эмбрионы в банке, разведутся? К кому тогда перейдут эмбрионы? Или их будут «делить поровну»? А если число эмбрионов нечетное? Например, в 1989 г. в США (штат Теннесси) слушалось дело о разводе четы Дэвисов. Деньги, недвижимость и прочее разделили без осложнений. Однако имелось и другое «совместно нажитое имущество» – семь зародышей, уже несколько лет лежавших в жидком азоте, ранее взятые у жены для ЭКО, которое по ряду причин не состоялось. После развода женщина решила трансплантировать себе эти криоконсервированные эмбрионы. Но муж посчитал, что нарушено его право свободы выбора – быть или не быть отцом, и подал в суд. И суд вынес решение в пользу женщины.

Юридически считается, что пока живы оба супруга, эмбрионы – их общая собственность. Если один из них умер, права переходят к пережившему супругу. В случае смерти обоих собственника должно определить завещание, если же его нет или вопрос в нем не оговорен, то эмбрионы переходят в собственность учреждения, где они были получены.

Перед инстанциями, регулирующими этические и правовые вопросы за рубежом, поднимается и такой вопрос: как быть, если муж, находящийся в заключении, желает прислать сперму своей жене, находящейся на воле, которая согласна завести ребенка при помощи репродуктивных технологий? При этом возникают следующие юридические и этические проблемы. Например: не будет ли это смягчением наказания для заключенного? Как быть, если этого захочет убийца или насильник? Как определить, кому такая поблажка может быть разрешена, а кому нет? Что будет, если, выйдя из тюрьмы, муж обнаружит, что не является генетическим отцом рожденного таким путем ребенка?

Обсуждается также вопрос о том, допустимо ли искусственное оплодотворение незамужней женщины. В различных странах эта проблема решается по-разному, например, в Швеции такая практика разрешена. Для

проведения операции требуется лишь заявление самой женщины. Правда, морально осудить такую женщину никто не может запретить. Следовательно, моральные проблемы остаются и здесь. В принципе же нельзя не признать за этой процедурой милосердия в тех случаях, когда женщина хочет иметь ребенка, но по тем или иным причинам не приемлет другой путь зачатия.

Еще одна моральная проблема ЭКО – так называемая избыточность яйцеклеток и эмбрионов, неизбежная при осуществлении этой процедуры. Дело в том, что для повышения гарантии успеха врачи нередко оплодотворяют и переносят в матку не один, а три (и больше) эмбриона. В этом случае возможно развитие всех эмбрионов, что может быть чревато пагубными последствиями для матери. Возникает необходимость информирования супругов о возможных последствиях многоплодной беременности. Однако в связи с развитием технологии эта проблема может быть решена путем абортирования части эмбрионов после того, как один из них прижился.

Гораздо больше вопросов возникает в связи с тем, что для гарантии успеха врачи вынуждены оплодотворять несколько яйцеклеток, а из-за этого приходится получать большое число яйцеклеток от донора. Естественно, возникает вопрос: если беременность наступает при первой попытке, и женщине пересаживаются не все эмбрионы, то что делать с оставшимися яйцеклетками и эмбрионами? В настоящее время вопрос решается следующим образом.

ВМА на 39-й Ассамблее (1987) констатировала, что лишние яйцеклетки могут быть: 1) уничтожены; 2) подвергнуты криоконсервации с целью сохранения в замороженном состоянии; 3) оплодотворены и подвергнуты криоконсервации. Что касается лишних эмбрионов, то возможны следующие варианты:

- если имеется женщина-реципиент, которая хочет родить ребенка, став суррогатной матерью, – эмбрионы могут быть пересажены ей;
- использовать эмбрионы для научных и медицинских целей;
- после наступления беременности дальнейшее развитие лишних эмбрионов может быть прервано.

Эти действия с избыточными эмбрионами вызывают в мире ожесточенные споры с точки зрения этических положений и религиозных воззрений.

Сложности решения данной проблемы видны хотя бы из того, что Европейский парламент в 1988 г. рекомендовал, чтобы оплодотворялось лишь такое количество яйцеклеток, которое можно использовать для данной женщины. На самом деле такое решение вопроса едва ли возможно, поскольку, как уже говорилось, для гарантии успеха непростой процедуры врач вынужден иметь в запасе несколько яйцеклеток. По имеющимся данным, эффективность первой попытки ЭКО равняется 20–40%, а второй – 70–80%. Заметим, что неуспех операции чреват большими моральными и материальными издержками.

Проблема ЭКО ставит ряд этических, медицинских и юридических вопросов. Во-первых, как отразится рождение ребенка, зачатого подобным образом, на организме матери, даже если будет исключена многоплодная

беременность? Во-вторых, есть риск развития аномалий у детей, родившихся с помощью искусственного экстракорпорального оплодотворения. Как уже говорилось, в мире живут десятки тысяч детей, в том числе и достигших детородного возраста, рожденных с помощью репродуктивных технологий, и наблюдения показывают, что эти люди ни в чем не уступают зачатым естественным путем ни по частоте аномалий, ни по каким-либо другим признакам. Нет также сведений о каких-либо отклонениях и у матерей, родивших детей при помощи этих технологий. Правда, некоторые ученые отмечают учащение у таких матерей самопроизвольных выкидышей при последующих беременностях. Однако окончательные выводы могут быть сделаны лишь при накоплении большего объема материала.

Возникает проблема конфиденциальности сведений о донорах, реципиентах и проч., которая может быть решена законодательным путем. Трудности в другом: имеет ли право ребенок, рожденный при помощи вспомогательных репродуктивных технологий, получить в последующем информацию о своих биологических родителях? Здесь не может быть однозначного ответа. Однако если говорить о положительном решении, то, скорее всего, это принесет больше зла, чем добра, и для индивида, и для родителей, и для общества. В ряде случаев нарушение тайны донорства может привести к серьезным морально-правовым проблемам. Дело в том, что при донорстве яйцеклетки различные этические комитеты обсуждают, например, кто является матерью родившегося ребенка: женщина – донор яйцеклетки или женщина-реципиент, выносившая ребенка, или обе они? В большинстве стран, принявших к настоящему моменту законы по этой проблеме, матерью принято считать женщину, родившую ребенка. Лица, состоящие в браке и давшие свое согласие в письменной форме на применение метода искусственного оплодотворения или на имплантацию эмбриона, в случае рождения у них ребенка в результате применения этих методов, записываются его родителями в книге записей рождений. В данном случае не имеет значения, являются ли оба супруга (или один из них) генетическими родителями или нет. В любой ситуации они регистрируются как родители новорожденного. Родители обязуются не устанавливать личность донора. Донор со своей стороны также обязуется не устанавливать личность ни реципиентки, ни ребенка, родившегося в результате применения метода искусственной репродукции. Сказанное означает, что сохранение анонимности и донора, и реципиента становится чрезвычайно важным. При нарушении анонимности могут возникнуть и моральные коллизии для таких детей и матерей.

Суррогатное материнство – репродуктивная технология, при которой яйцеклетка одной матери, оплодотворенная в пробирке, передается другой, и та вынашивает ребенка с обязательством вернуть его после рождения «заказчикам». Первая такая девочка была рождена в 1985 г. в Лондоне англичанкой, согласившейся выносить ее для бездетных супругов-американцев. К суррогатному материнству прибегают в том случае, когда супруги–заказчики, желающие завести детей, но не способные сами иметь их, заключают договор с женщиной, согласной выносить для них ребенка. Если оба

супруга бесплодны, берутся донорская яйцеклетка и донорская сперма, проводится оплодотворение в пробирке, и такая яйцеклетка пересаживается в матку женщины, согласившейся вынашивать плод и после родов передать родившегося ребенка родителям-«заказчикам». В этой процедуре возможен еще целый ряд подвариантов.

Суррогатной матерью может быть женщина в возрасте от двадцати до тридцати пяти лет, имеющая не менее одного здорового собственного ребенка, получившая медицинское заключение об удовлетворительном состоянии здоровья, давшая письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Женщина, состоящая в браке, может быть суррогатной матерью только с письменного согласия супруга. Суррогатная мать не может быть одновременно донором яйцеклетки.

Подобные процедуры приводят к целому ряду этических и правовых проблем. Если оплодотворение жены производится спермой мужа, то это ни у кого, кроме религиозных деятелей никаких вопросов не вызывает. При других вариантах возникает ряд проблем, требующих этического и юридического решения.

Моральных, правовых и психологических проблем при проведении процедуры суррогатного материнства очень много. Например, психологические. Каково состояние психики женщины, которая используется практически, как инкубатор: яйцеклетка неизвестной ей женщины-донора оплодотворена сперматозоидами также неизвестного ей мужчины-донора и после рождения ребенок будет отдан неизвестным ей людям? Легко ли выдержать такое психике суррогатной матери? Например, жительница Польши по имени Станислава к 42 годам произвела на свет 23 суррогатных ребенка – 13 девочек и 10 мальчиков. Правда, оплодотворение у нее происходило естественным путем и от разных отцов, однако детей она передавала заказчикам. Этот «бизнес» не смущал ни окружающих, ни Станиславу, которая считала, что она творит добро.

В суррогатном материнстве существует и целый ряд юридических проблем. Так, теоретически (да и практически) у ребенка может быть четверо и даже пятеро родителей – одна (один) или двое заказавших ребенка, два донора яйцеклетки и сперматозоидов и сама суррогатная мать.

Юридические коллизии, которые могут возникнуть при суррогатном материнстве, можно проиллюстрировать случаями из практики, которые приводятся в СМИ. Так, супруги Джон Сигер и Джо-Линн, имеющие одну взрослую дочь, захотели иметь еще ребенка путем использования технологий ЭКО. Джо-Линн сама была не в состоянии выносить ребенка. Стать суррогатной матерью согласилась их взрослая дочь, тридцатилетняя Джолин Стоун. После рождения ребенка возникнут следующие юридические проблемы: фактической матерью будет Джолин Стоун. Но она обязалась отдать ребенка своим родителям. Следовательно, юридически зарегистрированными родителями будут ее же родители. Тогда родившийся ребенок станет сводной сестрой или братом Джолин Стоун, а будущие ее дети — племянниками ее собственной дочери.

Кроме того, в мировой практике суррогатное материнство уже порождает и другую проблему. Речь идет о том, что женщина, согласившаяся стать суррогатной матерью, за период беременности так привязывается к ребенку, что потом отказывается отдать его заказчиком. Юристы пытаются предупредить такое явление, издав законы, составляя контракты и т.д. Однако никакие законы в последующем не действуют на женщину, решившуюся оставить родившегося ребенка себе. За рубежом уже описывают множество коллизий, когда из-за нежелания суррогатной матери отдавать ребенка возникают трудноразрешимые и с юридической, и с нравственной точки зрения конфликты.

Суррогатное материнство имеет еще целый ряд сложных этических и юридических аспектов. Применение метода искусственного зарождения ребенка допускается только по медицинским показаниям. Поэтому ситуация, когда женщина, способная к деторождению, просто не хочет сама вынашивать и рожать ребенка, теоретически не может иметь место. Кроме того, это было бы абсолютно недопустимо по морально-этическим соображениям, так как фактически привело бы к тому, что богатые женщины стали бы нанимать женщин из малоимущих слоев населения для вынашивания детей, чтобы не входить во все тяготы и неудобства, связанные с беременностью и родами. Тем не менее, в действительности при отсутствии надлежащей законодательной базы и низкого уровня жизни большого количества населения вероятность распространения коммерческого суррогатного материнства достаточно велика.

Естественно, что у суррогатного материнства есть и противники, и его защитники. Последние говорят о милосердном начале этого процесса, ибо в целом ряде случаев он является единственным способом иметь детей при некоторых формах бесплодия. Противники ссылаются на то, что суррогатное материнство во многих случаях – не добровольное, не милосердное, а вынужденное, экономическое, меркантильное, а, следовательно, недопустимое с этической точки зрения явление. Сторонники суррогатного материнства считают, что во многих случаях оно не имеет меркантильной основы (как, например, в вышеприведенном случае с Джолин Стоун) и вполне очевидны гуманные начала такого деяния. С этим нельзя не согласиться. Можно ли осудить женщину, даже если она согласилась на вынашивание ребенка, чтобы поправить свое трудное материальное положение? Такие мнения открыто высказываются в обществе. Однако Конвенция Совета Европы (ст. 21) и документы Всемирной медицинской ассоциации настаивают на условии бесплатности всех составляющих новых репродуктивных технологий – донорства яйцеклетки и спермы, вынашивания ребенка без коммерческих действий на основе добровольного информированного согласия.

Закон защищает права матери, выносившей ребенка, однако едва ли будет правильным считать такое решение вопроса однозначно верным. Хотя такой закон, вне всякого сомнения, милосерден, с точки зрения честности, нормальных человеческих взаимоотношений (которые также являются категориями морали) можно понять и людей, лишенных возможностей деторождения и «заказывающих» ребенка другой женщине с полного

информированного и добровольного ее согласия, а затем оказывающихся у разбитого корыта. На этих примерах можно видеть, насколько трудно регулировать законами моральные жизненные ситуации – законы не всегда всесильны и справедливы. Защищая права одних, они нередко попирают не менее законные права других.

Вопрос суррогатного деторождения затрагивает не только права родителей, но и права ребенка. Фундаментальным правом ребенка, закрепленным в Конвенции ООН о правах ребенка, принятой Генеральной Ассамблеей от 20.11.1989, является его право знать своих родителей (ст. 7): «Ребенок регистрируется сразу же после рождения и с момента рождения имеет право на имя и на приобретение гражданства, а также, насколько это возможно, право знать своих родителей и право на их заботу». Несовершенство данного пункта едва ли нуждается в комментариях. Прежде всего, видимо, надо решить вопросы, о которых говорилось выше: кого считать родителями «суррогатно» родившегося ребенка, благо ли это – сообщение сведений о биологических родителях и т.д. В разных странах данный вопрос еще не решен и относится к числу дискуссионных.

Одним из важных моральных вопросов, которые, однако, могут быть решены лишь политически и юридически, является справедливое распределение ресурсов в медицине. Дело в том, что каждая попытка ЭКО обходится в 1–2 тыс. долларов и, следовательно, эта процедура доступна лишь немногим. Фонд обязательного медицинского страхования дорогостоящие медицинские услуги не оплачивает, а в бюджете таких денег не предусмотрено.

Все вышеизложенное по вопросам репродуктивных технологий свидетельствует о том, что в настоящее время в биомедицинской этике возникает правомерность нового принципа информированного общественного согласия. Действительно, очень многие вопросы биомедицинской этики в наше время не могут быть адекватно решены без учета общественного мнения, мнения ряда социальных групп, а не только отдельных граждан.

1.5.5. Этические проблемы отношения к животным

История становления этики животных. Этика животных – обширная и популярная в XXI веке тема не только научных исследований, но и общественных дискуссий, социальных и культурных повесток, законотворческих инициатив. Этика животных как составляющая этико-философского знания изучает статус животных в морали, моральное отношение людей к животным и нравственные практики обращения с ними. Предмет этики животных очень широк и включает в себя права животных, их моральный статус, вопросы благополучия и страдания животных, законы о животных, способы познания животных, вопросы человеческой исключительности, вопросы использования животных, теории справедливости и т.д. Для изучения данного проблемного поля существует несколько теоретических подходов, самыми разработанными и популярными из них на данный момент являются теория прав животных и этика утилитаризма. Однако не существует теории,

которая была бы полностью принята либо признана доминирующей. Дело в наличии внутренних противоречий, невозможности широкого применения на практике, множестве непроработанных исключений, отсутствии единого понимания дефиниций, выборки объектов и субъектов исследования.

Несмотря на все вышеуказанные недостатки, сам интерес к теме этики животных стимулирует искать новые решения проблем, ставить новые задачи перед исследователями, расширять и категоризировать предметное поле. Так многолетние дискуссии о месте животного и человека в мире дополнились вопросами феноменологии, противопоставления статуса животного и машины (искусственного интеллекта), новыми юридическими нормами, а также новыми данными, полученными в результате биологических исследований самих животных. Современная этика животных, как и другие виды прикладной этики, представляет собой междисциплинарное знание.

Процесс становления этики животных как отдельной дисциплины начался в XIX веке с появлением идеи о включении животных в моральное сообщество. Данная идея в основном развивалась в контексте этики утилитаризма, основоположником которой был Джереми Бентам. Группы по защите прав животных были основаны в США и Европе (в частности, в протестантской Англии и Германии) в силу переосмысления положения животных в этическом плане. В своих рассуждениях утилитаристы исходят, из того, что боль делает животных и людей несчастными, и человек, чтобы иметь право быть счастливым, избегая боли, должен признать такое же право за всеми существами, способными испытывать боль. Речь идет именно о праве, основанном на утилитаристском принципе пользы, принципе максимизации удовольствия и минимизации боли. Современный утилитаризм в лице Питера Сингера существенным образом радикализирует эту позицию, отрицая любые основания, на которых строится преимущество одного вида живых существ над другими, обвиняя людей в многовековой дискриминации нечеловеческих видов. Идя дальше, П. Сингер последовательно защищает вегетарианство как этическое правило, вытекающее из невозможности гарантировать непричинение боли животным в процессе их выращивания и умерщвления.

Современный утилитаризм приходит к парадоксальному выводу, который противоречит изначальному постулату о том, что людям стоит всеми силами содействовать своему счастью, избегать боли и получать удовольствие: люди вообще не имеют права убивать и даже причинять боль другим живым существам, даже если это приведет к их собственным страданиям. Причинение страдания недопустимо, даже если это поможет избежать большей боли и страданий, а счастливый человек должен скорее страдать сам, чем причинять страдания другим.

Таким образом, утилитаристы представили животных как участников моральных отношений исключительно на основании их биологической и физиологической природы, схожей с человеческой. Реализация принципов утилитаризма на практике сейчас выглядит утопичной, однако теоретическое обоснование этического отношения к животным на основе их способности к страданию стало чуть ли не самым популярным и тиражируемым аргументом,

на основе которого строятся современные практики и нормы, связанные с животными, воспитание, законы. Утилитаризму удалось закрепить сострадательное отношение к животным благодаря понятному и очевидному сходству человека и других нечеловеческих видов, не прибегая при этом к сложным умозрительным и терминологическим полемикам, какие могут быть при сопоставлении человека и животного на основе разума, интеллекта, психики, социальной организации, схожести поведения и т. п. Врождённая общая чувствительность, утверждаемая утилитаризмом, стала лучшим способом донести значимость этического отношения к животным и лучшим аргументом, призывающим это отношение реализовывать настолько, насколько это возможно в современных социально-экономических условиях. Сами же животные при контакте с человеком, согласно утилитарной этике, необходимо приобретают статус опекаемых объектов, на которых направлено сострадание и забота, действия либо намеренное невмешательство с целью максимизировать комфорт животного.

В XX в. проблемы этики животных включают в себя проблемы экспериментов над животными, методов животноводства, трансплантации, создания гибридов (химер), употребления мяса, легитимности зоопарков и цирков, проблемы использования животных для отдыха и охоты. Эти частные нравственные вопросы подвели к постановке новой теоретической проблемы: могут ли животные иметь моральный статус, аналогичный статусу человека, и, если могут, то на каком основании. Ответ на этот вопрос был дан в рамках теоретической концепции «прав животных», которая берёт свои идейные истоки ещё в XVIII веке. В концепции естественных прав утверждалось, что каждое живое существо, человеческой или нечеловеческой природы, имеет неотъемлемое право распоряжаться своим собственным телом, и нашей обязанностью является способствовать счастью всех существ в равной степени. Так профессор философии Том Реган считает: так как естественные права людей обосновываются наличием у них сознания, и так как сознанием обладают как минимум некоторые из животных, – они должны обладать теми же правами, что и люди. Однако его теория не распространяется на всех чувствующих существ. Профессор права и философии Гэри Франсион является представителем другого современного подхода – аболиционизма. Он считает, что у животных есть лишь одно право, которое необходимо узаконить: право не быть чьей-то собственностью. Британский же философ Роджер Скрутон утверждает, что наличие прав подразумевают также и наличие обязанностей.

Родственная экологическая этика ещё больше расширяет предметные границы этики животных и рассматривает нравственные аспекты взаимоотношения между людьми и природой в целом, включающей животных, растения, природные ресурсы и экосистемы, ландшафты, а также биосферу и космос. Моральному анализу подвергается позиция человека: с одной стороны, он является неотъемлемой частью природы, зависимой от неё; с другой – подчёркивается явная уникальность и творческий преобразующий потенциал человека, способного рассуждать о последствиях своих действий и их влиянии на всю природу, нести ответственность за свои действия.

Появление современной экологической этики во многом стало реакцией на безнравственное и хищническое отношение к природе, поддерживаемое на протяжении многих веков. Первая серьезная попытка противостоять эксплуататорскому отношению к природе относится к романтической философии XVIII–XIX вв., которая испытала влияние учений индуизма и буддизма, набравших в то время европейскую популярность. В них непричинение вреда живому является важнейшим этическим требованием. Становление экологической этики как научной дисциплины относится к 1970-ым годам XX в., когда жизненно важными вопросами стали глобальная угроза естественной среде обитания, рост числа вымерших видов, разрушение экосистем, истощение природных ресурсов, а также опасность технологических изобретений, например, атомных электростанций (включая радиоактивные отходы) и новых биотехнологий (включая генную инженерию).

Все этические взгляды, направленные на защиту животных, раздвигают рамки традиционной позиции, утверждая, что животные должны рассматриваться как полноправные участники морального сообщества. Однако мораль как таковая – явление в принципе исключительно человеческое, и кроме того, весьма подвижное и пластичное во времени и пространстве. Антропоцентричность при разговоре о морали неизбежна. Этика животных появляется в результате того, что человеческая мораль распространяется на другие виды, но только частично, и на одни виды в большей степени, чем на другие. Эта избирательность укоренена не только в этических теориях, но и на уровне законодательства, в культурных практиках, бытовых привычках, общественных стереотипах.

Статус животного в философии.

Тема животного как фигуры, кардинально отличающейся от человека, тема инаковости животного активно обсуждается в современной западной философии, антропологии, культурологии, критических исследованиях о животных и в целом в гуманитарных науках, то есть в науках о человеке, новым предметом которых парадоксальным образом оказывается не-человек. Подойдя вплотную к этому предмету, науки о человеке пересматривают и переопределяют свои границы, как на формально-дисциплинарном, так и на содержательно-теоретическом уровне. Именно благодаря этому тектоническому сдвигу тема животного обретает самостоятельное место в современной философии.

Можно провести различие между животным как понятием, образом и предметом. Животное как понятие рождается из системы философских определений и соотносится с другими понятиями – человек, жизнь, тело, душа, разум и т. д. Животное как образ относится к порядку символических опосредований и является элементом того метафорического языка, на котором человек говорит либо сам с собой о себе самом (так, в классической философии образ животного отсылает к человеческим страстям), либо о Другом (в этом случае животное оказывается в одном ряду с такими фигурами исключенных, уязвимых, непохожих, как женщина, ребенок, мигрант и т. д.). Когда образ и

понятие соединяются – то есть, когда за образом животного стоит понятие или система понятий, – животное выступает в качестве концептуальной метафоры.

В современной философии новый теоретический подход к теме животного связан в первую очередь с критикой предшествующей метафизической традиции и характерных для неё бинарных оппозиций (человеческое и животное, искусственное и естественное, душа и тело, разум и чувства и т. д.). Иное бытие животных в целом, отдельного вида и каждой единичной особи, несомненно, отлично от человеческого. И рассматривать эту разницу можно через противопоставление, сравнение и отождествление этих двух форм жизни друг с другом. До сих пор дискуссионным остаётся вопрос о демаркационной линии, по которой проходит центральное сущностное различие. Как правило, эту роль отводят сознанию, разумности и способности к постижению мира и собственного существования, чего, как считается, лишены животные. Однако философы предлагают более широкий взгляд на список этих критериев.

Так Мартин Хайдеггер основной характеристикой, отличающей человека от животных, считал способность к экзистенциальному переживанию: если животные, не рефлексирующие о своей смертности и не имеющие возможности совершать набросок будущего, проживают в исключительно в сущем, то человек, напротив, может и должен вести диалог с бытием, которое обращено к нему через язык, смертность и время. Впрочем, представители спекулятивного реализма, объектно-ориентированных онтологий, темного витализма и других направлений, которые борются против философского антропоцентризма, не согласны с тем, что человек располагает привилегированным доступом к бытию. Так, Бен Вудард сводит человека к слизи, а Грэм Харман и Леви Брайант отвергают не только иерархию внутри живой материи, но и, радикально устраняя субъект из философии, располагают вообще всё сущее, живое и неживое, реальное и виртуальное на одной плоскости – внутри «демократии объектов».

Людвиг Витгенштейн, занимавшийся критикой языка, использовал образ говорящего льва для иллюстрации лингвистической субъективности: если бы лев умел говорить, мы не смогли бы его понять, так как структура языка отражает онтологию мира. Речь идет об индивидуальных жизненных мирах, изнутри которых когнитивная ограниченность свойственна не только межвидовым коммуникациям между человеком и говорящим животным, но и внутривидовым (между человеком и человеком). Животное и человек не поняли бы друг друга, даже если бы могли вести беседу. А раз языковое общение даже гипотетически и онтологически невозможно, то и познание животного через речевую коммуникацию тоже.

Анри Бергсон утверждал, что живым существом движет инстинкт, отличный от автоматического поведения. Он приводит в пример ос, которые знают, как парализовать гусеницу: они знают какое количество яда необходимо жертве для того, чтобы те остались живы, но были парализованы. Это позволяет сделать предположение, что инстинкт – не простое механическое явление, а особый вид знания.

Не поиск различий, а поиск общих черт человека и животного присутствует в философских и литературных произведениях, использующих метафору животного. Животные присутствуют во всех культурных формах, начиная с древних времён, когда ярко выраженной чертой мировоззрения являлся антропоморфизм. Придавая животному человеческие черты, человек делает этот мир более устойчивым и безопасным для самого себя. А стереотипные культурные представления и ассоциации позволяют использовать животных как некий классификатор, например, черт характера, на основе которых могут строиться, как образы из философских метафор, так и разделение видов познания.

Например, Фридрих Ницше через Заратустру говорил об аполлоническом орле и дионисийской змее, а пути развития личности ассоциировал со львом и верблюдом. Жиль Делёз низводит возвышенный характер привычных сравнений до более острых и непривычных метафор с насекомыми и паразитами, используя при этом тот же ассоциативный приём. Один из последователей Сократа из-за своей философии и практического ей следования был прозван «собакой». Даже классический символ всей философии имеет свой «прототип» в животном мире – сову Минервы.

Если обратиться ещё к более ранним формам мировоззрения, то можно проследить явную тенденцию на слияние человеческого и животного. Самые первые религиозные представления различных народов и культур изобиловали обращениями к животному миру как к «чистому» и «подлинному», которому человек стремился подражать. Например, тотемизм и шаманизм практиковался через прямую духовную связь с покровительствующим животным, ритуалы оборотничества человека в животное через наименование и отождествление себя с животным, представление о связи начала своего рода и предков с животным и т.д.

Сакральные животные были широко известны и в Древнем мире (кошки в Древнем Египте, коровы Древней Индии, некоторые животные, в которых превращались боги Древней Греции и т. д.). Именно в этот момент начался постепенный переход от отождествления себя с животным к пониманию некоторых животных как чего-то сверхчеловеческого, трансцендентного. С появлением мировых религий это различие окончательно закрепилось и более того, животные в большинстве случаев потеряли свою трансцендентную связь с божественным миром и стали «рядовыми» объектами мира человеческого. Вслед за этими изменениями, необходимы стали и новые религиозные предписания, регулирующие принципиально иные представления о месте и роли животных. Кратко рассмотрим современные мировые религии.

Буддизм проповедует веру в перевоплощение. Поскольку животные постоянно страдают, буддисты считают, что рождение животным является наказанием за прошлые грехи. Такая вера заставляет человека помнить о том, что он может оказаться на месте животного. Буддийский монах не может убить ядовитую змею, крысу, даже муравья.

Ислам учит, что человеку свыше даны такие качества, как любовь, милосердие, сострадание, великодушие. Придя в этот мир, он должен творить

добро. Коран утверждает, что животные имеют душу, хотя она и более низкого порядка; а также что животные имеют сознание, которое ступенью выше, чем инстинкты. Поэтому законы ислама запрещают причинять животным боль, убивать их, исключая случаи использования животного в пищу. При этом убивать животное следует быстро и с наименьшими страданиями для него.

Ислам и иудаизм запрещают убивать животных ради развлечения, получения предметов роскоши, лишать диких животных свободы. Нельзя пользоваться капканами, силками – это приводит пленника к долгой и мучительной смерти. Домашний скот не должен содержаться в грязи. Запрещается использовать животных в болезненных или калечащих их экспериментах.

Христианство рассматривает человека как подобие Божие, но отрицает наличие души у животного. Это положение отрицательно сказывалось на статусе животных, на оценке их самостоятельной ценности в христианских странах, однако современные теологи нашли основания для того, чтобы взглянуть на ценность животных с другой точки зрения, но в соответствии с богословскими учениями. Например, говорить о долге человека перед тварями низшего порядка, требовании помогать самым нуждающимся. Животные абсолютно беззащитны, и мы, люди, обладаем абсолютной властью над ними. Когда мы говорим о превосходстве человека, мы говорим о христианском жертвенном служении человека.

Таким образом, кратко выраженная современная теологическая идея прав животных звучит так: если Бог стоит за ними, то люди не могут быть против них.

Теория прав животных.

Вместе с разработкой концепции прав человека в рамках правовой системы в настоящее время рассматривается также вопрос о правах животных. Следует отметить, что развитие правового регулирования в этой области только начинается. Процессы выработки национальных правовых подходов и международных стандартов происходят под влиянием современных наработок биоэтики и с учетом мощного давления общественных движений в защиту животных.

Большой вклад в концепцию прав животных внесли ещё мыслители XVII–XIX веков. основоположниками идей о правовой защите животных стали такие философы как Джон Локк, Джереми Бентам и Жан-Жак Руссо. Они считали, что животные способны чувствовать, и с моральной точки зрения неправильно причинять им ненужные страдания. Джереми Бентам отвергал понятие естественного права, и считал критерием обращения с другими существами не разум, а способность испытывать боль. Подобная позиция была в философии Ж.-Ж. Руссо: животные имеют естественные права не потому, что они разумны, а потому, что они способны чувствовать. Среди философских концепций XIX века следует отметить идеи А. Шопенгауэра, решительно поддерживающего разработку концепции прав животных.

Позже, на основании философских идей данных мыслителей, были разработаны этико-правовые концепции, определяющие статус и роль

животных, как в глобальном плане, так и их положение относительно человека. Дальнейшие исследования двигались в основном в направлении идейной и законодательной реабилитации животных и стремлении уравнивать их моральный статус со статусом человека.

Теории прав животных обычно разделяются на три группы: теории косвенных прав, теории прямого неравенства и теории морального равенства.

Теории косвенных прав отрицают равенство морального статуса человека и животных из-за отсутствия у последних сознания, разума или автономии. В конечном счете, отрицая моральный статус животных, эти теории могут по-прежнему требовать не вредить животным, но только лишь потому, что это несет вред моральному статусу самого человека. Аргументы в пользу этой теории были сформулированы такими философами как И. Кант, Р. Декарт, Ф. Аквинский, П. Харрисон и поддерживались религиозными мыслителями. Отрицание морального статуса животных закономерно приводит и к отрицанию их правового статуса.

Теории прямого неравенства наделяют животных некоторыми моральными прерогативами, но отрицают их полную моральную субъектность из-за их неспособности уважать права другого субъекта или выражать моральную взаимность в сообществе равных себе. Аргументы в этом теоретическом блоке считают чувствительность животного достаточным основанием, чтобы не причинять им прямой вред. Однако когда интересы животных и человека вступают в конфликт, особым характеристикам человека, таким как рациональность, автономия и самосознание, уделяют больше внимания. Такие теории рассматривают права животных как приложение к моральному статусу, который в свою очередь имеет различный уровень проявления. Так за чувствительными животными признаются естественные права, которые, тем не менее, не нарушаются ровно до того момента, пока не притесняют более широкие права человека.

Теории морального равенства предоставляют равное право и моральный статус, как животным, так и людям, отрицая значимость упомянутых особых характеристик человека. Рассуждая по аналогии, теории морального равенства часто расширяют понятие права на животных на том основании, что они имеют аналогичные физиологические и умственные способности, как дети или инвалиды в обществе людей. Аргументы в пользу этой теории были сформулированы такими философами как П. Сингер и Т. Реган. С этой позиции права животных и права человека выступают равновесными и неотъемлемыми содержательно и формально.

В целом представленные концепции с разных теоретических позиций обосновывают допустимость либо недопустимость наделяния животных моральным статусом. Данный шаг является первым и необходимым для выяснения правового статуса животных в целом, и определения конкретных прав и обязанностей, в частности. Только на этом этапе возможно сравнение прав животных и человека, определение их взаимозависимости и противоречий.

Каждая из рассмотренных теорий обосновывает своё видение ситуации в соответствии с некими общими положениями, взятыми за теоретическое основание всей концепции. Большинство из них фокусируются на уникальности человеческого бытия и самого человека как такового, приводя примеры его разумности, способности к альтруистическому поведению, наличие особых характеристик (душа, воля и т.п.). Такого рода уникальность, по мнению исследователей, является достаточным основанием для выделения человека в особую привилегированную моральную и правовую категорию. Однако утверждения о наличии морального статуса у животных тоже не обосновательны. Предпосылкой для появления самой идеи о наличии прав у животных во многом стала слабая аргументация в защиту уникальности позиции человека. Неоднородность правового и морального статуса внутри человеческого сообщества породила аналогичные рассуждения, распространившиеся на животных. Так, согласно одной группе теорий, часть животных примыкает по статусу к людям, но проигрывает им во внимании к их проблемам; по другой группе теорий – животные и вовсе формально и фактически должны быть приравнены по статусу к людям.

Несмотря на концептуальную завершенность приведенных теорий, часть основополагающих аргументов всё ещё нуждаются в уточнениях. Так, например, основные аргументы о нерациональности и отсутствии сознания у животных требуют научного подтверждения. Механизм нашего восприятия поведения животных также ещё до конца не изучен. Аргумент чувствительности к боли тоже требует отдельной разработки: существуют относительно установленные способы определения параметров физической боли для человека и животного, однако пока неясно, способны ли животные испытывать также нефизическую боль. Соответственно, если они способны – должны ли мы воздерживаться в таком случае и от причинения нефизических страданий?

Сами животные как объект права – понятие весьма неоднородное и требующее уточнения. Зачастую наши интуитивные представления отсылают нас к образу высших млекопитающих животных или домашних животных, привычных в нашем регионе. Однако очевидно, что разработанная концептуальная теория не может учитывать только определённые объекты и беспричинно игнорировать другие. Поэтому необходимо чётко определять и обоснованно отделять одни виды животных от других. Например, П. Сингер открыто говорил о том, что его понятие животного заканчивается где-то между креветкой и устрицей, а установка на непричинение вреда животным включает в себя не только гуманное отношение к домашним питомцам, но и к животным, выращиваемым и убиваемым ради мяса.

Таким образом, философское понимание сущности животного, построенное на рациональном изучении его характеристик, обнаруживает и акцентирует в большей мере принципиальные различия, несовместимость и непознаваемость человеком животного. В этой усиливающейся дихотомии, чтобы сохранить за животным некую ценность и нормализовать человеческое к нему отношение в рамках приемлемых социальных стандартов, философия (в

первую очередь этика как практическая философия) выработала ряд критериев, по которым животное приобретает свой статус, отличный от неодушевлённого ресурса. Философский подход через феноменологию рассматривает животное как инобытие человека и особую форму Другого. Животное имеет гносеологическую ценность как объект познания и сравнения, антропологическую ценность как противопоставленное человеку «зеркало». Онтологически животное может представлять, как артефакт либо «аватар» природы, обладающий недоступными нам знаниями, врождёнными навыками и характеристиками. Практически в каждом философском направлении можно обнаружить отсылки к животным. Они выступают, если не как элементы предметного поля, то как понятия и метафоры, расширяющие сложный абстрактный язык философии. Своим вниманием, философия, по меньшей мере, признаёт животных как объект исследования, а в отдельных случаях утверждает животных как ценный и необходимый инструментальный ресурс.

Этика в своём исследовании темы животных идёт дальше всех прочих дисциплин и ставит целью наделение животных особым моральным статусом для нормативной регуляции обращения, отсылок и коммуникаций с ними. Для выполнения этой задачи этика обращается к правовым основам и уже на основании разных правовых подходов вырабатывает стратегии поведения и отношения людей к животным. Появление обоснованного правового статуса позволило ввести животных в юридическую сферу. А повсеместная и продолжительная вовлечённость темы животных в культурологию и религиоведение (смежные дисциплины, которые внесли свой значительный вклад) наделила животных дополнительным весом в глазах общества, стала своего рода проводником и транслятором первичных образов и представлений о животных, что тоже формирует, хоть и стереотипный, но всё же широко распространённый его статус.

Совместная работа исследователей философского и правового направлений создала внушительную теоретическую базу, позволяющую вполне конкретно определить ценность и значимость животного, как для человека, так и самого по себе как уникального живого субъекта. Каждая из отраслей знания по-своему прошла этот путь исследования, однако волнообразная динамика от сближения человека и животного до тотального их различия является естественной и неотъемлемой характеристикой этого пути.

1.6. Этика биомедицинских исследований

Этические проблемы проведения клинических испытаний и экспериментов на человеке.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и Всемирная медицинская ассоциация (ВМА), признавая сосуществование различных этико-медицинских позиций и морально-мировоззренческих ориентаций, регулируют это сосуществование с помощью международных медико-этических кодексов и соглашений. Принципиальный характер по проблеме информированного

согласия носят Лиссабонская Декларация о правах пациента (ВМА, 1981) и Декларация о политике в области обеспечения прав пациента в Европе (ВОЗ, 1994).

Утверждению принципа информированного согласия в системе отношений между врачом и пациентом в значительной степени способствуют не только демократические процессы в современной культуре, но и объективные тенденции развития медицинского знания. Эти факторы, определяющие сегодня медицинское знание, актуализируют проблему «информации» и «согласия», превращая информированное согласие в форму взаимоотношения между врачом и пациентом, наиболее соответствующую происходящим в медицине изменениям.

Исторически понятие «информированное согласие» начало формироваться в ходе работы 1-го Военного Трибунала США в Германии, который в 1947 году подготовил документ, получивший название «Нюрнбергский Кодекс», который стал первым международным «Сводом правил о проведении экспериментов на людях». В пункте первом данного Кодекса впервые используется понятие «добровольное согласие» лица, вовлеченного в медицинский эксперимент. Подсудимыми на Нюрнбергском трибунале были 23 ведущих немецких ученых-медика. Обвинителей и судей, участвовавших в процессе, повергла в шок та планомерная и хладнокровная жестокость, с которой врачи-ученые проводили медицинские эксперименты на людях, больных туберкулезом или злокачественными новообразованиями, на инвалидах, стариках, людях с физическими недостатками и душевнобольных, проводили опыты на военнопленных и депортированных из оккупированных стран, умерщвляли новорожденных с «неправильным развитием» вопреки клятве Гиппократова. Была создана специальная индустрия умерщвления в виде газовых камер, душегубок, крематориев и т. д. Многочисленные свидетельские показания испытуемых (точнее было бы сказать – жертв), а также собранные и обобщенные с педантичностью результаты экспериментов, оказавшиеся в распоряжении суда, выстраивались в жуткую картину. Никогда за всю историю проведения экспериментов на людях они не проводились с таким садизмом, как это имело место во времена нацизма. Международный военный трибунал в Нюрнберге квалифицировал эти действия как преступления против человечества. Чтобы страшные события истории не повторились, одним из важнейших положений Нюрнбергского кодекса стал запрет на производство опытов на человеке без его добровольного согласия.

Хотя «Кодекс» и был принят в форме судебного решения, он имел и имеет не столько юридическую, сколько этическую силу. Он включает десять принципов, первый из которых: абсолютно необходимым условием является добровольное согласие испытуемого. Это означает, что лицо, вовлекаемое в эксперимент, должно иметь обусловленную законом способность давать согласие; ситуация, в которой оно находится, должна позволять ему реализовать свободный выбор без влияния каких-либо элементов насилия, обмана, мошенничества, хитрости или других скрытых форм давления или принуждения; обладать знаниями и пониманием, достаточными для того, чтобы

понять детали процедуры эксперимента и принять обдуманное решение. В «Нюрнбергском кодексе» впервые в истории человечества была выдвинута идея примата блага и интересов отдельного человека над интересами, как науки, так и общества. При всей ее видимой простоте эту идею можно считать принципиальным достижением в моральном опыте человечества. В последующие годы было принято немало других документов, более детально и строго регламентирующих практику биомедицинских экспериментов (в частности, в настоящее время в юридических и этических установлениях принято говорить не о добровольном, а об информированном согласии, что является более жесткой нормой), но «Нюрнбергский кодекс» и по сей день сохраняет функцию основополагающей модели.

Впоследствии понятие «информированного согласия» начинает использоваться в практике судопроизводства США и связывается с определенным порядком судебных дел о возмещении вреда, причиненного небрежным лечением. В 50-60-х годах возникает сам термин *informed consent* и соответствующая ему практика признания обязанности врача сообщать пациенту о риске медицинского вмешательства, об альтернативных формах лечения, прежде чем он даст согласие на медицинское лечение. И если в 50-х годах информация носила профессиональный характер, то в 70-х годах для информации был введен критерий, согласно которому информация должна быть дана в общедоступной форме и включать три параметра: характеристику цели лечения, возможного риска и существующих альтернатив предлагаемому лечению. В настоящее время в судебной практике США информированное согласие является правовым критерием того, осуществлялась ли врачом забота о пациенте и в какой степени. Принцип информированного согласия может быть рассмотрен как долго искомая и наконец, найденная форма правовой защищенности больного, которая устраняет изначальное, естественное и фактическое неравенство в отношении врач-пациент. Пациент, не обладая, как правило, специальным медицинским знанием, заранее обречен на зависимость от врача, полагаясь на его профессионализм. С одной стороны этого неравенства – риск пациента, доверяющего врачу свое здоровье, достоинство, жизнь. С другой стороны, риск врача, незастрахованного от врачебных ошибок, которые юридически квалифицируются как ненаказуемое добросовестное заблуждение при отсутствии небрежности и халатности или как обстоятельство, смягчающее ответственность врача.

Своеобразной компенсацией этого естественного неравенства является обеспечение пациента полноценной правовой защитой. К ее основным формам относятся: право на согласие на медицинское вмешательство и отказ от него, право пациента на информацию о состоянии здоровья и обязанность врача и лечебного учреждения обеспечить это право.

По правилу информированного согласия любое вмешательство, в том числе при проведении экспериментов на человеке, должно включать добровольное согласие пациента. В свою очередь врач должен информировать пациента о целях, методах, побочных эффектах, возможном риске, продолжительности и ожидаемых результатах исследования. Понятие

добровольного информированного согласия закрепляет обязанность врача информировать пациента, а также уважать неприкосновенность частной жизни пациента, быть правдивым и хранить врачебную тайну. В то же время этот принцип обязывает врача принять субъективное решение пациента к исполнению. Некомпетентность больного может сделать такую модель взаимоотношения между врачом и пациентом бесплодной и даже вредной для самого пациента, а также вызвать отчуждение между больным и врачом. Положительная особенность добровольного информированного согласия в том, что оно направлено на защиту пациента от экспериментальных и испытательных намерений врача и исследователя, на снижение риска нанесения морального или материального ущерба. В то же время в ситуации, когда наступил вред, хотя было оформлено добровольное информированное согласие между врачом и пациентом, оно является формой защиты врача, ослабляя правовые позиции пациента.

Вопросы этики и права при проведении биомедицинских исследований взаимосвязаны и их следует рассматривать совместно. Этика распространяется не только на совокупность прав пациента, и само понятие «этика» намного шире понятия «право». Если для соблюдения права достаточно строго следовать определенным правилам, то этика требует от врача порядочности, честности, бескорыстия в самом широком смысле слова, а это не может быть регламентировано никаким законом. Этика накладывает определенные обязательства на врача, а пациентам предоставляет гарантии безопасности еще до того, как они будут юридически сформулированы и закреплены законом. Путь развития международного права в области защиты прав человека вообще, и в медицинской сфере в частности, достаточно долгий. Существует ряд аспектов взаимоотношения врач–пациент, правовая регуляция которых еще не разработана. В этом случае высокие этические принципы, духовная культура, лежащие в основе действий врача, который участвует в проведении клинических испытаний, должны сыграть решающую роль.

Сегодня этика биомедицинских экспериментов – отнюдь не один лишь перечень благих пожеланий. Существуют выработанные и проверенные практикой нормы проведения таких экспериментов, а также структуры и механизмы, позволяющие достаточно жестко контролировать соблюдение этих норм.

Своеобразным «механизмом» такого контроля в большинстве стран мира стали сегодня этические комитеты, создаваемые в научно-исследовательских учреждениях, которые проводят эксперименты на человеке и на животных. На сегодняшний день существует множество нормативных документов, разработанных и принятых различными международными организациями, которые являются руководством к действию, на которые должны опираться в своей деятельности члены этических комитетов.

К таким документам относятся: «Нюрнбергский Кодекс» (1947 г.), «Хельсинская декларация» (принятая на 18-ой сессии Всемирной медицинской ассамблеи 1964 г.), «Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с

применением достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине» Совета Европы (принята в 1996 г).

Хельсинская декларация Всемирной медицинской ассоциации. Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека. Принята 18-й сессией Генеральной ассамблеи ВМА в Хельсинки, Финляндия, в июне 1964 г. Этот фундаментальный документ оказал заметное влияние на формулировку международных и национальных медицинских законов и кодексов. Декларация включает требования самого широкого спектра к врачам, принимающим участие в экспериментах и клинических испытаниях. В 1966 г. Генеральная Ассамблея ООН одобрила Международную конвенцию по гражданским и политическим правам, вступившую и силу в 1976 г. Статья 7 гласит: «Никто ... не может быть включен и медицинские или научные эксперименты без его свободного информированного согласия». Важность документа в жизни общества подчёркивается тем, что он неоднократно дорабатывался.

В настоящее время четко определены новые подходы и требования к биомедицинским исследованиям. Научные цели клинических испытаний при лечении больного и неклинических медико-биологических испытаниях при выполнении чисто научных медицинских исследований на людях должны быть обоснованы, ясно изложены в специальном протоколе, одобрены независимым этическим комитетом. Принципиальным положением Хельсинской Декларации стал тезис о том, что «интересы испытуемых должны всегда превалировать над интересами науки и общества».

Конвенция Совета Европы «О правах человека и биомедицине» была принята с целью предотвращения негативных последствий использования новых медицинских технологий, защиты прав и достоинства человека, оказывающегося в роли пациента или испытуемого. Приведем некоторые положения Конвенции. В области генома человека проведение генетического тестирования допускается только в терапевтических целях; вмешательство в геном человека может быть осуществлено только в профилактических, терапевтических или диагностических целях. В области исследования на эмбрионах создание эмбрионов человека в исследовательских целях запрещается. В области трансплантологии забор органов у живых доноров может осуществляться только с их согласия и исключительно для лечения реципиента; тело человека и его части не должны служить источником финансовой выгоды. Дополнительный протокол Конвенции 1997 года провозглашает запрет на клонирование человека. К вышеперечисленным документам, регулирующим этические основы биомедицинских исследований, следует добавить документы национального законодательства.

Сегодня клинические исследования понимаются широко – как любые исследования с участием пациента в качестве испытуемого, проводимые с целью усовершенствования клинической практики. При этом изучаться могут не только лекарственные препараты, но и диагностические и терапевтические схемы, медицинская техника, изделия медицинского назначения. Соответствие исследования этому стандарту говорит о публичном соблюдении

прав участников исследования; правил по обеспечению их безопасности; стремления к нанесению вреда; требований к достоверности исследований. Вместе с GMP (Надлежащая производственная практика) и GLP (Надлежащая лабораторная практика) стандарт GCP призван упорядочить некоторые аспекты качества медицинского обслуживания населения. Стандарты GCP, GMP и GLP считаются «тремя китами» доказательной медицины. Их реализации должна способствовать деятельность этических комитетов – независимых органов, контролирующих исполнение этического принципа добровольного информированного согласия участника исследования, деятельность при экспертизе протокола клинических исследований с участием человека, обеспечение этических гарантий по защите прав, здоровья и конфиденциальности испытуемых в ходе медико-биологических экспериментов. Независимый этический комитет состоит из медицинских работников, а также лиц, не имеющих отношения к медицине. Он обеспечивает защиту прав, безопасности и благополучия субъектов исследования и выступает для общества гарантом такой защиты, в частности путем рассмотрения, одобрения протокола исследования, кандидатур исследователей, исследовательских центров, а также материалов и методов, которые предполагается использовать для получения и документирования информированного согласия субъектов исследования.

Конвенция «О правах человека и биомедицине» (Страсбург, 2005 г.). Этика клинических исследований – область биомедицинской этики, определяющая взаимоотношения между субъектом и объектом в процессе проведения клинических исследований с участием человека. Она предполагает соответствие условий проведения клинических испытаний общепринятым нормам морали, соблюдение прав, интересов и личного достоинства участников, подчиненность интересов науки и иных интересов приоритету прав и свобод личности. Регулируется правилами проведения качественных клинических исследований – GCP, следование которым рассматривается как общественная гарантия того, что права и здоровье испытуемых, а также их личная жизнь защищены, а собранные клинические данные достоверны.

Этика клинических испытаний на человеке предполагает соблюдение ряда правил.

1. Клинические испытания должны проводиться в соответствии с общепринятыми научными принципами и основываться на адекватных лабораторных исследованиях, экспериментах на животных и знании современной научной литературы. В любом случае испытуемый должен быть добровольцем.

2. Программа и выполнение клинических испытаний на человеке должны быть четко сформулированы в экспериментальном протоколе, который представляется независимому комитету для рассмотрения, внесения замечаний и предложений.

3. Пациент, принимающий участие в клинических испытаниях, должен быть информирован о целях и методах исследования, ожидаемой пользе, возможном вреде, а также обо всех неудобствах, связанных с исследованием.

Ему должно быть предоставлено право отказа от участия в исследовании или выхода из него в любой момент. Врач обязан получить от добровольца предварительное письменное согласие на участие в исследованиях. При этом испытуемый не должен находиться в зависимом от врача положении или согласие должно быть получено другим врачом, который не связан с исследованием. При физической или психической невозможности дать письменное согласие (или если испытуемый несовершеннолетний), разрешение может быть получено от родственников в соответствии с законодательством.

4. Клинические испытания на людях должны проводиться только квалифицированными специалистами под наблюдением компетентного врача. Ответственность за здоровье человека несет врач, а не испытуемый, даже если он дал на это согласие.

5. Каждому планируемому клиническому испытанию должно предшествовать точное определение степени риска и потенциальной пользы. Клиническое испытание на человеке нельзя проводить, если предполагаемая польза не превышает возможный риск. Интересы испытуемого должны быть выше интересов науки и общества.

6. Следует предусмотреть гарантии уважения личности испытуемого и уменьшения воздействия испытания на его физические и умственные способности.

7. При публикации полученных результатов врач должен соблюдать их точность. Сообщения об экспериментах, проведенных без соблюдения принципов, изложенных в декларации, не должны приниматься для публикации.

8. В протоколе клинического испытания должен содержаться раздел с этическим обоснованием и отметкой о том, что он составлен в соответствии с принципами декларации о проведении исследований на человеке.

Правила врача при проведении медицинских исследований (Ethics Medical Research) – предусматривают дополнительные моральные правила-обязательства врача при проведении исследований, связанных с оказанием пациенту профессиональной медицинской помощи.

1. В рамках программы исследований врач должен иметь свободу в применении новых диагностических или лечебных мер, если они дают надежду на спасение жизни, восстановление здоровья или облегчение страданий больного.

2. Вероятные польза, вред, риск или неудобства нового метода должны быть оценены в сравнении с лучшими из существующих диагностических и лечебных методов.

3. В любом медицинском исследовании каждому больному, включая больных контрольной группы, должно гарантироваться применение лучших проверенных методов диагностики и лечения (в этом смысле применение плацебо для пациентов контрольной группы является не этичным).

4. В любом случае испытуемый должен быть добровольцем; отказ больного от участия в исследовании не должен нарушать его взаимоотношений с врачом и медперсоналом.

5. Врач может сочетать медицинские исследования с профессиональной помощью для получения новых медицинских знаний в той степени, в какой эти исследования представляют диагностическую или лечебную ценность для больного.

6. При проведении чисто научных клинических исследованиях обязанностью врача являются защита жизни и здоровья человека – объекта клинического исследования. Исследователь должен прекратить эксперимент, если при продолжении исследования может быть нанесен вред здоровью испытуемого.

7. В исследованиях на человеке интересы науки и общества никогда не должны ставиться выше здоровья испытуемого.

1.7. Этические проблемы оказания психиатрической помощи

Специфика этических проблем в психиатрии. По данным Всемирной Организации Здравоохранения около 450 миллионов человек на Земле страдают от психических или поведенческих расстройств. Многие из них страдают безмолвно и в одиночестве, не получая какого-либо лечения. Между страданиями и перспективой помощи стоят препятствия, которые выражаются в стигматизации, предубеждении, стыде и отчуждении. Психические расстройства составляют 12% глобального бремени болезней, тогда как бюджеты на лечение психических заболеваний в большинстве стран не превышают 1%. Посвятив Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2001 г. психическому здоровью и назвав его «Новое понимание, новая надежда», ВОЗ просто и однозначно утверждает: «Психическое здоровье, на которое долго не обращалось внимания, повсюду должно быть рассмотрено в новом свете. Нет никаких оправданий тому, что люди с психическими заболеваниями или заболеваниями мозга исключаются из жизни общества, – в обществе должно быть место каждому».

Этимология слова «психиатрия» (от греч. «psyche» – душа, «iatros» – врач) адекватно отражает главную цель профессиональной деятельности психиатра – врачевание психических расстройств, компетентную и умелую помощь, прежде всего, душевно больным людям, но также и всякому человеку, нуждающемуся в такой помощи. Из всех медицинских дисциплин психиатрия в наибольшей степени имеет дело с человеком в целом, с учетом его биологической, психической, духовной и социальной составляющих.

Психотерапия – система лечебного воздействия на психику и через психику на организм человека. Часто определяется как деятельность, направленная на избавление человека от различных проблем (эмоциональных, личностных, социальных и т. п.). Проводится, как правило, специалистом-психотерапевтом путём установления глубокого личного контакта с пациентом (часто путём бесед и обсуждений), а также применением различных

когнитивных, поведенческих, медикаментозных и других методик. Однако такое определение не является полным.

Следует отличать понятие психотерапии, как от психиатрии, так и от психологии. Психотерапия может быть разновидностью или составляющей частью психиатрического лечения, но психиатрическое лечение часто ею не ограничивается (либо, в отдельных случаях, например при острых психозах, вообще может сводиться лишь к медикаментозному лечению).

Психиатрия – отрасль клинической медицины, изучающая психические расстройства через призму медицинских методов их диагностики, профилактики и лечения. Под этим термином подразумевают также совокупность государственных и аккредитованных негосударственных учреждений, в некоторых странах имеющих право на недобровольную изоляцию лиц, представляющих потенциальную опасность для себя или для окружающих.

Широкое признание получило предложенное немецким психиатром Вильгельмом Гризингером (1845) определение психиатрии как учения о распознавании и лечении психических болезней. По мнению ряда современных авторов, это определение «содержит самые существенные признаки этой медицинской дисциплины», «точно формулирует стоящие перед психиатрией задачи», если учесть, что: распознавание означает не только диагностику, но и исследование этиологии, патогенеза, течения и исхода психических расстройств. Лечение, помимо собственно терапии, включает в себя организацию психиатрической помощи, профилактику, реабилитацию и социальные аспекты психиатрии.

Среди медицинских дисциплин психиатрия – самая социальная по своему предмету, методологии исследований и практических действий. На состояние психического здоровья огромное влияние оказывают социальные факторы, изучение которых необходимо для психиатрии как медицинской науки. Именно социальная ориентированность психиатрии часто превращала её в арену острой борьбы различных идеологий, общественных мнений, социальных, этических и правовых концепций и возлагала на психиатров большую нравственную ответственность перед обществом. На это есть свои причины.

1. Психиатрия имеет дело с социально функционирующей личностью в сложном комплексе личных и общественных отношений. Круг лиц и явлений психической жизни, ставших предметом диагностических оценок, лечебных и терапевтических воздействий, чрезвычайно расширился. Строгие критерии отграничения нормы от патологии практически отсутствуют. В этих условиях возрастает опасность не только ошибочных суждений, но и намеренных искажений, ложных диагнозов под давлением обстоятельств или предубеждений. Поскольку цена таких искажений слишком велика, профессиональная этика требует от психиатра предельной честности, объективности и ответственности.

2. Диагноз психического расстройства, как никакой другой, несет огромную моральную нагрузку. Лица, признанные душевнобольными, как бы гуманно ни относилось к ним общество, неизбежно лишаются какой-то меры

социального доверия, и потому испытывают различные ограничения. Отсюда следует одна из важных задач психиатрической этики – повышение толерантности общества к лицам с психическими расстройствами, преодоление предвзятости и отчуждения.

3. Особенностью психиатрии является возможность применения к некоторым категориям пациентов мер принуждения и насилия. В связи с этим задачей психиатрической этики является ограничение сферы принуждения при оказании психиатрической помощи до пределов, определяемых медицинской необходимостью, что служит гарантией соблюдения прав человека.

4. Психиатрические пациенты образуют широкий континуум, от больных с тяжелыми нарушениями психики до лиц с высокой степенью личностной автономии, персональной ответственности, интеллектуального развития. Применительно к первой категории больных адекватной является патерналистская модель отношений. В то же время, патерналистский подход не означает полного игнорирования мнений и предпочтений пациента, подавления его воли и безграничного принуждения. Вторая категория больных вполне способна к самоопределению, выражению собственных интересов, различению пользы и вреда. В этом случае отношения врача и пациента строятся на основе партнерских отношений.

Нарушения этики в психиатрии. Среди нарушений этики в психиатрии разграничивают три различных понятия: «злоупотребления психиатра», «злоупотребления в области психиатрии», «злоупотребление психиатрией». Первое понятие характеризует правовую и (или) этическую оценку поступков, действий психиатра как врача вообще, как конкретной личности, субъекта сознания и воли. Второе понятие подразумевает использование положений, полномочий и способностей врача-психиатра и персонала психиатрических учреждений во вред больному или его близким. Под использованием психиатрии во зло в данном случае подразумевается неподобающее применение профессионалами специальных знаний, а также специальных методов и средств, как, например, особой системы социальных учреждений. Третье понятие – «злоупотребление психиатрией» как клинической дисциплиной и существующей системой оказания медицинской помощи душевнобольным – может иметь самые различные аспекты. Сюда можно отнести: неверную, ошибочную диагностику психических расстройств, назначение непоказанного или избыточного лечения.

Всякое злоупотребление психиатром своими знаниями несовместимо с профессиональной этикой. Психиатр не вправе использовать свои профессиональные знания и возможности вопреки медицинским интересам или с целью искажения истины, без достаточных оснований и необходимости применять медицинские меры. Злоупотребление психиатрией как клинической дисциплиной и существующей системой оказания медицинской и социальной помощи душевнобольным может иметь самые различные аспекты. Наиболее серьезные формы злоупотребления психиатрией связаны с установлением психиатрического диагноза или с посягательством на психическую целостность человека, его права и свободы. Следует отметить, что неверная, ошибочная

диагностика психических расстройств может допускаться врачами по причинам, связанным с недостатком информации о пациенте или с недостаточной профессиональной компетентностью врача-психиатра. Подобные диагностические врачебные ошибки трудно отнести к злоупотреблениям: обычно они понимаются, как «добросовестные заблуждения».

В результате такой практики сложилась ситуация, при которой любой пациент, обратившийся хотя бы однократно в психоневрологический диспансер, мог подвергнуться социальной дискриминации, ограничению в правах и нередко предвзятому отношению со стороны общества.

Особенно безграмотным и бесцеремонным стало в этой связи отношение к тем молодым людям, которые проявляли интерес к философским проблемам, пытались осмыслить происходящие социальные процессы, искали разгадку бытия в эзотерической литературе. Термин «философская» или «метафизическая интоксикация», примененный немецким философом Карлом Ясперсом для характеристики не связанного с болезнью становления личности в юношеском возрасте, стал в советской психиатрии синонимом рано начавшегося шизофренического процесса.

О злоупотреблении психиатрией речь идет в тех случаях, когда, например, неверные диагностические заключения обусловлены немедицинскими факторами и выносятся врачами в условиях давления на них других лиц. Независимо от того, сопровождается ли это внутренним конфликтом врача с его совестью или нет, он как специалист неизбежно становится главным источником допущенного злоупотребления, поскольку в жизнь оно проводится по его заключению, рекомендациям и советам. Эта группа случаев неверной диагностики психических расстройств не может рассматриваться как врачебные ошибки в строгом смысле (как «добросовестные заблуждения»). Принципы защиты лиц, страдающих психическим заболеванием, состоят в том, что никто не может быть объявлен психически больным, быть диагностированным в качестве такового по политическим, экономическим, социальным, культурным, расовым или религиозным причинам, по причинам семейного конфликта или любым другим причинам, которые не имеют непосредственного отношения к состоянию психического здоровья.

Необоснованное вмешательство психиатра или его профессиональная пассивность, самоустранение могут стать проявлениями злоупотреблений психиатрией. Этически оправданным следует считать отказ от активного психиатрического вмешательства только тогда, когда вреда от него заведомо больше, чем пользы. Если же психиатрическая помощь необходима пациенту и способна принести ему благо, а врач, сознавая это, умышленно бездействует, руководствуясь непрофессиональными соображениями, то такое поведение относится к категории злоупотреблений психиатрией и нарушению принципа «не навреди», что влечет за собой намеренную ложь (в том числе в медицинских документах). Следовательно, справедливо полагать, что злоупотребление психиатрией есть умышленное причинение морального, физического или иного вреда лицу путем применения к нему медицинских мер,

не являющихся показанными и необходимыми, либо путем неприменения медицинских мер, являющихся показанными и необходимыми, исходя из состояния его психического здоровья.

Возможность злоупотреблений оказывается достаточно высокой в случаях, когда психиатр вступает с пациентом или с его родными в бытовые или финансовые отношения. Поэтому психиатр не вправе при оказании пациенту психиатрической помощи заключать с ним имущественные сделки, использовать его труд в личных целях, вступать в интимную связь, пользуясь своим положением врача или психической несостоятельностью пациента.

Проводя судебно-психиатрическую экспертизу заключенных, в отношении которых выдвигаются обвинения, предполагающие возможность смертной казни, врачи-психиатры сталкиваются с труднейшей этической дилеммой, так как от их заключения почти целиком зависит, будет спасена жизнь этого человека или же он будет казнен. Глубочайшие противоречия, заключенные в самом явлении смертной казни, обрекают врачей, добросовестно выполняющих свой долг, на нарушение этического принципа «не навреди». Аналогичная дилемма может встать перед врачами многих других специальностей, когда они должны оказывать медицинскую помощь осужденным, чтобы состояние здоровья последних не было препятствием к исполнению смертного приговора.

Этическое и правовое регулирование в сфере психиатрии. Содержание принципов и многих норм современной этики в психиатрии имеет международное признание. Такие документы, как «Свод принципов и гарантий защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи», подготовленный в 1990 г. одной из комиссий по правам человека ООН, как «Гавайская декларация», принятая в 1977 г. и пересмотренная в 1983 г. Всемирной психиатрической ассоциацией (ВПА) и др., определяют минимальные этические стандарты в работе каждого психиатра.

Первый из основных этико-правовых принципов защиты лиц, страдающих психическими расстройствами, гласит, что ко всем лицам, страдающим психическим заболеванием, следует относиться гуманно и с уважением к достоинству человеческой личности. Душевнобольные – особо уязвимая социальная группа. В контексте правозащитной идеологии лица с психическими расстройствами имеют нечто общее с добровольцами, на которых испытываются новые лекарственные средства, с донорами и реципиентами в практике трансплантации и т. д. – уважение к их личному достоинству, защита их гражданских прав требует особых социальных (правовых, профессионально-этических и т. д.) гарантий. В цивилизованном обществе в отношении душевнобольных людей должны быть запрещены: стигматизация (то есть использование по отношению к данному индивиду оскорбительного ярлыка, такого, например, как «псих»), социальное отчуждение, неоправданное ограничение прав, презрительное или пренебрежительное отношение, любые другие формы унижения человеческого достоинства душевнобольных не только безнравственны, но и подлежат во многих случаях правовым оценкам и санкциям.

«Женевская декларация» ВМА (1948 г.) предписывает каждому врачу не допускать никакой дискриминации пациентов. Среди всех возможных видов дискриминации отдельных групп больных (в связи с полом, возрастом, вероисповеданием, этнической или национальной принадлежностью и т. д.) необходимо выделить дискриминацию пациентов, связанную с самой болезнью или недееспособностью, что особенно актуально в психиатрии. Проявления дискриминации душевнобольных при оказании им медицинской помощи могут быть преимущественно моральными и социальными. В условиях сохраняющейся в современном обществе стигматизации душевнобольных особенно настоятельным является требование строжайшего соблюдения врачами и медперсоналом врачебной тайны при оказании психиатрической помощи. Применение нормы конфиденциальности в психиатрии имеет немало особенностей. Субъектами врачебной тайны, то есть лицами, на которых распространяется обязанность не разглашать конфиденциальную информацию, являются врачи, психологи, средний медперсонал, санитары, вообще все работники психиатрических учреждений (например, шоферы машин «скорой помощи»), а также студенты-медики, которым врачебная тайна может стать известной в учебном процессе. Охрана законом врачебной тайны является объективным требованием, которое не зависит от того, заботится ли сам больной об охране сведений о своем здоровье.

Недобровольная госпитализация психически больных. Наибольшим морально-этическим напряжением при оказании психиатрической помощи характеризуются ситуации, когда врач-психиатр принимает решение о применении мер медицинского характера в недобровольном порядке. Вплоть до середины XX в. недобровольная госпитализация подавляющей части душевнобольных считалась общепринятой социальной нормой.

Современный подход к недобровольному лечению психически больных был обозначен в 1954 г., когда комитет экспертов ВОЗ по психическому здоровью определил госпитализацию социально опасных лиц с психическими расстройствами через суд как унижительную для них и их родственников. Дело в том, что существовавшее тогда во многих странах законодательство, регламентировавшее недобровольное лечение, копировало модель уголовного судопроизводства.

В 1959 г. в Англии был принят закон о психическом здоровье, в котором, по сути дела, в полном объеме вводился современный принцип добровольности оказания психиатрической помощи, в том числе отменялись юридические процедуры перед помещением психически больных в стационар. Согласно этому закону, принцип госпитализации в психиатрии должен быть таким же, как и в других областях медицины. Недобровольная госпитализация – всего лишь «особый случай» в медицине. К 1987 г. в большинстве европейских стран, а также в США и Канаде более 90% помещений в психиатрические стационары осуществлялось на добровольной основе.

Получение согласия больных в каждом случае назначаемого психиатрического лечения является краеугольным камнем всей современной системы оказания помощи лицам, страдающим психическими расстройствами.

Уже юридическая сторона получения информированного согласия на психиатрическое лечение выделяет эту дисциплину из ряда других клинических дисциплин. Во-первых, в психиатрии согласие больного на лечение обязательно должно быть оформлено письменно. Во-вторых, основные требования этики состоят в стремлении сделать психиатрическую помощь максимально гуманной и демократичной, по возможности сблизить и даже уравнивать ее в правовом отношении с другими видами медицинской помощи.

Несмотря на то, что в практике врача-психиатра элемент патерналистского отношения к больным гораздо более выражен, чем у других врачей, получение добровольного согласия больного на лечение не должно никогда сопровождаться обманом, угрозой или тем более насилием. Чтобы полученное согласие больного на предлагаемое ему лечение отвечало также критерию осознанности, врач-психиатр должен разрешать подчас самые различные морально-этические коллизии. Учитывая некоторые из таких коллизий, специалисты рекомендуют при информировании больных о характере имеющихся у них психических расстройств непременно учитывать психотерапевтический момент.

Особый вопрос – сообщение больному информации о диагнозе. Закон не обязывает врача-психиатра при получении согласия на лечение непременно сообщать больному его диагноз. Если диагноз не вызывает у больного категорического неприятия или выраженных отрицательных эмоций, то врач вполне может обсудить с больным этот вопрос. Обсуждая другой очень важный для больного вопрос – о продолжительности лечения, врач должен быть с ним правдивым, избегая излишней категоричности.

Принцип добровольности при оказании медицинской помощи включает в себя право больного на отказ от медицинского вмешательства. Ограничение права больного или его законных представителей на отказ от лечения допускается лишь в строго и четко оговоренных случаях. Предоставление психически больным гарантированного законом права на отказ от лечения порождает новые морально-этические дилеммы. В литературе ведутся дискуссии по поводу «специфического ограничения» правоспособности лиц, страдающих психическими расстройствами, когда пациент может быть признан сохранившим другие гражданские права, но одновременно – утратившим «право отказа от лечения».

К необходимым и достаточным условиям, допускающим госпитализацию определенных категорий лиц, страдающих психическими расстройствами, без их добровольного согласия, относятся следующие. Во-первых, речь идет о психопатологических состояниях, которые закон определяет как «тяжелые психические расстройства». Во-вторых, предусмотрены случаи, когда обследование и лечение больного возможно только в стационарных условиях (то есть амбулаторное лечение исключено). В-третьих, состояние больного должно иметь хотя бы одну из следующих трех характеристик: а) больной представляет непосредственную опасность для себя или (и) окружающих; б) больной беспомощен, то есть неспособен самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности; в) психическое состояние больного таково,

что оставление его без психиатрической помощи нанесет существенный вред его здоровью.

В строгом смысле понятие «недобровольные психиатрические меры» следует отличать от понятия «принудительные меры медицинского характера» («принудительное психиатрическое лечение»). Последнее понятие тоже отражает применение лечения без согласия больного. Однако речь при этом идет о душевнобольных, совершивших общественно опасные деяния. Согласно определению Совета Европы, приём и удержание для лечения человека, страдающего от психического расстройства, в больнице либо другом медицинском учреждении, произведенные не по его просьбе – это недобровольная психиатрическая госпитализация. Иными словами, принудительные меры применяются к тем лицам, которые были бы осуждены по уголовному делу, не будь они признаны невменяемыми, а недобровольная госпитализация чаще всего осуществляется в отношении лиц, не совершивших противозаконных действий.

Гуманистический подход в психиатрии. Внедрение в медицинскую практику результатов фундаментальных исследований в области генетики и молекулярной биологии обострили дискуссии о допустимых границах вмешательства в процессы жизнедеятельности организма человека. Психиатрия является той областью медицины, в которой этические вопросы артикулировались на другом уровне – социально-психологическом. Этот уровень обозначил в своих крайних точках наиболее острые моральные проблемы, связанные с соблюдением и защитой основных прав человека. Отсчет истории прав человека в их современном понимании принято вести от Великой Французской революции, после которой была принята «Декларация прав человека и гражданина 1789 года». Поэтому представляется неслучайным тот факт, что возникновение и развитие гуманистического подхода в психиатрии связано с именами французских врачей, в первую очередь с именем Филиппа Пинеля (1745–1826), который в 1792 году освободил от цепей пациентов в больнице Бисетр. Последователь Ф. Пинеля, врач-психиатр Жан-Этьен-Доминик Эскироль (1772-1840) был создателем первого закона о психически больных, известного под названием «Закон от 30 июня 1838 г.». В нем нашли отражение различные медицинские, юридические и административные вопросы, касающиеся защиты общества от неправильных действий со стороны психически больных, обеспечения психически больных медицинской помощью в специально подготовленных учреждениях, защиты прав психически больных. В 1977 г., почти двести лет спустя после реформы Пинеля, Генеральная ассамблея Всемирной психиатрической ассоциации приняла Гавайскую декларацию (текст её переработан в 1983 г.), которая стала одним из основных международных документов медицинской этики в психиатрии. В ней указано, что с незапамятных времен этические принципы являлись неотъемлемой частью медицины. И в современном обществе, как никогда, в силу особенно деликатных взаимоотношений между врачом и больным возникла необходимость установления высоких этических стандартов для всех, кто занимается психиатрией, чтобы не было возможности

злоупотребления ею, ее концепциями, знаниями, методологией с целью совершения действий, противоречащих законам человечности. Каждый врач-психиатр, как каждый член общества, должен рассматривать этические нормы, специфичные для психиатрии, как отражение общих этических требований, относящихся к врачам вообще, и социальных обязанностей каждого человека. Глубокая сознательность и личная ответственность являются существом этичного поведения. Этический статус психиатра образуется на двух уровнях – общем (этические требования, относящиеся к врачам вообще) и специальном (этические нормы, специфичные для психиатрии).

Специфика биоэтических проблем в психиатрии обусловлена особенностями данной области медицины. Во-первых, психиатрия имеет дело с социально функционирующей личностью, в понятие патологии которой входят ее деформированные социальные отношения, а в число патогенных факторов включаются сложные социальные ситуации, которые этой личностью воспринимаются и осмысливаются. Во-вторых, диагноз психического расстройства несет в себе такую негативную социально-этическую нагрузку, которой не имеет никакой другой клинический термин любой другой медицинской специальности. Однако размеры и характер социальных ограничений, которым подвергаются больные, должны соответствовать степени тяжести их психических расстройств. В-третьих, существенной особенностью, отличающей психиатрию от других медицинских дисциплин, является применение к некоторым категориям больных недобровольных мер – принуждения и даже насилия. Психиатр может при определенных условиях не добровольно, т. е. без согласия пациента или вопреки его желанию, провести его освидетельствование, установить обязательное диспансерное наблюдение, поместить в психиатрический стационар и содержать пациента в изоляции, применять психотропные препараты и иные воздействующие на психику методы лечения. В-четвертых, врачи психиатры работают с пациентами, составляющими неоднородную совокупность по способности к волеизъявлению. Она представлена, как больными, которые из-за тяжелых нарушений психики не могут не только самостоятельно защитить, но и выразить свои интересы, так и пациентами, которые по степени своей личностной автономии, персональной ответственности, интеллектуального развития, правового и нравственного сознания соответствуют врачу-психиатру, несмотря на наличие пограничных психических расстройств. Промежуточная между этими крайностями «зона» представляет собой множество смешанных, переходных вариантов. В-пятых, особенностью психиатрии как объекта этического регулирования является ее двуединая функция защиты интересов больного и интересов общества. Общим моральным основанием, из которого исходит любая медицинская, в том числе психиатрическая, практика, является позитивная ценность здоровья и жизни человека. Предполагается, что сохранение и укрепление психического здоровья находится в сфере интересов каждого отдельного человека и общества в целом. Этика в психиатрии стремится к достижению баланса интересов больного и общества на основе ценности здоровья, жизни, безопасности и благополучия граждан.

Гуманистический подход в психиатрии, не отрицая и не умаляя медицинского аспекта, органично включает в себя мораль и право через субъектное отношение к пациенту. При этом открывается возможность подлинной интеграции правовых, этических и медицинских норм в рамках законодательства.

Все модели взаимоотношений врача-психиатра и пациента имеют право на существование в психиатрической практике. Задача этики состоит в установлении оптимальных взаимоотношений между врачом и пациентом, способствующих реализации интересов больного с учетом конкретной клинической ситуации.

1.8. Моральные проблемы лечения социально опасных и социально-значимых заболеваний

Этические проблемы инфекционных болезней. История человечества неразрывно связана с историей изучения инфекционных заболеваний, нанесших человечеству больший урон, чем самые кровопролитные войны. При анализе соотношения числа убитых и раненых во всех войнах второй половины XX в. установлено, что умерших от болезней за этот период в семь раз больше, чем общие потери от боевых действий. Инфекционные болезни в начале XXI в. все еще остаются одной из важнейших проблем здравоохранения во всем мире. В настоящее время инфекционные заболевания занимают доминирующее положение в структуре общей заболеваемости человека. По данным ВОЗ, ежегодно ими болеют более 2 млрд. чел., из которых 17 млн. умирает.

Проблемы инфекционных заболеваний в настоящее время рассматриваются в рамках науки инфектологии – области медицины, изучающей инфекционный процесс, инфекционную болезнь и инфекционную патологию, возникающую в результате конкурентного взаимодействия организма человека с патогенными (или условно-патогенными) микроорганизмами, а также разрабатывающей методы диагностики, комплексного лечения и профилактики инфекционных болезней.

Современное определение инфекционного процесса включает взаимодействие трех основных факторов – возбудителя, макроорганизма и окружающей среды, каждый из которых может оказывать существенное влияние на его результат. При этом инфекционная патология, в отличие от неинфекционных заболеваний, выходит за рамки взаимоотношений «врач – пациент», распространяясь на многокомпонентную и многоуровневую систему взаимоотношений, которую условно можно определить как систему «врач – пациент – общество». В целях осуществления лечебно-профилактических и противоэпидемических мероприятий врач руководствуется правовыми и моральными нормами, определяющими меру его ответственности и врачебного долга, как перед конкретным больным, так и перед обществом в целом.

ВОЗ и Совет международных медицинских организаций постоянно обращаются к проблеме соблюдения морально-этических и правовых норм при организации и осуществлении противоэпидемических мероприятий. При этом

постоянно подчеркивается наличие принципиально важного для эпидемиологической практики универсального конфликта между интересами и правами индивида, с одной стороны, и интересами общества – с другой. Конфликт заключается в том, что интересы общества в этой сфере нередко не только не совпадают с интересами индивида, но подчас прямо противоречат им. Поскольку масштабы постоянно осуществляемых мероприятий по профилактике и борьбе с инфекционными заболеваниями настолько велики, что они в той или иной мере затрагивают интересы каждого гражданина в течение его жизни, можно утверждать, что рассмотрение этических и правовых аспектов эпидемиологии актуально с точки зрения всего населения страны.

При выявлении (или подозрении) у больного инфекционного заболевания, опасного для жизни больного и окружающих его лиц (в том числе и особо опасной инфекции), исполнение моральных обязательств врача перед пациентом и обществом должно осуществляться на основе принципа распределительной справедливости, реализация которого связана с поиском оптимального соотношения пользы и риска с целью полноценной защиты прав и благополучия всех субъектов эпидемического процесса.

Правила проведения противоэпидемических мероприятий свидетельствуют о верности давней традиции врачей заботиться о заразном больном. Тем не менее, данная традиция, как в прежние времена, так и в настоящее время не освобождает от необходимости определенного принудительного ограничения свободы личности и от разрешения фундаментального этического противоречия между правами инфекционных больных и правами других членов общества, которые не должны быть подвергнуты опасности заражения. Возможность конфликта в эпидемиологической практике побуждает врача выполнять патерналистские задачи, чтобы помочь пациентам справиться с угрозами и болезнью.

Этические проблемы в наркологии.

Этические проблемы в наркологии в мировой практике специально не разрабатываются, так как в большинстве стран наркология является разделом психиатрии, а не отдельной специальностью. В то же время биоэтика, как идеология защиты прав человека, крайне необходима в клинической практике наркологии, поскольку прав у наркологических больных по сравнению с другими больными намного меньше, и эти права часто ущемляются в пользу интересов общества. Статус медицинского больного в наркологии (а значит и применение к нему медицинских этических принципов и норм), хотя формально и признается, но при этом имеет многочисленные исключения из этических принципов, которые ставят наркологических больных по сравнению с соматическими, неврологическими и даже психически больными в двойственное «внеправовое» положение.

Биоэтика в наркологии, как во всей медицине, должна опираться на четыре основных принципа (автономия, непричинение вреда, благодеяние, справедливость), на пять этических норм (правдивость, приватность, конфиденциальность, лояльность, компетентность) и вытекающие из них этические стандарты поведения врача. Все принципы биоэтики имеют статус

обязывающих при отсутствии доказательств в пользу обратного. В случаях, когда этическая норма противоречит принципу, предпочтение следует отдавать последнему (автономия важнее лояльности).

К сожалению, на практике наркологическим пациентам фактически отказывают в праве быть субъектами этических отношений, потому что алкоголик и наркоман, хотя и называются больными, они как бы и не больные, поскольку сами «виноваты» в своей болезни. Следовательно, они должны отвечать за свою «вину», как перед законом и обществом, так и перед семьей и врачом. В связи с этим представляется, что применять к таким больным общемедицинские этические нормы нецелесообразно. При этом игнорируется факт, что большинство болезней, за исключением наследственных или врожденных, являются в значительной мере тоже результатом неправильного рискованного поведения человека, легкомыслия или отказа следовать рекомендациям о здоровом образе жизни. Большинство заболевших определенно «виноваты» в своей болезни, а, нарушая лечебный режим и врачебные предписания (как, например, больной гипертонией, не принимающий лекарств от давления), тоже ухудшают свое состояние. Наркологические больные по этим параметрам ничем не отличаются от других пациентов.

В обществе и в административных структурах сложился стереотип представлений о наркологической службе как предназначенной не столько для лечения наркологических больных и возврата их в общество, сколько для защиты общества от таких больных путем их учета, ограничения в правах и изоляции, что естественно ведет к игнорированию норм и принципов биоэтики, которые работают в других областях медицины.

На соблюдение норм и принципов биоэтики по отношению к наркологическим пациентам влияет значительное сопротивление общества признанию алкоголизма и наркомании болезнями в прямом смысле этого слова. До настоящего времени частью наркологической помощи являются лечебно-трудовые профилактории, где социально опасные пациенты перевоспитываются обязательным трудом, но, как правило, не получают какого либо эффективного лечения. Наркологический больной уравнивается тем самым с правонарушителем, и даже замена слова «труд» на «реабилитация» не меняет «эффективность» работы этой системы. В СНГ признается концепция наркомании как болезни, но реализуется она не в полной мере.

Шагом вперед в этом отношении явился Закон Республики Беларусь «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», действующий с 1999 г., измененный и дополненный в 2012 г. Он предусматривает обширный перечень прав психически больных, соблюдение которых гарантировано правом гражданина на обжалование действий по оказанию ему такой помощи в суде и прокуратуре. Хотя в законе не говорится отдельно о наркологических больных и наркологической помощи, а закона о наркологической помощи не существует, на больных наркологического профиля распространяются все положения о правах больных с психическими

расстройствами, особенно в тех случаях, когда это сопряжено с оказанием стационарной помощи. Врачи-наркологи должны с этим считаться.

Основные положения биоэтики могут быть применены и к наркологии. Принцип автономии предполагает уважение к самоопределению личности. Личность считается автономной, когда она действует на основании свободно и самостоятельно избранного плана, опирающегося на необходимую информацию. В противоположность этому, неавтономная личность либо неспособна обдумать свои планы, либо неспособна действовать в соответствии с ними, либо находится под жестким контролем других лиц, как, например, зависимые пациенты на принудительном лечении от алкоголизма или наркомании.

На практике принцип автономии в биомедицинской этике реализуется в праве личности на: информированное согласие, медицинское вмешательство, отказ от лечения, полную информацию о состоянии здоровья, заболевании и лечении, содействие в осуществлении автономного решения (выбора), действия и т. п. Врач обязан также уважать личность больного, оказывать ему психологическую поддержку в затруднительных ситуациях и предоставлять возможность осуществления контроля за ходом медицинского вмешательства. Проблема реализации информированного согласия заключается в том, что больной с алкогольной или наркотической зависимостью в процессе оказания ему медицинской наркологической помощи либо не получает всего объема информации, необходимого ему для осознанного и ответственного принятия решения о выборе терапии, либо получает ее в искаженном виде.

В то же время принцип автономии предполагает осознание больным необходимости уважения достоинства и автономии других людей. Свобода действий индивида допустима в той мере, в которой эти действия не нарушают интересы других, не наносят ущерба окружающим, не создают угрозы их правам и свободам. В противном случае вполне оправданы ограничительные санкции и установление контроля над поведением индивида. Этическими основаниями для контроля, являются утрата индивидуумом автономии и/или существенная угроза интересам окружающих, обусловленная, например, тяжелыми психическими расстройствами (психозами).

Принцип непричинения вреда предписывает врачу не наносить ущерба больному ни прямо, ни косвенно. Какую бы благую цель ни ставил перед собой врач, она не может оправдать любые средства ее достижения. Нельзя совершать нечто безнравственное в отношении больного или творить зло только потому, что за этим может последовать нечто положительное, полезное для больного. К сожалению, в наркологии этот принцип часто является ключевым, поскольку именно с вредом, наносимым организму человека многими методиками терапии, связывается их эффективность.

В работе врача-нарколога может быть определенный риск, но он не должен быть средством для достижения цели. Действия врача могут давать побочный эффект, но он не может быть целью, его нельзя оправдать, с ним приходится мириться. Известно, что некоторые из применяемых в отечественной наркологии средств вызывают значительные и даже опасные побочные

эффекты, при отсутствии или низкой доказанной научными методами их эффективности.

Врач должен пользоваться правилом двойного эффекта, который заключается в необходимости строго взвешивать возможные блага и ущерб для больного и поступать так, чтобы благо всегда перевешивало ущерб. В определенных ситуациях, когда отсутствует явная альтернатива добра и зла, приходится выбирать между «нехорошо» и «очень плохо». В таких случаях принцип непричинения вреда может подразумевать действия по реализации «меньшего зла», поскольку в сравнении с «большим злом» оно будет благом для больного. Причем необходимо исходить не только из абстрактных догм и субъективных представлений врача, но считаться с представлениями самого пациента о добре и зле для него в конкретной ситуации. Примером является применение при зависимости от опиоидных наркотиков (героин) метода заместительной поддерживающей терапии лекарственными опиоидами (метадон, бупренорфин). При этом, хотя пациенту с наркоманией под контролем врача и назначают наркотики, но по сравнению с продолжением потребления и сопутствующими проблемами (преступность, проституция, риск передозировок и заражения ВИЧ или гепатитами) данное лечение является «меньшим злом».

Здесь начинается область этических решений, регулируемая этическим принципом благодеяния. Биоэтика требует от врача учитывать нравственные ценности больного, который в конкретной ситуации сам выбирает для себя приоритеты в триаде: жизнь, здоровье, автономия (самоопределение, свобода, самовыражение). Часто врач-нарколог делает акцент и сам выбирает первые две ценности, игнорируя автономию пациента. Принцип благодеяния реализуется в действиях, бесспорно благих для больного, включая действия по устранению вреда. К этому можно отнести и применение стратегий снижения вреда от употребления инъекционных наркотиков (обмен шприцев и игл, информирование о более безопасном употреблении, обучение) при невозможности добиться существующими методами лечения полного отказа от употребления наркотиков. Кроме того, принцип благодеяния реализуется в действиях относительно полезных для больного, что предполагает перевес добра над злом, преимуществ над ущербом.

Этический принцип справедливости требует доступности медицинской помощи для любого больного в соответствии со стандартом этой помощи в обществе. Реализация принципа нередко приводит к труднопреодолимым препятствиям, поскольку предполагает определенное соответствие ресурсов, выделяемых обществом, и социальной ценности больного. Общество тем самым культивирует несправедливость в отношении определенных больных. Например, пациенты с наркологической патологией, страдающие в течение большей части своей жизни, не относятся к социально ценным. Предпочтение отдается больным детям, инфекционным больным, людям с сердечной патологией, хотя прямые затраты общества на лечение зависимых будут многократно компенсированы сохранением их жизни, здоровья, трудоспособности и социальной стабильности.

Общие принципы биомедицинской этики реализуются через конкретные этические нормы. Норма правдивости предполагает уважение моральных и этических норм врача и больного, терапевтическое сотрудничество, право больного на информацию о своей болезни, лечении и прогнозе. Однако врачу следует всегда различать этическую разницу между умолчанием правды во благо больного и прямым обманом. Например, «кодирование от алкоголизма или наркомании» основано на формировании у пациента мифологического мышления и иррационального страха. Обычно больного ставят в известность о том, что ему будет «введено вещество, блокирующее рецепторы мозга» или «аппаратом будет изменена деятельность головного мозга, которая снимет тягу к алкоголю или наркотику». Пациент подписывает бумагу, в которой дает свое согласие на подобную процедуру, предупрежденный, что нарушение режима может подвергнуть его здоровье серьезному риску, вплоть до летального исхода. Зачастую пациенту ничто не угрожает и, следовательно, он сознательно вводится специалистом в заблуждение.

Норма приватности подразумевает право больного на личную жизнь. Нарушение этой нормы, не продиктованное строгой терапевтической необходимостью, считается неоправданным патернализмом, нарушением автономии личности. Тем не менее, часто в интересах семьи за спиной больного врач-нарколог встречается с родственниками или другими заинтересованными лицами, обсуждает пациента, его поведение и лечение. Конечно, зачастую это происходит оттого, что и сами родственники страдают в этой ситуации тем, что современная психология называет «созависимостью» (зависимостью от больного).

Норма конфиденциальности (соблюдения врачебной тайны) предполагает доверительность отношений, сохранность информации, полученной врачом от больного или в ходе обследования и лечения. Полной конфиденциальности достичь не удастся, поскольку в обществе существует возможность приобретения информации о здоровье человека в соответствии с законом, а также в определенных обстоятельствах, противоречащих интересам сохранения жизни и здоровья других лиц. Обязанность врача следить за тем, чтобы любые исключения из правила соблюдения конфиденциальности были действительно необходимы и подвергать их строгому этическому контролю.

Норма лояльности – это верность врача долгу благодеяния, его добросовестное отношение к своим обязанностям, включая моральные обязательства. Это приоритет отношений врача к больному перед отношениями с другими лицами и социальными институтами, если это не противоречит закону и общим этическим нормам.

Наконец, норма компетентности требует от врача, во-первых, овладения профессиональными знаниями и искусством врачевания и, во-вторых, признания пределов своей компетентности областью медицины и своей врачебной специальности. С этим принципом тесно связана проблема применения всевозможных методик лечения, в том числе, научно необоснованных (стереохирургические операции, «кодирование»); причем первые проводятся не наркологами, а второе иногда даже и не врачами. К

сожалению, в наркологическую деятельность оказалось вовлечено множество парапрофессионалов (психологи, консультанты и т. д.), а также лиц, относящихся к различным религиозным течениям, или «народных целителей», что делает распространение на них принципов биоэтики очень сложным. Эти «специалисты» часто даже не имеют представлений об этике, допуская в отношении пациентов применение подходов, нравственно сомнительных.

Наркология является частью медицины, поэтому общие принципы и нормы профессиональной медицинской этики распространяются на сферу деятельности психиатров и психиатров-наркологов. В 1994 г. Пленум правления белорусской психиатрической ассоциации принял «Кодекс профессиональной этики психиатров». В ассоциацию входят и врачи наркологи, поэтому принципы профессиональной этики распространяются на них и их пациентов.

Исходя из вышеизложенного, включение положений биомедицинской этики в наркологическую практику может быть существенным резервом повышения престижа и эффективности наркологической помощи, и, кроме того, должно стать важнейшим условием ее оказания.

Кроме этого, современные принципы терапии больных, как алкоголизмом так и наркоманией, в значительной степени ориентированы на мобилизацию и активацию резервов больного. Среди этих резервов большую роль играют психологические возможности его личности. Отсюда возрастают требования к персоналу наркологических учреждений, которому надо последовательно проводить реабилитационные мероприятия среди больных, несмотря на известное сопротивление с их стороны. Обычно больные данного профиля не осознают всю тяжесть своей болезни, стараются исключить себя из лечебного процесса, целиком полагаясь на действия медицинского персонала, которому в свою очередь надо научиться преодолевать свои предубеждения по отношению к этим больным и самой болезни.

Исторически, лица, употребляющие наркотики или страдающие алкоголизмом, рассматриваются как аморальные, безвольные, греховные и неизлечимые. Такая позиция отражается на пациентах, которые склонны сопротивляться лечению, выпадать из лечебного процесса, и на врачах.

Барьерами в отношениях врача и пациента могут быть следующие черты поведения:

- пессимизм врача – результат убеждения, что лечение страдающих зависимостью, – вещь безнадежная. Это убеждение может вытекать из опыта общения врача с другими пациентами, имеющими наиболее тяжелые формы алкогольной и наркотической зависимости;
- морализаторство – взгляд на потребителя психоактивных веществ или на сами эти вещества как на «зло» или «скверну» и уверенность, что акт приема их – явление постыдное;
- создание стереотипов, что злоупотребление алкоголем или иными психоактивными веществами присуще каким-то слоям населения в большей степени, чем другим;

- пренебрежение, игнорирование, непризнание врачами того факта, что алкогольные и другие проблемы, связанные с употреблением психоактивных веществ, находятся в сфере их ответственности.

Можно уменьшить степень фрустрации, возникающей при работе с этими пациентами через осознание того, почему у некоторых людей развивается зависимость, а также путем приобретения все большего количества навыков раннего вмешательства, профилактики, диагностики и консультирования. Эти навыки и знания будут повышать эффективность в работе с больными наркологического профиля. Отношениями, способствующими включению пациентов в терапевтический процесс, являются те, которые дают им чувство собственного достоинства и самоуважения, гарантируют личную защищенность и неразглашение информации, рождают оптимистические ожидания на будущее.

Изучить больного, перевоспитать его, побудить к самовоспитанию и работать над собой, создать, по сути, нового человека, вернуть его семье и обществу, работая углубленно и настойчиво с каждым больным, применять все доступные лекарственные и психологические средства – очень трудная, но благородная и гуманная задача современной биомедицинской этики.

Этические проблемы, связанные с ВИЧ/СПИД. В Политической декларации по ВИЧ/СПИД, принятой в 2006 г. Генеральной Ассамблеей ООН, говорится, что профилактика ВИЧ должна составлять основу национальной, региональной и международной деятельности, направленной на борьбу с этой пандемией. Поэтому необходимо активизировать усилия, чтобы обеспечить наличие во всех странах, особенно наиболее пострадавших странах, широкого круга программ профилактики, разработанных с учетом местных условий, этических и культурных ценностей, включая информацию, образование и просвещение на языках, наиболее понятных для населения, и при уважении культур. Усилия должны быть направлены на снижение числа случаев связанного с риском поведения и поощрение ответственного сексуального поведения, включая воздержание и верность. Необходимо расширение доступа к самым необходимым средствам, включая мужские и женские презервативы и стерильные инъекционные средства; снижение ущерба, связанного с употреблением наркотиков; расширение доступа к службам психологической помощи и тестированию на добровольной основе и при соблюдении принципа конфиденциальности; увеличение безопасности запасов донорской крови; и своевременное и эффективное лечение передаваемых половым путем заболеваний.

В ООН образована специализированная структура – Объединенная программа Организации Объединенных наций по ВИЧ/СПИД (ЮНЭЙДС). Данная стратегия направлена на усиление глобального прогресса в достижении установленных странами целевых показателей, предусматривающих обеспечение всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ, а также на то, чтобы остановить и обратить вспять распространение ВИЧ. Меры в ответ на СПИД представляют собой долгосрочное вложение средств, а сама стратегия направлена на то, чтобы

совершить революцию в области профилактики ВИЧ, ускорить следующую фазу лечения, ухода и поддержки и обеспечить защиту прав человека и гендерное равенство.

Многие традиционные принципы и нормы биоэтики нередко проверяются на прочность именно в связи с ВИЧ-инфекцией. Это касается старейшего принципа «Прежде всего – не навреди!». Ранее рассматривался медицинский контекст возможного причинения вреда пациенту. В частности, такой формой вреда является неоказание помощи больному. ВИЧ-инфекция обнажила проблему массового отказа врачей во многих странах мира от оказания помощи лицам, зараженным ВИЧ. Ведущий мотив подобных отказов медицинских работников – это их личная безопасность. Данная проблема до настоящего времени не нашла своего адекватного решения.

В случае с ВИЧ/СПИД возникает проблема реализации принципа «Делай благо!». Речь идет о том, что распространение ВИЧ-инфекции вызывает своеобразную бифуркацию в профессиональном мышлении медицинского работника. В конкретной клинической ситуации реализация принципа «Делай благо!» не фокусируется только на зараженном ВИЧ-инфекцией. Профессиональное мышление врача здесь не сосредоточено только на лечении, оно имеет более широкий диапазон и захватывает вопросы необходимой профилактики ВИЧ-инфекции у лиц, составляющих ближний круг пациента. Получается, что принцип «Делай благо!» в случае ВИЧ-инфекции предполагает много объектов его реализации, не только жизнь и здоровье одного пациента. В этом случае деятельное благо медицинского работника должно быть направлено также на сохранение жизни и здоровья других людей. Это только одна сторона, порождающая внутренний конфликт медицинского работника, осознающего необходимость следовать принципу «Делай благо!». Другая не менее важная сторона морально-этической проблематики ВИЧ/СПИД – это вопрос о целесообразности оказания помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИД. Этот вопрос ставят страховщики, экономисты и, наконец, представители общественности.

В этой связи остро возникает вопрос о реализации принципа справедливости в отношении ВИЧ-инфицированных и больных СПИД. Важно подчеркнуть правовой и моральный аспекты справедливого отношения к ВИЧ-инфицированным и больным СПИД. В правовом (формальном) аспекте данная категория пациентов в соответствии с международным правом и национальным законодательством имеет равные в сравнении с другими гражданами права на охрану здоровья и медицинскую помощь. В моральном (содержательном) аспекте, когда речь идет о равенстве, основанном на признании каждого ВИЧ-инфицированного и больного СПИД, как и любого другого человека, единственным, незаменимым, равным с другими в своих притязаниях и стремлениях, то приходится констатировать проблематичность безусловной реализации принципа справедливости. В медицинском сообществе существует дифференцированный подход к личности ВИЧ-инфицированного и больного СПИД. В первую очередь это связано со спецификой контингентов ВИЧ-инфицированных лиц.

Можно выделить несколько групп повышенного риска ВИЧ-инфицирования: 1) гомосексуалисты и бисексуалы; 2) наркоманы, использующие внутривенное введение наркотиков; 3) проститутки; 4) лица, подвергающиеся переливанию крови. Учитывая, что среди ВИЧ-инфицированных преобладают лица, ведущие образ жизни, который традиционно вызывает негативную общественную оценку, то у медицинских работников нередко возникает ощущение, что СПИД является как бы наказанием за «неправильное поведение». Имея такую установку, медицинские работники начинают дифференцированно относиться к пациентам из различных групп риска, что часто создает этический конфликт. Ясно, что подобная дифференциация пациентов противоречит принципу справедливости.

В случае с ВИЧ/СПИД налицо биоэтическая проблема реализации принципа уважения автономии пациента. Масштабы автономии ВИЧ-инфицированного пациента и больного СПИД ограничены рядом внешних условий, которые влияют на ход и результат его действий. Таким внешним условием является, в первую очередь, потенциальная социальная опасность пациента. Поэтому моральный выбор пациента и врача, безусловно, детерминируются осознанием данной социальной опасности. Степень свободы поведения ВИЧ-инфицированного и больного СПИД ограничена высоким уровнем моральной и юридической (вплоть до уголовной) ответственности. Наконец, на определенной стадии заболевания, из-за тяжелого физического и психического состояния, больной СПИД может оказаться не способным к автономным действиям.

В подобных клинических ситуациях остро встает вопрос о реализации принципа человеческого достоинства. Насколько допустим отход от классических подходов при проведении клинических испытаний по отношению к больным СПИД. Известно, что при классической схеме при клинических испытаниях должна быть группа пациентов, получающих плацебо. Для больных СПИД это может означать, что какое-то число испытуемых пациентов лишаются надежды получить лечение, которое теоретически может повлиять на продолжительность их жизни. В связи с этим возникает проблема подбора групп участников испытания. В ряде стран по этой причине допускается проводить испытания эффективности лечебных препаратов при ВИЧ-инфекции без использования плацебо.

В аспекте применения при лечении СПИД новых медицинских технологий может возникать проблема реализации принципа целостности. Данная проблем связана с тем фактом, что до настоящего времени ВИЧ/СПИД остаются мало изученной областью медицины. Поэтому количество научно-поисковых исследований в данном направлении значительно превышает количество достигнутых положительных или относительно положительных практических результатов. Нельзя исключить, что какое-либо из научных исследований приведет к созданию новой гипотетически очень эффективной медицинской технологии лечения СПИД, но применение которой в клинической практике несет потенциальную угрозу телесной и психической

целости индивида. Понятно, что в любом случае, риск применения подобной медицинской технологии должен быть обоснованным.

В отношении ВИЧ-инфицированных и больных СПИД возникает проблема соблюдения принципа уязвимости. Поэтому необходимо учредить во всех странах стратегии, политику и программы выявления и начала рассмотрения тех факторов, которые обуславливают уязвимость отдельных лиц для инфекции ВИЧ, включая недоразвитость, отсутствие экономической безопасности, нищету, недостаток возможностей женщин, недостаток образования, социальное отчуждение, неграмотность, дискриминацию, отсутствие информации и/или товаров для самозащиты, все виды сексуальной эксплуатации женщин, девочек и мальчиков, в том числе в коммерческих целях. Такие стратегии, политика и программы должны рассматривать гендерный аспект эпидемии, предписывать меры, которые надлежит принять для снижения уязвимости. Необходимо понимать значение семьи в снижении уязвимости, в частности в образовании и жизненной ориентации детей, учитывать культурные, религиозные и этические факторы, которые снижают уязвимость детей и молодежи. Этого можно достичь посредством обеспечения доступа, как девочек, так и мальчиков к начальному и среднему образованию, включая программы по ВИЧ/СПИДу для подростков; обеспечения безопасной среды, особенно для молодых девушек; расширения ориентированных на молодежь высококачественных информационных услуг, просвещения по вопросам сексуального здоровья; охраны репродуктивного и сексуального здоровья; привлечения семей и молодежи к планированию, осуществлению и оценке программ по предотвращению ВИЧ/СПИДа и ухода за больными в максимально возможной степени.

Изложенный выше материал о конфликте между личными и общественными интересами позволяет констатировать проблему соблюдения правила неприкосновенности частной жизни и правила конфиденциальности в отношении ВИЧ-инфицированных и больных СПИД.

Следует подчеркнуть, что по данному вопросу имеется, вероятно, самый широкий спектр суждений: от неукоснительного соблюдения врачебной тайны, до полного ее раскрытия. Ясно, что система аргументов противоположных суждений строится в зависимости от признания приоритета интересов личности или общества. Сторонники различных точек зрения по поводу конфиденциальности едины лишь в одном, что в первую очередь необходимо добиваться того, чтобы пациент сам сообщил другим людям о своей болезни и прекратил все действия, которые могут подвергнуть опасности здоровье окружающих.

Этические проблемы в онкологии.

Биоэтика в онкологии, опирается на такие принципы как: автономия, непричинение вреда, благодеяние, свобода выбора пациента, его право на обезболивание и качество жизни, социальная справедливость и т.д. Этические стандарты поведения врача-онколога отражаются в деонтологии, имеющей важное значение в онкологии. За последние 50 лет в онкодеонтологии произошли существенные перемены, связанные с развитием демократических

институтов общества, а также ростом уровня его информационной культуры и информационных возможностей.

В конце пятидесятих годов прошлого века ведущими специалистами-онкологами культивировалась так называемая идея «гуманной лжи», или идея «замалчивания» реального диагноза и состояния пациента. Считалось, что обязательное сообщение больному всей правды о его болезни столь же неоправданно, как и обязательное сообщение неправды. Позднее врачи начали отходить от этой концепции в сторону большей информированности, как самого пациента, так и средств массовой информации о состоянии дел и достижениях в области клинической онкологии. Тем не менее, по-прежнему информированность пациентов оставалась и продолжает оставаться ограниченной в зависимости от того или иного типа высшей нервной деятельности человека. До недавнего времени существовало устойчивое мнение, что меланхоликам, как особо мнительным людям, ни в коем случае нельзя прямым и открытым текстом говорить о наличии злокачественной опухоли, в то время, как сангвиникам и флегматикам правду сообщать можно лишь частично.

В настоящее время у большинства ведущих специалистов-практиков эти точки подходы не приветствуются, поскольку в связи с развитием нейропсихологии, психотерапии рака и психоонкологии научно доказано, что любой пациент вне зависимости от типа его характера должен принимать самое активное участие в лечении своего недуга. Именно от того, насколько глубоко он осознаёт серьёзность своего положения и необходимость его изменения (изменения себя), зависит чаще всего успех лечения. Поэтому пациент обязан знать истинное положение дел, и именно на плечи специалистов-онкологов и психоонкологов ложится бремя ответственности за то, как и в какой форме ему будет сообщён диагноз. Будет ли это для пациента безвариантный, бескомпромиссный и окончательный вердикт или это будет проблеск надежды и понимание длительного и непростого пути к исцелению – всё это зависит от этики и биоэтики соответствующего специалиста. Вот какова в самом общем виде роль биоэтики в онкологии.

Из общего числа биоэтических критериев, норм и принципов в онкологии наибольшее значение придаётся тем, которые связаны с высшими нравственными и духовными ценностями личности. Именно поэтому практически вся онкология и особенно система паллиативной помощи учитывает роль духовного и социально-психологического факторов на всех этапах работы с пациентом и его близкими. Что касается роли духовности в паллиативной помощи и медицине, то там она просто неопределима и по значимости находится практически на одном уровне с аспектами сугубо медицинской помощи. Более того, в терминальных стадиях её роль зачастую выходит даже на первый план. Следует особо отметить, что в последнее время благодаря активному развитию информационных технологий пациенты через интернет могут самостоятельно получать самую разную, как научную, так и ненаучную информацию по онкологии. Одно только это обстоятельство требует раскрепощения существующих в онкологии административных

подходов и более широкого использования не только патерналистской модели, а более прогрессивной – партнёрской.

Среди главных проблем онкологии, требующих использования принципов биоэтики, можно выделить следующие:

1. Общий подход к больным, находящимся в стадии обследования на предмет подозрения на злокачественную опухоль.
2. Общий деонтологический подход к больным, подлежащим специальному противоопухолевому лечению.
3. Ситуации отказа от лечения.
4. Ситуация страха перед предстоящим лечением или неверие в возможность излечения.
5. Общий деонтологический подход к больным в связи с серьёзным радикальным лечением.
6. Деонтологический подход к больным с далеко зашедшим или запущенным опухолевым процессом.
7. Деонтологический подход к родственникам больного.

Отдельного внимания заслуживают вопросы биоэтики в онкологии при проведении психоонкологической работы и сеансов психотерапевтической практики, в том числе с использованием элементов нейро-лингвистического программирования, а также при проведении клинических испытаний различных препаратов, лечебно-регенеративных, генетических и биоинформационных технологий. В последнее время, в связи с активным развитием во всём мире направления паллиативной медицины и хосписной помощи, особую роль приобретают вопросы деонтологического и биоэтического подхода к онкологическим больным со стороны среднего и младшего медперсонала онкоучреждений, а также вопросы сопровождения и курирования больных, включая пациентов дневных стационаров хосписов.

Онкология – область медицины, где особое и одинаково важное значение имеют, как высокая профессиональная подготовка врача, так и его нравственная культура.

Особенности отношения врача и пациента в онкологии в первую очередь связаны с тяжелейшим моральным фоном. Для онкологического больного характерны не просто страх или боязнь, как для хирургического больного, но состояние отчаяния. Оно вызвано двумя причинами: убеждением большинства людей в неизлечимости рака и ожиданием неизбежности невыносимых страданий, сопровождающих это заболевание. При этом угнетенное состояние психики, страх, депрессия, неадекватное поведение оказываются не особенностями характера пациента, а формами проявления болезни и, в свою очередь, требуют адекватного отношения врача.

Глубочайшие переживания онкологических больных не могут не отражаться на врачах, которые испытывают ежедневное моральное и эмоциональное перенапряжение. Специалистами фиксируются две крайние формы отношения врачей-онкологов к пациентам.

Первая форма: активное сопереживание, потеря хладнокровия, «перехлест эмоций». Типичной в этом случае является ситуация совместных рыданий. По

последним данным, слезы врачей не редкость в медицинской среде, особенно это относится к молодым специалистам. Вторая форма: появление равнодушия и как результат – безразличие даже по отношению к летальным исходам выполненных операций. Врач-онколог должен уметь предохранить себя от перечисленных двух крайностей. К сожалению, в процессе обучения медики досконально изучают симптомы рака, но будущих врачей не обучают навыкам профессионального морально-эмоционального управления своими чувствами. Так, врач должен уметь избежать двух ошибочных форм общения с пациентами. Первая связана с навязчивым оптимизмом, т.е. с настойчивыми попытками внушить возможность непереносимого излечения больного. Вторая – с пессимизмом и запугиванием пациента. Правильное отношение врача к пациенту: ориентировка на серьезность положения, необходимость обследований и длительное лечение. Врач-онколог должен настроить себя на доброжелательную и терпеливую заботу, уметь взять на себя решение двух задач: сопротивление не только соматическим, но и морально-психическим недугам пациента. В основе работы врача с онкологическим больным должно всегда лежать стремление наилучшим образом помочь.

Работа с инкурабельными (от лат. *in* – не и *curabilis* – излечимый) больными и больными, нуждающимися только в симптоматической помощи, также имеет прямое отношение к этике и деонтологии. Врачам всех специальностей надо стремиться избегать стигматизации инкурабельных больных, при которой гибель больного может произойти не от онкологического, а от любого другого соматического заболевания, лечение которого игнорируется под влиянием стигмы онкологической безнадежности.

Умение врача правильно выстроить отношения с больным, его родственниками, друзьями способно облегчить ситуацию переживания онкологического заболевания.

1.9. Моральные проблемы трансплантации органов и тканей

Трансплантология, безусловно, является одной из самых перспективных областей медицинской науки и практики: она аккумулирует новейшие достижения современной хирургии, реаниматологии, анестезиологии, иммунологии, фармакологии и других медико-биологических наук и опирается на целую совокупность высоких медицинских технологий.

До начала 60-х годов трансплантология оставалась, по сути, областью экспериментальной хирургии, не привлекая особого внимания со стороны общественности. Пока трансплантологические операции исчислялись единицами и носили экспериментальный характер, они вызывали удивление и одобрение. Переломным стал 1967 год, когда южноафриканский хирург Кристиан Бернارد произвел первую в мире пересадку сердца от погибшего в автокатастрофе человека пациенту, находившемуся на пороге смерти. Пересадка сердца от одного человека другому вызвала огромный общественный резонанс. Пересадка сердца, как никакое другое достижение

современной культуры, поставило перед этой культурой целый блок философско-антропологических проблем. Успехи трансплантологии показали, что перед человечеством открылась новая, чрезвычайно перспективная возможность лечения больных, ранее считавшихся обреченными. Одновременно возник целый спектр правовых и этических проблем, для решения которых необходимы совместные усилия специалистов в области медицины, права, этики, богословия, психологии и других дисциплин. Более того, эти проблемы не могут считаться решенными, если выработанные специалистами подходы и рекомендации не получат общественного признания.

Правовые и этические критерии приемлемости получения органов от живых доноров. Этические проблемы трансплантологии существенно различаются в зависимости от того, идет ли речь о заборе органов для пересадки у живого человека или трупа. Пересадка почек от живых доноров явилась первым направлением трансплантологии в практической медицине. В настоящее время это бурно развивающееся во всем мире направление оказания медицинской помощи больным с необратимыми нарушениями деятельности почек. Пересадка почек не только спасла от смерти сотни тысяч пациентов, но и обеспечила им высокое качество жизни. Помимо почки, от живых доноров пересаживают долю печени, костный мозг, что во многих случаях также позволит спасти жизнь больного. Однако при этом возникает целый ряд непростых моральных проблем. Гуманная цель продления и спасения жизни реципиента может потерять статус гуманности, если средством ее достижения становится нанесение вреда жизни и здоровью донора.

Пересадка органа от живого донора сопряжена с большим риском для последнего. Забор органа или его части у донора, очевидно, является по отношению к нему отступлением от одного из основополагающих этических принципов медицины – «не навреди». Хирург, забирающий орган или ткань у донора, вполне осознанно наносит ему травму, подвергает его жизнь и здоровье значительному риску. Это риск, связанный с проведением самой хирургической операции, которая для любого больного всегда является значительной травмой. Лишившись одного из парных органов или части непарного органа, донор становится в большей степени уязвим к воздействию неблагоприятных внешних факторов, что может привести к развитию различной патологии. Для сведения к минимуму ущерба для здоровья донора, гарантируется его бесплатное, в том числе медикаментозное, лечение в учреждении здравоохранения в связи с проведенной операцией. Возникает конфликт двух основополагающих принципов медицины: «не навреди» и «делай благо». Для «смягчения» этой проблемы следует предусмотреть возможности защиты интересов донора посредством медицинского страхования.

Обстоятельством, с этической точки зрения оправдывающим нарушение принципа «не навреди», является право потенциального донора из чувств сострадания, любви к ближнему и альтруизма пожертвовать одним из органов или частью органа для спасения жизни больного. Вместе с тем не всякая жертва может быть принесена. Законом запрещается пересадка органа, если априори известно, что в результате может возникнуть необратимое расстройство

здоровья донора. Любящие своего ребенка родители не имеют права пожертвовать своей жизнью, отдав ему непарный жизненно важный орган. Администрация ряда хирургических центров, в которых проводится пересадка сердца, неоднократно получала предложения подобного рода от родителей больных детей.

Для психически и нравственно здорового человека помощь ближнему является не только правом, но и его моральным долгом. Однако если жизни ребенка угрожает опасность, а отец, к примеру, отказывается выступать в роли донора костного мозга, то закон его не обязывает выполнять свой моральный долг и не наделяет третьих лиц правом на принуждение в этом отношении. Остается только моральное осуждение эгоизма, но ребенку, нуждающемуся в пересадке, от этого не легче.

С этической точки зрения донорство должно быть добровольной, осознанно совершаемой и бескорыстной (альтруистической) жертвой. Добровольность означает отсутствие принуждения к донорству, опирающегося на родовую, административную, финансовую зависимость (прямую или через посредство третьих лиц). Альтруизм предполагает исключение коммерческой сделки, то есть купли-продажи, в отношениях между донором и реципиентом. Осознанность жертвы должна основываться на полноте предоставляемой врачом информации о возможном риске в отношении состояния здоровья и социального благополучия (трудоспособности) потенциального донора, а также о шансах на успех для предполагаемого реципиента. В связи с этим донорами не могут выступать недееспособные граждане, которые в силу своего возраста или интеллектуальных способностей не в состоянии осознанно принять решение.

Общество не может признать за ребенком или больным с тяжелым психическим расстройством права на жертву в пользу близкого. В настоящее время во всех странах мира принята практика пересадки органов и тканей от живого донора только лицам, находящимся с ним в близком родстве, призванная обеспечить принципы добровольности и альтруизма. Правда, обсуждается возможность разрешить такие пересадки и не родственникам, но под наблюдением уполномоченных независимых органов (этических комитетов). Однако следует заметить, что разрешение таких форм донорства несет в себе серьезную угрозу его коммерциализации, даже вымогательства органов и тканей, опасности, справиться с которой будет очень и очень непросто.

При пересадке органов близким родственникам особое значение имеет правило добровольного, осознанного информированного согласия. Врач может манипулировать информацией для того, чтобы склонить к донорству в связи с финансовой заинтересованностью, своими научными интересами, связанными с испытанием новых хирургических приемов, либо медикаментозных средств. В таких случаях медики могут предоставлять потенциальному донору информацию, умалчивая, к примеру, об имевших место неудачных пересадках, оканчивавшихся смертельным исходом или инвалидностью, низких шансах на успех для реципиента, наличии альтернативных методов лечения.

Другой проблемой, которая может возникнуть при получении согласия на донорство, являются затруднения при установлении того, действительно ли при этом обеспечивается добровольность. Медицинская информация о пациентах традиционно передается членам семьи, поэтому существует вероятность откровенного давления членов семьи на потенциального донора и даже принуждения. Такое принуждение может иметь характер непрямого, завуалированного психологического или морального воздействия. В связи с этим можно считать оправданной практику тех трансплантологических центров, в которых любая медицинская информация о потенциальном доноре (или реципиенте) передается даже родственникам только с его прямого согласия. Иными словами, обеспечивается соблюдение правила конфиденциальности.

Еще одна группа сложнейших моральных проблем возникает в связи с запретом на продажу органов для пересадки. Тенденция к коммерциализации имеет свои объективные причины. Во-первых, она обусловлена ситуацией хронического дефицита донорских органов. Это вынуждает больных к поиску неординарных источников получения органов для трансплантации. Во-вторых, обнищание значительной части населения, способно подталкивать людей к поиску заработка даже путем продажи собственных органов. В-третьих, кризис бюджетного финансирования и слабость финансирования по линии обязательного медицинского страхования побуждает медицинские учреждения к борьбе за выживание путем коммерциализации своей деятельности. Моральное зло торговли органами состоит в том, что тело человека превращается в товар, вещь, приравниваемую через механизм купли-продажи к прочим вещам. Тем самым разрушается его особый социальный статус. Через телесную целостность человека, так или иначе, во множестве самых различных форм, реализуются его личные потенции и устремления. Поэтому манипуляции с телом являются ничем иным, как формами воздействия на личность. Превращение тела в вещь и товар деперсонализирует человека, наносит ему моральный ущерб.

Разрешение торговли органами усилит социальную несправедливость – богатый будет в буквальном смысле выживать за счет бедного. Эта новейшая форма эксплуатации человека человеком способна в немалой степени дестабилизировать общественную жизнь. Следует отметить, что фактически коммерциализация человеческого тела уже началась, так как можно продать и купить кровь, сперму, яйцеклетку. Поэтому, с точки зрения сторонников рыночных механизмов в заготовке органов для трансплантации, вопрос лишь в том, чтобы поставить реально складывающийся рынок человеческих органов от живых доноров (и от трупов) на твердую правовую основу. Необходимо учитывать, что простой запрет коммерциализации при наличии объективных интересов и слабости правового контроля создает условия для формирования теневого рынка этих услуг. Последнее может негативно сказаться на всей общественной жизни, поскольку расширится социальное пространство, в котором власть реально принадлежит криминальным структурам. Это плохо для доноров и реципиентов, так как они лишаются легальных механизмов

защиты своих интересов в случае несоблюдения условий сделки (низкое качество «товара», плохое медицинское обслуживание, несвоевременная или неполная выплата вознаграждения и т. п.). Отрицательно это скажется и на медиках, поскольку приведет к криминализации части медицинского сообщества, что бросит тень на профессию в целом.

Чтобы избежать таких негативных последствий, общество должно пойти либо по линии легализации торговли органами от живых доноров (что вряд ли приемлемо), либо разработать комплекс мер, способных эффективно контролировать запрет коммерциализации; ослабить давление объективных факторов путем улучшения финансирования программ по трансплантологии, создания национальной системы заготовки и распределения трупных органов для пересадки; усилить меры социальной защиты населения.

В качестве «третьего» пути некоторые авторы предлагают заменить механизм продажи органа механизмом материальной компенсации за донорство органа. Действие подобной модели можно представить следующим образом. Независимая в финансовом и административном отношении от трансплантологических центров медицинская организация, занятая заготовкой и распределением органов для пересадок (которые рассматриваются в этом случае в качестве общественного достояния), компенсирует донору нанесенный ущерб в виде денежной выплаты, предоставление медицинской страховки на случай лечения осложнений, а также других социальных льгот.

Авторы компенсационной модели пытаются смягчить некоторые негативные в моральном плане аспекты прямой коммерциализации, учесть объективно складывающиеся мотивации к донорству и предоставить определенные гарантии качества, как для доноров, так и для реципиентов. Но следует учитывать, что любая некоммерческая бюрократическая организация имеет и свои слабые в моральном отношении стороны. В частности, она предрасположена к обычной для государственных структур, распределяющих общественные ресурсы, коррупции.

В связи с усиливающимися тенденциями коммерциализации трансплантологии Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) приняла несколько деклараций об этических проблемах трансплантологии. В частности в октябре 1985 г. было принято «Заявление о торговле живыми органами», в котором осуждалась купля-продажа человеческих органов для трансплантации. ВОЗ обратилась к правительствам всех стран с призывом принять эффективные меры для предотвращения использования человеческих органов в коммерческих целях. В 1987 году ВОЗ выступила с инициативой, ориентированной на подготовку первых Руководящих принципов по трансплантации. Эти Руководящие принципы оказали большое воздействие на кодекс поведения и практику в этой профессии, а также на законодательство во всем мире в течение последующих десятилетий.

Ввиду неотложного характера проблем, вызванных растущим трансплантационным туризмом и незаконным оборотом донорских органов на фоне глобального их дефицита, в 2008 г. в Стамбуле состоялся представительный форум, объединивший более 150 представителей

правительственных и медицинских организаций, общественных деятелей, философов и социологов, научных и медицинских сообществ всего мира. Принятая там Стамбульская Декларация выражает единую точку зрения специалистов в области донорства и трансплантации, а также их коллег в смежных областях, о том, что трансплантация должна быть максимально доступной для всех нуждающихся по всему миру без использования практики эксплуатации неимущих и бесправных людей. Цель Декларации – быть этическим руководством для профессионалов и официальных лиц, следующих данным принципам. Она дополняет усилия профессиональных обществ, национальных органов здравоохранения и межправительственных организаций, таких как Всемирная организация здравоохранения, Организация Объединенных Наций и Совет Европы, по поддержке развития этических программ в области донорства органов и трансплантации, а также по предотвращению торговли органами и трансплантационного туризма. Эти усилия способствовали значительному прогрессу, достигнутому в странах всего мира.

Моральные и юридические проблемы пересадки органов от умершего человека. Использование трупа человека в качестве источника органов для пересадки вызывает целый спектр моральных вопросов и проблем. Среди них целесообразно выделить следующие проблемы:

1. Надежность диагностики смерти мозга, правомерность отождествления понятий «биологическая смерть» и «смерть мозга».

2. Проблема морально-этического статуса умершего человека. Можно ли говорить о сохранении права человека на свое тело после смерти?

3. Моральные проблемы процедуры забора органов для пересадки: рутинный забор, «презумпция согласия», «презумпция несогласия».

Концепция смерти мозга была разработана в неврологии независимо от целей и потребностей трансплантологии. Однако именно для трансплантологов концепция мозговой смерти открыла широчайшие возможности, недоступные при использовании традиционных легочно-сердечных критериев смерти.

Центральное место занимает вопрос о надежности диагностики смерти мозга. Он почти целиком находится в профессиональной компетенции неврологов и становится моральной проблемой тогда, когда речь заходит о доверии населения к достоверности и качеству практического использования этих процедур перед принятием решения о заборе органов для трансплантации. Неинформированность населения о мерах, осуществляемых органами здравоохранения по обеспечению надежности применения процедур постановки диагноза смерти мозга, по мнению многих сторонников трансплантации, создает благоприятную почву для необоснованных обвинений, распространения слухов и, в целом, подрывает общественное доверие в отношении медиков в области трансплантологии.

Важнейшим принципом, который охраняет процедуры диагностики смерти мозга от влияния корыстных интересов «заготовителей» органов и тем самым обеспечивает их надежность, является организационная и финансовая независимость медицинских учреждений, осуществляющих диагностику и

забор органов, от трансплантологов. Последнее возможно только при наличии федеральной или региональных систем по забору и распределению органов и тканей для трансплантации. Подобные системы должны финансироваться из бюджета независимо от программ по трансплантациям. Без этого всегда сохраняется опасность умышленной или неумышленной «передиагностики» при постановке диагноза смерти мозга вследствие наличия серьезного материального интереса.

Существует и иное видение проблем, возникающих в связи с концепцией смерти мозга. Ряд авторов считают, что постепенное сближение, а затем и отождествление понятий «биологическая смерть» и «смерть мозга» произошло именно под влиянием целей и задач трансплантологии. Концепция смерти мозга как биологической смерти индивидуума применительно к задачам трансплантологии была законодательно закреплена во многих странах. Однако, если общество занимает прагматическую позицию в этом вопросе, то нет оснований не придерживаться аналогичной логики и при решении вопроса об искусственном поддержании жизни умершего во всех его жизненных функциях до тех пор, пока его органы не станут необходимы, и лишь после «забора» или «изъятия» (опять же искусственно) обеспечить смерть, теперь уже биологическую. «Прагматический» исход трансплантации в значительной степени способствует формированию у медицины, наряду с традиционно здравоохранительной, новой функции – смертеобеспечения. А это равнозначно принципиальной переоценке отношения общества к медицине и здравоохранению, пациента к врачу, переосмысление традиционного социального доверия к этической безупречности врачевания.

Все мировые религии запрещают нанесение повреждений телу умершего человека, предписывают бережное и почтительное отношение к нему. В авраамических религиях мертвое тело остается пространством личности. Почтение к умершему непосредственно связано с уважением к живущему. Утрата почтения к умершему, в частности, нанесение повреждений телу, влечет за собой потерю уважения к живущему. Со светской, секулярной точки зрения смерть человека не обрывает действительности его воли в отношении того, что ему принадлежит. Завещание представляет собой особую форму волеизъявления, которая как бы продлевается за черту, отделяющую жизнь человека от смерти. Также признается, что любой акт надругательства над телом покойного является предосудительным поступком, оскорбляющим его память. Иными словами, как для религиозного, так и для светского сознания мертвое тело обладает определенным моральным статусом и предполагает определенные нормы, регулирующие обращение с ним.

В Советском Союзе долгое время решение об изъятии органов целиком принадлежало государству. Вслед за разрешениями изымать из трупа без согласия родственников роговицы глаза, кровь, последовали инструкции по извлечению поджелудочной железы, отдельных костных фрагментов, а затем других органов и тканей. Так осуществлялся и, к сожалению, нередко осуществляется поныне, рутинный забор органов и тканей умершего человека. Его тело в данном случае рассматривается как государственная собственность,

которую медики могут использовать в общественных интересах. Здесь в полной мере реализуется исходная установка утилитаристской этики, согласно которой действие морально оправдано, если оно производит наибольшее количество блага для наибольшего числа людей. Считается, что ограничение права на автономию индивида, который лишается права контролировать судьбу уже бесполезных для него останков, перевешивается очевидным благом для общества в лице потенциальных реципиентов, жизнь которых еще может быть спасена в результате пересадки.

Подобная практика и подобное отношение, однако, морально ущербны, поскольку лишают человека права быть хозяином своего тела, осуществляя контроль над ним непосредственно – через механизм завещания или опосредованно – через волеизъявление своих родственников. Моральная заповедь «не укради!» предостерегает не только против нарушения головного закона, который может и отсутствовать, но и против любого присвоения человеком того, что ему не принадлежит. В обществе, которое ценит достоинство и свободу личности, мы должны иметь возможность контролировать то, что происходит с нашими телами не только при жизни, но и, в разумных пределах, после ее окончания.

Рутинный забор органов для пересадки затрагивает также моральные ценности семьи покойного. Вглубь веков уходит традиция, предписывающая родственникам умершего в качестве морального долга его достойное погребение. При этом неприкосновенность останков и почтительное отношение к ним являются строго обязательными. Манипуляции с телом покойного без разрешения семьи очень многими людьми могут быть восприняты как их личное оскорбление и нанесение морального ущерба.

В настоящее время существуют две основные юридические модели регулирования процедурой получения согласия на изъятие органов от умерших людей: «презумпция согласия» и «презумпция несогласия».

Закон Республики Беларусь «О трансплантации органов и тканей человека» от 1997 г. вводит презумпцию согласия (не испрошенное согласие), согласно которой забор и использование органов из трупа осуществляется, если умерший при жизни не высказывал возражений против этого, и если возражения не высказывают его родственники. Отсутствие отказа трактуется как согласие, т.е. каждый человек практически автоматически может превратиться в донора после смерти, если он не высказал своего отрицательного отношения к этому.

Действующий закон о трансплантации предоставляет право на отказ как самому человеку – заранее, так и его родственникам – после его смерти. Важно, однако, чтобы это право могло быть реализовано на практике. Население должно быть информировано о своем праве на отказ, понимать содержание этого права и знать, как оно может быть реализовано. То, обстоятельство, что механизм отказа разъяснен лишь в ведомственной инструкции Минздрава, является существенным препятствием на пути реализации позитивных сторон презумпции согласия и нарушением прав граждан. В свою очередь, поскольку механизм отказа не оформлен юридически, дополнительный риск предъявления

жалоб и даже судебных исков со стороны родственников ложится и на медиков, изымающих органы и ткани в целях трансплантации.

Второй моделью получения согласия на изъятие органов является так называемое «испрошенное согласие» или презумпция несогласия. «Испрошенное согласие» означает, что до своей кончины умерший явно заявлял о своем согласии на изъятие органа, либо член его семьи четко выражает согласие на изъятие в том случае, когда умерший не оставил подобного заявления. Доктрина «испрошенного согласия» предполагает определенное документальное подтверждение согласия. Примером подобного документа являются «карточки донора», получаемые в США теми, кто высказывает свое согласие на донорство. В некоторых странах согласие на изъятие органов записывается в водительские документы. Доктрина «испрошенного согласия» принята в законодательствах по здравоохранению США, Германии, Канады, Франции, Италии, Голландии.

В основе подхода, опирающегося на «испрошенное согласие», лежит фундаментальное право индивидуума на автономию. Человек должен иметь возможность сам распоряжаться своим телом после смерти. В то же время «испрошенное согласие» не противоречит и общественному интересу в получении органов и тканей для пересадок.

Специфика реализации общественного интереса в данном случае состоит в добровольном делегировании индивидуумами определенных прав по распоряжению собственным телом после смерти обществу или, точнее, определенным структурам, уполномоченным представлять этот интерес. «Испрошенное согласие» представляет собой более демократичный механизм, чем рутинный забор, при котором медики как бы присваивают себе право распоряжаться телом умершего без его разрешения.

Вместе с тем подход, основанный на презумпции несогласия, по мнению многих специалистов, существенно затрудняет заготовку органов и тканей для пересадки, наделяет врачей весьма непростой в психологическом отношении обязанностью обращаться к родственникам умершего в тяжелое для них время потери близкого. Многие врачи считают это аморальным.

Следует, впрочем, отметить, что в мировой медицинской практике накоплен определенный опыт общения на эту тему с семьями умерших. В некоторых американских штатах, к примеру, закон обязывает врачей в обозначенных случаях обращаться к родственникам умершего с предложением об изъятии органов или тканей для трансплантации. Тем самым с врачей в какой-то степени снимается моральное и психологическое бремя, связанное с обсуждением этой сложнейшей темы с родственниками покойного. Правовая норма в данном случае выступает как своеобразная «подпорка»: ведь одно дело – говорить эти слова от своего лица и совсем другое – от лица Закона.

Успешная реализация механизма «испрошенного согласия» предполагает, во-первых, что население достаточно хорошо информировано о концепции мозговой смерти и об общественной полезности трансплантаций. Во-вторых, необходимо высокое общественное доверие к профессионалам-медикам, которые ответственны за постановку диагноза смерти мозга. Собственно

говоря, подобные условия должны соблюдаться и при рутинном заборе, и при действии презумпции согласия, однако при подходе, требующем информированного согласия донора, эти факторы определяют саму возможность получения донорских органов и тканей для трансплантации. Сегодня для того чтобы совершился законодательный переход в области трансплантации органов и тканей человека не только от живых доноров, нужна постоянная разъяснительная работа с учетом национальных традиций, религиозных взглядов, особенностей менталитета населения.

1.10. Этические проблемы медицинской генетики

Современная генетика, а особенно генетика человека – одна из наиболее бурно развивающихся областей научного знания. Характерно при этом, что многие ее достижения очень быстро находят свои практические приложения, в частности, в области здравоохранения. Не лишены известных оснований утверждения тех, кто считает, что в будущем биология и медицина будут все больше опираться на фундамент генетики.

Этот стремительный прогресс медицинской генетики неизбежно сопровождается появлением все новых моральных и юридических проблем. Некоторые из них, например, связанные с возможностью получения генетически идентичных копий (клонов) ныне живущих или уже умерших людей, привлекают внимание самых широких слоев общества; другие, быть может, не менее важные и острые, обсуждаются главным образом в среде специалистов.

Разумеется, эти проблемы требуют не только обсуждения, но и принятия чрезвычайно ответственных решений, причем на уровне, как общества в целом, так и научного и медицинского сообществ и даже на уровне отдельной семьи и отдельного индивида.

Специфика моральных проблем медицинской генетики. Традиционно медицинская этика ориентирована на взаимоотношения между двумя индивидами – врачом и пациентом. Особенность этических проблем медицинской генетики состоит в другом: она связана с тем, что наследственные заболевания (хотя они и проявляются у отдельных индивидов) в результате репродуктивных процессов передаются потомкам. Проблемы, изучаемые в медицинской генетике, имеют семейный (или родовой), а не только индивидуальный характер, как то бывает при обычных заболеваниях.

Другой особенностью медицинской генетики, которая проявляется и в специфике ее моральных проблем, является то, что лишь для очень небольшого числа наследственных болезней имеется более или менее успешное лечение. Преимущественно приходится ограничиваться мерами профилактики и диагностики этих нарушений. Именно последнее обстоятельство обуславливает наличие таких специфических проблем, как этичность диагностики того или иного патологического состояния, если отсутствует достаточно эффективный метод его лечения. Есть большие сомнения относительно того, захочет ли

человек знать свою судьбу, не имея возможности ее избежать. Как сообщалось в одном специальном исследовании, из 150 тыс. лиц, входящих в группу риска по болезни Гентингтона, только 200 человек согласилось пройти диагностическую процедуру. Остальные предпочли не знать диагноза неизлечимого заболевания.

Бурный прогресс современной генетики человека содержит в себе как минимум два риска: во-первых, новая информация увеличит разрыв между тем, что мы можем диагностировать, и тем, что мы можем лечить. Во-вторых, значительно возрастет разрыв между тем, что врачи, ученые и публика думают, что знают, и тем, что знают на самом деле. Последнее обстоятельство связано с невольным энтузиазмом, которым охвачено научное сообщество по поводу ожидаемых благ от реализации международного проекта «Геном человека», и переоценкой степени влияния генетических факторов на формирование поведения человека.

Специфика этических проблем медицинской генетики состоит также в том, что предметом генетической практики является в основном забота о здоровье еще нерожденных детей – будущих поколений. Поэтому как разновидность медицинской помощи медицинская генетика может развиваться лишь в такой социальной ситуации, где, как отдельные граждане, так и общество в целом признают ответственность за здоровье не только уже живущих сограждан, но и тех, кому еще только предстоит родиться. Признание этой ответственности заставляет задуматься над проблемой справедливости применительно к распределению общественных ресурсов между поколением уже живущих и тех, кто придет им на смену.

Игнорирование медицинской генетики по сути дела стало бы формой «поколенческого эгоизма» – несправедливого перераспределения и изъятия ресурсов развития у потомков. Вместе с тем справедливость не сможет восторжествовать и в том случае, если неоправданные преимущества получают «будущие люди». Однако некоторые специалисты отстаивают принцип безусловного приоритета прав и интересов будущего человека перед правами и интересами уже живущих людей, полагая, что настоящее – это совокупность возможностей будущего развития. Если настоящее поколение людей не будет достаточно развито и здорово, то ему мало что будет перераспределять в пользу потомков. Вероятно, справедливость между поколениями следует искать в более сложно устанавливаемом балансе интересов.

Специфика предмета медицинской генетики и ее методов предопределяет специфичность и ее морально-этической проблематики. Основными этическими проблемами современной медицинской генетики являются такие проблемы, как сохранение медицинской тайны (конфиденциальность генетической информации), добровольность при проведении генетического тестирования индивидов и скринирования популяции, доступность медико-генетической помощи (тестирования, консультирования и др.) для различных слоев населения, соотношение потенциального блага и вреда при реализации различных генетических вмешательств.

Медико-генетическая информация: моральные проблемы получения и использования. Медицинская генетика использует многочисленные методы, но в связи с обсуждаемыми проблемами наибольший интерес представляют генеалогический анализ, тестирование и скринирование на предмет выявления генетической патологии. Применение каждого из этих методов связано с определенными моральными проблемами. Одно из центральных мест при этом занимает проблема конфиденциальности генетической информации.

Классическим способом установления генетической природы того или иного заболевания человека является составление родословных. Такая практика генеалогического анализа изначально противоречива. Для того чтобы помочь индивиду или паре, генетик должен получить информацию о соматических и психических признаках, касающихся целой группы людей – его (или их) родственников. Если, однако, родственники также становятся объектом исследования, то нужно ли спрашивать и их разрешения?

Должен ли пациент спрашивать согласие своих родителей на передачу врачу данных об их заболеваниях, вредных привычках, чертах характера и всем том, что медицинский генетик может считать относящимся к интересующим его наследственным признакам? Имеет ли право врач-генетик работать с медицинскими картами родственников пациента, не ставя их в известность об этом? Теперь допустим, что родословная построена. Имеет ли право пациент знать всю информацию, которую опытный генетик может извлечь из изучения родословной, или лишь то, что касается непосредственно его и его потомков? Может ли он взять у врача копию медицинской родословной? Имеют ли право его родственники получить эту информацию без его согласия или, тем более, вопреки его запрету? По всем обозначенным вопросам существуют серьезные расхождения мнений.

Информация о заболеваниях, психических и соматических особенностях, привычках и образе жизни – все это информация, относящаяся к частной жизни пациента. Но в рамках родословной эта же информация может иметь медико-генетическое значение и для других родственников. Обладая ею, родственники пациента могут более ответственно подойти к вопросу о рождении потомства, вовремя проконсультироваться, провести необходимые обследования, принять профилактические меры при наличии предрасположенности к развитию определенного заболевания и т. д.

Соблюдение конфиденциальности, как и принципа уважения автономии пациента – важнейшие моральные начала врачевания. Долг «помочь человеку» вытекает из принципа «делай благо», столь же обязательный моральным требованием в деятельности медицинского работника. Практически невозможно выработать универсальный подход к разрешению подобной моральной дилеммы. Каждый случай требует индивидуального, ситуативного анализа, в ходе которого следует помнить и о том, что все принципы и правила биоэтики бывают применимы не абсолютно, а лишь после тщательной оценки последствий принятия того или иного решения.

Впрочем, ситуация может несколько упроститься, когда речь идет о двух крайних случаях: если информация касается признаков, не имеющих

существенного клинического значения, или, наоборот, если информация касается вероятности тяжелого психического или соматического заболевания. В первом случае обычно можно придать решающее значение требованию конфиденциальности и воздержаться от передачи информации родственникам пациента.

Во втором же, когда налицо явная опасность развития (появления у потомков) тяжелого наследственного заболевания, угрожающего жизни или ведущего к тяжелой инвалидности, долг врача-генетика будет заключаться в том, чтобы по возможности предотвратить беду, проинформировав и проконсультировав родственников пациента. Однако и в данном случае следует сделать все возможное для получения разрешения на передачу информации от пациента. Если же это не удастся, то необходимо поставить его в известность, что информация, в силу ее особой клинической значимости, будет передана соответствующему родственнику, несмотря на запрет. Разумеется, представляя информацию родственнику, следует ограничиться лишь той ее частью, которая касается вероятности развития у него или его потомков данного конкретного тяжелого заболевания.

Принятие морального решения в сложных случаях, которые не могут быть отнесены к крайним, целесообразнее осуществлять с помощью этического комитета, который может быть организован в медицинском учреждении, занимающимся медико-генетическим консультированием. Совместное обсуждение сложной с моральной точки зрения ситуации позволяет найти более взвешенное решение. Сверх того, именно в ходе подобных обсуждений группа профессионалов самоорганизуется, оформляясь в сообщество, обладающее собственными нравственными ценностями и традициями. При этом, конечно же, следует по возможности избегать влияния на характер принимаемого решения финансовых или исследовательских интересов самих медицинских генетиков, а также учитывать социокультурные особенности пациентов.

В зависимости от религиозных, национальных или личностных особенностей пациенты могут предпочесть более патерналистское отношение либо отношение, основанное на принципе уважения автономии личности. Следует также учесть, что среди некоторых этнических групп определяющую роль до сих пор играют родовые отношения. В этом случае, вероятно, полезным будет посредничество авторитетного представителя рода (старейшины или просто старшего по возрасту общего родственника).

Сходные проблемы возникают при генетическом тестировании пациентов, которое может проводиться, как по запросу пациента, так и в обязательном порядке, например, для определенных профессиональных групп. В последние годы возможности тестирования наследственных заболеваний быстро возрастают благодаря внедрению к практику методов ДНК-диагностики. Раньше выявление того или иного гена строилось на обнаружении определенных метаболитов, которые им контролируются. ДНК-диагностика позволяет проводить прямое обнаружение генов в любых ядродержащих клетках.

Несанкционированное пациентом использование касающейся его генетической информации может представлять для него серьезную опасность. Например, полученная в результате обязательного медицинского обследования генетическая информация может быть использована администрацией предприятия как средство дискриминации, повод для увольнения, препятствие продвижению по службе. Следует иметь в виду, что у работодателя есть вполне рациональные и понятные мотивы для использования генетической информации. Ведь, не принимая на работу лиц с генетической предрасположенностью к развитию определенного заболевания, он снижает для себя риск финансовых потерь, связанных с болезнью или инвалидностью работника. Конечно, эта рациональность эгоистического поведения администрации отнюдь не снимает вопросов о его моральности и соответствии трудовому законодательству. Тем не менее, коль скоро у обследуемого действительно обнаруживается генетическая предрасположенность к заболеванию, развитие которого может быть спровоцировано условиями труда на предприятии, проблема оказывается непростой в моральном отношении.

Генетическое скринирование популяции осуществляется с целью определения носителей генов тяжелых наследственных заболеваний. Классическим примером является программа скрининга, направленная на выявление новорожденных младенцев, страдающих фенилкетонурией (ФКУ) – наследственным заболеванием, при котором, прежде всего, поражаются головной и спинной мозг. Своевременная диагностика генетического дефекта и последующее применение специальной диеты, исключающей фенилаланин, в сочетании с психокоррекционной терапией и методами социальной адаптации, в ряде случаев приводит к хорошему общему результату. Простота и относительная надежность скринирующего метода выявления ФКУ способствовали его широкому применению.

Так же, как и при тестировании, при осуществлении программ скрининга возможен моральный конфликт, в основе которого – столкновение правила конфиденциальности с долгом предупредить возникновение тяжелого заболевания. Наряду с этим особая моральная проблема, которая возникает при скринировании наследственных заболеваний, заключается в необходимости эффективного материального обеспечения не только самих процедур скрининга, но и полноценного последующего лечения, включающего диетотерапию и психокоррекционную работу. Недофинансирование программы нередко приводит к тому, что вместо крайне тяжелой психической патологии, приводящей к гибели ребенка в первые годы жизни, формируется менее тяжелая, но также инвалидизирующая патология, растягивающая страдания пациента и его семьи на десятилетия. Такая медицинская практика не уменьшает «объем страданий» человека, а напротив, даже увеличивает его.

Серьезные моральные проблемы возникают при разработке и внедрении в практику новых скринирующих программ. Ни один из существующих методов диагностики не является абсолютным. Всегда бывает определенный процент ошибочных диагнозов. Часть больных диагностируется, как здоровые (ложноотрицательный результат), часть здоровых – как носители

патологических генов (ложноположительный результат). Отношение между числом ложноположительных и ложноотрицательных диагнозов имеет динамический характер. Чем больше мы стремимся минимизировать число ложноотрицательных диагнозов, тем больше получим ложноположительных, и наоборот. Ложноотрицательная диагностика имеет вполне очевидные последствия – больной не получает необходимого лечения. Ложноположительная диагностика может нанести серьезный психический вред здоровому ребенку и его родителям, а неоправданное лечение – вред его здоровью.

Если учесть, что концентрация генов тяжелых наследственных заболеваний в популяции низка, то даже при наличии очень точных методов диагностики число здоровых, ошибочно диагностированных и качестве носителей патологического гена, может быть соизмеримо с числом выявленных реальных больных. Стремясь вылечить одних детей, медики должны пойти на то, что будет нанесен ущерб определенному числу здоровых детей. Поэтому при принятии решения о применении скринирующих программ следует самым тщательным образом взвешивать их не только финансовую, но и чисто человеческую цену.

Подобные проблемы могут возникнуть и при тестировании, но, поскольку оно обычно проводится при наличии определенных медицинских показаний, в том числе при наличии в семье случаев наследственного заболевания, а также в индивидуальном порядке, – вероятность ошибочных диагнозов при тестировании меньше, хотя она и не может быть исключена полностью.

Специфические проблемы возникают в тех случаях, когда сама по себе процедура медико-генетического тестирования несет опасность причинения вреда. Например, ряд наследственных заболеваний может быть диагностирован внутриутробно при помощи амниоцентеза, который, однако, связан с риском непреднамеренного прерывания беременности. Если имеются медико-генетические показания, свидетельствующие о значительной вероятности рождения ребенка с генетической патологией, то обычно считается, что этим риском можно пренебречь. Если же к врачам с просьбой о проведении амниоцентеза и тестировании плода обращается практически здоровая женщина, не имеющая соответствующих показаний, а следовательно, риск наследственной патологии у нее минимален, то в данном случае возникает серьезная моральная проблема. Хотя нерожденный плод и не защищен законом, но с моральной точки зрения он обладает правом на жизнь, и его интересы должны приниматься в расчет.

Вряд ли морально оправдана нейтральная позиция некоторых медиков, готовых выполнить любой заказ клиента за соответствующее вознаграждение. Плод, хотя он и не является человеком в полной мере, все же должен быть защищен в соответствии с принципом «не навреди», который не должен перевешиваться необоснованным беспокойством родителей.

Этические проблемы международного проекта «Геном человека». The Human Genome Project (HGP) – международный научно-исследовательский проект, главной целью которого было определить последовательность

нуклеотидов, которые составляют ДНК, и идентифицировать 20–25 тыс. генов в человеческом геноме. С начала своего возникновения биоэтика и разрабатываемые ею проблемы порождали разные мнения и подходы, связанные с современными биотехнологиями и биобезопасностью. Наибольшее количество этических проблем и споров связано с такими направлениями научных исследований, как генетика человека, геновая инженерия, клонирование. Стремительное развитие генетики человека порождает множество вопросов:

- может ли геном быть критерием оценки личности?
- может ли биогенетическое неравенство (способности, здоровье) стать основанием неравенства социального?
- должно ли генетическое обследование стать доступным каждому и охватывать всю популяцию?
- ограничится ли наука расшифровкой патологических генов или пойдет дальше – к поиску генов, ответственных за поведение человека?
- можно ли улучшить человека и род человеческий путем предоставления рекомендаций при вступлении в брак на основании медико-генетического тестирования?
- может ли человек (генетик-исследователь, политик) стать «соавтором» биологической эволюции?
- должны ли государство и общество регулировать процесс научных исследований, и если «да», то как?

Большинство этих и других вопросов, возникающих в этой сфере научного знания, в основном можно свести к двум бинарным оппозициям. Первая: имеем ли мы право вмешиваться в давно устоявшийся порядок жизни с целью изменить его, или нет? Вторая: имеем ли мы право проводить какие-либо манипуляции и применять продукты таких манипуляций, если отдаленные последствия таких действий неизвестны, или нет? Причем каждый из этих вопросов – не просто упражнение в риторике, а естественное следствие существующей научной и правовой практики.

Сегодня основанием для регулирования специфических этических проблем генетических исследований выступает, прежде всего, Всеобщая декларация о геноме человека и правах человека, принятая ЮНЕСКО в 1997 г. Достоинство этого документа – в сбалансированности между гарантиями соблюдения прав человека и необходимостью обеспечения свободы исследований. Выделяют несколько групп генетических исследований:

- определение локализации и происхождения генов;
- геновая диагностика и скрининговые исследования;
- поиск и исследования новых методов геновой терапии.

Основными аспектами этической экспертизы каждой из этих групп являются: значимость исследования, научные предпосылки к его проведению; дизайн исследования; анализ допустимости использования тех или иных процедур в исследовании; выбор объектов исследования; риски и преимущества; предоставление информации участникам; учет коммерческих

интересов.

Выделяют три уровня, на которых целесообразно отслеживать социально-этические последствия проекта «Геном человека». Во-первых, это уровень индивида и семьи, во-вторых, уровень общества и, в-третьих, уровень фундаментального философского представления человека о самом себе.

На уровне индивида и семьи опасность представляют тысячи новых диагностических методов, которые будут разработаны уже в ближайшее время и сделают людей обладателями уникальной информации об их генетических особенностях, которая будет постоянно накапливаться. При этом возникает естественная асимметрия прав владения и распоряжения подобной собственностью. Родители как законные представители несовершеннолетних имеют право на доступ к их генетической информации. Однако закон не предусматривает права детей на владение генетической информацией о своих родителях. Поскольку геном ребенка получен им отчасти от отца, а отчасти от матери, то ограничение в праве на доступ к генетической информации родителей означает невозможность получить подчас жизненно важную информацию о самом себе. Это явная форма несправедливости в отношениях между поколениями внутри семьи.

В этой ситуации необходимо дополнить основы традиционной этики такими понятиями, как «конфиденциальность», «неприкосновенность частной жизни» и «автономия личности», которые должны касаться уже не индивида, а семьи или даже группы семей, связанных родственными отношениями. Только внутрисемейная солидарность, справедливость и взаимная ответственность смогут оградить каждого из членов семьи от нежелательного вторжения третьих лиц, от «прозрачности» генетических характеристик индивидов для работодателей, страховщиков или государственных органов.

На уровне общества возникает потребность качественного улучшения общебиологического и, особенно, генетического образования населения. Обладание генетической информацией предполагает ответственное распоряжение ею. Последнее невозможно без усвоения основ современных генетических знаний, без понимания языка вероятностных закономерностей, которые описывают особенности проявления наследственных признаков. Привычка к использованию упрощенных, однозначно детерминистских описаний, распространенная в массовом сознании, может самым негативным образом сказаться на поведении индивида, распоряжающегося своей генетической информацией. Генетическое невежество населения было и будет благодатной средой для нечистоплотных политических спекуляций и недобросовестной коммерческой деятельности в сфере генетического тестирования и медико-генетического консультирования.

Другой социальной проблемой, с которой сталкивается общество в ходе реализации проекта «Геном человека», является вопрос о справедливом доступе к методам генетической диагностики, медико-генетической консультации и соответствующим методам профилактики и лечения наследственных заболеваний. Поскольку в проект «Геном человека» вложены значительные общественные ресурсы, то в определенном смысле право

воспользоваться благами, которые будут получены в результате, принадлежит всем. Справедливость требует создания общественных механизмов обеспечения универсальной доступности медико-генетических услуг. В настоящее время новшества, возникающие в ходе реализации проекта «Геном человека», прежде всего, приносят выгоду тем, кто в соответствии с неравенством распределения власти и денег имеет преимущества перед другими.

В определенном смысле проблемы, близкие к только что описанным, возникают при патентовании генов (нуклеотидных последовательностей). В 1983 г. была запатентована последовательность ДНК, отвечающая за контроль белка, активирующего плазмоген; в 1987 г. – эритропоэтин. В настоящее время к патентованию представлены тысячи последовательностей, полученных лабораторным путем. Патент охраняет право собственности и распоряжения. Если нечто запатентовано кем-то, то другой человек не имеет права использовать запатентованную вещь, не заплатив определенную сумму владельцу.

Когда речь идет о технических изобретениях, то с ними все более или менее ясно, но последовательности – это «части» человеческого тела. Непонятно, как часть тела каждого из людей может быть собственностью кого-то одного, как может продукт, полученный с использованием значительных общественных ресурсов, быть предметом частного патентования и владения. Вопросы эти далеки от разрешения. Отсутствие патентных прав у разработчиков лишает их возможности окупить расходы, снижает привлекательность их деятельности для частных инвестиций в данную область. В то же время патентование ограничивает доступность для всех членов общества тех благ, которые получены в значительной степени за счет общественных ресурсов.

Необходимо также принимать в расчет и то, что некоторые специалисты называют социальной властью биологической информации. Поскольку распределение тех или иных генетических свойств (в том числе и патологических генов) неравномерно среди различных социальных и этнических групп, то возникает реальная угроза их дискриминации как аномальных по результатам генетического тестирования. Уже сейчас высказываются суждения, что бездомные и безработные являются генетически неполноценными индивидами и что разрешение этой социальной проблемы может со временем быть осуществлено методами геной инженерии. Если учесть, что каждый человек обладает значительным числом генов, отклоняющихся от среднестатистических норм то угроза «диктатуры нормальности» достаточно реальна. История показывает, насколько легко подключается генетическая информация (обычно неаккуратно интерпретируемая) к расистским стереотипам для оправдания дискриминации и различного отношения к разным индивидуумам и социальным группам.

На уровне общефилософского понимания природы человека проект «Геном человека» может, так или иначе, способствовать распространению редуccionистского подхода. Опасность заключена в том, что в результате

человек начинает рассматриваться как определенным образом организованный набор молекул. Древний миф о гомункуле, воссозданный гением Гете, получает новую жизнь.

Сегодня уже очевидно, что геновая инженерия и биотехнологии обладают огромным потенциалом и возможностями воздействия на биоту, человека и социум. Однако перспективы эти двойственны. Отмечая научные и экономические перспективы геновой инженерии, необходимо иметь в виду и ее потенциальную угрозу для человека и человечества, те опасности, которые могут возникнуть при дальнейшем воздействии на естественные механизмы природы. Если все, что удастся сегодня геновой инженерии с микроорганизмами и отдельными клетками, принципиально возможно сделать с человеческой яйцеклеткой и соматическими клетками, то становятся реальными: направленное изменение наследственного материала; идентичное воспроизведение генетически запрограммированной особи (клонирование); создание химер (человек–животное) из наследственного материала разных видов и т. д. Человек становится объектом геновой технологии. Поэтому, с точки зрения биоэтики, следует задать вопрос: всегда ли в данной области можно делать то, что можно сделать? Речь идет не о том, чтобы сказать «да» или «нет» геновой технологии, а чтобы осветить положительные и отрицательные стороны проблемы. Геновая технология дала человеку преимущество, которым он раньше не обладал: целенаправленно и быстро изменять природную среду и самого себя. При этом некоторые ученые считают, что их деятельность ни в чем не должна быть ограничена: все, что они хотят и умеют, они могут делать. Однако если перестройка генома взрослого индивида по медицинским показаниям или по его желанию приемлема в этическом отношении, то совершенно иная ситуация возникает при изменении генома зародышевых клеток. Применительно к проблемам генетики в рамках биоэтической методологии сформировались два подхода, которые условно можно назвать либеральным и консервативным. Приверженцы либерального подхода видят огромные перспективы, открывающиеся в области генетической терапии и биотехнологии, а любые ограничения этих перспектив рассматривают как остановку научного прогресса. Такое отношение исповедуют, как правило, ученые: молекулярные биологи, генетики, то есть непосредственные участники исследовательских работ. В основе этой позиции лежат принципы утилитаризма. Консервативная точка зрения более распространена среди юристов, богословов, некоторых философов, но присутствует и в среде ученых. Суть ее – озабоченность возможностью генетических преобразований, которые, однажды начавшись, могут изменить генетический портрет человечества настолько, что в соотнесении с последствиями этой революции ничтожными могут показаться последствия войн и катастроф. Этические аргументы этой позиции связаны с ожиданиями катастрофических последствий нарушения человеком традиционных моральных норм.

Наиболее адекватным и в наибольшей степени соответствующим современному состоянию науки и общества является сочетанный подход, при

котором признается, что генная инженерия, несомненно, способствует социальному и технологическому прогрессу общества, но при условии безусловного следования принципам и нормам этики биомедицинской науки, а также глобальной и социальной биоэтики. Используя методы генной инженерии, экстракорпорального оплодотворения, суррогатного вынашивания, диагностики, которую можно осуществлять не только в дородовой период, но и до зачатия, человек все больше и больше начинает как бы «изготавливать» эмбрионы, зародыши и детей по заказу, ориентируясь на получение детей с определенными желательными для родителей (а, может быть, и для властвующих элит) генетическими свойствами. В последнее время активно разрабатываются методы клонирования – создания генетических копий живых существ. Так естественный процесс порождения человека человеком постепенно технологизируется, превращаясь в своеобразное лабораторное производство.

Должны ли родители нести ответственность перед детьми, если последние не будут удовлетворены родительским выбором желательных качеств? В зарубежной практике зарегистрированы случаи, когда инвалиды, страдающие от тяжелых наследственных заболеваний, подавали судебные иски против родителей, которые в свое время отказались от аборта и тем самым обрекли их на мучения.

Если мир культуры определяется как совокупность того, что изготовлено человеком, в отличие от мира природы – того, что произошло в силу естественной необходимости, то дети с «улучшенным» по желанию заказчиков (родителей или правителей) генотипом должны считаться, с точки зрения канонов современной цивилизации, в большей степени людьми, чем те, кого произвели на свет естественным, «некультурным» путем. Ведь современная биология может гарантировать качество всех новорожденных, так что ни один из родителей не имеет права обременять общество рождением уроды или умственно отсталого ребенка.

Энтузиазм, с которым воспринимаются общественностью успехи в исследовании генома человека, влечет за собой преувеличение роли генетической детерминации человеческих качеств и прежде всего поведения человека. Преувеличение роли генов, в конечном счете, означает снятие личной ответственности. Талантливость либо, напротив, ограниченные способности, отклоняющееся (девиантное) поведение и т. д. – все это и многое другое рассматривается как предопределенные наследственностью. Поэтому опасность заключается в предположении, что гены более могущественны, чем влияние среды, и поэтому наши действия должны рассматриваться как генетически детерминированные, а не как результат свободной воли. Некоторые индивидуумы с лишней Y-хромосомой, обвиненные в совершении преступлений, утверждали, что они не должны нести ответственность, поскольку их набор генов предрасполагает к совершению преступных деяний. Обычно суды не принимают подобную аргументацию, а в тех редких случаях, когда она учитывалась, обвиняемые приговаривались к принудительному психиатрическому лечению.

Проблема генетической предопределенности поведения человека возрождает парадокс, с которым наша мысль сталкивается на протяжении многих веков, когда человек пытается понять самого себя. Как можно мыслить свободную волю человека, если все происходящее в мире предопределено волей Бога? Какой смысл в современном мире имеют идеи свободы, ответственности, морали, если все происходит в силу естественной необходимости? Ведь, с одной стороны, в каждый момент времени состояние человеческого организма генетически детерминировано и через определенные физиологические, биохимические и иные биологические закономерности причинно связано с предшествующими состояниями. На этом строится научное познание. Но, с другой стороны, наше общество построено на фундаментальном представлении о том, что человек обладает свободной волей. Что бы он ни сделал – все может быть рассмотрено как его поступок, то есть как то, за что он несет ответственность: может быть вознагражден или осужден, одобрен или порицаем. Согласно этой позиции, социальный мир размечен оппозициями добра и зла, и взаимодействие людей в обществе невозможно без моральной и правовой ориентации.

2. ПРАКТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ

2.1. Примерная тематика семинарских занятий

Тема. Биоэтика и общество

1. Принципы и правила биоэтики в Законе Республики Беларусь «О здравоохранении».
2. Проблема справедливости в обеспечении доступности и качества медицинской помощи в Республике Беларусь.
3. Цифровизация медицины и проблемы биоэтики.

Литература

1. Беляева, Е. В. Цифровое общество и возможности его этического регулирования / Е. В. Беляева // Освоение ойкумены прикладной этики: эскалация амбиций или критика утопичности. Ведомости прикладной этики. Вып. 52 / под ред. В. И. Бакштановского. – Тюмень, 2018. – С. 74–82.
2. Беляева, Е. В. Этические проблемы использования медицинских гаджетов / Е. В. Беляева // Сахаровские чтения 2019 года: экологические проблемы XXI века: материалы 19-й междунар. науч. конф., 23–24 мая 2019 г., Минск, Республика Беларусь : в 3 ч. – Минск, 2019. – Ч. 3. – С. 402–406.
3. Закон Республики Беларусь О здравоохранении от 18.06.1993 № 2435-ХІІ [Электронный ресурс] // Pravo.by. – Режим доступа: <https://pravo.by/document/?guid=3871&p0=V19302435>. – Дата доступа: 20.04.2023.

Тема. Этические аспекты проблемы искусственного аборта и контрацепции

1. Либеральная и консервативная позиция по вопросу об этической допустимости искусственного аборта.
2. Отношение к абортам в Республики Беларусь. Законодательство Республики Беларусь об аборте.
3. Биоэтические аспекты Закона Республики Беларусь о вспомогательных репродуктивных технологиях.

Литература

1. Закон Республики Беларусь О здравоохранении от 18.06.1993 № 2435-ХІІ [Электронный ресурс] // Pravo.by. – Режим доступа: <https://pravo.by/document/?guid=3871&p0=V19302435>. – Дата доступа: 20.04.2023.
2. Закон Республики Беларусь О вспомогательных репродуктивных технологиях от 7.01.2012 № 341-3 [Электронный ресурс] // Etalonline.by. – Режим доступа: <https://etalonline.by/document/?regnum=H11200341>. – Дата доступа: 20.04.2023.

3. Мухамедова, З. М. Биоэтика : учебник для студентов медицинских вузов / З. М. Мухамедова, Ж. А. Ризаев, А. Н. Махмудова. – Самарканд : Изд-во Самарканд. гос. мед. ин-та, 2021. – 315 с.

4. Силуянова, И. В. Биомедицинская этика : учебник и практикум для вузов / И. В. Силуянова. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : Юрайт, 2023. – 358 с.

Тема. Этические проблемы отношения к животным

Задание проектного типа: создать проект Закона Республики Беларусь об охране животных (перечислить разделы, сформулировать этические принципы).

Выполнение данного задания позволяет студентам применить полученные знания об этических принципах отношения к животным, формирует навыки законотворчества и ответственного отношения к составлению правового документа.

(Форма контроля – индивидуальный или групповой проект)

Литература

1. Райдер, Р. История этики защиты животных и её современный этап / Р. Райдер ; пер. В. Ф. Лысова. – СПб. : Амфора, 2010. – 145 с.

2. Тюгашев, Е. А. Права животных как объект философского дискурса / Е. А. Тюгашев // Вестник НГУ. – 2007. – Т. 3. – № 1. – С. 30–38.

3. Сингер, П. Освобождение животных / П. Сингер. – Киев : Киевский эколого-культурный центр, 2002. – 84 с.

Тема. Этика биомедицинских исследований

1. Этические принципы биомедицинских исследований на человеке.

2. Этика экспериментирования на животных.

3. Комитеты по биоэтике исследований, их организация и функционирование.

Литература

1. Биоэтика. Этические и юридические документы, нормативные акты : учеб. пособие / сост. И. А. Шамов, С. А. Абусуев. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 357 с.

2. Дополнительный протокол к Конвенции по правам человека и биомедицине в области биомедицинских исследований (Совет Европы, 2005) [Электронный ресурс] // Консорциум «Кодекс». – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/901921573>. – Дата доступа: 20.04.2023.

3. Хельсинкская декларация Этические принципы проведения медицинских исследований с участием людей в качестве субъектов исследования (Всемирная медицинская организация (1964–2013)) [Электронный ресурс] // Гарант. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/74470819/>. – Дата доступа: 20.04.2023.

4. Этическая экспертиза биомедицинских исследований / под ред. Ю. Б. Белоусова. – М. : Росс. о-во клинических исслед., 2005. – 156 с.

Тема. Этические проблемы оказания психиатрической помощи

1. Проблема принудительного лечения в психиатрии.
2. Консультирование людей, столкнувшихся с домашним насилием.
3. Этические аспекты работы психолога при лечении пациентов с хроническим алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией.

Литература

1. Введение в биоэтику : учеб. пособие / А. Я. Иванюшкин и др. ; под ред. Б. Г. Юдина. – М. : Прогресс-Традиция, 1998. – 381 с.
2. Гавайская декларация (ВПА, 1983) [Электронный ресурс] // Права и свободы человека в психиатрии. – Режим доступа: <http://www.psychopravo.ru/law/int/gavajskaya-deklaraciya.htm>. – Дата доступа: 20.04.2023.
3. Закон Республики Беларусь Об оказании психиатрической помощи от 7.01.2012 № 349-З [Электронный ресурс] // Pravo.by. – Режим доступа: <https://pravo.by/document/?guid=3961&p0=Н11200349>. – Дата доступа: 20.04.2023.

Тема. Моральные проблемы лечения социально опасных и социально-значимых заболеваний

Занятие 1. Моральные проблемы в период пандемии COVID -19

1. Принцип автономии пациента период пандемии COVID -19.
2. Защита прав человека в условиях пандемии COVID -19.
3. Особенности оказания онкологической помощи в условиях пандемии COVID-19.

Литература

1. Белялетдинов, Р. Р. Биоэтика и COVID -19: принцип автономии в режиме цейтнота / Р. Р. Белялетдинов // Знание. Понимание. Умение. – 2020. – №4. – С. 108–115.
2. Защита прав человека в условиях пандемии COVID-19 [Электронный ресурс] // ЮНЕСКО. – Режим доступа: <https://www.un.org/ru/coronavirus/protecting-human-rights-amid-covid-19-crisis>. – Дата доступа: 20.04.2023.
3. Чернущ, Н. Ю. Особенности оказания онкологической помощи в условиях пандемии COVID-19: взгляд юриста и клинициста / Н. Ю. Чернущ, А. Г. Кедрова, С. Э. Красильников, О. И. Ивановский // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2020. – Т.16(1). – С. 85–90.

Занятие 2. Этические проблемы в эпидемиологии.

1. Права и обязанности пациента с инфекционными заболеваниями
2. Стигматизация пациентов с ВИЧ-инфекцией и пути её преодоления.
3. Моральные проблемы в онкологии.

Литература

1. Политическая декларация по ВИЧ/СПИДу (ООН, 2006) [Электронный ресурс] // ООН. – Режим доступа:

https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/aidsdecl.shtml. – Дата доступа: 20.04.2023.

2. Тищенко, П. Д. Казус Анджелины Джоли и этические проблемы современной онкологии / П. Д. Тищенко, С. Ю. Шевченко // Журнал имени академика Б. В. Петровского. – 2015. – № 4. – С. 5–11.

3. Чернявская, О. А. Некоторые аспекты проблемы стигматизации и дискриминации людей, живущих с ВИЧ/СПИДОМ / О.А. Чернявская, Е.А. Иоанниди // Социология медицины. – 2014. – № 2. – С. 55–57.

4. Этика инфекционной патологии / под общ. ред. О.И. Кубарь. – СПб. : ФБУН НИИЭМ им. Пастера, 2014. – 116 с.

Тема. Моральные проблемы трансплантации органов и тканей

1. Проблема справедливости в распределении дефицитных ресурсов для трансплантации.

2. Биоэтические принципы в Законе Республики Беларусь «О трансплантации органов и тканей человека».

3. Эстетическая медицина и ее нравственные проблемы

Литература

1. Биомедицинская этика : практикум / под общ. ред. С. Д. Денисова, Я. С. Яскевич – Минск : БГМУ, 2011. – 255 с.

2. Закон Республики Беларусь О трансплантации органов и тканей человека № 28-З от 04.03.1997 [Электронный ресурс] // Pravo.by. – Режим доступа: <https://pravo.by/document/?guid=3961&p0=H19700028>. – Дата доступа: 20.04.2023.

3. Руководящие принципы ВОЗ по трансплантации человеческих клеток, тканей и органов (ВОЗ, 2010) [Электронный ресурс] // Organdonor.ru. – Режим доступа: https://organdonor.ru/law/guiding_principles/. – Дата доступа: 20.04.2023.

Тема. Этические проблемы медицинской генетики

Эвристическое задание когнитивного типа: Семейная пара пришла на консультацию к врачу в связи с тем, что в семье мужа передается наследственное заболевание, хотя сам он здоров. Составьте тезисы беседы по планированию семьи, которые реализовывали бы принципы биоэтики:

- не навреди,
- делай благо,
- справедливости,
- автономии пациента.

(Форма контроля – письменное эвристическое задание когнитивного типа)

Литература

1. Всеобщая декларация о геноме человека и правах человека (ЮНЕСКО, 1997) [Электронный ресурс] // ООН. – Режим доступа: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/decl_human_genome.shtml. – Дата доступа: 20.04.2023.

2. Декларация Организации Объединенных наций о клонировании человека (ООН, 2005) [Электронный ресурс] // ООН. – Режим доступа:

https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/decl_clon.shtml. – Дата доступа: 20.04.2023.

3. Тищенко, П. Д. Биовласть в эпоху биотехнологий / П. Д. Тищенко. – М. : ИФ РАН, 2001. – 177 с.

4. Этико-правовые аспекты проекта «Геном человека» : Междунар. док. и анализ. материалы / ред.-сост.: В. И. Иванов, Б. Г. Юдин. – М. : Росс. нац. комитет по биоэтике, 1998. – 190 с.

2.2. Ситуационные задачи (кейсы)

1. Ситуационные задачи первого типа направлены на определение типа классических этических теорий, определяющих моральный выбор: 1) натуралистически-прагматические этические теории: ориентирами поступка являются польза, экономическая выгода, материальный интерес действующего человека, 2) идеалистически-деонтологические теории: человек поступает правильно, если соотносит свой поступок с моральными требованиями, например, с профессиональным долгом, нравственными законами и правилами.

1. На прием к врачу обратился пациент с диагнозом: «гипертоническая болезнь». Были рекомендованы биологически активные добавки, распространением которых занимался врач, хотя он знал об их малой эффективности в данном случае.

2. В палате находится пациент, у которого установлен диагноз и обозначен план лечения. Всё выполняется по действующим протоколам лечения, но по техническим причинам обследование его затянулось. Родственники, узнав о данной ситуации, связались с руководителями больницы и предложили им деньги. У пациента появились дорогие современные лекарства, быстро выполнялись необходимые обследования и назначались дорогостоящие (необязательные) обследования; улучшились условия пребывания в отделении. Каковы нравственные мотивы действий администрации больницы?

3. Врач отделения функциональной диагностики проводит пациенту за определенное материальное вознаграждение исследование, преувеличивая его диагностическую информативность и умалчивая при этом о наличии других, не менее информативных методов исследования. Какими интересами определяются действия врача?

4. В травматологическом отделении больницы находилась пятилетняя девочка со сложной травмой нижней конечности. Врачи предприняли все доступные им методы лечения для спасения ноги ребенка, но успеха не достигли. Тогда коллектив больницы обратился в научный центр, специализирующийся на подобной патологии, т.к. операцию такой сложности можно было провести только там. В противном случае речь шла об ампутации ноги. Оценив ситуацию, врачи научного центра отказали в проведении лечения, т. к. шансов на успех было очень мало, и это могло испортить репутацию клиники. Какой тип морального сознания доминировал у врачей института?

5. В отделение поступает одинокая больная 89 лет в плановом порядке, для

оперативного лечения по поводу катаракты на единственном глазу, которое не позволит полностью восстановить зрение. При первичном осмотре больной предложен бесплатный хрусталик модели ОМС, который нередко вызывает воспаление в глазу. Однако больная настаивает на имплантации улучшенной модели хрусталика по ДМС (платно). Помимо этого, больная должна самостоятельно приобрести некоторые антибактериальные средства. Учитывая материальное и семейное положение больной, врач вызывает химиотерапевта, который специально для больной выписывает эти препараты из больничной аптеки. Какими нравственными нормами руководствовался врач в данной ситуации?

6. В больнице с инсультом лежит одинокая старушка, которую никто не посещает. Врач из соседнего отделения после дежурств регулярно навещает её и ухаживает за ней. Что целесообразней – ухаживать за старушкой или проводить это время в библиотеке, повышая свою профессиональную квалификацию, чтобы оказывать более квалифицированную помощь пациентам? Какая морально-этическая традиция определила Ваш ответ?

7. Дети, рожденные в состоянии клинической смерти, после проведенных реанимационных мероприятий в большинстве случаев переводятся на искусственную вентиляцию легких и требуют наблюдения и лечения в палате интенсивной терапии родильного дома. В большом проценте случаев такие дети находятся в состоянии глубокой комы и имеют крайне неблагоприятный прогноз заболевания. Несмотря на наличие палаты интенсивной терапии, длительное лечение этих детей в условиях родильного дома не представляется возможным в результате недостатка лекарственных средств, специализированной аппаратуры, высококвалифицированных врачей-реаниматологов. Данные больные должны наблюдаться в специализированных отделениях реанимации новорожденных. Однако часто врачи реанимации отказываются переводить этих больных к себе в отделение, объясняя это их «бесперспективностью» и нецелесообразностью использования специальной аппаратуры для поддержания жизнеобеспечения данного ребенка, в то время как данная аппаратура может быть использована для спасения жизни другого ребенка, имеющего большие шансы выжить и не остаться при этом глубоким инвалидом. Аргументацию какого типа этических теорий используют врачи при отказе?

8. В реанимационном отделении находился крайне тяжелый больной с инфарктом миокарда после реанимационных мероприятий по поводу фибрилляции желудочков сердца. Реанимационные мероприятия протекали длительно, в результате кора головного мозга по внешним признакам погибла. Больной постоянно находился на ИВЛ. При этом дальнейших перспектив у данного больного не было, тем не менее, на фоне вентиляции легких сохранялась нормальная сердечная деятельность. Аппарат для ИВЛ в отделении только один, поэтому при поступлении другого больного, требующего неотложной вентиляции легких, врач отключил этого безнадежного пациента от ИВЛ. Аргументами каких этических теорий можно объяснить действия врача?

9. Перед проведением оперативного вмешательства по поводу калькулезного холецистита, врач рассказывает о том, что большинству пациентов операцию проводят с лапаротомическим доступом, но возможно проведение операции и лапароскопическим методом, что ускоряет сроки восстановления после операции и позволяет достичь лучших косметических результатов. «Выбор метода оперативного вмешательства остается за хирургом» – говорит врач, тем самым, намекая на желательность вознаграждения. В какой нравственной парадигме находится врач?

10. В ЛОР-отделение поступил больной гражданин иностранного государства в тяжелом состоянии с диагнозом «вторичный гнойный менингит, обострение левостороннего гнойного гемисинусита». По экстренным показаниям произведена санирующая операция на пазухах. Учитывая отсутствие у пациента страхового полиса, заведующая отделением настаивает на выписке его в течение 5 дней после поступления и стабилизации состояния, объясняя это дороговизной лечения для бюджета больницы. Лечащий врач, в свою очередь, настаивает на продолжении стационарного лечения, хотя понимает, что нахождение пациента в стационаре отрицательно сказывается на заработной плате его и коллег. Какие нравственные представления определяют позицию заведующей отделением и лечащего врача?

Ответы на задачи

1. НПТ, 2. НПТ, 3. НПТ, 4. НПТ, 5. ИДТ, 6. ИДТ, 7. НПТ, 8. НПТ, 9. НПТ, 10. НПТ/ИДТ

НПТ - Натуралистически-прагматический тип этических теорий,

ИДТ - Идеалистически-деонтологический тип этических теорий

2. Ситуационные задачи второго типа состоят в том, чтобы определить принадлежность каждой нравственной ситуации к одному из 4-х видов: казусу, дилемме, нравственному поступку, подвигу или преступлению.

Предлагаются следующие определения каждого из этих видов действия:

– казус (лат. – сложный, запутанный случай, врачебная ошибка) – действие, имеющее внешние признаки правонарушения, но совершённое из положительных морально-этических мотивов;

– дилемма (греч. – два предположения) – положение, в котором надлежит сделать выбор между двумя равно несовершенными возможностями;

– нравственный поступок, подвиг – это действие, совершённое в согласии с нравственным законом или нравственным принципом;

– преступление (нравственное) – действие, противоречащее нравственному закону, принципу, заповедям.

1. Истории известно много случаев, когда врачи посвящали свою жизнь помощи населению из слаборазвитых стран. Альберт Швейцер отказался от карьеры музыканта и теолога и посвятил свою жизнь врачебной деятельности, служению людям. Вместе со своей женой, медицинской сестрой Элен Бреслау, он на собственные средства основал в 1913 году больницу в Ламбарене (Габон), в течение полувека трудился в условиях тропического леса, оказывая

медицинскую помощь больным проказой, малярией, дизентерией и другими заболеваниями. Как оценивается в европейской культуре деятельность и жизнь А. Швейцера?

2. Высокая миопия часто служит показанием для проведения лазеркоагуляции сетчатки с целью предупреждения в дальнейшем ее отслоения. Однако эта операция имеет свои показания и не всегда, даже при высокой близорукости, она необходима. Тем не менее, в настоящее время нередко эта операция назначается чуть ли не всем без разбора, особенно в клиниках, где эта операция платная. Врачу выгоднее немного испугать пациента возможным отслоением сетчатки, провести лазеркоагуляцию и получить гонорар, не задумываясь об отдаленных последствиях такого вмешательства. В результате пациент получает в будущем периферическую дистрофию сетчатки и выпадение полей зрения. К какому виду нравственного действия относится подобная практика?

3. По скорой медицинской помощи в приемное отделение поступает больной с травмой головы и органа зрения. Он был осмотрен дежурным врачом, который оценил его состояние, как среднетяжелое, и провел больному первичную обработку глаз. Во время процедуры у больного начались судороги, и появилась назальная ликворея. Эти симптомы свидетельствуют о черепно-мозговом повреждении и, соответственно, о крайне тяжелом состоянии больного. В данной ситуации врач недооценил состояние тяжести больного, что могло привести к его гибели. Как оценить с нравственных позиций действия врача?

4. В процессе диагностики и лечения заболеваний нередко возникает вопрос о применении методов исследования, не предусмотренных в данном лечебном учреждении, обычно это дорогостоящие процедуры (КТ, МРТ и др.). Не все пациенты могут себе это позволить. Может ли врач просить пациента (или его родственников) оплатить такого рода услуги, если диагноз будет более точный, что даст возможность эффективнее лечить больного? Как определить данную нравственную ситуацию?

5. В отделении умер больной. Врач, согласно правилам, позвонил диспетчеру, затем оформил историю болезни, утром позвонил родственникам. Однако родные умершего сказали, что им уже сообщили о смерти сотрудники ритуального агентства. Дело в том, что среди ритуальных агентств существует конкуренция, поэтому агентства платят определенную сумму человеку, сообщившему о летальном исходе. Охрана, перевозящая тела в морг, узнает телефон родственников и паспортные данные пациента, которые записаны на первой странице истории болезни, и сообщает их сотрудникам ритуального агентства. Какова нравственная оценка действий персонала со стороны администрации и родственников?

6. В кардиологическом отделении находилась пациентка 57 лет в связи с подозрением на нестабильную стенокардию, получала стандартную терапию, несмотря на не совсем типичную клинику. На вторые сутки пребывания в стационаре больная скончалась, на вскрытии диагноз ишемической болезни сердца не подтвердился. У пациентки оказалось расслоение аорты –

заболевание, требующее срочного оперативного вмешательства, при котором назначенные препараты ухудшили состояние больной. Данный случай – типичная врачебная ошибка. Назначение препаратов, возможно, ускоривших летальный исход, было вызвано тем, что клиническая картина заболеваний сходна, и для точной диагностики требуются специальные методы исследования. Может ли моральная оценка произошедшего смягчить юридическую ответственность врача в ходе возможного судебного разбирательства?

7. Ребенок 3-х дней жизни находился в отделении патологии новорожденных в тяжелом состоянии. В связи с необходимостью переливания крови, была определена группа крови. По результатам анализа получилось, что отцом ребенка является другой человек, но чтобы не усугублять тяжелое моральное состояние в семье врач, умолчал о данном факте. В какой нравственной ситуации оказался врач?

8. Нередко в дерматологической практике возникает ситуация, когда врач должен решать вопрос о необходимости проведения определенных манипуляций. При подозрении на меланому перед врачом стоит выбор: взять участок кожи для исследования или иссечь весь пораженный участок. В случае забора биопсии врач может спровоцировать более быстрое развитие опухоли, нанеся вред больному, в случае иссечения всего очага поражения, если диагноз не подтвердится, больному наносится вред, так как у него остается косметический дефект. Если врачу необходимо сделать выбор, в какой нравственной ситуации он оказывается?

9. Молодая женщина, которую беспокоили периодические боли в пояснице, пришла на обследование в поликлинику. После поверхностного исследования, включающего в себя лишь обзорную рентгенографию брюшной полости, врач безапелляционно поставил диагноз: рак правой почки. Женщина в течение полугода постоянно думала и готовила себя к смерти. В тяжелом состоянии она попала в другую клинику. На обходе заведующий отделением позволил себе усомниться в диагнозе. Проведя кропотливые, сложные исследования, привлекая дополнительных специалистов, проведя немало часов в беседах с больной, доктор убедил её, что первоначальный диагноз в корне неверен и обусловлен недостаточным объёмом исследования и неверной интерпретацией полученных скудных данных, чем вернул больную к полноценному существованию. Имеет ли нравственный смысл (и какой?) профессиональная несостоятельность первого врача и поступок второго?

10. Ночью на дежурстве к врачу-лаборанту поступила заявка. В связи с ухудшением состояния пациента в детском отделении, его попросили сделать анализ, который он делать не обязан, так как лаборатория не обслуживает отделение, из которого поступил анализ. Лаборатория, которая обслуживает данное отделение, в ночное время суток не работает. Анализ был сделан. Какое нравственное действие совершил врач?

Ответы на задачи

1. Подвиг, 2. Преступление, 3. Казус, 4. Казус, 5. Преступление, 6. Казус, 7.

Казус, 8 Дилемма. 9. Преступление + нравственный поступок, 10. Нравственный поступок.

3. Ситуационные задачи третьего типа предполагают, что нужно соотнести каждую ситуацию с исполнением или нарушением таких принципов и правил биомедицинской этики как: принцип правдивости, принцип конфиденциальности, принцип информированного согласия, принцип справедливости, принцип милосердия.

1. Ассистент кафедры кожных болезней, консультируя больного с псориазом, на вопрос пациента: «Сколько времени он будет страдать этим заболеванием?» ответил: «Всю жизнь!» Больной, не ожидавший такого ответа, очень расстроился, так как думал, что его заболевание легко вылечить. Какой нравственный принцип нарушил ассистент, давая категорическое заключение о сроках течения болезни? Был ли он обязан подробно разъяснить больному, что заболевание у него хроническое, трудно излечимое, но при подборе адекватной терапии можно достигнуть стойкой ремиссии?

2. Пациент 56-ти лет поступил в клинику с ухудшением течения гипертонической болезни II степени. На фоне проведенной терапии в течение недели состояние больного улучшилось, нормализовалось артериальное давление и после выполнения плана обследования планировалась его выписка. Однако через 8 дней пребывания больной злоупотребил алкоголем, после чего повел себя неадекватно. Каким принципом руководствовались врачи, когда на следующий день, учитывая достижение клинического эффекта и, несмотря на неоконченный план обследования, выписали больного за нарушение режима с рекомендациями по амбулаторному дообследованию.

3. У женщины произошли преждевременные роды в 28 недель. Настоящая беременность наступила после многих безуспешных лет лечения бесплодия. Шансы, что ребенок выживет, минимальные. Роженица попросила доктора пригласить священника для крещения ребенка. Доктор удовлетворил просьбу женщины. Впоследствии оказал моральную поддержку женщине и по мере возможности ускорил выписку из стационара, так как женщина испытывала страдания, находясь рядом с женщинами со здоровыми новорожденными. Какому принципу биомедицинской этики следовал врач?

4 Ребенок болен острым лейкозом. Для проведения массивной трансфузионной терапии, химиотерапии, показана постановка центрального катетера под наркозом. Родители проинформированы о возможных осложнениях. Какой принцип должен быть выполнен врачами для проведения указанного лечения?

5. В приемное отделение зимой, в сильный мороз поступил пациент БОМЖ. При осмотре окулистом выявлено воспалительное заболевание левого глаза (катаральный увеит), которое не требует госпитализации в отделение, но предполагает обязательное амбулаторное лечение. Учитывая социальное положение больного, врач приемного отделения переписал диагноз на более опасный и госпитализировал больного в стационар. Какой принцип биомедицинской этики выполнял врач?

6. В рамках научно-исследовательской работы врач проводит в клинике, где работает, сравнительный анализ двух методов лечебной физкультуры при травмах конечностей у детей. Один из них традиционный, в свете новых представлений в чем-то неправильный. Другой – недавно разработанный и чрезвычайно эффективный. Какие этические правила нарушены по отношению к пациентам в контрольной группе?

7. У молодой женщины впервые в 30 лет возникли приступы эпилепсии. Она была обследована стационарно в неврологическом отделении, поставлен диагноз «эпилепсия». Но при выписке в листке нетрудоспособности был указан другой диагноз: «вегетососудистая дистония». Каким принципом руководствовались врачи?

8. Пациент поступил в отделение челюстно-лицевой хирургии с диагнозом: перелом скулоорбитального комплекса слева. Результаты анализа на ВИЧ оказались положительные. Врач вынужден был сообщить пациентам в палате о том, что их сосед ВИЧ-инфицирован, с тем, чтобы они пользовались средствами личной гигиены индивидуально, не пользовались мазями и каплями этого пациента, так как среди пациентов есть тенденция использовать лекарственные средства друг друга. Какой принцип биомедицинской этики был нарушен врачом, и какой руководил его действиями?

9. Врач акушер-гинеколог, работая в фармацевтической фирме и получая 20% от стоимости препарата в случае его продажи, назначает дорогостоящий поливитаминный комплекс всем беременным на своем участке. При этом «забывает» рассказать о возможных побочных эффектах, таких как частые аллергические реакции разной степени тяжести и раннее закрытие большого родничка у ребенка, и существовании более дешевых, но не менее эффективных аналогов. Какие морально-этические принципы нарушает врач?

10. Больной оперируется по поводу аппендицита. На операции выявлены признаки рака слепой кишки. Выполняется радикальная операция. Метастазы не выявлены. Согласно какому принципу больной после операции был поставлен в известность о причине расширения объема операции?

Ответы на задачи

1. Милосердия. 2. Справедливости. 3. Милосердия, 4. Информированного согласия 5. Милосердия. 6. Справедливости + Милосердия. 7. Конфиденциальности. 8. Конфиденциальности + Правдивости. 9. Информированного согласия + Правдивости. 10. Правдивости.

3. РАЗДЕЛ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ

3.1. Примерный перечень вопросов к зачету по учебной дисциплине

1. История развития биоэтики.
2. Биоэтика как междисциплинарное знание и социальный институт.
3. Взаимосвязь биоэтики и профессиональной этики психолога.
4. Основные принципы биоэтики.
5. Содержание Всеобщей декларации по биоэтике и правам человека.
6. Принципы биоэтики в Законе Республики Беларусь о здравоохранении.
7. Проблема справедливости в обеспечении доступности и качества медицинской помощи.
8. Этические критерии продвижения лекарственных средств на рынок.
9. Ятрогения как нравственная проблема.
10. Проблемы гуманизации медицины.
11. Биоэтика в цифровом обществе.
12. Основные модели нравственных взаимоотношений врача и пациента.
13. Права пациента.
14. Права и обязанности врачей.
15. Этика медицинской сестры.
16. Проблема критериев смерти человека и морально-мировоззренческое понимание личности.
17. Психология терминальных больных и нравственное отношение к ним.
18. Нравственная коммуникация в паллиативной медицине.
19. Нравственные проблемы хосписной помощи.
20. Этическое и правовое регулирование эвтаназии.
21. Этические аспекты проблемы искусственного аборта и контрацепции.
22. Нравственные аспекты вспомогательных репродуктивных технологий.
23. Проблема статуса эмбриона в новых репродуктивных технологиях.
24. Этические проблемы отношения к животным.
25. Этика биомедицинских исследований на человеке.
26. Основные этические принципы обращения с экспериментальными животными.
27. Моральные проблемы трансплантации органов и тканей.
28. Этические проблемы медицинской генетики.
29. Этические проблемы оказания психиатрической помощи.
30. Суицид как этическая проблема.
31. Социальные фобии и стигматизация больных как нравственная проблема.
32. Венерические заболевания и СПИД: этико-правовые проблемы.
33. Этические проблемы лечения хронического алкоголизма, наркомании, токсикомании.
34. Моральные проблемы в онкологии.
35. Вакцинация населения: этические и правовые проблемы

3.2. Примерный перечень вопросов для контрольных работ по учебной дисциплине

Вариант 1

1. Биоэтика – это междисциплинарное знание и социальный институт. Какие дисциплины в ней взаимодействуют? Каковы социальные институты биоэтики?

2. Перечислите 4 главных принципа биоэтики, предложенные Бичампом и Чилдрессом. Какие из этих принципов содержались в клятве Гиппократа? Почему принципы изменились?

3. Раскройте смысл правил биоэтики: правдивости, приватности, конфиденциальности, верности.

4. В биоэтике этическое и прагматическое сближаются, т.е. самое нравственное решение проблемы оказывается и самым эффективным. Пр продемонструйте это на примере любой проблемы в биоэтике.

5. Перечислите основные положения Всеобщей декларации по биоэтике и правам человека (2005): выделите 10 тезисов, которые Вы считаете главными.

6. В этических отношениях врач–пациент существуют 4 модели взаимоотношений: какие? Для лечения каких болезней и решения каких проблем подходит каждый из них?

7. Выберите из списка прав пациента 5 тех, которые представляются вам главными. Обоснуйте свой выбор.

8. Почему в современной биоэтике у пациента есть не только права, но и обязанности? Какие?

9. Принцип справедливости в биоэтике требует избегать дискриминации людей по какому бы то ни было признаку. Покажите на примерах, что любая биоэтическая технология может быть источником дискриминации.

10. Как изменилось отношение к умирающим в современном мире? Что такое паллиативная и хосписная помощь?

11. Из кого должен состоять комитет по биоэтике? На каких принципах должна основываться его работа?

12. Что такое «стандартные операционные процедуры» (СОП), которые использует комитет по биоэтике?

13. Хельсингская декларация 1964 года перечисляет основные этические принципы научного эксперимента. Чем важен принцип, согласно которому не могут приниматься к публикации научные статьи, если исследования, которые в них изложены, не получили одобрение этического комитета?

14. Принципы гуманной методики эксперимента Рассела и Бёрча – это 3R: reduction, refinement, replacement (уменьшение, улучшение, устранение). Раскройте их смысл.

15. Международные рекомендации по проведению медико-биологических исследований с использованием животных (1985) содержат требование повышать квалификацию исследователей, лабораторий и т.п. Как влияет

профессиональная научная квалификация исследователя на этичность экспериментов?

16. Почему научные эксперименты неэтично проводить на отловленных бродячих животных?

17. Какие новые репродуктивные технологии Вы знаете (3 технологии)? Какая из них вызывает, по Вашему мнению, наибольшее количество моральных проблем?

18. Почему перевод проблемы наркомании из моральной плоскости в медицинскую способствует этичности отношения к этой группе пациентов?

19. Как реализуется принцип автономии пациента при лечении алкоголизма, наркомании, психиатрических болезней?

20. Этично ли проводить научные эксперименты на психиатрических больных?

21. В чем состоят этические проблемы при лечении онкологических заболеваний? Почему, хотя от инфарктов и инсультов умирает большее количество людей, чем от онкологии, нравственных проблем при этих заболеваниях меньше?

22. Существуют разные типы забора органов для трансплантации. Какой тип для Республики Беларусь Вы считаете предпочтительным: презумпцию согласия или презумпцию несогласия. Свой выбор обоснуйте.

23. Какие новые нравственные проблемы возникли в связи с пандемией COVID-19? Чем они отличаются от тех, которые возникают при любой эпидемии (гриппа, СПИДа)?

24. Какие новые этические проблемы возникают в цифровом обществе в связи с развитием телемедицины и медицинских гаджетов?

Вариант 2

1. Как реализуются при рассмотрении проблемы **эвтаназии** биоэтический принцип *не навреди*?

2. Как реализуются при рассмотрении проблемы **эвтаназии** биоэтический принцип *делай благо*?

3. Как реализуются при рассмотрении проблемы **эвтаназии** биоэтический принцип *автономии пациента*?

4. Как реализуются при рассмотрении проблемы **эвтаназии** биоэтический принцип *справедливости*?

5. Как реализуется при применении **вспомогательных репродуктивных технологий** биоэтический принцип *не навреди*?

6. Как реализуется при применении **вспомогательных репродуктивных технологий** биоэтический принцип *делай благо*?

7. Как реализуется при применении **вспомогательных репродуктивных технологий** биоэтический принцип *автономии пациента*?

8. Как реализуется при применении **вспомогательных репродуктивных технологий** биоэтический принцип *справедливости*?

9. В чем состоит особенность применения биоэтического принципа *не навреди* при **трансплантации органов и тканей**?

10. В чем состоит особенность применения биоэтического принципа *делай благо* при **трансплантации органов и тканей**?
11. В чем состоит особенность применения биоэтического принципа *автономии пациента* при **трансплантации органов и тканей**?
12. В чем состоит особенность применения биоэтического принципа *справедливости* при **трансплантации органов и тканей**?
13. Как нужно применять биоэтический принцип *не навреди* при оказании **психиатрической помощи**?
14. Как нужно применять биоэтический принцип *делай благо* при оказании **психиатрической помощи**?
15. Как нужно применять биоэтический принцип *автономии пациента* при оказании **психиатрической помощи**?
16. Как нужно применять биоэтический принцип *справедливости* при оказании **психиатрической помощи**?
17. Как именно действует биоэтический принцип *не навреди* при обсуждении проблемы искусственного **аборта**?
18. Как именно действует биоэтический принцип *делай благо* при обсуждении проблемы искусственного **аборта**?
19. Как именно действует биоэтический принцип *автономии пациента* при обсуждении проблемы искусственного **аборта**?
20. Как именно действует биоэтический принцип *справедливости* при обсуждении проблемы искусственного **аборта**?
21. Как применяются биоэтический принцип *не навреди* при лечении **наркомании** и алкоголизма?
22. Как применяются биоэтический принцип *делай благо* при лечении **наркомании** и алкоголизма?
23. Как применяются биоэтический принцип *автономии пациента* при лечении **наркомании** и алкоголизма?
24. Как применяются биоэтический принцип *справедливости* при лечении **наркомании** и алкоголизма?
25. Как соблюсти при **вакцинации** населения биоэтический принцип *не навреди*?
26. Как соблюсти при **вакцинации** населения биоэтический принцип *делай благо*?
27. Как соблюсти при **вакцинации** населения биоэтический принцип *автономии пациента*?
28. Как соблюсти при **вакцинации** населения биоэтический принцип *справедливости*?

3.3. Примерный перечень тем рефератов

1. Этика как философская дисциплина. Структура современного этического знания.
2. Понятие морали и ее специфика.
3. Структура и функции морали.

4. Медицинская этика как разновидность профессиональной этики.
5. История профессиональной этики врача. Этика Гиппократов.
6. Медицинская этика в Беларуси. Кодекс врачебной этики и Клятва врача Республики Беларусь.
7. Понятие биоэтики и социокультурные предпосылки ее формирования.
8. Особенности и проблемное поле биоэтического знания.
9. Специфика высших моральных ценностей в медицине. Здоровье и болезнь в контексте моральных ценностей.
10. Принципы биомедицинской этики.
11. Правило информированного согласия.
12. Правило правдивости.
13. Правило конфиденциальности (врачебная тайна).
14. Основные понятия и проблемное поле современной медицинской деонтологии.
15. Модели отношений «врач – пациент». Права и обязанности пациента.
16. Морально-психологические особенности общения врача с пациентом и его родственниками.
17. Этика взаимоотношений медицинских работников.
18. Проблема врачебных ошибок и ятрогений в деятельности медицинских работников.
19. Биоэтика и формирование нравственной культуры врача.
20. Биоэтика и религия.
21. Моральный статус эмбриона.
22. Этические проблемы искусственного аборта.
23. Этика новых репродуктивных технологий. Морально-этические проблемы контрацепции и стерилизации.
24. Этическая оценка смерти в контексте исторических типов мировоззрения.
25. Дефиниция и критерии смерти в медицине.
26. Эвтаназия как этическая проблема.
27. Паллиативная помощь. Хосписы.
28. Этика в онкологии.
29. Этико-правовое регулирование биомедицинских исследований с участием человека.
30. Этические нормы использования животных в биомедицинских исследованиях.
31. Принципы биомедицинской этики в обращении с телами умерших и анатомическими препаратами. Понятие «анатомический дар».
32. Этические комитеты: сущность, структура и функции.
33. Этические аспекты трансплантологии.
34. Понятие биобезопасности и правовые основы ее регулирования.
35. Моральные проблемы получения и использования генетической информации.
36. Этические аспекты создания и использования трансгенных растений и животных.

37. Этические аспекты использования стволовых клеток и клонирования человека.

38. Морально-этические основы помощи людям, живущим с ВИЧ/СПИД.

39. Этика в психиатрии и наркологии.

40. Помощь людям с особенностями психофизического развития и проблема их социализации.

41. Морально-этические проблемы эпидемиологии, иммунологии, радиационной и экологической медицины.

42. Этические аспекты функционирования и развития белорусской системы здравоохранения.

3.4. Средства диагностики результатов учебной деятельности

Основным средством диагностики результатов учебной деятельности по дисциплине «Биоэтика» является проверка заданий разнообразного типа, выполняемых в рамках часов, отводимых на лекционные и семинарские занятия, самостоятельную работу.

Для контроля качества изучения дисциплины используются следующие средства диагностики:

- консультация;
- устный опрос на лекции (проверка усвоения основных тезисов);
- оценка участия в учебной дискуссии (содержательности выступления, точности аргументации, активности);
- оценка рефератов, подготовленных студентами по отдельным разделам учебной дисциплины;
- оценка письменной контрольной работы по отдельным разделам дисциплины;
- оценка качества решения кейсов (их количества, разнообразия, знания основных этических позиций по вопросу, проявления коммуникативных компетенций);
- оценка креативности выполнения эвристических заданий;
- оценка проекта зависит от оригинальности его замысла, самостоятельности и сложности выполнения, социальной значимости и этической корректности предлагаемого решения проблемы;
- устный зачет.

4. ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ РАЗДЕЛ

4.1. Содержание учебного материала

Тема 1. История биоэтики и ее статус.

История развития медицинской этики и биоэтики. Биоэтика как междисциплинарное знание и социальный институт. Соотношение этики, прикладной этики, профессиональной этики, биомедицинской этики, биоэтики, экологической этики. Взаимосвязь биоэтики и профессиональной этики психолога.

Врачебная этика Гиппократа. Этические идеи Парацельса. Деонтологические концепции XIX века. Медицинская этика в СССР. Причины возникновения биоэтики. Обоснование биоэтических идей в трудах А. Швейцера, О. Леопольда.

Тема 2. Проблемное поле и теоретические основы биоэтики.

Предмет и проблемное поле биоэтики. Жизнь как ценность и нравственное отношение к Живому. Проблема качества жизни в биоэтике. Основные принципы биоэтики: принцип «не навреди»; «принцип делай благо»; принцип уважения автономии пациента; принцип справедливости. Международные документы по биоэтике. Всеобщая декларация по биоэтике и правам человека. Закон Республики Беларусь о здравоохранении.

Тема 3. Биоэтика и общество.

Проблема справедливости в обеспечении доступности и качества медицинской помощи. Государственная медицина и рынок медицинских услуг. Этические проблемы взаимоотношений научной медицины и альтернативных форм медицинской практики. Этические критерии продвижения лекарственных средств на рынок

Этические комитеты и этическое консультирование. Структура этического комитета и принципы его работы. Биоэтика и общественное здравоохранение. Профилактика ятрогении. Проблемы гуманизации медицины. Биоэтика в цифровом обществе.

Работа психолога с клиентом в медицинском учреждении.

Тема 4. Врач и пациент: этические аспекты взаимоотношений.

Основные модели нравственных взаимоотношений врача и пациента: патерналистская модель (пастырская и инженерная); модель, основанная на автономии пациента (коллегиальная и договорная).

Права пациента. Права граждан в области охраны здоровья. Право на качественную медицинскую помощь. Оказание медицинской помощи без согласия граждан. Право пациента на согласие или отказ от медицинского вмешательства. Право пациента на информацию и обязанность врача и

исследователя информировать. Правило добровольного информированного согласия. Правило конфиденциальности (врачебная тайна). Правило правдивости. Правило неприкосновенности частной жизни. Проблема прав пациента в современной Беларуси.

Права и обязанности врачей. Правило правдивости. Правило конфиденциальности. Правило информированного согласия.

Этика медицинской сестры.

Тема 5. Жизнь и смерть как главная тема биомедицинской этики.

5.1. Этические аспекты смерти и умирания. Проблема критериев смерти человека и морально-мировоззренческое понимание личности. Проблема «смерти мозга». Виды смерти: клиническая и биологическая. Различные критерии смерти; правила констатации. Возможность для врача не начинать реанимационные мероприятия и прекратить их. Психология терминальных больных. Право на правду о последнем диагнозе. Нравственная коммуникация в паллиативной медицине. Проблемы, связанные с уходом за тяжелобольными людьми. Хосписная помощь. Соблюдение принципов биомедицинской этики в обращении с телами умерших и анатомическими препаратами.

5.2. Этическое и правовое регулирование эвтаназии. Определение и виды эвтаназии. Пассивная и активная эвтаназия. Отношение различных мировых религий к отдельным видам эвтаназии. Документы ВМА, регламентирующие проведение эвтаназии. Отношение в эвтаназии в Республике Беларусь, ответственность медицинских работников.

5.3. Этические аспекты проблемы искусственного аборта и контрацепции. История проблемы искусственного аборта. Консервативный и либеральный подходы к проблеме искусственного прерывания беременности. Природа и статус эмбриона. Биоэтические принципы разрешения этических дилемм по проблеме аборта. Законодательство Республики Беларусь об аборте.

5.4. Репродуктивная этика. Новые репродуктивные технологии: искусственная инсеминация, экстракорпоральное оплодотворение, суррогатное материнство. Проблема статуса эмбриона в новых репродуктивных технологиях. Моральные проблемы, возникающие при решении вопроса о прерывании беременности по результатам пренатальной диагностики. Закон Республики Беларусь о вспомогательных репродуктивных технологиях.

5.5. Этические проблемы отношения к животным. Ценность жизни человека и ценность жизни животного. Проблема содержания домашних животных. Право и долг по отношению к животным. Самостоятельная ценность животных. Проблема использования диких животных различных практиках человека (цирк, зоопарк, спортивные состязания, охота и проч.). Закон Республики Беларусь «О животном мире», регламентирующий использование животных; отсутствие закона о защите животных.

Тема 6. Этика биомедицинских исследований.

История биомедицинских экспериментов на человеке. Этические принципы биомедицинских исследований на человеке. Нюрнбергский кодекс.

Хельсинская декларация. Клинические исследования. Другие виды исследований с участием человека

Этика экспериментирования на животных. Хронический и острый эксперимент. Содержание в виварии. Подготовка животных. Наркоз. Основные этические принципы обращения с экспериментальными животными.

Общественные движения в защиту животных. Законодательство по защите животных. Трансгенные животные и растения.

Тема 7. Этические проблемы оказания психиатрической помощи.

Нарушения прав и свобод лиц с психическими расстройствами. Патернализм и антипатернализм в истории психиатрии. Недобровольная госпитализация психических больных. Защита прав душевнобольных, их реабилитация и реинтеграция в общество, обеспечение им равных прав по сравнению с другими людьми.

Суицид как этическая проблема. Определение суицидов, мировая статистика и причины суицидального поведения, социокультурные и психологические факторы суицидальной готовности. Модели и тактика общения врача и пациента и оказания психиатрической помощи.

Тема 8. Моральные проблемы лечения социально опасных и социально-значимых заболеваний.

Проблема социальных фобий и стигматизации больных. Этические проблемы при оказании помощи пациентам с венерологическими заболеваниями. Реализация принципов конфиденциальности и автономии пациента. Права и обязанности пациента с венерическими заболеваниями и СПИДом. Ответственность за распространение венерических заболеваний и ВИЧ-инфекции. СПИД как ятрогения. Стигматизация пациентов с ВИЧ-инфекцией и пути её преодоления, их медицинская и социально-психологическая реабилитация.

Моральные проблемы в онкологии.

Проблема принудительного лечения. Принудительное лечение психологических состояний и зависимостей, консультирование людей, виновных в домашнем насилии. Кастрация насильников и педофилов. Врачебное воздействие на людей с нетрадиционной половой и гендерной ориентацией. Этические проблемы лечения хронического алкоголизма, наркомании, токсикомании.

Тема 9. Моральные проблемы трансплантации органов и тканей.

Моральные проблемы получения органов от живых доноров. Моральные проблемы пересадки органов от трупа. Презумпция согласия и презумпция несогласия. Проблема справедливости в распределении дефицитных ресурсов для трансплантации. Моральные проблемы трансплантации фетальных органов и тканей. Эстетическая медицина и ее нравственные проблемы.

Тема 10. Этические проблемы медицинской генетики

Моральные проблемы получения и использования медико-генетической информации. Евгеника. Этические проблемы международного проекта «геном человека». Уважение/неуважение решения пациента после медикогенетического консультирования. Проблема соблюдения конфиденциальности генетической информации. Этические проблемы, возникающие при генетическом тестировании. Этические аспекты использования методов генетической диагностики для решения немедицинских задач. Этические проблемы, возникающие при модификации генома человека: генная терапия. Всеобщая декларация о геноме и правах человека.

4.2 Рекомендуемая литература

Основная

1. Белялетдинов, Р. Р. Риски современных биотехнологий: социогуманитарный анализ / Р. Р. Белялетдинов. – М. : 4Принт, 2019. – 212 с.
2. Биоэтика : учебник и практикум для вузов / Е. С. Протанская [и др.] ; под ред. Е. С. Протанской. – М. : Юрайт, 2022. – 278 с.
3. Моисеев, В. И. Биоэтика : учебник / В. И. Моисеев, О. Н. Моисеева. – В 2 т. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 160 с.
4. Мухамедова, З. М. Биоэтика : учебник для студентов мед. вузов / З. М. Мухамедова, Ж. А. Ризаев, А. Н. Махмудова. – Самарканд : Изд-во Самарканд. гос. мед. ин-та, 2021. – 315 с.
5. Сергеев, В. В. Биоэтика : учебное пособие / В. В. Сергеев и др. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 240 с.
6. Силуянова, И. В. Биомедицинская этика : учебник и практикум для вузов / И. В. Силуянова. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : Юрайт, 2023. – 358 с.
7. Ушаков, Е. В. Биоэтика : учебник и практикум для вузов / Е. В. Ушаков. – М. : Юрайт, 2023. – 306 с.

Дополнительная

1. Белялетдинов, Р. Р. Биоэтика и COVID-19: принцип автономии в режиме цейтнота / Р. Р. Белялетдинов // Знание. Понимание. Умение. – 2020 – №4. – С. 108–115.
2. Биомедицинская этика : практикум / под общ. ред. С. Д. Денисова, Я. С. Яскевич – Минск : БГМУ, 2011. – 255 с.
3. Биомедицинская этика и коммуникации в здравоохранении : учебно-методическое пособие / А. Т. Щастный [и др.] ; под ред. А. Т. Щастного. – Витебск : ВГМУ, 2018. – 310 с.
4. Биомедицинская этика : слов.-справ. / Т. В. Мишаткина, Я. С. Яскевич [и др.] ; под ред. Т.В. Мишаткиной. – Минск : БГЭУ, 2007. – 90 с.
5. Биоэтика. Этические и юридические документы, нормативные акты : учеб. пособие по этическим и юрид. документам и нормативным актам / сост. И. А. Шамов, С. А. Абусуев. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 357 с.
6. Биоэтический практикум : учеб. пособие / Е. П. Михаловска-Карлова, Л. Е. Горелова ; ред. Д. А. Балалыкин. – М. : Литерра, 2012. – 208 с.
7. Введение в биоэтику: учеб. пособие / А. Я. Иванюшкин и др. ; под ред. Б. Г. Юдина. – М. : Прогресс-Традиция, 1998. – 381 с.
8. Глобальная биоэтика в социальном измерении : словарь-справочник / ред.-сост. Т. В. Мишаткина. – Минск : МГЭИ им. А. Д. Сахарова БГУ, 2015. – 196 с.
9. Звёздочкина, Н. В. Семинарские занятия по курсу «Этика и деонтология в медицине и биологии» : учеб.-метод. пособие / Н. В.

Звёздочкина, А. М. Еремеев, А. А. Еремеев. – Казань : Изд-во Казан. ун-та, 2017. – 53 с.

10. Поттер, В. Р. Биоэтика: мост в будущее / В. Р. Поттер. – Киев, 2002. – 216 с.

11. Пустовит, С. В. Глобальная биоэтика: становление теории и практики (философский анализ) / С. В. Пустовит. – Киев : Арктур–А, 2009. – 324 с.

12. Сгречча, Э. Биоэтика : учебник / Э. Сгречча, В. Тамбоне ; пер. с итал. : В. Зелинский и Н. Костомарова. – М. : Библ.-богосл. ин-т св. апостола Андрея, 2001. – 413 с.

13. Сингер, П. Освобождение животных / П. Сингер. – Киев : Киевский эколого-культурный центр, 2002. – 84 с.

14. Социальная биоэтика сквозь призму глобальной биоэтики / Т. В. Мишаткина [и др.] ; под ред. Т. В. Мишаткиной, С. Б. Мельнова. – Минск : Минфина, 2018. – 518 с.

15. Тищенко, П. Д. Биовласть в эпоху биотехнологий / П. Д. Тищенко. – М. : ИФ РАН, 2001. – 177 с.

16. Тищенко, П. Д. Казус Анджелины Джоли и этические проблемы современной онкологии / П. Д. Тищенко, С. Ю. Шевченко // Журнал имени академика Б. В. Петровского. – 2015. – № 4. – С. 5–11.

17. Чернусь, Н. Ю. Особенности оказания онкологической помощи в условиях пандемии COVID-19: взгляд юриста и клинициста / Н. Ю. Чернусь, А. Г. Кедрова, С. Э. Красильников, О. И. Ивановский // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2020. – Т.16(1). – С. 85–90.

18. Чернявская О. А. Некоторые аспекты проблемы стигматизации и дискриминации людей, живущих с ВИЧ/СПИДОМ / О. А. Чернявская, Е. А. Иоанниди // Социология медицины. – 2014. – № 2. – С. 55–57.

19. Этика инфекционной патологии / под общ. ред. О. И. Кубарь. – СПб. : ФБУН НИИЭМ им. Пастера, 2014. – 116 с.

20. Этико-правовые аспекты проекта «Геном человека» : Междунар. док. и аналит. материалы / ред.-сост.: В. И. Иванов, Б. Г. Юдин. – М. : Росс. нац. комитет по биоэтике, 1998. – 190 с.

21. Этическая экспертиза биомедицинских исследований / под ред. Ю. Б. Белоусова. – М. : Росс. о-во клинических исслед., 2005. – 156 с.

22. Beauchamp, T. L., Childress J. F. Principles of biomedical ethics. – 5th ed. / T. L. Beauchamp, J. F. Childress. – L. : Oxford University Press, 2001. – 454 p.

23. Encyclopedia of Bioethics / W. Th. Reich (Editor-in-chief). – V. 1–5. – N.Y., 1995.

Законы Республики Беларусь

1. Закон Республики Беларусь О здравоохранении от 18.06.1993 № 2435-ХП [Электронный ресурс] // Pravo.by. – Режим доступа: <https://pravo.by/document/?guid=3871&p0=V19302435>. – Дата доступа: 20.04.2023.

2. Закон Республики Беларусь О трансплантации органов и тканей человека № 28-3 от 04.03.1997 [Электронный ресурс] // Pravo.by. – Режим доступа: <https://pravo.by/document/?guid=3961&p0=H19700028>. – Дата доступа: 20.04.2023.

3. Закон Республики Беларусь О вспомогательных репродуктивных технологиях от 7.01.2012 № 341-3 [Электронный ресурс] // Etalonline.by. – Режим доступа: <https://etalonline.by/document/?regnum=H11200341>. – Дата доступа: 20.04.2023.

4. Закон Республики Беларусь Об оказании психиатрической помощи от 7.01.2012 № 349-3 [Электронный ресурс] // Pravo.by. – Режим доступа: <https://pravo.by/document/?guid=3961&p0=H11200349>. – Дата доступа: 20.04.2023.

Международные документы

1. Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека (ЮНЕСКО, 2005) [Электронный ресурс] // ООН. – Режим доступа: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/bioethics_and_hr.shtml. – Дата доступа: 20.04.2023.

2. Всеобщая декларация о геноме человека и правах человека (ЮНЕСКО, 1997) [Электронный ресурс] // ООН. – Режим доступа: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/decl_human_genome.shtml. – Дата доступа: 20.04.2023.

3. Гавайская декларация (ВПА, 1983) [Электронный ресурс] // Права и свободы человека в психиатрии. – Режим доступа: <http://www.psychopravo.ru/law/int/gavajskaya-deklaraciya.htm>. – Дата доступа: 20.04.2023.

4. Декларация о политике в области обеспечения прав пациента в Европе (ВОЗ, 1994) [Электронный ресурс] // Med-practic. – Режим доступа: <https://www.med-practic.com/rus/608/2082/article.more.html>. – Дата доступа: 20.04.2023.

5. Декларация Организации Объединенных наций о клонировании человека (ООН, 2005) [Электронный ресурс] // ООН. – Режим доступа: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/decl_clon.shtml. – Дата доступа: 20.04.2023.

6. Декларация Организации Объединенных наций о клонировании человека (ООН, 2005) [Электронный ресурс] // ООН. – Режим доступа: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/decl_clon.shtml. – Дата доступа: 20.04.2023.

7. Дополнительный протокол к Конвенции по правам человека и биомедицине в области биомедицинских исследований (Совет Европы, 2005) [Электронный ресурс] // Консорциум «Кодекс». – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/901921573>. – Дата доступа: 20.04.2023.

8. Защита прав человека в условиях пандемии COVID-19 [Электронный ресурс] // ЮНЕСКО. – Режим доступа:

<https://www.un.org/ru/coronavirus/protecting-human-rights-amid-covid-19-crisis>. – Дата доступа: 20.04.2023.

9. Конвенция о правах ребенка (ООН, 1989) [Электронный ресурс] // ООН. – Режим доступа: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/childcon.shtml. – Дата доступа: 20.04.2023.

10. Конвенция Совета Европы «О правах человека и биомедицине» [Электронный ресурс] // Bioethics. – Режим доступа: <http://bioethics.imbr.ru/Principles/Convention.html>. – Дата доступа: 20.04.2023.

11. Лиссабонская Декларация о правах пациента (ВМА, 1981) [Электронный ресурс] // Медицина без принуждения. – Режим доступа: <https://inlnk.ru/ВрJKX2>. – Дата доступа: 20.04.2023.

12. Политическая декларация по ВИЧ/СПИДу (ООН, 2006) [Электронный ресурс] // ООН. – Режим доступа: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/aidsdecl.shtml. – Дата доступа: 20.04.2023.

13. Руководящие принципы ВОЗ по трансплантации человеческих клеток, тканей и органов (ВОЗ, 2010) [Электронный ресурс] // Organdonor.ru. – Режим доступа: https://organdonor.ru/law/guiding_principles/. – Дата доступа: 20.04.2023.

14. Хельсинкская декларация Этические принципы проведения медицинских исследований с участием людей в качестве субъектов исследования (Всемирная медицинская организация (1964–2013)) [Электронный ресурс] // Гарант. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/74470819/>. – Дата доступа: 20.04.2023.

4.3. Электронные ресурсы

1. Новая философская энциклопедия Института философии РАН [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://iphlib.ru/library/collection/newphilenc/browse/CL6>. – Дата доступа: 10.05.2023.

2. Образовательный портал БГУ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://dl.bsu.by>. – Дата доступа: 28.05.2023.

3. Электронная библиотека БГУ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.elib.bsu.by>. – Дата доступа: 22.05.2023.

4.4. Материально-техническое обеспечение дисциплины

Материально-техническое обеспечение дисциплины «Биоэтика» предполагает наличие аудиторий, оснащенных мультимедийными средствами (компьютер, проектор, экран). Кроме того, разработано методическое

обеспечение и сопровождение дисциплины для ее преподавания на образовательной платформе MOODLE

Методы (технологии) обучения

При организации образовательного процесса используется *эвристический подход*, который предполагает:

- осуществление студентами личностно-значимых открытий окружающего мира;
- демонстрацию многообразия решений большинства профессиональных задач и жизненных проблем;
- творческую самореализацию обучающихся в процессе создания образовательных продуктов;
- индивидуализацию обучения через возможность самостоятельно ставить цели, осуществлять рефлексию собственной образовательной деятельности.

При организации образовательного процесса используется *практико-ориентированный подход*, который предполагает:

- освоение содержания образования через решения практических задач;
- приобретение навыков эффективного выполнения разных видов профессиональной деятельности.

При организации образовательного процесса используется метод анализа конкретных ситуаций (*кейс-метод*), который предполагает:

- приобретение студентом знаний и умений для решения практических задач;
- анализ ситуации, используя профессиональные знания, собственный опыт, дополнительную литературу и иные источники.

При организации образовательного процесса используется *метод проектного обучения*, который предполагает:

- способ организации учебной деятельности студентов, развивающий актуальные для учебной и профессиональной деятельности навыки планирования, самоорганизации, сотрудничества и предполагающий создание собственного продукта;
- приобретение навыков для решения исследовательских, творческих, социальных, предпринимательских и коммуникационных задач.

При организации образовательного процесса используется *метод учебной дискуссии*, который предполагает участие студентов в целенаправленном обмене мнениями, идеями для предъявления и/или согласования существующих позиций по определенной проблеме.

Использование метода обеспечивает появление нового уровня понимания изучаемой темы, применение знаний (теорий, концепций) при решении проблем, определение способов их решения.