

# Биоэтика

В. В. Сергеев

2013

ГЭОТАР-Медиа

Библиография "Биоэтика [Электронный ресурс] : учеб. пособие для студентов, обучающихся по специальностям высш. проф. образования группы "Здравоохранение" / В. В. Сергеев и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013." - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970425961.html>

Авторы Сергеев В.В.

Издательство ГЭОТАР-Медиа

Год издания 2013

Прототип **Электронное издание на основе:** Биоэтика : учеб. пособие для студентов, обучающихся по специальностям высш. проф. образования группы Здравоохранение / В. В. Сергеев [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 240 с. - **ISBN 978-5-9704-2596-1**

## СОДЕРЖАНИЕ

<u>Глава 1. Биоэтика в современном здравоохранении</u>	5
<u>1.1 Формирование биоэтического сознания специалистов в сфере здравоохранения</u>	5
<u>1.2. Этические основы современного законодательства в сфере охраны</u>	8
<u>1.3. Соотношение биоэтики, профессиональной этики и права</u>	
<u>1.4. Основные этические документы международных, отечественных правительственных и неправительственных организаций</u>	11
<u>1.5. Основные этические теории и биоэтика</u>	15
<u>1.6. Законы биоэтики</u>	18
<u>Глава 2. Принципы биоэтики</u>	26
<u>2.1. Система принципов биоэтики</u>	26
<u>2.2. Мотивационные принципы</u>	28
<u>2.3. Целеполагающие принципы</u>	33
<u>2.4. Экзистенциально-гуманистические принципы</u>	34
<u>2.5. Функциональные принципы</u>	37
<u>Глава 3. Правила биоэтики</u>	42
<u>3.1. Правила биоэтики в структуре этического анализа</u>	42
<u>3.2. Правило правдивости</u>	43
<u>3.3. Правило уважения неприкосновенности частной жизни</u>	45
<u>3.4. Правило конфиденциальности</u>	46
<u>3.5. Правило информированного согласия</u>	49
<u>3.6. Этические аспекты отказа пациента от медицинского вмешательства</u>	50
<u>Глава 4. Модели биоэтики. Традиционные и новые сферы профессиональной этики</u>	55
<u>4.1. Основные модели биоэтики</u>	55
<u>4.2. Этическая основа правового статуса пациента и работников здравоохранения</u>	58
<u>4.3. Традиционные сферы профессиональной этики (отношения с пациентами, коллегами, обществом)</u>	62
<u>4.4. Новые сферы профессиональной этики (защита будущих поколений, окружающей среды, биосферы и биоразнообразия)</u>	70
<u>Глава 5. Биоэтические проблемы применения инновационных технологий</u>	81
<u>5.1. Проблемы применения инновационных технологий</u>	81
<u>5.2. Нравственное и рациональное обоснование биомедицинских исследований</u>	88
<u>5.3. Клинические исследования лекарственных препаратов</u>	92
<u>5.4. Минимизация страданий лабораторных животных</u>	95
<u>5.5. Комитеты по биоэтике</u>	97
<u>5.6. Биоэтическая аргументация при рассмотрении спорных вопросов и разрешении конфликтов</u>	101
<u>Глава 6. Биоэтические проблемы реализации репродуктивных прав человека</u>	108
<u>6.1. Медицинские вмешательства в репродукцию человека</u>	108
<u>6.2. Различные подходы к применению вспомогательных репродуктивных технологий</u>	109
<u>6.3. Биоэтические проблемы контрацепции и стерилизации</u>	111
<u>6.4. Биоэтические проблемы искусственного прерывания беременности</u>	113
<u>6.5. Биоэтические аспекты сексологии</u>	119
<u>7.1. Специфика биоэтических проблем в психиатрии</u>	125
<u>7.2. Уважение человеческого достоинства и защита прав лиц с психическими</u>	127

<u>расстройствами</u>	
<u>7.3. Патернализм и антипатернализм в психиатрии. Антипсихиатрия</u>	129
<u>7.4. Принцип уважения автономии личности в психиатрии</u>	133
<u>7.5. Биоэтическое правило пропорциональности</u>	136
<u>7.6. Определение понятия «злоупотребление психиатрией»</u>	138
<u>8.1. Инфекционные болезни как источник социальной опасности</u>	144
<u>8.2. Биоэтические аспекты профилактики инфекционных заболеваний</u>	147
<u>8.3. Основные биоэтические проблемы, связанные с ВИЧ/СПИДОМ</u>	149
<u>8.4. Спидофобия. Тестирование и скрининг</u>	152
<u>8.5. Спид как ятрогения. Профессиональный риск медицинских работников</u>	154
<u>Глава 9. Трансплантация, умирание и смерть: биоэтические проблемы</u>	158
<u>9.1. Основные моральные дилеммы, связанные с пересадкой органов и тканей человека</u>	158
<u>9.2. Эксперимент в трансплантологии</u>	161
<u>9.3. Донорство как альтруистическая, осознанная, добровольная жертва ближнему. Биоэтические проблемы некомпетентных доноров</u>	162
<u>9.4. Недопустимость продажи органов и тканей человека</u>	169
<u>9.5. Современная медицина и проблемы смерти. Определение момента смерти человека</u>	172
<u>9.6. Биоэтические проблемы эвтаназии</u>	176

## Список сокращений

ВМА - Всемирная медицинская ассоциация

ВМС - внутриматочные средства

ВОЗ - Всемирная организация здравоохранения

ВПА - Всемирная психиатрическая ассоциация

ВРТ - вспомогательные репродуктивные технологии

ИОВ - иррациональный оптимизм врача

ИОП - иррациональный оптимизм пациента

ИПВ - иррациональный пессимизм врача

ИПП - иррациональный пессимизм пациента

МБИ - медико-биологические исследования

МПК - медико-правовая клиника

ООН - Организация Объединенных Наций

РОВ - рациональный оптимизм врача

РОП - рациональный оптимизм пациента

РПВ - рациональный пессимизм врача

РПП - рациональный пессимизм пациента

СМ - суррогатное материнство

СММНО - Совет международных медицинских научных организаций ХВС -  
хроническое вегетативное состояние

## Глава 1. Биоэтика в современном здравоохранении

### 1.1. ФОРМИРОВАНИЕ БИОЭТИЧЕСКОГО СОЗНАНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

На современном этапе развития здравоохранения одной из фундаментальных проблем следует признать формирование биоэтического сознания специалистов, осуществляющих свою профессиональную деятельность в этой важной сфере.

**Биоэтическое сознание** - это область сознания, обобщенно и целенаправленно отражающая действительность в форме биоэтических знаний, оценочных отношений к биоэтике и практике реализации ее законов, принципов и правил, моральных установок и ценностных ориентаций, регулирующих поведение разумного и нравственного человека в ситуациях морального выбора, связанного с его вмешательством в процессы жизнедеятельности, которое представляет для них возможную или реальную опасность.

Биоэтическое сознание выполняет следующие функции:

- познавательную;
- оценочную;
- регулятивную.

**Познавательная функция** связана с накоплением биоэтических знаний в результате интеллектуальной (мыслительной) деятельности и оперирует в связи с этим такими понятиями, как «биоэтическое образование», «биоэтическая подготовка».

Реализация **оценочной функции** требует определенного эмоционального отношения личности к практике применения законов, принципов и правил биоэтики, к разным сторонам и явлениям жизни.

**Регулятивная функция** осуществляется на основе моральных установок и ценностных ориентаций, определяющих поведение человека в биоэтически значимых ситуациях.

Важные факторы формирования биоэтического сознания - это:

- разум;
- добрая воля;
- высшее благо.

*Разум* как творческая познавательная деятельность, раскрывающая сущность действительности, воплощает способность человека к верным, объективным, взвешенным суждениям о мире. Неразумные (иррациональные) мыслительные процессы протекают, как кажется, независимо от разума, но все же отчасти зависят от него. Они протекают независимо на вегетативном уровне. Они зависят от разума в своих эмоциональных, аффективных проявлениях - во всем том, что сопряжено с удовольствиями и страданиями (Гусейнов А.А., Апресян Р.Г., 2004).

Разумность поведения совпадает с его целесообразностью. Это значит, что человек предвидит возможный ход и исход событий и заранее, идеально, в виде цели формулирует тот результат, который ему предстоит достичь.

Нацеленность разума на высшее благо обнаруживается в *доброй воле*. Понятие доброй воли в качестве специфического признака морали обосновал И. Кант (1724-1804). Он видел в доброй воле единственное безусловное благо. Только добрая воля имеет самоценное значение; она потому и называется доброй, что никогда не может стать злой, обернуться против самой себя. Все прочие блага, будь то телесные (здоровье, сила и т.п.), внешние (богатство, почет и т.п.), душевные (самообладание, решительность и т.п.), умственные (память, остроумие и т.п.), как они ни важны для человека, тем не менее сами по себе, без доброй воли могут быть использованы для порочных целей. Только добрая воля обладает абсолютной ценностью.

Под доброй волей И. Кант понимал чистую волю - чистую от соображений выгоды, удовольствия, житейского благоразумия, вообще каких-либо эмпирических мотивов. Отсутствие себялюбивых мотивов становится в ней самостоятельным мотивом. Показателем доброй воли можно считать способность к поступкам, которые не только не сулят индивиду какой-либо выгоды, но даже сопряжены для него с очевидными потерями. Добрая воля есть бескорыстная воля. Ее нельзя обменять ни на что другое. Она не имеет цены в том смысле, что является бесценной.

В «Основах метафизики нравственности» И. Кант констатирует: «Так как разум недостаточно приспособлен для того, чтобы уверенно вести волю в отношении ее предметов и удовлетворения всех наших потребностей (которые он сам отчасти приумножает), а к этой цели гораздо вернее привел бы врожденный природный инстинкт, и все же нам дан разум как практическая способность, т.е. как такая, которая должна иметь влияние на *волю*, - то истинное назначение его должно состоять в том, чтобы породить не *волю как средство* для какой-нибудь другой цели, а *добрую волю самое по себе*. Для этого непременно нужен был разум, если только природа всегда поступала целесообразно при распределении своих даров. Эта воля не может быть, следовательно, единственным и всем благом, но она должна быть высшим благом и условием для всего прочего, даже для всякого желания счастья».

Разумность человека обнаруживается не только в способности к целесообразной деятельности, но и в том, что эта деятельность выстраивается в перспективе последней (высшей, совершенной) цели. Разумная рассудительность поведения изначально и органично нацелена на высшее благо.

Разумное поведение становится морально совершенным тогда, когда оно направлено на совершенную цель, которая считается безусловной (абсолютной) и признается в качестве *высшего блага*. Высшее благо - безусловно (абсолютно), оно придает осмысленность человеческой деятельности в целом, выражает ее общую позитивную направленность. С позиций биоэтического сознания высшим благом признается жизнь.

Таким образом, разум, добрая воля и высшее благо суть важные критерии нравственного измерения специалиста в сфере здравоохранения. Мысль о необходимости соотнесенности морали и права впервые была четко сформулирована И. Кантом (принцип взаимодополнительности морали и права). В биоэтике указанный принцип нашел практическую реализацию.

Согласно ч. 1 ст. 73 Федерального закона Российской Федерации (РФ) от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон РФ № 323ФЗ), медицинские и фармацевтические работники осуществляют свою деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, руководствуясь принципами медицинской этики и деонтологии.

Эта законодательная норма позволяет констатировать актуальность создания и развития этической основы современного российского законодательства в сфере охраны здоровья.

Важность и актуальность применения комплексного подхода (создание комплексных социально-нормативных систем в здравоохранении) к регулированию общественных отношений в сфере здравоохранения диктуются:

- масштабностью и темпами преобразования в сфере правового и этического регулирования;
- необходимостью социально-нормативного регулирования в аспекте взаимообусловленности, взаимодополнения и взаимодействия норм морали и права;
- международным измерением отечественного здравоохранения и медицины с опорой на критерии, предложенные в документах Организации Объединенных Наций (ООН), ЮНЕСКО, Совета Европы, Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), Всемирной медицинской ассоциации (ВМА);
- усилением социального контроля и возрастанием социальной ответственности специалистов, работающих в сфере здравоохранения.

Для медицинских и фармацевтических работников особое значение имеет вопрос о соотношении норм права и морали как социальных регуляторов их профессиональной деятельности. При этом особенно следует подчеркнуть, что именно для медицинской (фармацевтической) деятельности особенно важны разработка и применение на основе норм морали и права комплексных нормативных систем, которые органически взаимодействуют между собой (взаимообуславливают, взаимодополняют и взаимообеспечивают).

Значение универсальных норм в биоэтике глубоко осознается мировым сообществом. Свидетельство тому п. «а» ст. 2 Всеобщей декларации о биоэтике и правах человека ЮНЕСКО, согласно которому одной из ее целей провозглашается обеспечение универсального комплекса принципов и процедур, которыми могут руководствоваться государства при выработке своих законодательных норм, политики или других инструментов в области биоэтики.

На основе результатов исследований институциональных систем (Клейнер Г.Б., 2004) предложен комплексный институциональный подход к социальному нормированию в здравоохранении, который можно представить в виде следующей формализованной модели:

$$И = (Ц, З_б, П_б, Пр_б, Н_{мэ}) \times (Н_о) \Sigma (Н_д, Н_к, Н_р) + МР,$$

где:  $I_{\text{кисн}}$  - комплексный институт социального нормирования; Ц - ценности;  $Z_6$  - законы биоэтики;  $P_6$  - принципы биоэтики;  $Pr_6$  -

правила биоэтики;  $H_{\text{мэ}}$  - нормы медицинской этики (нравственная основа института);  $H_0$  - основная норма (ядро института);  $H_{\text{д}}$  - нормы дефиниции;  $H_{\text{к}}$  - конструктивные нормы;  $H_{\text{р}}$  - регулятивные нормы (оболочка института); МР - механизм реализации (процессуальный механизм института).

## 1.2. Этические основы современного законодательства в сфере охраны

Из данной формулы видно, что при комплексном подходе реализуется принцип взаимодополнительности морали и права путем интеграции нравственной основы института (нормы морали), ядра и оболочки института (нормы права).

При комплексном институциональном подходе к социальному нормированию в здравоохранении особое внимание заслуживает процессуальный механизм института (механизм реализации). Механизм реализации - это совокупность *внешних* и *внутренних* состояний и процессов, определяющих воплощение моральной (этической) и правовой (юридической) основ социального института.

Сегодня большинство специалистов пришли к глубокому осознанию того, что основные внутренние факторы, определяющие претворение в жизнь этической и юридической основ деятельности работника в сфере здравоохранения, - это:

- развитые правосознание и биоэтическое сознание;
- высокий уровень общей, профессиональной, правовой и биоэтической культуры.

Стабильность социального института в здравоохранении призваны обеспечивать функционирующие на постоянной основе комитеты (комиссии) по биоэтике (этике), а также четко отработанные механизмы досудебного и судебного разрешения споров и конфликтов.

## 1.3. СООТНОШЕНИЕ БИОЭТИКИ, ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭТИКИ И ПРАВА

Большое теоретическое и практическое значение имеет установление соотношения биоэтики с профессиональной этикой (аксиологией, деонтологией) и правом.

Термин «биоэтика» предложил американский онколог Ван Ренсселер Поттер. В 1970 г. он опубликовал статью «Биоэтика: наука выживания», в 1971 г. вышла в свет его книга «Биоэтика: мост в будущее». Поттер, вводя понятие «биоэтика», говорил о «новой дисциплине, соединяющей в себе биологические знания и познание системы человеческих ценностей». Он подчеркивал: «Я выбрал корень *bio* для символизации биологического знания, науки о живых системах и *ethics* для символизации познания системы человеческих ценностей». Поттер считал, что разделение между этическими ценностями как части человеческой культуры в широком смысле и биологическими фактами лежит в основе научно-технического процесса, который угрожает человечеству и самому существованию жизни на земле. В связи с этим он назвал биоэтику наукой выживания. «Инстинкт» выживания не был самодостаточным, и потому потребовалась новая наука - биоэтика. По мнению Поттера, биоэтика должна не только сосредоточивать внимание на человеке, но и распространять свой метод и на

биосферу как целое, т.е. на всякое научное вмешательство человека в жизнь как таковую. Данную концепцию автор обозначил термином «глобальная биоэтика».

Биоэтика - междисциплинарная область знания, охватывающая широкий круг философских и этических проблем, возникающих в связи с бурным развитием медицинских, биологических наук и использованием в здравоохранении высоких технологий (Тищенко П.Д., 2001).

Биоэтика (биомедицинская этика) тесно связана с медицинской этикой, но не идентична ей. В то время как медицинская этика сосредоточивается главным образом на вопросах, возникающих в медицинской практике, биоэтика - очень широкое понятие, охватывающее проблемы норм поведения, возникающие в связи с развитием биологических наук в целом.

Медицинскую этику следует рассматривать как относительно автономный комплекс внутри биоэтики, состоящий из двух взаимосвязанных частей:

- медицинской аксиологии (учения о профессиональных ценностях);
- медицинской деонтологии (учения о должном поведении при осуществлении профессиональной деятельности).

Аксиология, или теория ценностей, философское учение о природе ценностей, исследует, в частности, базовые ценности медицинской этики: сочувствие, компетентность, самостоятельность наряду с фундаментальными правами человека (Уильямс Дж.Р., 2006).

Деонтология акцентирует внимание на профессиональных обязанностях и предполагает осознание и добросовестное исполнение их специалистом.

Разграничение биоэтики и права оказалось достаточно сложной задачей.

В предисловии к Всеобщей декларации о биоэтике и правах человека (далее - Декларация), принятой путем аккламации 19 октября 2005 г. на 33-й сессии Генеральной конференции ЮНЕСКО, генеральный директор ЮНЕСКО в 1999-2009 гг. К. Мацуура подчеркнул, что, закрепляя биоэтику в международных нормах в области прав человека и обеспечивая уважение человеческой жизни, Декларация тем самым признает взаимосвязь между этикой и правами человека конкретно в сфере биоэтики.

Этот синтез морали и права прослеживается в Декларации. «Статья 3. Человеческое достоинство и права человека.

1. Должно обеспечиваться полное уважение человеческого достоинства, прав человека и основных свобод.
2. Интересы и благосостояние отдельного человека должны главенствовать над интересами собственно науки или общества».

В биоэтике в настоящее время используется большое количество документов международных правительственных организаций, которые являются источниками международного права. Вместе с тем представляется неправильным рассматривать биоэтику в качестве юридической дисциплины. Наряду с биологией, медициной и

философией юриспруденция является лишь одним из корней в сложной корневой системе биоэтики.

С учетом сказанного главную научную проблему, цель и основные практические задачи биоэтики необходимо формулировать в широком социальном контексте.

**Главная научная проблема биоэтики** - преодоление путем широкого общественного диалога разрыва между высшими нравственными ценностями, идеалами должного поведения лиц, вовлеченных в ситуации, связанные с вмешательством в процессы жизнедеятельности, и реальной практикой их забвения, деформации и пренебрежения.

В Документе Эриче (1994) сформулированы **цели биоэтики** в редакции «Энциклопедии биоэтики» от 1978 г. (цит. по: Сгречча Э., Тамбоне В., 2001): «Цели биоэтики состоят в рациональном анализе нравственных проблем, связанных с биомедициной, и их связей со сферами права и гуманитарных наук. Они предполагают выработку этических ориентиров, основанных на ценности человеческой личности и прав человека при уважении всех религиозных исповеданий, опирающуюся на рациональную основу и научно адекватную методологию. Эти этические ориентиры имеют и практическую направленность, которая может наложить свою печать не только на поведение тех или иных личностей,

но и на сопутствующее ему право и на нынешние и будущие кодексы профессиональной этики».

Здесь, безусловно, необходимо обратиться к ст. 2 Декларации.

«Настоящая Декларация преследует следующие цели:

- a) обеспечение универсального комплекса принципов и процедур, которыми могут руководствоваться государства при выработке своих законодательных норм, политики или других инструментов в области биоэтики;
- b) установление ориентиров для действий отдельных лиц, групп, общин, учреждений и корпораций как государственных, так и частных;
- c) поощрение уважения человеческого достоинства и защиты прав человека путем обеспечения уважения человеческой жизни и основных свобод в соответствии с международными нормами в области прав человека;
- d) признание важного значения свободы научных исследований и благ, приносимых научно-техническим прогрессом, с указанием при этом на необходимость того, чтобы такие исследования и прогресс не выходили за рамки этических принципов, изложенных в настоящей Декларации при уважении человеческого достоинства, прав человека и основных свобод;
- e) содействие многодисциплинарному и плюралистическому диалогу по биоэтическим проблемам между всеми заинтересованными сторонами и в рамках общества в целом;
- f) поощрение обеспечения справедливого доступа к медицинским, научным и техническим достижениям, максимально широкому распространению знаний о таких

достижениях и быстрому обмену этими знаниями, а также совместного использования благ с уделением особого внимания потребностям развивающихся стран;

g) обеспечение защиты и реализации интересов нынешних и будущих поколений;

h) уделение особого внимания значимости биоразнообразия и необходимости того, чтобы все человечество заботилось о его сохранении».

Из приведенного текста можно получить представления и о целях биоэтики.

**Основными практическими задачами биоэтики** являются: • всестороннее изучение моральных и нравственных аспектов ситуаций, представляющих возможную или действительную опасность

для жизни и здоровья отдельного человека, группы людей или будущему человечеству в целом, а также для животного при проведении научного эксперимента;

- разработка этических стандартов деятельности, связанной с угрозой причинения вреда жизни и здоровью, на основе категорий общего, особенного, единичного;
- изучение и совершенствование общественно-процессуальной практики рассмотрения и разрешения прецедентов, имеющих биоэтическое содержание.

#### **1.4. ОСНОВНЫЕ ЭТИЧЕСКИЕ ДОКУМЕНТЫ МЕЖДУНАРОДНЫХ, ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ПРАВИТЕЛЬСТВЕННЫХ И НЕПРАВИТЕЛЬСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ**

Вторая половина XX в. и начало XXI в. свидетельствуют о большом внимании международных и российских правительственных и неправительственных организаций к формулированию принципов медицинской этики и биоэтики.

Особое значение в связи с этим имеют документы ООН.

Так, в Принципах медицинской этики (а именно в принципе 2), сформулированных в Резолюции 37/194 от 18 декабря 1982 г., принятой на 37-й сессии Генеральной Ассамблеи ООН, читаем: «Работники здравоохранения, в особенности врачи, совершают грубое нарушение медицинской этики, а также преступление в соответствии с действующими международными документами, если они занимаются активно или пассивно действиями, которые представляют собой участие или соучастие в пытках или других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видах обращения и наказания, или подстрекательство к их совершению, или попытки совершить их».

В ст. 2 Всеобщей декларации о геноме человека и правах человека (далее - Декларация), принятой 11 ноября 1997 г. Генеральной конференцией ООН по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО), установлено:

«а) Каждый человек имеет право на уважение его достоинства и его прав, вне зависимости от его генетических характеристик.

б) Такое достоинство непреложно означает, что личность человека не может сводиться к его генетическим характеристикам, и требует уважения его уникальности и неповторимости».

Особое место занимает уже упоминавшаяся Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека (2005), в которой сформулированы 15 принципов биоэтики.

Следующей авторитетной специализированной организацией ООН, в документах которой могут устанавливаться принципы биоэтики, является ВОЗ.

В таком важном документе ВОЗ, как Декларация о политике в области обеспечения прав пациента в Европе, принятая Европейским консультативным совещанием ВОЗ по правам пациента (Амстердам, март 1994 г.), в разделе «Права пациентов» в п. 1 «Права человека и человеческие ценности в здравоохранении» данной Декларации определено:

«Никакие ограничения прав пациентов не должны нарушать права человека и каждое ограничение должно иметь под собой правовую базу в виде законодательства той или иной страны. Осуществление нижеперечисленных прав должно происходить не в ущерб здоровью других членов общества и не нарушать их человеческих прав.

1.1. Каждый человек имеет право на уважение собственной личности.

1.2. Каждый человек имеет право на самоопределение.

1.3. Каждый человек имеет право на сохранение своей физической и психической целостности, а также на безопасность своей личности.

1.4. Каждый человек имеет право на уважение его тайн.

1.5. Каждый человек имеет право иметь собственные моральные и культурные ценности, религиозные и философские убеждения.

1.6. Каждый человек имеет право на защиту собственного здоровья в той мере, в которой это позволяют существующие меры профилактики и лечения болезней и должен иметь возможность достичь наивысшего для себя уровня здоровья».

Одним из основополагающих документов, в котором изложены принципы европейской биоэтики, стала принятая Советом Европы Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины - «Конвенция о правах человека и биомедицине» (ETS N 164) (Овьедо, 4 апреля 1997 г.).

Так, согласно ст. 1, стороны настоящей Конвенции: государства - члены Совета Европы, прочие государства и Европейское сообщество - защищают достоинство и индивидуальную целостность человека и гарантируют каждому без исключения соблюдение неприкосновенно-

сти личности и других прав и основных свобод в связи с применением достижений биологии и медицины.

Большим авторитетом у международной общественности пользуются нормы медицинской этики, сформулированные ВМА.

В 1963 г. ВМА приняты «Двенадцать принципов предоставления медицинской помощи в любой национальной системе здравоохранения». Внимания заслуживает следующий: «Любая система здравоохранения должна обеспечивать пациенту право выбора врача, а врачу - право выбора пациента, не ущемляя при этом прав ни врача, ни пациента. Принцип свободного выбора должен соблюдаться и в тех случаях, когда медицинская помощь полностью или частично оказывается в медицинских центрах. Непременная профессиональная и этическая обязанность врача - оказывать любому человеку неотложную медицинскую помощь без каких-либо исключений».

В преамбуле Лиссабонской декларации о правах пациента, принятой ВМА (Лиссабон, сентябрь-октябрь 1981 г.), сказано, что врач, без сомнения, должен действовать в интересах больного сообразно своей совести, однако необходимы также соответствующие гарантии автономии пациента и справедливого отношения к нему.

В п. 3 Лиссабонской декларации определено:

«а) Пациент имеет право на самоопределение и на принятие независимых решений относительно своего здоровья. Врач обязан сообщить пациенту о последствиях его решения.

б) Умственно полноценный совершеннолетний пациент имеет право соглашаться на любую диагностическую процедуру или терапию, а также отказываться от них. Пациент имеет право на получение информации, необходимой для принятия им решений. Пациент должен иметь четкое представление о целях и возможных результатах любого теста или лечения, а также о последствиях своего отказа.

в) Пациент имеет право отказаться от участия в каком-либо исследовании или медицинской практике».

В п. 10 Лиссабонской декларации указано:

«а) Следует всегда уважать человеческое достоинство и право пациентов на неприкосновенность частной жизни, а также их культурные и моральные ценности при оказании медицинской помощи и в ходе практического медицинского обучения.

б) Пациент имеет право на облегчение своих страданий с использованием существующих знаний в области медицины.

в) Пациент имеет право на гуманный уход в случае неизлечимой болезни и предоставление возможностей для достойного и наименее болезненного ухода из жизни».

В Международном кодексе медицинской этики, принятом 3-й Генеральной Ассамблеей ВМА (Лондон, октябрь 1949 г.), названы общие обязанности врачей. Врач должен всегда поддерживать наивысшие профессиональные стандарты. Врач не должен позволять по соображениям личной выгоды ограничивать свободу и независимость профессионального решения, которое должно приниматься исключительно в интересах пациента.

Врач должен ставить во главу угла сострадание и уважение к человеческому достоинству пациента и полностью отвечать за все аспекты медицинской помощи вне зависимости от собственной профессиональной специализации.

**На основании** п. 3 Хельсинкской декларации ВМА «Этические принципы медицинских исследований с привлечением человека», принятой 18-й Генеральной Ассамблеей ВМА (Хельсинки, Финляндия, июнь 1964 г.), долг врача состоит в укреплении и охране здоровья пациентов, включая участников медицинских исследований. Знания и совесть врача должны быть полностью подчинены выполнению этого долга.

В силу п. 9 Хельсинкской декларации медицинские исследования следует проводить в соответствии с этическими нормами, обеспечивающими уважение каждого человека, защиту его прав и охрану здоровья. Некоторые категории (лица, не способные самостоятельно дать согласие на участие в исследовании или отказаться от него, а также лица, подверженные принуждению или недолжному влиянию) участников исследований особенно уязвимы и нуждаются в специальной защите.

В аспекте реализации биоэтических принципов важно обратить внимание на отдельные статьи Конституции РФ.

Согласно ст. 2, человек, его права и свободы выступают высшей ценностью. Признание, соблюдение и защита прав и свобод человека и гражданина - обязанность государства.

В ст. 21 Конституции РФ указано:

«1. Достоинство личности охраняется государством. Ничто не может быть основанием для его умаления.

2. Никто не должен подвергаться пыткам, насилию, другому жестокому или унижающему человеческое достоинство обращению или наказанию. Никто не может быть без добровольного согласия подвергнут медицинским, научным или иным опытам».

В соответствии с ч. 1 ст. 41 Конституции РФ каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

В соответствии с п. 1 ч. 1 ст. 6 Федерального закона № 323-ФЗ приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи реализуется путем соблюдения этических и моральных норм, а также уважительного и гуманного отношения к нему со стороны медицинских и иных работников медицинской организации.

Существенное значение имеет Этический кодекс российского врача, утвержденный на 4-й конференции Ассоциации врачей России (Москва, ноябрь 1994 г.). В указанном аспекте в нем заслуживают внимание ст. 3 и 21.

«Статья 3. *Primum non nocere*.

Недопустимо причинение вреда пациенту, нанесение ему физического, нравственного или материального ущерба ни намеренно, ни по небрежности. Врач не вправе безучастно относиться и к действиям третьих лиц, причиняющих такой ущерб.

Врач обязан сопоставить потенциальную пользу с возможными осложнениями от вмешательства, особенно если обследование или лечение сопряжены с болью, применением мер принуждения и другими тягостными для пациента факторами. Лекарство не должно быть горше болезни!

Статья 21. Ответственность за нарушение профессиональной этики определяется уставами территориальных и профильных ассоциаций врачей.

Первый судья врача - собственная совесть, второй - медицинское сообщество, которое в лице врачебной ассоциации имеет право наложить на нарушителя взыскание в соответствии со своим уставом и иными документами.

Если нарушение этических норм одновременно затрагивает и положение действующего законодательства Российской Федерации, врач несет ответственность по закону».

## 1.5. ОСНОВНЫЕ ЭТИЧЕСКИЕ ТЕОРИИ И БИОЭТИКА

Все этические теории создавались для объяснения моральных норм, поэтому они помогают понять и биоэтику.

**Теория добродетелей Аристотеля.** Понятие «добродетель» в настоящее время служит обобщенной характеристикой положительных моральных качеств личности. Аристотель искал объяснение нравственных понятий не в отвлеченных идеях, а в действительной жизни: в стремлении людей к счастью и в разуме человека. В этих исканиях, учил он, вырабатываются главные добродетели: мужество, благоразумие, щедрость, великолепие, величавость, честолюбие, ровность, дружелюбие, правдивость, любезность.

Аристотель учил, что назначение человека заключается вовсе не в слепом следовании страстям. Для человека губительны как избыток, так и недостаток страстей. Избыток и недостаток страстей присущи порочности, а не этическим добродетелям. Следовательно, этическая добродетель - это середина между страстями порочного свойства.

**Утилитаристские концепции блага.** Термин «утилитаризм» происходит от лат. *utilitas*- «польза, выгода». Родоначальники утилитаризма - британские философы XVIII-XIX вв. Дэвид Юм, Иеремия Бентам, Джон Милль. Все они, строя свои теории, принципиально исходят из результата действия, последствий, к которым оно привело, а именно оценки пользы или вреда результатов действия человека. Иногда при этом учитывается цель действий. Именно поэтому эти теории еще называют телеологическими (от греч. *telos*- «цель»), но все, что относится к мотивам, побуждающим к действиям, остается на втором плане либо вообще не принимается во внимание.

С точки зрения утилитаризма действие будет морально оправдано даже в той мере, в какой оно ведет к возрастанию неморального блага, например здоровья, красоты, знания, удовольствия. Именно поэтому человеческая деятельность в таких областях, как медицина, искусство, наука, не направленных специально на решение моральных проблем, оказывается морально значимой или подлежащей моральной оценке.

В утилитаристской теории признается один-единственный принцип пользы (полезности), который можно сформулировать так: мы всегда должны действовать таким образом, чтобы достичь наилучшего из возможных соотношений между позитивными и негативными последствиями нашего действия, либо наименьшего суммарного вреда, если последствия при любом варианте будут негативными.

**Учение о моральном долге Канта (деонтологическая этика).** Термин «медицинская деонтология» (от греч. *deontes*- «нужное, должное» и *logos*- «слово, понятие, учение», т.е. учение о должном) был введен сравнительно недавно, в 30-х гг. XX в. Деонтологические теории при оценке действий принимают во внимание не только их результаты, но и мотивы, замыслы действующих лиц.

Первой теорией, выдержанной в деонтологическом ключе, стала этика И. Канта. В противоположность английским философам-утилитаристам Кант стремился открыть основные законы нравственности путем отвлеченного мышления. Он пришел к убеждению, что в основе нравственности лежит сознание долга, которое не вытекает ни из соображений пользы, ни из чувства симпатии, а представляет свойство человеческого разума.

С точки зрения сторонников деонтологического подхода, при оценке наших поступков в первую очередь используют понятия «обязательства», «долг» и «право». Мы обязаны поступать именно так, не ожидая для себя или кого-то другого пользы, а просто выполняя свой долг. Например, неправильно в чем-то обманывать пациента не только потому, что ложь может повлечь за собой негативные последствия для него или его близких, но и потому, что обман - недолжное поведение.

Подобно утилитаристским, деонтологические теории чаще оказываются монистическими. В монистических теориях в качестве основополагающего принимается один принцип, например «золотое правило» этики, или библейская заповедь: «Во всем, как хотите, чтобы с вами поступали люди, так поступайте и вы с ними» (Мф. 7:12).

«Золотое правило» весьма близко тому абсолютному нравственному закону, или категорическому императиву, который Кант считал безусловным основанием этики. Императив, по Канту, - это формулировка такого объективного принципа, который, будучи велением разума, принудителен для воли. Подчинение такому объективному нравственному закону, а не что-либо другое, и определяет, по Канту, моральность поступка. Категорическим же будет такой императив, который представляет тот или иной поступок как объективно необходимый сам по себе. Кант сформулировал категорический императив так: «Поступай только согласно такой максиме (закону. - *Авт.*), руководствуясь которой ты в то же время можешь пожелать, чтобы она стала всеобщим законом».

**Натуралистическая теория этики.** Натуралистическая теория этики изложена гуманистом, ученым и революционером П.А. Кропоткиным (1842-1921) в большом труде «Этика» и обоснована им в книгах:

«Взаимная помощь как закон природы и фактор эволюции», «Взаимная помощь среди животных и людей как двигатель прогресса» (90-е гг. XIX в.). П.А. Кропоткин создал достаточно обоснованную, подкрепленную фактами концепцию универсальной нравственности на основе явления взаимопомощи, хорошо известной в животном мире из работ Ч. Дарвина и других ученых-эволюционистов. Как и конкурентная взаимная

борьба, взаимопомощь имеет природные основания (примеры совместной охоты, защиты стада вожаком, другие кооперативные действия). В человеческом обществе именно взаимопомощь облагораживает индивида, способствует прогрессу, служит благоприятной почвой для развертывания свободы. Дарвин, иллюстрируя необходимый в эволюции для выживания вида принцип взаимопомощи, использовал результаты конкретных наблюдений, полученные другими натуралистами, антропологами, историками и экономистами, изучавшими животный мир и общество в течение столетий. Сам Дарвин наблюдал за природными явлениями во время экспедиции в Сибирь в начале 60-х гг. XIX в., в которой участвовал как натуралист. Для нас натуралистическая теория весьма привлекательна, так как объясняет явления, аналогичные биоэтическим.

**Теория моральных обязательств У.Д. Росса.** Выдвинутую в первой половине XX столетия американским этиком У. Россом теорию называют *плюралистической* (признающей множество точек зрения) *концепцией*. Плюралистический подход близок к нашему повседневному моральному опыту - в этом его преимущество. Мы обычно вовсе не следуем одному-единственному принципу или правилу, а учитываем разные нормы, принципы, несмотря на то что они могут вступать в конфликт друг с другом.

При таком подходе, который можно назвать «соотносительный», мы не отказываемся следовать принципам и правилам и в полной мере учитывать своеобразие конкретных ситуаций. Суть соотносительного подхода в том, что обязательства, вытекающие из некоторого принципа, хотя и не отрицаются, но могут быть нарушены. Каждый из принципов при соотносительном подходе сохраняет свою значимость, и речь не идет о том, чтобы найти главенствующий и подчиненные ему принципы. Однако каждый принцип должен соблюдаться не всегда, а только до тех пор, пока он не вступит в конфликт с другими. И если в конфликтной ситуации более обязывающими окажутся требования, диктуемые другим принципом, то мы будем вправе поступить вопреки требованиям, исходящим от первого принципа.

Например, библейская заповедь «не убий» понимается как запрет не всякого, а только неоправданного убийства. Убийство в целях самозащиты или в ходе войны, смертная казнь как высшая мера наказания считались допустимыми даже у древних евреев, для которых Библия была основополагающим моральным учением. В настоящее время все эти три ситуации считаются конфликтными, т.е. противоречащими библейской заповеди. Но в каждой из них более обязывающими оказываются другие принципы: самообороны, защиты отечества, правосудия. Во имя их реализации и совершается то или иное «оправданное» убийство.

**Теория справедливости Дж. Ролза.** Одной из фундаментальных работ, посвященных справедливости, безусловно, стала книга Дж. Ролза «Теория справедливости», где он обращается к идее рефлексивного равновесия, отмечая при этом: «В соответствии с промежуточной целью моральной философии справедливость как честность представляет собой гипотезу о том, что принципы, которые должны быть выбраны в исходном положении, тождественны принципам, которые соответствуют нашим моральным суждениям, и поэтому эти принципы описывают наше чувство справедливости». И далее: «В описании нашего чувства справедливости должно быть допущено, что обдуманное суждение, без сомнения, могут быть подвержены воздействию нерегулярностей и искажений, несмотря на то что они делались при благоприятных обстоятельствах. <...>С точки зрения моральной теории наилучшее рассмотрение чувства справедливости человека - это не такое, которое подходит его суждениям до проверки некоторой концепции справедливости, а скорее такое, которое

подходит его суждениям в рефлексивном равновесии <.> эта ситуация получается после того, как человек взвешивает различные предложенные концепции и либо ревизует свои суждения для согласования с одной из концепций, либо же возвращается к своим исходным убеждениям (или соответствующей концепции)».

**Постмодернистская этика.** Представители постмодернистской этики - Ж.-Ф. Лиотар, М. Фуко, Ж. Деррида.

Постмодернисты в лице ведущих представителей этого направления:

- стремятся определить статус этики заново, поскольку уверены, что живут в обществе риска и неопределенности;
- не без труда проблематизируют сложный вопрос о соотношении свободы и ответственности человека;
- обращают особое внимание на прагматику языка;
- как правило, погружают этику в эстетический контекст;
- в последние годы несколько снизили уровень экстравагантности своих этических проектов (Канке В.А., 2007).

В заключение важно подчеркнуть, что основные этические теории послужили основой для формулирования принципов биоэтики. В знаменитом Белмонтском докладе комиссии Конгресса США были сформулированы три биоэтических принципа: автономии личности, благодеяния и справедливости. Принцип автономии личности позаимствован у И. Канта, принцип благодеяния - у Дж. С. Милля, а принцип справедливости - у Дж. Ролза (Канке В.А., 2011).

К этому необходимо добавить, что натуралистическая теория П.А. Кропоткина имеет существенное значение для биоэтических принципов действенной любви, сострадания, взаимозависимости, партнерства. Теория моральных обязательств У.Д. Росса и постмодернистская этика позволяют более полно раскрывать биоэтические принципы ответственности, гибкости, множественности.

## 1.6. ЗАКОНЫ БИОЭТИКИ

Вопрос о законах биоэтики носит открытый и дискуссионный характер.

Всеобщая связь предметов и явлений действительности выступает в том числе и как связь закономерная. Отличие закономерных связей от незаконномерных состоит в том, что первые имеют отличительные признаки, а вторые таковыми не обладают.

Среди этих отличительных признаков обычно выделяют следующие.

- **Объективность.** Закон - это объективное отношение, которое не зависит от человека и человечества.
- **Необходимость.** Закон - это необходимое отношение, отражающее внутреннюю, существенную связь.

- **Общее.** Закон - общее отношение. Это означает, что закон охватывает класс явлений, которые характеризуются действием одного и того же закона.
- **Существенность.** Закон - это сущностное отношение, так как в законе отражается наиболее значимое в характеристике явлений.
- **Определенность условий.** Закон действует в определенных условиях.
- **Направленность.** Закон действует в определенном направлении. Совокупность названных выше признаков необходима и достаточна, чтобы охарактеризовать изучаемые отношения предметов и явлений

действительности как закономерные и сформулировать на этом основании определенный закон.

Данная совокупность признаков необходима, так как все признаки закономерной связи должны быть установлены.

Данная совокупность признаков достаточна, поскольку не требуется других признаков для того, чтобы определять изучаемые отношения предметов и явлений в качестве закономерных.

Таким образом, закон - это объективные, необходимые, общие, существенные отношения между предметами и явлениями, которые при определенных условиях вызывают их изменение и развитие в конкретном направлении.

Говоря о законах биоэтики, следует проанализировать приведенные выше признаки.

**Объективность.** Для обсуждения объективности законов биоэтики важно поставить следующие вопросы: «Является ли человек частью бытия?», «Как соотносятся онтологический и гносеологический аспекты объективной реальности?»

Правильно ответить на поставленные вопросы возможно, если обратиться к глубоким мыслям С.Л. Рубинштейна: «Познаваемое бытие, его квалификацию в качестве такового надо брать в соотношении с познающим человеком. Но сам познающий человек располагается не перед бытием, сущим и, значит, не располагает его перед собой, превращая все бытие в предмет, в объективную наличность для созерцания, превращая все только в объект для субъекта, а находится внутри его. Познающий субъект - это человек, сущее, наделенное сознанием, расположенное внутри сущего. Таким образом, исходным является онтологическое отношение различных сущих, сущих с различным способом существования, а познание - осуществляющееся внутри онтологического отношения различных сущих. В этом смысле обнаруживается некоторая двусмысленность при сведении всего сущего к "объективной реальности". Двусмысленность заключается в признании за исходное познавательного отношения, а не объективного отношения и места человека в бытии. Поэтому и характеристика самого бытия оказывается гносеологической - только как внеположенность сознанию, только как объекта познания, в отношении к познанию. Человек находится внутри бытия, а не только бытие внешне его сознанию. В этом смысле бытие обступает нас со всех сторон, и нам из него никуда "не уйти". Мир бытия, в котором мы находимся, - это его непосредственная данность, неотступность, очевидность, его неустранимость, со всех сторон нас объемлющая, его неотменяемость».

Следовательно, человек - это часть бытия, находящаяся внутри его. При сведении сущего к объективной реальности необходимо выделять онтологический и гносеологический аспекты. *Онтологический аспект* - это единство бытия, взятое как отношение целого (бытие) и его части (человек). *Гносеологический аспект* - это отношения субъекта и объекта познания. Все свойства человека, в частности его сознание как одна из форм движения материи, также могут выступать в качестве объекта познания. Именно поэтому различные свойства и качества, присущие данной форме движения материи, объективны и с онтологической, и с гносеологической точек зрения.

Итак, можно утверждать, что биоэтические законы обладают признаком объективности, действуют независимо от того, знают о них люди или нет, приносят они пользу или вред конкретному человеку. Он способен лишь учитывать их возможные результаты. При этом степенями свободы морального выбора каждого человека выступают соблюдение или игнорирование законов биоэтики.

Следует подчеркнуть, что сущность взаимоотношений законов биоэтики раскрывается в наиболее значимом в характеристике изучаемых ею явлений, а именно когда процессы жизнедеятельности, находящиеся в своей естественной актуализации (возникновение, развитие, прекращение), выступают в качестве объекта вмешательства, которое несет с собой возможную или действительную опасность их естественному протеканию (существенность), в частности, жизни и здоровью человека (определенность условий).

Отсюда очевидно, что законы биоэтики действуют лишь в определенных условиях - в ситуациях морального выбора.

Из сказанного вытекает и направленность законов биоэтики на высшее благо - жизнь. Безусловность этого высшего блага не вызывает сомнения у любого разумного и нравственного человека. Даже если принять в расчет жизнеотрицающее мировоззрение отдельного человека, то при глубоком и объективном анализе оно в итоге оборачивается жизнеутверждающим мировоззрением через признание высшим благом другой (неземной) жизни.

В биоэтическом плане важно подчеркнуть тот факт, что разумный и нравственный человек должен испытывать чувство благоговения перед любой формой жизни. Глубоко и вдохновенно об этом говорит А. Швейцер: «Этика заключается, следовательно, в том, что я испыты-

ваю побуждение выказывать равное благоговение перед жизнью как по отношению к моей воле к жизни, так и по отношению к любой другой. В этом и состоит основной принцип нравственного. Добро - то, что служит сохранению и развитию жизни, зло есть то, что уничтожает жизнь или препятствует ей.

Фактически можно все, что считается добрым в обычной нравственной оценке отношения человека к человеку, свести к материальному и духовному сохранению и развитию человеческой жизни и к стремлению придать ей высшую ценность. И наоборот, все, что в отношениях людей между собой считается плохим, можно свести в итоге к материальному и духовному уничтожению или торможению человеческой жизни, а также к отсутствию стремления придать жизни высшую ценность. Отдельные определения добра и зла, часто лежащие в разных плоскостях и как будто бы не

связанные между собой, оказываются непосредственными сторонами одного и того же явления, как только они раскрываются в общих определениях добра и зла.

Однако единственно возможный основной принцип нравственного означает не только упорядочение и углубление существующих взглядов на добро и зло, но и их расширение. Поистине нравственен человек только тогда, когда он повинуется внутреннему побуждению помогать любой жизни, которой он может помочь, и удерживается от того, чтобы причинить живому какой-либо вред. Он не спрашивает, насколько та или иная жизнь заслуживает его усилий, он не спрашивает также, может ли она и в какой степени ощутить его доброту. Для него священна жизнь как таковая. Он не сорвет листочка с дерева, не сломает ни одного цветка и не раздавит ни одно насекомое. Когда летом он работает ночью при лампе, то предпочитает закрыть окно и сидеть в духоте, чтобы не увидеть ни одной бабочки, упавшей с обожженными крыльями на его стол.

Если, идя после дождя по улице, он увидит червяка, ползущего по мостовой, то подумает, что червяк погибнет на солнце, если вовремя не доползет до земли, где может спрятаться в щель, и перенесет его в траву. Если он проходит мимо насекомого, упавшего в лужу, то найдет время бросить ему для спасения листок или соломинку.

Он не боится, что будет осмеян за сентиментальность. Такова судьба любой истины, которая всегда является предметом насмешек до того, как ее признают. Когда-то считалось глупостью думать, что цветные люди являются действительно людьми и что с ними следует обращаться, как со всеми людьми. Теперь эта глупость стала истиной. Сегодня кажется не совсем нормальным признавать в качестве требования раз-

умной этики внимательное отношение ко всему живому вплоть до низших форм проявления жизни. Но когда-нибудь будут удивляться, что людям потребовалось так много времени, чтобы признать несовместимым с этикой бессмысленное причинение вреда жизни.

Этика есть безграничная ответственность за все, что живет».

Таким образом, **законы биоэтики** - это объективные, необходимые, общие, существенные отношения, которые в ситуациях морального выбора, связанных с вмешательством личности в процессы жизнедеятельности, представляющие для них возможную или действительную опасность, определяют изменение и развитие сознания и воли разумного и нравственного человека, стремящегося к сохранению высшего блага - жизни.

Обобщая сказанное, можно сформулировать три закона биоэтики: первый - основной, а второй и третий - дополнительные, вытекающие из первого.

**Первый закон биоэтики - благоговение перед жизнью.** В ситуации морального выбора, связанной с вмешательством личности в процессы жизнедеятельности, которое возможно или в самом деле угрожает их безопасности, разумному и нравственному человеку присуще благоговение перед жизнью.

**Второй закон биоэтики - разумное и нравственное обоснование.** Любое вмешательство в процессы жизнедеятельности, которое представляет для них

возможную или действительную опасность, требует разумного и нравственного обоснования.

**Третий закон биоэтики - основания морального выбора.** Основаниями морального выбора цели и средств любого вмешательства в процессы жизнедеятельности, которое представляет для них возможную или действительную опасность, служат разум и добрая воля, направленные на высшее благо, которым является жизнь.

## Литература

### Основная литература

*Лопатин П.В., Карташова О.В.* Биоэтика: учебник / под ред. П.В. Лопатина. - 4-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 272 с.

*Силуянова И.В.* Руководство по этико-правовым основам медицинской деятельности: учебное пособие. - М.: МЕДпресс-информ, 2008. - 224 с.

*Хрусталеv Ю.М.* Биоэтика. - М.: Медицина, 2011. - 408 с.

*Хрусталеv Ю.М.* От этики до биоэтики: учебник для вузов. - Ростов н/Д: Феникс, 2010. - 446 с.

### Дополнительная литература

*Аристотель.* Собрание сочинений: В 4 т. - М., 1983. Биоэтика: принципы, правила, проблемы / отв. ред. и сост. Б.Г. Юдин [Текст]. - М., 1998. - 472 с.

*Гусейнов А.А., Апресян Р.Г.* Этика: учебник. - М.: Гардарики, 2004. - 472 с.

*Канке В.А.* Современная этика: учебник. - М.: Омега-Л, 2007. - 394 с.

*Канке В.А.* Философия математики, физики, химии, биологии: учебное пособие. - М.: КНОРУС, 2011. - 368 с.

*Кант И.* Собрание сочинений: В 6 т. - М., 1965. - Т. 4 (1). - 544 с.

*Рубинштейн С.Л.* Бытие и сознание. Человек и мир. - СПб.: Питер, 2003. - 512 с.

*Сгречча Э., Тамбоне В.* Биоэтика: учебник: пер. с итал. В. Зелинского и Н. Костомаровой. - М.: Библиейско-богословский институт св. апостола Андрея, 2002. - 413 с.

*Тищенко П.Д.* Биоэтика // Энциклопедический словарь / под ред. Р.Г. Апресяна и А.А. Гусейнова. - М.: Гардарики, 2001. - С. 39-41.

*Уильямс Дж.Р.* Руководство по медицинской этике: пер. с англ. Т.В. Бульгиной, Л.Л. Васильевой / под ред. Ю.М. Лопухина, Б.Г. Юдина, Л.А. Михайлова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - С. 12-33.

*Швейцер А.* Благоговение перед жизнью: пер. с нем. / сост. и посл. А.А. Гусейнова / под общ.ред. А.А. Гусейнова и М.Г. Селезнева. - М.: Прогресс, 1992. - 576 с.

*Яровинский М.Я.* Лекции по курсу «Медицинская этика (биоэтика)». - 3-е изд., испр. и доп. - М., 2004. - 528 с.

Encyclopedia of Bioethics (5 Volume Set). Stephen G. Post (Editor). - Macmillan Reference USA; 3 edition, 2003. - 3000 p.

*Potter V.R.* Bioethics: bridg to the future. - Prentice Hall, Englewood Cliffs (NJ), 1971. - 205 p.

*Potter V.R.* Giobal Bioethics: Building on the Leopold Legacy. - East Lansing, Michigan State, University Press, 1988. - 203 p.

*Reich W.T. (ed.)*. Encyclopedia of bioethics. - The Free Press. - New York, 1978. - 1800 p.

*Reich W.T. (ed.)*. Encyclopedia of bioethics (revised edition). - Simon&Schuster MacMillan. - New York, 1995. - 2950 p.

### **Нормативно-правовые акты и этические документы**

Принципы медицинской этики, относящиеся к роли работников здравоохранения, в особенности врачей, в защите заключенных или задержанных лиц от пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания, принятые 18.12.1982 г. Резолюцией 37/194 на 37-й сессии Генеральной Ассамблеи ООН // URL: [http://www.iatp.am/hr/rus/un/8\\_2.htm](http://www.iatp.am/hr/rus/un/8_2.htm) (дата обращения - 17.09.2012 г.).

Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека, принятая путем аккламации 19 октября 2005 г. на 33-й сессии Генеральной конференции ЮНЕСКО // URL: [/russian/document/declarat/bioethics\\_and\\_hr.pdf](http://russian/document/declarat/bioethics_and_hr.pdf) (дата обращения - 17.09.2012 г.).

Декларация о политике в области обеспечения прав пациента в Европе, принятая Европейским советом по правам пациента (Амстердам, Нидерланды, март 1994 г.) // Сборник официальных документов Ассоциации врачей России «Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы» / под ред. В.Н. Уранова. - М.: ПАИМС, 1995. - С. 82.

Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины «Конвенция о правах человека и биомедицине» (ETS N 164) (Овьедо, 4 апреля 1997 г.) // Справочная правовая система «Гарант» // URL: <http://www.garant.ru> (дата обращения - 17.09.2012 г.).

Двенадцать принципов предоставления медицинской помощи в любой национальной системе здравоохранения, принятые ВМА, 1963 г. // Сборник официальных документов Ассоциации врачей России «Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы» / под ред. В.Н. Уранова. - М.: ПАИМС, 1995. - С. 19.

Лиссабонская декларация о правах пациента, принятая ВМА (Лиссабон, Португалия, сентябрь-октябрь 1981 г.) // Там же. - С. 17.

Международный кодекс медицинской этики, принятый 3-й Генеральной Ассамблеей ВМА (Лондон, Великобритания, октябрь 1949 г.) // Там

же. - С. 21.

Хельсинкская декларация ВМА «Этические принципы медицинских исследований с привлечением человека», принятая 18-й Генеральной Ассамблеей ВМА (Хельсинки, Финляндия, июнь 1964 г.) // URL: [http://www.psychiatr.ru/lib/helsinki\\_declaration.php](http://www.psychiatr.ru/lib/helsinki_declaration.php) (дата обращения - 17.09.2012 г.).

Конституция Российской Федерации // Справочная правовая система «Гарант» // URL: <http://www.garant.ru> (дата обращения - 17.09.2012 г.).

Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Справочная правовая система «Гарант» // URL: <http://www.garant.ru> (дата обращения - 17.09.2012 г.).

Этический кодекс российского врача, утвержденный 4-й конференцией Ассоциации врачей России (Москва, ноябрь 1994 г.) // Сборник официальных документов Ассоциации врачей России «Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы» / под ред. В.Н. Уранова. - М.: ПАИМС, 1995. - С. 7.

### **Вопросы для самоконтроля**

1. Каковы функции биоэтического сознания?
2. Чем отличается медицинская этика от биоэтики?
3. Каково соотношение биоэтики и права?
4. В чем суть комплексного подхода к нормированию в здравоохранении?
5. Какие существуют виды документов по биоэтике?

### **Тестовые задания**

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. Критериями нравственного измерения специалиста в сфере здравоохранения служат:
  - а) разум;
  - б) добрая воля;
  - в) корыстный мотив;
  - г) высшее благо.
2. Биоэтическое сознание выполняет следующие функции:
  - а) надзорную;

б) познавательную;

в) оценочную;

г) регулятивную.

3. Биоэтика рассматривает:

а) только правила профессиональной этики;

б) исключительно поведение специалиста внутри профессии;

в) проблемы вмешательства в процессы жизнедеятельности.

4. Основными внутренними факторами, определяющими воплощение этической и юридической основы деятельности специалиста в сфере здравоохранения, являются:

а) развитые правосознание и биоэтическое сознание;

б) доминирующий экономический интерес;

в) высокий уровень общей, профессиональной, правовой и биоэтической культуры.

5. Главная научная проблема биоэтики - это:

а) разработка общей теории биоэтики;

б) преодоление разрыва между высшими нравственными ценностями и реальной практикой их забвения.

## Глава 2. Принципы биоэтики

### 2.1. СИСТЕМА ПРИНЦИПОВ БИОЭТИКИ

Принципы биоэтики - основные исходные положения, закрепляющие нравственные основы отношений, возникающих по поводу вмешательства в процессы жизнедеятельности, в частности, в процессе оказания медицинской помощи, направляющие сознание и волю лица, осуществляющего свободный моральный выбор и несущего моральную ответственность за последствия вмешательства.

Американские биоэтики Том Бичамп и Джеймс Чилдрес в книге «Принципы биомедицинской этики», изданной впервые в 1979 г., указали на 4 основополагающих биоэтических принципа: «не навреди», «делай благо», «уважай автономию пациента», справедливость. Их дополняют принципы уважения человеческого достоинства, целостности и уязвимости пациента; принцип уважения автономии пациента - общий для американской и европейской биоэтики.

Во Всеобщей декларации (далее - ВД) о биоэтике и правах человека, принятой путем аккламации 19 октября 2005 г. на 33-й сессии Генеральной конференции ЮНЕСКО, сформулированы 17 принципов биоэтики (цифра в скобках соответствует статье ВД): человеческое достоинство и права человека (3); благо и вред (4); самостоятельность и индивидуальная ответственность (5); согласие (6); лица, не обладающие правоспособностью давать согласие (7); признание уязвимости человека и уважение целостности личности (8); неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность (9); равенство, справедливость и равноправие (10); недопущение дискриминации и стигматизации (11); уважение культурного разнообразия и плюрализма (12); солидарность и сотрудничество (13); социальная ответственность и здоровье (14); совместное использование благ (15); защита будущих поколений (16); защита окружающей среды, биосферы и биоразнообразия (17).

С позиций целостного структурно-функционального подхода к отношениям врача и пациента в здравоохранении следует выделять структурные и функциональные принципы биоэтики.

*Структурные принципы* - основные положения, закрепляющие нравственные основы вмешательства в процессы жизнедеятельности, характеризующие совокупность устойчивых связей субъекта и объекта вмешательства, поддерживающие форму и содержание данных связей. При этом из числа структурных принципов субъекта вмешательства следует выделить мотивационные и целеполагающие принципы, а из объекта вмешательства - экзистенциально-гуманистические принципы.

*Функциональные принципы* - основные положения, закрепляющие нравственные основы вмешательства в процессы жизнедеятельности, характеризующие совокупность динамических связей субъекта и объекта вмешательства, поддерживающие устойчивость в системе «специалист-пациент».

В целом классификация принципов биоэтики может быть представлена следующим образом (в скобках указаны принципы, сформулированные во Всеобщей декларации о биоэтике и правах человека):

1. Структурные принципы.

### 1.1. Мотивационные:

- деятельной любви;
- сострадания;
- совестливости;
- справедливости (10, 13, 15);
- ответственности (5, 14).

### 1.2. Целеполагающие:

- «не навреди»;
- «делай благо» (4).

### 1.3. Экзистенциально-гуманистические:

- уважения автономии пациента (5, 6, 7);
- уважения человеческого достоинства (3, 9, 11);
- признания уязвимости человека и уважения целостности личности (8).

### 2. Функциональные принципы:

- взаимозависимости (16);
- обратной связи;
- партнерства;
- гибкости;
- многообразия (12, 17).

## 2.2. МОТИВАЦИОННЫЕ ПРИНЦИПЫ

*Мотивационные принципы* определяются источниками мотивации деятельности специалиста.

**Принцип деятельной любви.** При формулировании этого биоэтического принципа особое внимание заслуживают слова Э. Фромма: «Любить - это форма продуктивной деятельности. Она предполагает проявление интереса и заботы, познание, душевный отклик, изъявление чувств, наслаждение и может быть направлена на человека, дерево, картину, идею. Она возбуждает и усиливает ощущение полноты жизни. Это процесс самообновления и самообогащения».

Всегда следует помнить также слова Парацельса: «Сила врача - в его сердце, работа его должна руководствоваться Богом и освещаться естественным светом и опытностью; важнейшая основа лекарства - любовь».

В ст. 81 Устава Врачебного (Свода законов Российской Империи. - Т. XIII) определено: «Первый долг всякого врача или акушера есть: быть человеколюбивым и во всяком случае готовым к оказанию деятельной помощи всякого звания людям, болезнями одержимым».

И.А. Ильин, исполняя желание покойного друга, который был лечащим врачом семьи философа, предал гласности его письмо в работе «О призвании врача», где находим следующее очень важное суждение: «Служение врача есть служение *любви* и *сострадания*; он призван любовно обходиться с больными. Если этого нет, то нет главного двигателя, нет "души" и "сердца"».

И.В. Силуянова (2008) глубоко и проникновенно прокомментировала текст письма неизвестного доктора, преданного гласности И.А. Ильиным, подчеркивая основополагающее значение любви к пациенту.

Важно понять, что речь идет не о какой-либо форме созерцательной любви, а о любви деятельной, проявляющейся в любом поступке врача.

**Принцип сострадания.** А. Шопенгауэр говорил: «Сострадание - бесспорный факт человеческого сознания, существенно ему свойственно, основано не на предположениях, понятиях, религиях, догматах, мифах, воспитании и образовании, а имеет исконный и непосредственный характер, заложено в самой человеческой природе, дает именно поэтому себя знать при всяких обстоятельствах и сказывается во всех странах и во все времена».

Н.Ф. Федоров возражает противникам сострадания: «Как существо, лишенное защиты, слабое, человек не мог не признать сострадание величайшею добродетелью и не поставить умиротворение своею целью. Последователи естественного, слепого прогресса очень последовательно проповедают, что не должно поддерживать слабых, больных; но они не замечают при этом, что в силу того же основания человек и вообще не имеет права на существование, ибо без искусственных поддержек - через которые он и сделался разумным существом, например, без одежды, жилища, - существовать он не может; если бы истребляли близоруких, то не было бы нужды в изобретении очков, не было бы ни телескопов, ни микроскопов».

Особенность сострадания состоит в том, что оно способно непосредственно оказывать влияние на сферу мотивации. Поступки, совершаемые из сострадания, отличаются своей естественностью и непринужденностью.

**Принцип совестливости.** Демокрит учил: «Должно стыдиться самого себя столько же, как и других людей, и одинаково не делать дурного, останется ли оно никому неизвестным или о нем узнают все. Но наиболее должно стыдиться самого себя, и в каждой душе должен быть начертан закон: "Не делай ничего непристойного"».

Стыд и совесть близкие, но не тождественные понятия. А.В. Разин (2012) подчеркивает, что в стыде отражается осознание человеком своего несоответствия некоторым принятым нормам или ожиданиям окружающих, но в отличие от совести в стыде более четко, более формально определяются критерии несоответствия. Эти

критерии, продолжает он, всецело заданы правилами приличия, выработанными данной общностью, в то время как в критерии оценки совести человек гораздо чаще определяет самостоятельно, руководствуясь моральными принципами и нормами.

В этических, юридических документах, научных исследованиях используются понятия «совесть», «совестливость», «добросовестность». В биоэтическом аспекте правильнее говорить о принципе совестливости, а не о принципе добросовестности. Термин «добросовестность», как правило, используется в нормативно-правовых актах в контексте добросовестного исполнения обязанностей.

Актуализация категории совести в международных и российских медико-этических документах вполне закономерна. В Женевской декларации, принятой 2-й Генеральной Ассамблеей ВМА (Женева, сентябрь 1948 г.), сказано: «Вступая в члены медицинского сообщества, я буду исполнять мой профессиональный долг по совести и с достоинством».

В п. 18 Кодекса врачебной этики, одобренного II (XVIII) Всероссийским Пироговским съездом врачей 7 июня 1997 г., установлено: «За свою врачебную деятельность врач прежде всего несет моральную ответственность перед больным и медицинским сообществом, а за нарушение законов Российской Федерации - перед судом. Но врач прежде всего должен помнить, что главный судья на его врачебном пути - это его собственная совесть».

**Принцип справедливости.** Аристотель утверждал, что справедливость, которую он называл правосудностью, выражает не одну, а все добродетели. Он говорил, что «правосудность есть полная добродетель, [взятая], однако, не безотносительно, но в отношении к другому [лицу]. Поэтому правосудность часто кажется величайшей из добродетелей, и ей дивятся больше, чем "свету вечерней и утренней звезды"».

Справедливость как фундаментальный принцип этики и права - это и этико-философская, и этико-юридическая категория, которые связаны между собой и образуют два аспекта справедливости (моральный и правовой). Моральный аспект отражает равенство людей, поскольку каждый из нас - единственный, незаменимый, неисчерпаемый в своих притязаниях и стремлениях человек. Правовой аспект указывает на формальное равенство (требований, законов, правил, норм), одинаковость масштаба, посредством которого «измеряются» индивиды и их поступки, становящиеся в этом случае лицами, уравненными между собой в качестве субъектов права (Гусейнов А.А., 2001).

Дж. Ролз (1995) формулирует два принципа понимания справедливости: «Первый принцип: каждый должен иметь равные права в отношении наиболее обширной схемы равных основных свобод, совместимых с подобными схемами свобод для других. Второй принцип: социальные и экономические неравенства должны быть устроены так, чтобы: а) от них можно было бы разумно ожидать преимущества для всех и б) доступ к положениям (*positions*) и должностям был бы открыт всем».

Дж. Ролз, говоря о возможном социальном неравенстве, замечает, что «неравенство может быть оправдано только в том случае, если различия в ожиданиях служат преимуществам репрезентативного человека, находящегося в худшем положении, и в этом случае репрезентативным человеком является неквалифицированный рабочий».

Последнее положение весьма важно для развития национальных систем обязательного медицинского страхования. Так, в соответствии со ст. 10 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» застрахованными лицами являются как работающие, так и неработающие граждане:

а) дети со дня рождения до достижения ими возраста 18 лет; б) неработающие пенсионеры независимо от основания назначения пенсии; в) граждане, обучающиеся по очной форме в образовательных учреждениях начального профессионального, среднего профессионального и высшего профессионального образования; г) безработные граждане, зарегистрированные в соответствии с законодательством о занятости; д) один из родителей или опекун, занятые уходом за ребенком до достижения им возраста трех лет; е) трудоспособные граждане, занятые уходом за детьми-инвалидами, инвалидами I группы, лицами, достигшими возраста 80 лет; ж) иные, не работающие по трудовому договору.

Из того, что Дж. Ролз определяет в качестве репрезентативного человека неквалифицированного рабочего не следует, что неработающие граждане выпадают из системы справедливого распределения благ. Сам Ролз, рассуждая далее о неравенстве, формулирует свои принципиальные позиции в более широком социальном контексте: «Социальные и экономические неравенства должны быть устроены так, чтобы они были (а) к наибольшей выгоде наименее преуспевающих и делали (б) доступ к должностям и положениям открытым для всех в условиях честного равенства возможностей».

А. Кэмпбелл, Г. Джиллетт и Г. Джонс (2004), анализируя реализацию принципа справедливости в здравоохранении, замечают, что идеального варианта нет: некоторые группы все равно окажутся в какой-то мере обделенными. Авторы называют решения, касающиеся затрат на различные виды услуг, макрораспределением, а выбор между индивидами по поводу того, кто получит дефицитный ресурс, - микрораспределением. При этом подчеркивается, что при принятии решений о макрораспределении необходимо сочетать 3 фактора - продуктивность, эффективность и справедливость.

С этической точки зрения внимания заслуживает рассмотрение принципа справедливости при распределении ресурсов здравоохранения.

*T. Beauchamp, L. Walters*(1989) описали 6 принципов, на которых может основываться теория распределительной справедливости: 1) каждому по равной доле; 2) каждому согласно его потребности; 3) каждому согласно приобретенному им на свободном рынке; 4) каждому согласно вложенным усилиям; 5) каждому согласно его вкладу в общее благо;

б) каждому согласно его достоинствам.

О реализации принципа справедливости говорится в ст. 10, 13, 15 ВД.

В ст. 10 «Равенство, справедливость и равноправие» ВД определено: «Должно обеспечиваться соблюдение основополагающего принципа равенства всех людей в том, что касается их достоинства и прав, для целей справедливого и равноправного обращения с ними».

В ст. 13 «Солидарность и сотрудничество» ВД указано: «С этой целью должны поощряться солидарность между людьми и международное сотрудничество».

В ст. 15 «Совместное использование благ» ВД установлено:

«1. Блага, связанные с проведением любых научных исследований и применением их результатов, следует использовать совместно со всем обществом и международным сообществом, в частности с развивающимися странами. Для целей реализации настоящего принципа блага могут принимать любую из следующих форм:

a) оказание специальной и долговременной помощи и выражение признательности лицам и группам, участвовавшим в исследованиях;

b) доступ к качественным медицинским услугам;

c) применение новых диагностических и терапевтических методик или продуктов, разработанных в результате исследований;

d) поддержка служб здравоохранения;

e) доступ к научно-техническим знаниям;

f) укрепление потенциала в области проведения исследований;

g) блага в других формах, соответствующие принципам, изложенным в настоящей Декларации.

2. Блага не должны представлять собой ненадлежащие стимулы для участия в исследованиях».

**Принцип ответственности.** Этот принцип предъявляет определенные требования к любому сочетанию ценностей, реализуемых в поступке. Субъект, во-первых, берет на себя задачу обеспечения желаемого результата, во-вторых, сам вменяет себе эту задачу, в-третьих, стремится достичь наиболее эффективных результатов (Канке В.А., 2003).

Принципу ответственности посвящены ст. 5 и 14 ВД.

В ст. 5 «Самостоятельность и индивидуальная ответственность» ВД отмечено: «Должна обеспечиваться самостоятельность лиц в принятии решений при соответствующей ответственности за эти решения и уважении самостоятельности других. В отношении лиц, которые не обладают правоспособностью для совершения самостоятельных действий, должны приниматься специальные меры по защите их прав и интересов».

В ст. 14 «Социальная ответственность и здоровье» ВД определено: «1. Содействие укреплению здоровья и социальному развитию своего населения является одной из основных целей правительств, которую разделяют все слои общества.

2. Ввиду того что обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав всякого человека без различия по признаку расы, религии,

политических убеждений, экономического или социального положения, прогресс в области науки и техники должен способствовать:

- а) доступу к качественным медицинским услугам и важнейшим лекарствам, особенно в том, что касается здоровья женщин и детей, поскольку здоровье имеет важнейшее значение для самой жизни и должно рассматриваться в качестве общественного и человеческого блага;
- б) доступу к надлежащему снабжению продуктами питания и водой;
- с) улучшению условий жизни и состояния окружающей среды;
- д) недопущению маргинализации и отчуждения лиц на каких бы то ни было основаниях; и
- е) сокращению масштабов нищеты и неграмотности».

### 2.3. ЦЕЛЕПОЛАГАЮЩИЕ ПРИНЦИПЫ

Целеполагающие принципы определяют направленность деятельности специалиста в сфере здравоохранения на обеспечение безопасности пациента и достижение максимально возможного клинического эффекта лечения - это принципы «не навреди!» и «делай благо!».

**Принцип «не навреди».** В клятве Гиппократов есть такие слова: «Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости».

Многие специалисты полагают, что со времен Гиппократов и до наших дней для медиков принцип «не навреди» остается главным. На латинском языке название принципа звучит как афоризм: «*Primum non nocere*», т.е. «Прежде всего - не навреди». Слова «прежде всего» могут быть поняты в том смысле, что этот принцип - первостепенный в деятельности врача.

Понятие вреда, причиненного здоровью, очень важно как в этическом, так и юридическом смысле, поэтому необходимо остановиться на легальных определениях понятий «здоровье» и «вред, причиненный здоровью человека».

В соответствии с п. 1 ст. 2 Федерального закона РФ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон РФ № 323-ФЗ) здоровье - состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма.

Согласно п. 2 Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, утвержденных постановлением Правительства РФ от 17 августа 2007 г. № 522, под вредом, причиненным здоровью человека, понимается нарушение анатомической целостности и физиологической функции органов и тканей человека в результате воздействия физических, химических, биологических и психических факторов внешней среды.

В биоэтическом отношении актуализация принципа «не навреди» важна при проведении медицинских исследований с привлечением человека. В связи с этим особого внимания заслуживают нормы Хельсинкской декларации ВМА. Согласно п. 8 Хельсинкской декларации, большинство медицинских вмешательств в современном практическом здравоохранении и научных исследованиях сопряжено с рисками и нагрузками. Именно поэтому каждому медицинскому исследованию с привлечением человека должна предшествовать тщательная оценка предсказуемых рисков и нагрузок для отдельных лиц и их групп в сопоставлении с ожидаемой пользой для этих и других лиц либо групп, сталкивающихся с проблемой, решаемой в данном исследовании (п. 18). При этом врачи должны воздержаться от участия в исследовании с привлечением человека, если они не уверены, что сопутствующие риски получили адекватную оценку и поддаются адекватному контролю. Врачи обязаны приостановить исследование, если окажется, что риски перевешивают ожидаемую пользу, или если имеются неопровержимые доказательства позитивных и благоприятных результатов (п. 20).

Очевидно, что при оказании медицинской помощи и проведении научных исследований важно, чтобы вред не превышал того блага, которое приобретает в результате вмешательства, и чтобы он был минимальным.

**Принцип «делай благо».** Этот принцип подразумевает, что при оказании медицинской помощи необходимы активные действия врача ради претворения в жизнь блага, а не только предотвращения вреда.

Целеполагающие принципы отражены в ст. 4 «Благо и вред» ВД, в которой указано: «В процессе применения и развития научных знаний, медицинской практики и связанных с ними технологий следует добиваться получения максимальных прямых и косвенных благ для пациентов, участников исследований и других затрагиваемых лиц и сводить к минимуму любой возможный для них вред».

## 2.4. ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНО-ГУМАНИСТИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ

*Экзистенциально-гуманистические принципы* направлены на обеспечение фундаментальных прав человека с учетом состояния его здоровья - это уважение автономии, человеческого достоинства, признание уязвимости и уважение целостности пациента.

Экзистенциально-гуманистические принципы биоэтики тесно взаимосвязаны - предполагают, отсылают и дополняют друг друга. В этом заключается их существенная особенность.

**Принцип уважения автономии пациента.** Третью формулу категорического императива И. Канта называют формулой автономии: воля «должна быть не просто подчинена закону, а подчинена ему так, чтобы она рассматривалась так же как самой себе законодательствующая и именно лишь поэтому как подчиненная закону (творцом которого она может считать самое себя)». Следовательно, автономия предполагает, что человек является источником закона.

Только автономная личность может делать свободный выбор, только при его наличии можно говорить об ответственности. Действие можно считать автономным, если тот, кто его осуществляет, действует: а) преднамеренно; б) с пониманием; в) без внешних условий, которые повлияли бы на ход и результат действия. При этих условиях и действия пациента автономны.

Принцип уважения автономии пациента утверждает право человека на невмешательство в его планы и поступки, но это не означает, что окружающие никогда не вправе препятствовать автономным действиям, что может быть отражено в законодательстве.

Согласно ч. 1 ст. 20 Федерального закона РФ № 323-ФЗ, необходимое предварительное условие медицинского вмешательства - дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах, о связанном с ними риске, возможных вариантах, его последствиях, а также о предполагаемых результатах такого вмешательства.

Вместе с тем в ч. 9 ст. 20 определены основания, при которых допускается медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя.

В рамках принципа уважения автономии пациента следует рассматривать ст. 6 и 7 ВД.

В ст. 6 «Согласие» ВД определено: «1. Любое медицинское вмешательство в профилактических, диагностических или терапевтических целях должно осуществляться только с предварительного, свободного и информированного согласия соответствующего лица на основе надлежащей информации. Согласие в соответствующих случаях должно быть явно выраженным и может быть отозвано соответствующим лицом в любое время и по любой причине без негативных последствий или ущерба.

2. Научные исследования следует проводить только с предварительного, свободного, явно выраженного и информированного согласия соответствующего лица. Информация должна быть адекватной, предоставляться в понятной форме и включать указание способов отзыва согласия. Согласие может быть отозвано соответствующим лицом в любое время и по любой причине без негативных последствий или ущерба. Исключения из этого принципа следует делать только в соответствии с этическими и правовыми нормами, принятыми государствами, согласно принципам и положениям, изложенным в настоящей Декларации, в частности в статье 27, и международным нормам в области прав человека.

3. В соответствующих случаях при проведении исследования над группой лиц или общиной может заключаться дополнительное соглашение с юридическими представителями этой группы или общины. Ни при каких обстоятельствах информированное согласие отдельного лица не должно подменяться коллективным общинным соглашением или согласием руководителя общины или другого представителя власти».

В ст. 7 «Лица, не обладающие правоспособностью давать согласие» ВД установлено:

«В соответствии с внутренним законодательством особая защита должна обеспечиваться лицам, не обладающим правоспособностью давать согласие:

а) разрешение на проведение исследований и медицинскую практику следует получать исходя из наилучших интересов соответствующего лица и в соответствии с внутренним

законодательством. Вместе с тем необходимо, чтобы соответствующее лицо в максимально возможной степени участвовало в процессе принятия решений относительно согласия, а также отзыва согласия; б) исследования следует проводить только в целях получения прямой выгоды для здоровья заинтересованного лица при наличии соответствующего разрешения и соблюдении предусмотренных законом условий защиты и при отсутствии альтернативы проведения исследований сопоставимой эффективности с участием лиц, обладающих правоспособностью давать согласие. Исследования, потенциально не приносящие прямой выгоды для здоровья, следует проводить только в порядке исключения, при максимальных ограничениях, подвергая соответствующее лицо только минимальному риску и создавая для него минимальное бремя, и только в том случае, если такие исследования, как ожидается, принесут пользу здоровью других лиц той же категории, при соблюдении условий, предусмотренных законодательством, и в соответствии с нормами защиты прав человека отдельного лица. Следует уважать отказ таких лиц от участия в исследованиях».

**Принцип уважения человеческого достоинства.** И. Кант ставил «достоинство бесконечно выше всякой цены, которую совершенно нельзя сравнивать с ней, не посягая как бы на его святость», и считал, что автономия есть «основание достоинства человека и всякого разумного естества».

В аспекте реализации принципа уважения человеческого достоинства необходимо рассматривать ст. 3, 9, 11 ВД.

В ст. 3 «Человеческое достоинство и права человека» ВД установлено:

1. Должно обеспечиваться полное уважение человеческого достоинства, прав человека и основных свобод.
2. Интересы и благосостояние отдельного человека должны главенствовать над интересами собственно науки или общества».

В ст. 9 «Неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность» ВД указано: «Следует соблюдать неприкосновенность частной жизни соответствующих лиц и конфиденциальность касающейся их лично информации. В максимально возможной степени такую информацию не следует использовать или разглашать, кроме как для целей, для которых она была собрана или в отношении которых давалось согласие, в соответствии с международным правом, в частности, международными нормами в области прав человека».

В ст. 11 «Недопущение дискриминации и стигматизации» ВД определено: «Никакое отдельное лицо или группа не должны подвергаться дискриминации или стигматизации на каких бы то ни было основаниях в нарушение принципа уважения человеческого достоинства, прав человека и основных свобод».

**Принцип признания уязвимости человека и уважения целостности личности.** Уязвимость может пониматься в разных смыслах. Так, ООН рассматривает степень уязвимости человека в зависимости от изменений окружающей среды как критерий принятия решений в интересах устойчивого развития.

Эмоциональная уязвимость человека может быть обусловлена детским возрастом, трудной жизненной ситуацией, определенными «стигматизирующими» заболеваниями (СПИДом, психическими болезнями).

Часто говорят об уязвимости отдельных человеческих групп и популяций - скажем, бедных граждан, живущих за чертой бедности, или малограмотных.

Уязвимость может выступать как характеристика любого живого существа, каждой отдельной жизни, которая является конечной и хрупкой. Последнее качество - хрупкость жизни была осознана А. Швейцером еще в начале прошлого века и выражена с пронзительным этическим акцентом. На основе этой мотивации он развивал концепцию этики благоговения перед жизнью: «Этика заключается, следовательно, в том, что я испытываю побуждение высказывать равное благоговение перед жизнью как по отношению к моей воле к жизни, так и по отношению к любой другой. В этом и состоит основной принцип нравственного. Добро - то, что служит сохранению и развитию жизни, зло есть то, что уничтожает жизнь или препятствует ей».

Думается, что принцип признания уязвимости необходимо рассматривать в единстве с принципом уважения целостности личности, поскольку данные принципы, в частности, важны в аспекте уважения неприкосновенности личности.

В ст. 8 «Признание уязвимости человека и уважение целостности личности» ВД отмечено: «В процессе применения и развития научных знаний, медицинской практики и связанных с ними технологий следует учитывать уязвимость человека. Следует обеспечивать защиту особо уязвимых лиц и групп и уважать их личную неприкосновенность».

О.В. Летов подчеркивает, что согласно принципу биоэтики уважения целостности субъекта, каждое человеческое существо уникально как личность, человеческая жизнь обладает особой ценностью, и ее течение никем не может быть нарушено. Целостность личности тесно связана с достоинством человека. Если некто нарушает достоинство личности, тем самым он нарушает ее целостность. Целостность личности также коррелирует с идентичностью субъекта, и нарушение идентичности ведет к нарушению целостности. Целостность - это связанность жизни, ее полнота, которые не могут быть нарушены. Под целостностью также понимают сферу опыта, творчества и самоопределения личности. Целостность связана со свободой субъекта.

В биоэтических отношениях принцип уважения целостности человека актуализируется при исследовании генома, обсуждении проблемы клонирования, трансплантации органов. Целостность затрагивает как телесную, так и психическую целостность индивида; ее значимость в ряду биоэтических принципов определяется тем, что медицинские вмешательства с целью восстановить здоровье человека зачастую связаны с нарушением целостности человека.

## **2.5. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПРИНЦИПЫ**

Функциональные принципы - это основные положения, закрепляющие нравственные основы вмешательства в процессы жизнедеятельности, характеризующие совокупность динамических связей субъекта и объекта вмешательства, поддерживающие устойчивость в системе «специалист-пациент».

В качестве функциональных принципов биоэтики целесообразно использовать экологические принципы, предложенные Ф. Капра (2003).

**Принцип взаимозависимости.** Устойчивое человеческое сообщество осознает все множество взаимоотношений между своими членами. Заботиться о сообществе - значит заботиться об этих взаимоотношениях.

Безусловно, каждое конкретное взаимодействие врача и пациента имеет свою специфику, формируя большое количество биоэтических прецедентов.

В контексте принципа взаимозависимости следует рассматривать ст. 16, 17 ВД.

В ст. 16 «Защита будущих поколений» ВД указано: «Следует уделять должное внимание воздействию наук о жизни на будущие поколения, в том числе на их генетические характеристики».

В ст. 17 «Защита окружающей среды, биосферы и биоразнообразия» ВД установлено: «Следует уделять должное внимание взаимосвязи между человеком и другими формами жизни, важности надлежащего доступа к биологическим и генетическим ресурсам и их использования, уважению традиционных знаний и роли человека в защите окружающей среды, биосферы и биоразнообразия».

**Принцип обратной связи.** Этот принцип реализуется в теории функциональной системы П.К. Анохина в акцепторе результатов действия, которые позволяют не только прогнозировать признаки необходимого здесь и сейчас результата, но и сличать их с параметрами реального результата, информация о которых приходит к акцептору результатов действия благодаря обратной афферентации.

С одной стороны, системе присуща отрицательная обратная связь: некоторое воздействие на нее вызывает противодействие, восстанавливающее первоначальное состояние всей системы или ее части. С другой стороны, если обратная связь положительная, то приложенные воздействия поддерживаются и система стремится удалиться от своего первоначального состояния.

Советы врача в процессе общения с пациентом, одобряющие его стремление к ведению здорового образа жизни, можно считать положительной обратной связью. Советы врача будут носить характер отрицательной обратной связи, если он негативно оценивает действие пациента, который, например, не желает расставаться со своей вредной привычкой - курением.

Очевидно, что утрата обратной связи в процессе взаимодействия врача и пациента не позволяет рассчитывать на высокую эффективность медицинского вмешательства в целом. Петли обратной связи в системе «специалист-пациент» служат теми магистралями, по которым обращается и перерабатывается поток информации по конкретному клиническому случаю.

**Принцип партнерства.** Партнерство - способность людей объединяться, устанавливать связи, жить друг в друге и сотрудничать. В человеческих сообществах партнерство означает демократизацию и расширение прав личности. Ф. Капра, комбинируя принцип партнерства с динамикой изменений и развития, метафорически использует термин «совместная эволюция» применительно и к человеческим сообществам. По мере развития партнерства каждый член сообщества начинает лучше

понимать ближних. В условиях честного, доверительного партнерства оба партнера обучаются и изменяются - они совместно эволюционируют.

Если говорить об общественных отношениях в сфере здравоохранения, то биоэтика может служить ярким примером необходимости реализации партнерских отношений, привлекая всех заинтересованных лиц к обсуждению биоэтических проблем в широком социальном контексте.

Взаимоотношения врача и пациента, которые отличаются большим количеством рациональных и эмоциональных оттенков, в стратегическом плане должны развиваться в сторону партнерства, что открывает путь к лучшему взаимопониманию в процессе терапевтического сотрудничества.

**Принцип гибкости.** Данный принцип позволяет врачу и пациенту адекватно приспособиться к изменяющимся условиям в характере течения заболевания, в определении объема медицинского вмешательства. Принцип гибкости предполагает соответствующую стратегию разрешения конфликтов. В каждом конкретном взаимодействии врача и пациента могут возникать противоречия и конфликты, которые трудно разрешить в пользу той или другой стороны. Эти конфликты разрешаются динамическим уравновешиванием гораздо эффективнее, чем жесткими решениями.

Реализацию принципа гибкости можно продемонстрировать на примере различных стратегий общения врача и пациента. Казалось бы, с нравственной точки зрения, безусловно, оправданы оптимистическая и реалистическая стратегии, а пессимизм может вызвать только осуждение. На самом деле не все так однозначно. Дело в том, что каждая из названных стратегий может иметь разную основу: рациональную или иррациональную.

В подавляющем большинстве случаев оправданным моральным выбором врача должна являться стратегия рационального оптимизма, вселяющая надежду на благоприятный прогноз заболевания. И лишь при объективно неблагоприятном исходе заболевания или при отсутствии каких-либо возможностей его предотвращения можно считать морально оправданным рациональный пессимизм врача, который проявляет при этом по отношению к пациенту сострадание.

**Принцип многообразия.** Многообразие - это множество различных подходов к одной проблеме. Принцип многообразия в системе «специалист-пациент» предполагает построение взаимодействия элементов системы в ходе медицинского вмешательства с учетом анатомофизиологических, психологических, социальных и иных особенностей каждого пациента.

Положения ст. 12 ВД, посвященные уважению культурного разнообразия и плюрализма, а также ст. 17 ВД о защите биоразнообразия необходимо рассматривать в аспекте реализации принципа многообразия. Так, в ст. 12 ВД установлено: «Следует уделять должное внимание важному значению культурного разнообразия и плюрализма. Вместе с тем эти соображения не должны использоваться в качестве предлога для ущемления человеческого достоинства, прав человека и основных свобод, а также в ущерб принципам, изложенным в настоящей Декларации, и не должны ограничивать сферу применения этих принципов».

## Литература

## Основная литература

*Лопатин П.В., Карташова О.В.* Биоэтика: учебник / под ред. П.В. Лопатина. - 4-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 272 с.

*Силуянова И.В.* Руководство по этико-правовым основам медицинской деятельности: учебное пособие. - М.: МЕДпресс-информ, 2008. - 224 с.

*Хрусталеv Ю.М.* Биоэтика. - М.: Медицина, 2011. - 408 с.

*Хрусталеv Ю.М.* От этики до биоэтики: учебник для вузов. - Ростов н/Д: Феникс, 2010. - 446 с.

## Дополнительная литература

*Анохин П.К.* Избранные труды: Кибернетика функциональных систем / под ред. К.В. Судакова; сост. В.А. Макаров. - М.: Медицина, 1998. -

400 с.

*Аристотель.* Собрание сочинений: В 4 т. - Т. 4. - 830 с. Биоэтика: принципы, правила, проблемы / отв. ред. и сост. Б.Г. Юдин. - М., 1998. - 472 с.

Введение в биоэтику: учебное пособие / А.Я. Иванюшкин, В.Н. Игнатъев, Р.В. Коротких и др. - М.: Прогресс-Традиция, 1998. - 381 с.

*Гусейнов А.А.* Справедливость // Этика: Энциклопедический словарь / под ред. Р.Г. Апресяна и А.А. Гусейнова. - М.: Гардарики, 2001. - С. 458.

*Канке В.А.* Этика ответственности. Теория морали будущего. - М.: Логос, 2003. - 352 с.

*Кант И.* Собрание сочинений: В 6 т. - М.: Мысль, 1965. (Философ.наследие). - Т. 4. - Ч. I. - 544 с.; Ч. 2. - 478 с.

*Капра Ф.* Паутина жизни. Новое научное понимание живых систем: пер. с англ. / под ред. В.Г. Трилиса. - Киев-М.: София, 2003. - 336 с.

*Корженьянц Ю.* Парацельс // Мир огненный. - 1994. - № 5. - С. 86-

*Кэмпбелл А., Джиллетт Г., Джонс Г.* Медицинская этика: учебное пособие: пер. с англ. / под ред. Ю.М. Лопухина, Б.Г. Юдина. - М.: ГЭОТАР-

Мед, 2004. - 400 с.

*Летов О.В.* Уважение целостности субъекта как принцип биоэтики // Вопросы философии. - 2008. - № 7. - С. 106-114.

Основы биоэтики: учебное пособие / под ред. Я.С. Яскевич, С.Д. Денисова. - Минск: Высшая школа, 2009. - 350 с.

*Разин А.В.* Этика: учебник. - М.: ИНФРА-М, 2012. - 4-е изд., перераб. и доп. - 416 с.

*Ролз Дж.* Теория справедливости. - Новосибирск, 1995. - 535 с.

*Федоров Н.Ф.* Собрание сочинений. - М.: Мысль, 1982. - 711 с.

Фрагменты Демокрита и свидетельства о его учении: пер. с др.-гр. А.О. Маковельского // Материалисты Древней Греции. Собрание текстов Гераклита, Демокрита и Эпикура. - М.: Гос. изд-во политической литературы, 1955. - С. 53-178.

Фрагменты ранних греческих философов. - Ч. 1. От этических теокосмогоний до возникновения атомистики. - М.: Наука, 1989. - 576 с.

*Фромм Э.* Иметь или быть?: пер. с англ. / общ.ред. и посл. В.И. Добренкова. - 2-е изд., доп. - М.: Прогресс, 1990. - 336 с.

*Швейцер А.* Благоговение перед жизнью: пер. с нем. / сост. и посл. А.А. Гусейнова / под общ.ред. А.А. Гусейнова и М.Г. Селезнева. - М.: Прогресс, 1992. - 576 с.

*Шопенгауэр А.* Свобода воли и нравственность / общ.ред., сост., вступ. ст. А.А. Гусейнова и А.П. Скрипника. - М.: Республика, 1992. - 448 с.

*Яровинский М.Я.* Лекции по курсу «Медицинская этика (биоэтика)». - 3-е изд., испр. и доп. - М., 2004. - 528 с.

*Beauchamp T., Childress J.* Principles of Biomedical Ethics. - N.Y.: Oxford University Press, 1989. - 454 p.

*Beauchamp T., Walters L.* Contemporary Bioethics. - Belmont: Wadsworth Publishing Company, 1989.

### **Нормативно-правовые акты и этические документы**

Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека, принятая путем аккламации 19 октября 2005 г. на 33-й сессии Генеральной конференции ЮНЕСКО // URL: /russian/document/declarat/bioethics\_and\_hr.pdf (дата обращения - 17.09.2012 г.).

Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Справочная правовая система «Гарант» // URL: <http://www.garant.ru> (дата обращения - 17.09.2012 г.).

### **Вопросы для самоконтроля**

1. Как формулируется понятие «принципы биоэтики»?
2. Какие принципы биоэтики относятся к мотивационным?
3. Какие принципы биоэтики относятся к целеполагающим?
4. Какие принципы биоэтики относятся к экзистенциально-гуманистическим?
5. Какие принципы биоэтики относятся к функциональным?

### **Тестовые задания**

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. Принципы биоэтики - это:

а) общепризнанные правила поведения;

б) основные исходные положения, закрепляющие нравственные основы отношений, возникающих по поводу вмешательства в процессы жизнедеятельности.

2. К мотивационным относятся принципы:

а) деятельной любви;

б) «не навреди»;

в) «делай благо»;

г) справедливости.

3. К целеполагающим относятся принципы:

а) сострадания;

б) совестливости;

в) «не навреди»;

г) «делай благо».

4. Экзистенциально-гуманистические принципы - это:

а) принцип уважения автономии пациента;

б) обратной связи;

в) признания уязвимости человека и уважения целостности личности;

г) гибкости.

5. К функциональным относятся принципы:

а) сострадания;

б) обратной связи;

в) совестливости;

г) гибкости.

## Глава 3. Правила биоэтики

### 3.1. ПРАВИЛА БИОЭТИКИ В СТРУКТУРЕ ЭТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА

**Этические правила профессионального поведения работников здравоохранения** - это положения, в которых отражены закономерность, постоянное соотношение сводов и контрдоводов, их моральных аспектов в процессе взаимодействия врача и пациента и его законных представителей. Правила должны служить критерием поведения работников здравоохранения, а также иметь свойство обязательности (императивности).

Наряду с теориями и принципами биоэтики морально-этические правила выступают в качестве средства этического анализа.

Цель этического анализа в медицине (фармации) - рассмотрение сложных моральных ситуаций без предвзятости, разбор их по деталям, т.е. доводов и контрдоводов в пользу той или иной позиции. На этом дело не заканчивается, так как моральный выбор, сделанный вследствие этического анализа, накладывает на медицинского (фармацевтического) работника моральную ответственность.

Направленность этики на принятие определенных, практически значимых решений проявляется в **моральном выборе**. Этика занимается только такими ситуациями, когда у человека есть **реальный и свободный выбор**: действовать тем или иным способом или вообще не действовать.

А.В. Разин (2012) отмечает, что осмысление оснований выбора, активности личности в процессе его совершения связано с ответственностью личности за результаты ее выбора, за поиск средств, адекватных условий реализации, принятых в результате морального выбора целей. В объективном смысле выбор всегда создает новую реальность, новый круг общественных отношений, отсутствующих до его совершения. Эти отношения могут иметь положительное или отрицательное значение для других людей. В личном плане выбор может также значимо влиять на развитие мотивационной сферы личности.

В ситуации, когда у человека есть свободный выбор, и он его делает, он принимает на себя ответственность, т.е. выступает как автономная личность, совершающая автономный поступок. Неавтономным же будет тот, кого считают неспособным контролировать себя из-за нездоровья или малого возраста. В медицине все это следует принимать во внимание, когда нужно получить информированное согласие больного на лечение.

Моральный выбор - это не нечто исключительное в работе врача, это повседневные его решения, которые он, быть может, и не выделяет в своей профессиональной деятельности.

Моральный выбор и моральная ответственность медицинского (фармацевтического) работника подразумевают, что он хорошо знает основные правила биоэтики, в частности, *правила правдивости, уважения неприкосновенности частной жизни, конфиденциальности и информированного согласия*.

### 3.2. ПРАВИЛО ПРАВДИВОСТИ

Быть правдивым - это значит, что собеседнику сообщать надо лишь сведения, соответствующие действительности (с точки зрения сообщающего). Иногда это правило выражается в форме запрещения говорить ложь.

Согласно правилу правдивости, человек обязан говорить правду лишь тому, кто имеет право знать эту правду. Но врач не должен обманывать любого спросившего, а должен сослаться на врачебную тайну, если не может сказать ему правду. Однако в медицине традиционно преобладала иная точка зрения, именно то, что нецелесообразно говорить правду, если она может повредить самочувствию пациента и вызвать у него негативные эмоции. Американский врач Дж. Коллинз, анализируя свой клинический опыт, утверждал, что пациенты не хотят правды об их болезнях. Обманом, по мнению Дж. Коллинза, были сэкономлены месяцы жизни одного из его пациентов, которые позволили завершить ему работу, поскольку он был поддержан надеждой, что его здоровье могло быть восстановлено. Следствием же сказанной ему правды было бы безысходное отчаяние.

Очевидно, что вопрос о соблюдении правила правдивости наиболее остро стоит перед онкологами. В связи с этим Ю.М. Хрусталева (2011) подчеркивает, что врачам-онкологам надо уметь тонко сочувствовать собеседнику во время разговора с онкологическим больным. При этом

порой приходится прибегать к благонамеренной лжи. Однако это может быть оправдано лишь в условиях так называемой крайней необходимости, т.е. в случае, когда ложь - единственное средство принести добро. Благонамеренная ложь имеет свои границы и должна сменяться правдой. Нельзя без конца скрывать от пациента диагноз заболевания и степень его тяжести.

Целесообразно рассмотреть правило правдивости в четырех аспектах: долга, права, возможности и целесообразности говорить правду, опираясь на исследования А.Я. Иванюшкина и соавт. (1998).

*Должны ли участники общения знать и говорить правду друг другу?* По учению Канта, правдивость есть долг человека перед самим собой, а ложь уничтожает человеческое достоинство. Для медика важно понять, что систематическая ложь уничтожает доверие к профессии. Если пациенты не верят врачам, добиться успеха в борьбе с серьезными заболеваниями (как, например, раком) чрезвычайно трудно. Именно поэтому и врач, и сестра должны быть правдивыми для поддержания доверия к своей профессиональной группе. Казалось бы, пациент также должен знать правду, чтобы сохранить себя как личность. Однако исполнить этот долг в отношении каждого пациента в равной мере невозможно. С одной стороны, добровольный отказ больного от правды заслуживает уважения врача. С другой стороны, должен ли медик стремиться знать правду, а пациент говорить ему эту правду? Для медика это условие эффективного лечения, и он может узнать правду, если добьется доверия пациента. Долг пациента говорить правду подкрепляется тем, что зачастую на его излечение направлены какие-то государственные или групповые ресурсы, которые и должны быть использованы рационально, чтобы не навредить другому пациенту или самому себе.

*Вправе ли участники общения знать и говорить правду друг другу?* Вопрос о праве говорить и знать правду отличается от вопроса о долге тем, что обсуждение переносится как бы из внутреннего плана во внешний план ориентации личности.

В соответствии с ч. 1 ст. 20 Федерального закона РФ № 323-ФЗ необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, его последствиях, а также о предполагаемых резуль-

татах оказания медицинской помощи. Следовательно, дача пациентом информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство основано на его праве на получение информации о состоянии своего здоровья.

*Возможно ли знать правду? Или возможно ли высказать и воспринять правду?*  
Ответ на этот вопрос может затрагивать две стороны - познавательную и психологическую.

С гносеологической точки зрения выдвигаются утверждения, что врач не может раскрыть всей правды о состоянии здоровья пациента, если сам ею не располагает. Иногда правдив только вероятностный ответ. Реальность состоит в том, что медик не обладает полнотой истины и не имеет морального права разыгрывать роль всеведущего. Пациенту также не дано в полной мере истинно судить о своем состоянии.

С психологической точки зрения важно подчеркнуть, что есть диагнозы, которые, как клеймо, отторгают человека из общества. Вокруг него образуется социальный вакуум. Еще труднее сказать и воспринять правду о неотвратимой смерти, поэтому человека окружают некой стеной спасительной лжи. Однако рано или поздно больные узнают о диагнозе и жестком прогнозе. Это значит, что ложь не защищает их от правды. Спасительная ложь по сути означает отказ от общения с пациентом на столь болезненную тему. Вместо жалости и сострадания к больному у врача обнаруживаются нежелание и неумение общаться с ним в предвидении смерти.

*Целесообразно ли говорить правду?* В этом аспекте правдивость выступает как средство, инструмент для достижения некой внешней цели. Например, врач отказывается сообщить правду онкологическому больному с целью избежать повышения артериального давления, к чему склонен больной. Некоторые больные требуют правды с целью прогнозировать свою деловую жизнь или успеть составить завещание. Цели могут быть разные, и вопрос не в том, чтобы дать врачу рецепт на все случаи жизни, а посоветовать и напомнить старую истину - любым средством надо пользоваться осторожно.

Сложности возникают при использовании плацебо - нейтрального средства, которое выдается за лекарственный препарат. Плацебо в ряде случаев способно оказывать терапевтический эффект и, таким образом, оказывается, по сути дела, обманом. Б. Голдакр (2010) замечает, что в большинстве исследований не имеется контрольной группы, не получающей лечение вообще, и, следовательно, не имеется возможности сравнить ее с группами, получающими плацебо и лекарственные средства.

И тому есть единственная этическая причина: нельзя оставить больного без лечения в угоду изучению эффекта плацебо. Фактически в настоящее время

использование плацебо вообще считается неправильным. Где возможно, следует сравнивать новое лечение с уже существующим.

### **3.3. ПРАВИЛО УВАЖЕНИЯ НЕПРИКОСНОВЕННОСТИ ЧАСТНОЙ ЖИЗНИ**

Правила неприкосновенности частной жизни и конфиденциальности связаны с институтом врачебной тайны, и здесь необходимо разделить понятия «неприкосновенность» и «конфиденциальность».

Под неприкосновенностью понимают сохранение в целостности чего-нибудь, защищенность от всякого посягательства со стороны когонибудь. Конфиденциальность - это секретность, доверительность.

Именно поэтому правило неприкосновенности связано с материальными нормами такой обязанности персонала медицинского учреждения, как врачебная тайна, а правило конфиденциальности - с регулируемыми ее процессуальными нормами. Другими словами, в соответствии с правилом неприкосновенности устанавливается содержание неприкосновенного объекта (например, элемента врачебной тайны), т.е. определяется, что именно неприкосновенно; правилом конфиденциальности определяется порядок обеспечения секретности и доверительности при сохранении неприкосновенности объекта (например, сведений, составляющих врачебную тайну).

Неприкосновенность частной жизни лежит в основе уважения достоинства личности. В Лиссабонской декларации о правах пациента, принятой 34-й Всемирной медицинской ассамблеей (сентябрь-октябрь 1981 г.), отмечено: «Следует всегда уважать человеческое достоинство и право пациентов на неприкосновенность частной жизни, а также их культурные и моральные ценности при оказании медицинской помощи и в ходе практического медицинского обучения».

Неприкосновенность частной жизни пациента можно связать со всеми принципами биоэтики, но особенно тесно - с принципом уважения автономии пациента и принципом целостности.

Согласно ч. 1 ст. 23 Конституции РФ, каждый гражданин имеет право на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну, защиту своей чести и доброго имени.

Право на частную жизнь означает предоставленную человеку и гарантированную государством возможность контролировать информацию о себе, препятствовать разглашению сведений личного, интимного характера. Предметы личной и семейной тайны - это, например, биографические сведения, сведения о состоянии здоровья, о совершенных правонарушениях, философских, религиозных, политических взглядах и убеждениях, имущественном положении, профессиональных занятиях, об отношениях в семье.

Одним из механизмов обеспечения неприкосновенности частной жизни служат профессиональные тайны, а именно тайна исповеди, врачебная тайна, тайна судебной защиты, адвокатская тайна, тайна предварительного следствия, усыновления, нотариальных действий и некоторых записей актов гражданского состояния, коммерческая тайна.

Согласно ч. 1 ст. 13 Федерального закона РФ № 323-ФЗ, врачебную тайну составляют сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении.

### **3.4. ПРАВИЛО КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ**

Цель применения правила конфиденциальности - защита медицинского (фармацевтического) работника, а также лиц, которым в установленном законом порядке переданы сведения, составляющие врачебную тайну, и пациента от вторжения в секретную и доверительную сферу профессионального общения. Следовательно, предмет конфиденциальности - это сведения, составляющие врачебную тайну. Важно подчеркнуть, что правило конфиденциальности имеет исключения.

В соответствии с ч. 1 ст. 13 Федерального закона РФ № 323-ФЗ предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается:

- в целях проведения медицинского обследования и лечения гражданина, который в результате своего состояния не способен выразить свою волю, с учетом положений п. 1 ч. 9 ст. 20 настоящего Федерального закона («если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители»);
- при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;
- по запросу органов дознания и следствия, суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством, по запросу

органа уголовно-исполнительной системы в связи с исполнением уголовного наказания и осуществлением контроля за поведением условно осужденного, осужденного, в отношении которого отбывание наказания отсрочено, и лица, освобожденного условнодосрочно;

- в случае оказания медицинской помощи несовершеннолетнему в соответствии с п. 2 ч. 2 ст. 20 настоящего Федерального закона («несовершеннолетнего больного наркоманией при оказании ему наркологической помощи или при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего в целях установления состояния наркотического либо иного токсического опьянения (за исключением установленных законодательством Российской Федерации случаев приобретения несовершеннолетними полной дееспособности до достижения ими восемнадцатилетнего возраста)», а также несовершеннолетнему, достигшему возраста, установленного ч. 2 ст. 54 настоящего Федерального закона («Несовершеннолетние, больные наркоманией, в возрасте старше шестнадцати лет и иные несовершеннолетние в возрасте старше пятнадцати лет имеют право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него в соответствии с настоящим Федеральным законом, за исключением случаев оказания им медицинской помощи в соответствии с частями 2 и 9 статьи 20 настоящего Федерального закона»), для информирования одного из его родителей или иного законного представителя;

- в целях информирования органов внутренних дел о поступлении пациента, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что вред его здоровью причинен в результате противоправных действий;
- в целях проведения военно-врачебной экспертизы по запросам военных комиссариатов, кадровых служб и военно-врачебных (врачебно-летных) комиссий федеральных органов исполнительной власти, в которых Федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба;
- в целях расследования несчастного случая на производстве и профессионального заболевания;
- при обмене информацией медицинскими организациями, в том числе размещенной в медицинских информационных системах, в целях оказания медицинской помощи с учетом требований законодательства Российской Федерации о персональных данных;
- в целях осуществления учета и контроля в системе обязательного социального страхования;
- в целях осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с настоящим Федеральным законом.

В медицине конфиденциальность создает ряд благоприятных факторов при общении пациентов и медицинских работников.

1. Правило конфиденциальности выступает условием защиты социального статуса пациента. При существующем отношении большинства населения к некоторым заболеваниям диагноз может стать клеймом для больных и ограничить их самореализацию в жизни, изолировать их от общества.
2. Правило конфиденциальности защищает и экономические интересы пациентов. Разглашение информации о том, что адвокат, например, ВИЧ-инфицирован, может отпугнуть его клиентов, хотя реальная угроза отсутствует.
3. Конфиденциальность необходима, чтобы обеспечить откровенность в общении между врачом и пациентом.
4. Врач, сохраняющий конфиденциальность, обретает престиж и пользуется популярностью.
5. Наконец, сохранять конфиденциальность необходимо для реализации права пациента на автономию. Разглашение медицинской информации делает человека уязвимым в социальной, профессиональной и других сферах жизни.

В разделе 4 Основ концепции прав пациента в Европе: общие положения, сформулированные в Декларации о политике обеспечения прав пациента в Европе, принятой Европейским консультативным совещанием ВОЗ по правам пациента (Амстердам, март 1994 г.), который называется «Конфиденциальность и приватность», определено:

«4.1. Вся информация о состоянии здоровья пациента, диагнозе, прогнозе и лечении его заболевания, а также любая другая информация личного характера должна сохраняться в секрете даже после смерти пациента.

4.2. Конфиденциальную информацию можно раскрыть только тогда, когда на это есть ясно выраженное согласие пациента, либо это требует закон. Предполагается согласие пациента на раскрытие конфиденциальной информации медицинскому персоналу, принимающему участие в лечении пациента.

4.3. Все данные, могущие раскрыть личность пациента, должны быть защищены. Степень защиты должна быть адекватна форме хранения

данных. Компоненты человеческого тела, из которых можно извлечь идентификационную информацию, также должны храниться с соблюдением требований защиты.

4.4. Пациенты имеют право доступа к истории болезни, а также ко всем материалам, имеющим отношение к диагнозу и лечению. Пациент имеет право получить копии этих материалов. Однако данные, касающиеся третьих лиц, не должны стать доступными для пациента.

4.5. Пациент имеет право потребовать коррекции, дополнения, уточнения и (или) исключения данных личного и медицинского характера, если они неточны, неполны или не имеют отношения к обоснованию диагноза и проведению лечения.

4.6. Запрещается любое вторжение в вопросы личной и семейной жизни пациента за исключением тех случаев, когда пациент не возражает против этого и необходимость вторжения продиктована целями диагностики и лечения.

4.7. В любом случае медицинское вторжение в личную жизнь пациента, безусловно, предполагает уважение его тайн. Поэтому подобное вторжение может осуществляться лишь в присутствии строго необходимых для его проведения лиц, если иного не пожелает сам пациент.

4.8. Пациенты, приходящие и поступающие в лечебно-профилактическое учреждение, имеют право рассчитывать на наличие в этом учреждении инвентаря и оборудования, необходимого для гарантии сохранения медицинской тайны, особенно в тех случаях, когда медицинские работники осуществляют уход, проводят исследовательские и лечебные процедуры».

### **3.5. ПРАВИЛО ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ**

Правило информированного согласия - это, по сути, новая концепция, которую, как полагают современные биоэтики, Гиппократ нашел 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 к испытуемым в биомедицинских экспериментах как к личностям. Благодаря этому правилу минимизируется угроза причинения вреда здоровью вследствие недобросовестных или безответственных действий специалистов. При этом необходимо обеспечить активное участие пациента в выборе метода лечения, чтобы он мог оценить этот метод с точки зрения своих жизненных ценностей.

Термин «информированное согласие» спустя 10 лет после Нюрнбергского процесса, где были представлены свидетельства о чудовищных медицинских экспериментах в концлагерях. В Нюрнбергском кодексе сформулирована также норма добровольного согласия при информировании о характере эксперимента. Термин же «информированное согласие» тогда не фигурировал и стал жесткой нормой после детальной проработки этого понятия в начале 70-х гг. XX в. Это уже не то, что раньше было известно как получение согласия от больного на хирургическую операцию. Правило нацеливает на информирование пациента с определенными целями, которые сформулировали Бичамп и Чилдрес: 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. В ч. 2 ст. 21 Конституции РФ указано: «Никто не может быть без добровольного согласия подвергнут медицинским, научным или иным опытам».

Согласно ч. 1 ст. 20 Федерального закона РФ № 323-ФЗ, необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на такое вмешательство.

Обсуждение правила информированного согласия можно провести на основе структуры, включающей его составляющие элементы. Выделены *«пороговые» элементы* (компетентность пациента, добровольность принятия решения), *информационные элементы* (процедура передачи существенной информации, предложение рекомендаций, акт понимания), *элементы согласия* [принятие решения (в пользу некоторого плана), авторизация (одобрение) определенного плана].

Исторически сложилось так, что правило информированного согласия (далее - Правило) первоначально прорабатывалось в США в связи с обнаруженными случаями серьезных нарушений врачами прав и интересов пациентов в научных или коммерческих целях. Процедуры получения Правила вводились в практику американского и западноевропейского здравоохранения именно для минимизации риска этих нарушений. Правило 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 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 нужно понимать как норму диалогического общения врача и пациента в целях 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 становится не самоцелью, а средством для обеспечения партнерского диалога заинтересованных сторон. Врач и пациент

становятся тем самым равноправными партнерами в лечебно-диагностическом процессе.

### **3.6. ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОТКАЗА ПАЦИЕНТА ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА**

С правилом информированного согласия тесно связаны этические аспекты отказа пациента от медицинского вмешательства. Действительно, если врач и пациент становятся равноправными партнерами в процессе оказания медицинской помощи, то пациент не может быть ограничен ни в праве на согласие, ни в праве на отказ от медицинского вмешательства. Важно лишь добиться от пациента понимания, объяснить ему, что его моральный выбор сопряжен с моральной ответственностью за его последствия.

В подобной ситуации врач обязательно должен разъяснить в доступной для пациента форме, каковы могут быть последствия. Очевидно, что от пациента нельзя скрывать и вероятность наступления смертельного исхода в случае его отказа от медицинского вмешательства. Это достаточно сложная юридическая и этическая проблема.

Гражданин, один из родителей или иной законный представитель лица, указанного в ч. 2 ст. 20 Федерального закона РФ № 323-ФЗ (несовершеннолетние), имеют право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения. Законный представитель лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, осуществляет указанное право в случае, если такое лицо по своему состоянию не способно отказаться от медицинского вмешательства.

При отказе от медицинского вмешательства гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа (ч. 4 ст. 20 Федерального закона РФ № 323-ФЗ).

При отказе одного из родителей или иного законного представителя несовершеннолетнего лица, либо законного представителя лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, от медицинского вмешательства, необходимого для спасения его жизни, медицинская организация имеет право обратиться в суд для защиты интересов такого лица.

Важно подчеркнуть, что право на отказ от медицинского вмешательства также не считается абсолютным. Как с этической, так и с юридической точки зрения можно считать оправданным оказание медицинской помощи без согласия гражданина или его законных представителей, если он страдает заболеванием, представляющим опасность для окружающих, например тяжелым психическим расстройством, или совершил общественно опасное деяние.

На основании ч. 9 ст. 20 Федерального закона РФ № 323-ФЗ медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается:

- если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека, или его состояние не позволяет выразить свою волю, или отсутствуют законные представители;

- в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;
- в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами;
- в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления);
- при проведении судебно-медицинской и (или) судебно-психиатрической экспертизы.

## Литература

### Основная литература

*Лопатин П.В., Карташова О.В.* Биоэтика: учебник / под ред. П.В. Лопатина. - 4-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 272 с.

*Силуянова И.В.* Руководство по этико-правовым основам медицинской деятельности: учебное пособие. - М.: МЕДпресс-информ, 2008. - 224 с.

*Хрусталеv Ю.М.* Биоэтика. - М.: Медицина, 2011. - 408 с.

*Хрусталеv Ю.М.* От этики до биоэтики: учебник для вузов. - Ростов н/Д: Феникс, 2010. - 446 с.

### Дополнительная литература

Биоэтика: принципы, правила, проблемы / отв. ред. и сост. Б.Г. Юдин. - М., 1998. - 472 с.

Введение в биоэтику: учебное пособие / А.Я. Иванюшкин, В.Н. Игнатъев, Р.В. Коротких и др. - М.: Прогресс-Традиция, 1998. - 381 с.

*Голдакр Б.* Обман в науке: пер. с англ. и ред. Е.В. Кокоревой. - М.: Эксмо, 2010. - 368 с.

*Кэмпбелл А., Джиллетт Г., Джонс Г.* Медицинская этика: пер. с англ.: учебное пособие / под ред. Ю.М. Лопухина, Б.Г. Юдина. - М.: ГЭОТАР-

Мед, 2004. - 400 с.

Основы биоэтики: учебное пособие / под ред. Я.С. Яскевич, С.Д. Денисова. - Минск: Высшая школа, 2009. - 350 с.

*Разин А.В.* Этика: учебник. - М.: ИНФРА-М, 2012. - 416 с.

*Тищенко П.Д.* На грани жизни и смерти: философские исследования оснований биоэтики. - СПб: Миръ, 2011. - 328 с.

*Шамов И.А.* Биомедицинская этика: учебник для студентов медвузов [Текст]. - Махачкала: ИПЦ ДГМА, 2005. - 408 с.

*Яровинский М.Я.* Лекции по курсу «Медицинская этика (биоэтика)». - 3-е изд., испр. и доп. - М., 2004. - 528 с.

*Beauchamp T., Childress J. Principles of Biomedical Ethics. - N.Y.: Oxford University Press, 1989. - 454 p.*

*Collins J. Should Doctors Tell the Truth? // Excerpted from Harpers Monthly Magazine. - Aug 1927. - Vol. 155. - P. 320-326.*

### **Нормативно-правовые акты и этические документы**

Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины «Конвенция о правах человека в биомедицине» // Справочная правовая система «Гарант» // URL: <http://www.garant.ru> (дата обращения - 17.09.2012 г.).

Декларация о политике обеспечения прав пациента в Европе // Сборник официальных документов Ассоциации врачей России «Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы» / под ред. В.Н. Уранова. - М.: ПАИМС, 1995. - С. 82.

Лиссабонская декларация о правах пациента // Там же. - С. 17.

Конституция Российской Федерации // Справочная правовая система «Гарант» // URL: <http://www.garant.ru> (дата обращения - 17.09.2012 г.).

Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Справочная правовая система «Гарант» // URL: <http://www.garant.ru> (дата обращения - 17.09.2012 г.).

### **Вопросы для самоконтроля**

1. В чем состоит значение правил биоэтики?
2. Каково содержание правила правдивости?
3. Каково содержание правила уважения неприкосновенности частной жизни?
4. Каково содержание правила конфиденциальности?
5. Каково содержание правила информированного согласия?

### **Тестовые задания**

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. К следствиям этического анализа конкретной клинической ситуации относятся:
  - а) этическая теория;
  - б) моральный выбор;
  - в) моральная ответственность;
  - г) законы и принципы биоэтики.

2. Правило неприкосновенности частной жизни связано:

- а) с материальными нормами о врачебной тайне;
- б) получением согласия на медицинское вмешательство.

3. Правило конфиденциальности - условие:

- а) защиты социального статуса пациента;
- б) защиты экономических интересов пациента;
- в) обеспечения откровенности в общении с пациентом;
- г) эффективности медицинского вмешательства.

4. Правило информированного согласия пациента нацеливает:

- а) на формальное общение врача и пациента;
- б) уважительное отношение к пациенту;
- в) минимизирование морального и материального ущерба пациенту.

5. Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или законного представителя допускается в отношении лиц:

- а) страдающих инфекционными заболеваниями;
- б) страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;
- в) страдающих тяжелыми психическими расстройствами;
- г) совершивших общественно опасные деяния (преступления).

## Глава 4. Модели биоэтики. Традиционные и новые сферы профессиональной этики

### 4.1. ОСНОВНЫЕ МОДЕЛИ БИОЭТИКИ

Современное здравоохранение - сложная система, в которой специалисты и пациенты могут находиться в самых различных формах социального взаимодействия. Гиппократ утверждал: «Искусство медицины включает три вещи: врача, болезнь и больного». Можно сказать, что это соответствует современному подходу, который называют системным.

При системном подходе множество разнообразных элементов, например субъекты деятельности, этапы деятельности, их промежуточные результаты, можно представить в виде системы, обладающей определенной структурой и организацией. В процессе систематизации выявляют зависимость каждого элемента системы от его места и функции; анализируют, насколько поведение системы обусловлено особенностями ее отдельных элементов и свойствами ее структуры (совокупностью устойчивых связей, обеспечивающих эффективность деятельности системы); исследуют механизм взаимозависимости, взаимодействия системы и внешней среды; изучают характер иерархичности, присущий данной системе; рассматривают динамизм системы.

Рассматривая отношения, возникающие между врачом и пациентом с позиций системного подхода, можно выделить следующие четыре основных элемента системы: пациента, болезнь (патологический процесс в организме, имеющий закономерности своего течения), врача, медицинское вмешательство.

Контакты врачей с пациентами во всем мире происходят по принятым этическим и правовым нормам. Эти нормы очерчивают собой то, что принято называть социальной ролью, поэтому можно говорить о социальной роли и врача, и пациента. В сложившейся устойчивой социальной системе эти нормы и роли обуславливают определенность

взаимных ожиданий врача и пациента, вступающего в контакт. Это не значит, что во все времена и во всех обществах нормы и роли врача и пациента остаются неизменными, наоборот, они понимались и понимаются по-разному. Однако их можно классифицировать по различным моделям врачевания.

**Модель взаимоотношений работников здравоохранения и пациентов** - наиболее общая схема конкретного общественного отношения, в которой отражаются основные исходные положения субъектов отношения, определяющие форму и содержание взаимодействия между ними.

Американский философ Р. Витч выделил 4 основные модели: инженерную, пасторскую (патерналистскую), коллегальную и контрактную (договорную). По своему моральному значению эти модели представляют собой иерархию возрастания этических ценностей от наименее морально обоснованной - инженерной к наиболее обоснованной - контрактной.

*Инженерная модель*, ее еще называют технологической моделью и моделью автомеханика, характеризуется отношением врача к пациенту как безличностному организму, в котором возник очаг патологии. В медицине, в рамках этой модели,

используется такое понятие, как «отклонение физиологического механизма от положения равновесия», и врач стремится восстановить это равновесие. Показателями служат объективные параметры биохимии, физиологии, клинических исследований. Все это прикладное научное знание, которым не владеет пациент. Именно поэтому его личное мнение о собственном благе в смысле здоровья с точки зрения медика-профессионала не только бесполезно, но и может быть вредно. Выбор же врача, основанный на объективных данных, признается естественным и благотворным для пациента.

Такие убеждения среди медиков традиционно воспринимаются каждым новым поколением врачей, но современная философия науки опровергает это устаревшее представление о природе научного знания. Наука отнюдь не нейтральна. Так называемое объективное знание как бы нагружено субъективными предпосылками, т.е. отражает личные и групповые интересы, искажается ошибками субъективного характера. Это подтверждается историей науки нового времени. Абсолютизация объективного знания ведет к технократизму (абсолютизации технологии) в медицине, который морально ущербен, поскольку входит в резкое противоречие с известным принципом уважения автономии пациента.

При инженерной модели врач не проявляет должной заботы о своем пациенте после медицинского вмешательства, поскольку весь акцент

смещен только в технологическую сторону самого медицинского вмешательства.

Однако такая аморальность отношения врача не всегда может быть признана единственной причиной ущемления личности пациента. В целом ряде ситуаций современной медицины пациент объективно не может в полной мере выступить в качестве личности. Значительное число специалистов занято выполнением сугубо специализированных процедур и исследований, строго привязанных к частям тела человека. Практически здесь исключается личное общение с пациентом. Примером может послужить работа рентгенолога с изображением частей тела на экране, а затем со снимком этого изображения (описанием его и анализом). Такую и подобные ситуации (работа врача-лаборанта с материалом, взятым для анализа) обозначают термином «деперсонализация» (от лат. *persona*- «личность»). Деперсонализация - это дистанцирование врача от личности пациента. Можно ли себя успокаивать тем, что это вынужденная мера? Нет, нельзя. Необходимо персонализировать работу с пациентом так, чтобы он вновь почувствовал себя личностью.

*Пасторская (патерналистская) модель* отношений между врачом и пациентом напоминает отеческое отношение родителя к ребенку или пастора (священника) (от лат. *pater*- «отец») к прихожанину. Оба варианта отношений, как и отношение врача к пациенту, характеризуются покровительством.

По сравнению с предыдущей моделью этический элемент в этой модели играет существенную роль. Патерналистское отношение мотивировано стремлением помочь слабому, подопечному человеку. Оно основывается на добродетельных качествах покровительствующей личности: благотворительности, милосердии, справедливости. Конечно, личности находятся в неравном положении: врач, играющий роль покровителя, обладает знаниями; пациент играет роль несведущего слушателя, моральная добродетель которого состоит в беспрекословном выполнении назначений.

Патернализм (преобладание покровительства) гораздо более древний тип отношений, чем инженерная модель, так как господствовал в медицине несколько тысячелетий, еще до клятвы Гиппократов. В настоящее время философы указывают на его несовершенство с моральной точки зрения. Полагают, что патернализм ущемляет права пациента как автономной личности, самостоятельно принимающей решение. Однако на практике это не всегда столь однозначно. Современная биоэтика различает две разновидности патернализма: сильный и слабый.

Сильный патернализм отвергает любую активную роль пациента в процессе взаимоотношений с врачом, даже те решения, которые пациент принял добровольно на основе достоверной и полной информации о состоянии своего здоровья.

Слабый патернализм исходит из того, что пациент принимает самостоятельные решения или под влиянием эмоций, что делает эти решения недобровольными, или из-за недостатка информации, и тогда его решения могут не соответствовать сложившейся клинической ситуации.

Вместе с тем патернализм может быть вполне адекватной формой отношения врачей к больным детям (например, детская нейрохирургия) и взрослым пациентам с ограниченной дееспособностью. Следовательно, патернализм вполне морален по отношению к конкретному пациенту, в должном месте, в должное время и в должной степени.

*Коллегиальная модель* (от лат. *collega*- «товарищ по должности») отношений между врачом и пациентом характеризуется их взаимопониманием. Пациент должен получить достаточное количество правдивой информации о своем состоянии здоровья, вариантах лечения, прогнозе развития заболевания. После этого пациент оказывается в состоянии принимать участие в выработке конкретных решений и выступать в роли коллеги лечащего врача. Однако совпадение уровней знаний медика и больного случается редко (только если сам больной - врач).

Между тем существует достаточно широкая область медицины, когда отношения между врачом и пациентом могут приближаться к коллегиальности. Это случаи длительно текущих хронических заболеваний. Некоторые из них возникают в детстве, неизлечимы и смертельно опасны, если их не контролировать известными средствами, например инсулином при диабете. Причем такие больные, как правило, нуждаются в самопомощи. Знания они получают в первую очередь от медиков. Существуют даже специальные школы (например, школы больных диабетом), где этих больных готовят к правильному поведению при обострении болезни (например, диабетической коме). Самое правильное отношение к этому больному будет напоминать форму диалога с профессионалом, где совместно вырабатывается адекватное решение.

Модели взаимоотношений можно классифицировать также по типу взаимоотношений между врачом и пациентом: монологичному или диалогичному взаимодействию. Монологичной считают такую модель, в которой общение между врачом и пациентом выстраивается как монолог специалиста с невежественным слушателем. Диалогичной считается такая модель, когда взаимодействие врача и пациента разворачивается как диалог равноправных партнеров, обсуждающих общую проблему. Коллегиальная модель приближается к диалогичной. Подлинный диалог возможен, если врач и пациент в равной степени причастны к истине, хотя и при разном ее понимании. Если истинным считать только естественно-научное знание, то

им обладает врач, а у пациента не будет никакой своей истины. Так ли это? Однако в чем заключается природа специфического знания пациента, есть ли у него основание иметь право на контроль в ситуациях врачевания, право на диалог с врачом? Это выясняется при рассмотрении понятий о здоровье и заболеваниях человека с точки зрения пациента.

В некоторых случаях коллегиальную модель рассматривают сквозь призму солидарной ответственности за здоровье пациентов нескольких врачей.

Под *контрактной моделью* взаимоотношений между медиками и пациентами подразумевают, во-первых, отношения, построенные на взаимном уважении и доверии, и лишь во-вторых - формальную сторону таких отношений, а именно договор с пациентом, контракт, соглашение. При этом моральная сторона отношений пациента и врача в тексте договора отражена не прямо, а косвенно. Очевидно, что при претворении в жизнь данной модели успехом у пациентов пользуются врачи, сочетающие высокий профессионализм и личностные качества, соответствующие ценностным ориентациям врача на основе принципов и норм биоэтики. Эта модель отношений пациента с врачом аналогична модели отношений граждан с выборной властью, которые в современном обществе строятся на договорной основе, впрочем, так же как и моделям трудовых, семейных отношений - словом, любых отношений между гражданами, которые требуют юридического оформления. По мнению Р. Витча, именно эта модель в наибольшей степени защищает моральные ценности автономной личности, ибо для реализации контрактных отношений существенно важны моральные принципы свободы, сохранения достоинства, правдивости, справедливости. Контрактная модель позволяет избежать ущемлений свободы, характерных для инженерной и патерналистской модели, с одной стороны, а с другой - она не позволяет пациенту строить иллюзии относительно своего соучастия в лечении в качестве коллеги врача. Пациент добровольно устанавливает отношения с врачом на тех условиях, которые считает для себя выгодными и приемлемыми. Если условия не соблюдаются, пациент вправе считать для себя договор недействительным, лишит врача тех полномочий, которыми он его наделил.

#### **4.2. ЭТИЧЕСКАЯ ОСНОВА ПРАВОВОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТА И РАБОТНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Рассмотрение этической основы правового статуса пациента и работников здравоохранения заслуживает внимания для осознания взаимообусловленности, взаимодополнения и взаимосвязи моральных и правовых норм, направленных на урегулирование отношений по поводу оказания медицинской (лекарственной, психологической, социальной) помощи.

Правовой статус пациента и работников здравоохранения состоит из следующих элементов:

- правосубъектности, включающей право- и дееспособность, а также деликтоспособности (способности нести юридическую ответственность за совершенные правонарушения);
- основных правовых принципов;
- основных прав и обязанностей;

- юридических гарантий основных прав и обязанностей.

Особого внимания заслуживает вопрос о правосубъектности, в частности деликтоспособности. При этом в биоэтическом контексте необходимо остановиться на соотношении моральной и юридической ответственности.

Необходимость различать моральную и юридическую ответственность возникает в том случае, когда данные виды ответственности анализируются по источнику установления ответственности, по основанию ответственности, по форме выражения мер ответственности, по субъекту применения мер ответственности, по кругу лиц, к которым могут применяться меры ответственности, по психическому отношению лица к своему деянию и его последствиям.

Источником установления моральной ответственности выступает общество, а юридической - государство.

Основание моральной ответственности - моральный проступок, а юридической - правонарушение.

**Форма выражения мер ответственности.** Меры моральной ответственности, в частности, при осуществлении медицинской деятельности, устанавливаются в этических кодексах, меры юридической ответственности - в законодательных актах.

**Субъект применения мер ответственности.** Моральные нормы охраняются (контролируются) и меры моральной ответственности применяются институтами гражданского общества. Так, в Кодексе врачебной этики

установлено, что контроль за соблюдением врачебной этики осуществляют профессиональные ассоциации и созданные при них этические комитеты (комиссии). Меры юридической ответственности применяют уполномоченные на то законом органы и должностные лица.

**Круг лиц, к которым могут применяться меры ответственности.** Моральные нормы обязательны только для тех лиц, проживающих на территории Российской Федерации, которые состоят членами, например, профессиональных медицинских ассоциаций. Врач, который не состоит в профессиональной медицинской ассоциации, может добровольно принять на себя личную ответственность за соблюдение норм этических кодексов.

Кодекс врачебной этики, согласно его уставу, действует на всей территории РФ и обязателен для всех врачей, входящих в Российскую медицинскую ассоциацию, ее региональные отделения (филиалы), а также в профессиональные объединения, официально его признавшие. Врач, не входящий в профессиональные ассоциации, объединения, может лично принять данный Кодекс и руководствоваться им в своей профессиональной деятельности.

Меры юридической ответственности общеобязательны, т.е. применяются к неопределенному кругу лиц.

**Психическое отношение лица к своему деянию и его последствиям.** Субъективно психическое отношение морально ответственного лица оборачивается осознанием соответствия или несоответствия поступков человека и его последствий

моральным нормам. При юридической ответственности психическое отношение лица к своему деянию и его последствиям определяется установленной законом формой вины и рассматривается как субъективная сторона правонарушения.

На примере рассмотрения вопроса о деликтоспособности врача видно, насколько тесно в нем переплетены этические и правовые аспекты, что, впрочем, характерно и для других элементов правового статуса пациента и медицинского (фармацевтического) работника.

Правовые принципы статусов пациента и работников здравоохранения необходимо определять в соответствии со ст. 4 Федерального закона РФ № 323-ФЗ, согласно которой основными принципами охраны здоровья выступают:

- соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;
- приоритет охраны здоровья детей;
- социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;
- доступность и качество медицинской помощи;
- недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;
- приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;
- соблюдение врачебной тайны.

В аспекте рассмотрения этической основы правового статуса пациента и работников здравоохранения заслуживает внимания раскрытие принципа приоритета интересов пациента при оказании медицинской помощи. Следует обратить внимание на содержание ч. 1 ст. 6 Федерального закона РФ № 323-ФЗ:

«Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи реализуется путем:

- 1) соблюдения этических и моральных норм, а также уважительного и гуманного отношения со стороны медицинских работников и иных работников медицинской организации;
- 2) оказания медицинской помощи пациенту с учетом его физического состояния и с соблюдением по возможности культурных и религиозных традиций пациента;
- 3) обеспечения ухода при оказании медицинской помощи;
- 4) организации оказания медицинской помощи пациенту с учетом рационального использования его времени;

5) установления требований к проектированию и размещению медицинских организаций с учетом соблюдения санитарногигиенических норм и обеспечения комфортных условий пребывания пациентов в медицинских организациях;

б) создания условий, обеспечивающих возможность посещения пациента и пребывания родственников с ним в медицинской организации с учетом состояния пациента, соблюдения противоэпидемического режима и интересов иных лиц, работающих и (или) находящихся в медицинской организации».

Очевидно, что установление приоритета интересов пациента при оказании медицинской помощи не противоречит этической и юридической основе соответствующих общественных отношений. Вместе с тем важно, чтобы этот приоритет достигался повышением этических и юридических гарантий реализации правового статуса пациента, а не понижением социального статуса врача.

В связи с этим заслуживает внимания рассуждение Б. Лауна (2010) о том, что в США существует проблема негативного отношения к врачам, и она никогда не стояла так остро, как сейчас. Несмотря на то что медики все чаще оказываются в состоянии вылечить, продлить жизнь, американцы относятся к медицинской профессии с подозрением, недоверием, даже враждебностью. Кто смущенно, кто удивленно, кто с обидой и раздражением - так или иначе врачи признают наличие кризиса в системе здравоохранения.

В работе «Пациент, излечись сам» (*«Patient, HealThyself»*) Р. Витч (2009) с позиции постмодернистской философии излагает свои мысли об отношениях пациента и врача на современном этапе развития медицины (автор использует термин «новая медицина»).

В частности, Р. Витч говорит, что в новой медицине роль пациента радикально трансформируется в доминирующую, именно пациент будет единолично принимать решения, оставляя врачу второстепенную роль. Автор считает, что в обозримом будущем в постмодернистском мире люди не смогут достигнуть согласия, как правильно определить верования и ценности. Это означает, что будет столько же «медицин», сколько систем верований и ценностей. Каждого врача будут рассматривать как практикующего медицину в соответствии с одной из таких систем верований и убеждений, а каждый пациент - делать свой медицинский выбор на основе одной из таких систем. Это значит, что постмодернистский мир вынужден будет опираться на пару «врач-пациент», основанную на совместимой системе верований о том, какими должны быть результаты и цели медицины. Эта новая медицина базируется на логичной необходимости оценивания выбора каждого сделанного шага, выбранного для излечения партнерами, т.е. пациентом и врачом, причем в первую очередь врачом.

Сфера прав пациента, без сомнения, будет расширяться и дальше. Этот, безусловно, позитивный процесс таит в себе и негативные тенденции, которые могут проявиться, если права пациента не будут надлежащим образом сбалансированы его обязанностями.

В связи с этим заслуживает положительной оценки включение в текст Федерального закона РФ № 323-ФЗ ст. 27 «Обязанности граждан в сфере охраны здоровья»:

- «1. Граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья.
2. Граждане в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, обязаны проходить медицинские осмотры, а граждане, страдающие заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, обязаны проходить медицинское обследование и лечение, а также заниматься профилактикой этих заболеваний.
3. Граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях».

Интересно обратить внимание на описание древнегреческим историком Геродотом (484-425 до н.э.) одного из обычаев вавилонян: «Есть у вавилонян еще и другой, весьма разумный обычай. Страдающих каким-нибудь недугом они выносят на рынок (у них ведь нет врачей). Прохожие дают больному советы [о его болезни] (если кто-нибудь из них или сам страдал подобным недугом, или видел его у другого). Затем прохожие советуют больному и объясняют, как сами они исцелились от подобного недуга или видели исцеление других. Молча проходить мимо больного человека у них запрещено: каждый должен спрашивать, в чем его недуг».

Напрашивается аналогия с процессами, происходящими в современном информационном обществе. В глобальном пространстве Интернета пациенты выносят на широкое обсуждение вопросы, связанные с состоянием их здоровья, получая при этом большое количество советов. Эту активность пациентов в ходе обсуждения проблем, связанных с состоянием их здоровья, широко использует нарративная медицина. В работах А.У. Франка (*Frank A.W., 1997, 2010*) проводится мысль о том, что люди рассказывают, чтобы понять свои страдания, когда они превращают их в истории о болезни, они находят исцеление. Один из основоположников нарративной практики М. Уайт (2010) считает, что терапия имеет дело в первую очередь с переформулированием, новым развитием личных историй (нарративов) и реконструкцией, преобразованием идентичности.

Сказанное позволяет констатировать тот факт, что традиционные сферы профессиональной этики (отношения с пациентами, коллегами, обществом) в настоящее время не утратили своей актуальности.

#### **4.3. ТРАДИЦИОННЫЕ СФЕРЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭТИКИ (отношения с пациентами, коллегами, обществом)**

Два основных вида профессиональной деятельности в здравоохранении - медицинская и фармацевтическая - характеризуются высокой степенью ответственности специалистов, так как:

- в медицине и фармацевтике имеется риск причинения вреда жизни и здоровью пациента (потребителю лекарственных средств);
- деятельность строится на основе специальных знаний, недоступных большинству населения;
- в медицине и фармации необходимы жесткие правила профессионального поведения.

Традиционные сферы профессиональной этики специалистов в сфере здравоохранения охватывают их отношения с пациентами, коллегами и обществом.

**Система «специалист-пациент».** В Декларации о независимости и профессиональной свободе врача, принятой ВМА в октябре 1986 г., определено: «Врачи должны обладать профессиональной независимостью, чтобы представлять и защищать интересы своих пациентов от любых действий, которые приводят к ограничению или отказу в помощи больным и пострадавшим». В ст. 1.1 Этического кодекса фармацевтического работника России (провизора и фармацевта) сформулированы следующие важные положения: «Фармацевтический работник должен оказывать фармацевтическую помощь любому человеку независимо от национальности, политических и религиозных убеждений, имущественного положения, пола, возраста, социального статуса. Специальное фармацевтическое образование дает фармацевтическому работнику право отвечать за рациональное использование лекарственных средств, проявляя исключительную бдительность при отпуске лекарственных средств для престарелых и детей. Фармацевтический работник должен гарантировать в интересах сохранения здоровья и безопасности населения адекватный контроль за качеством, хранением, безопасностью и эффективностью лекарственных препаратов». В ст. 1.2 данного Кодекса указано: «Фармацевтический работник должен постоянно совершенствовать свои специальные знания, умения, навыки, эрудицию и помнить, что "лекарство в руках знающего человека подобно бессмертию и жизни, а в руках невежды - подобно огню и мечу"».

Единая типология отношений между врачом и пациентом до настоящего времени отсутствует, и вряд ли подобная типология когда-нибудь примет завершённый характер, поскольку эти отношения имеют большое количество составляющих их элементов и связей. Любая из типологий скорее всего будет носить лишь рамочный характер. За рамками всегда останется что-то большее, чем предложенная схема. Вместе с тем это не исключает важности анализа и синтеза различных сторон отношений в системе «врач-пациент».

Особого внимания заслуживают стратегия, глубина и форма отношений врача и пациента.

**Стратегия** - это искусство планирования руководства своими действиями, основанное на долгосрочном прогнозе. Можно выделить следующие стратегии врача и пациента: оптимистическую, реалистическую, пессимистическую.

Казалось бы, с нравственной точки зрения, безусловно, оправданы оптимистическая и реалистическая стратегии, а пессимизм может вызвать только осуждение. На самом деле не все так однозначно, потому что каждая из названных стратегий может иметь или рациональную, или иррациональную основу. В итоге могут использоваться следующие стратегии:

- оптимистическая (рациональный оптимизм, иррациональный оптимизм);
- реалистическая (рациональный реализм, иррациональный реализм);
- пессимистическая (рациональный пессимизм, иррациональный пессимизм).

Особого внимания заслуживают диаметрально противоположные стратегии (оптимистическая и пессимистическая).

Рациональный оптимизм врача (РОВ) основан на глубоких знаниях о закономерностях течения конкретного патологического процесса, о возможностях современной медицинской науки и практики в успешном лечении диагностированного заболевания, на объективно благоприятном прогнозе течения заболевания у пациента, на адекватной самооценке, на уверенности в правильности своих действий, на высокой степени самоконтроля и на личной ответственности за свой моральный выбор.

Иррациональный оптимизм врача (ИОВ) наблюдается в тех случаях, когда он, не обладая знаниями о закономерностях течения конкретного патологического процесса, не зная о возможностях современной медицинской науки и практики в области лечения

заболевания, предвидя объективно неблагоприятный его исход, внушает пациенту полную уверенность в своих профессиональных способностях и убеждает его в благоприятном итоге лечения, демонстрируя тем самым завышенную самооценку, низкую степень самоконтроля и безответственность за свой моральный выбор.

Рациональный пессимизм врача (РПВ) основан на глубоких знаниях о закономерностях течения конкретного патологического процесса, об ограниченных возможностях современной медицинской науки и практики в области лечения диагностированного заболевания, на объективно неблагоприятном прогнозе течения заболевания у пациента, на адекватной самооценке врача, на уверенности в правильности своих действий, на высокой степени самоконтроля и на личной ответственности за свой моральный выбор.

Иррациональный пессимизм врача (ИПВ) наблюдается в тех случаях, когда он, не обладая знаниями о закономерностях течения конкретного патологического процесса, не зная о возможностях современной медицинской науки и практики в области лечения определенного заболевания, предвидя объективно неблагоприятный итог лечения, подрывает тем самым веру пациента в свои профессиональные способности и убеждает его в неблагоприятном исходе заболевания, демонстрируя тем самым заниженную самооценку, низкую степень самоконтроля и безответственность за свой моральный выбор.

Рациональный оптимизм пациента (РОП) основан на обыденных (бытовых) знаниях о течении конкретного патологического процесса, о достижениях современной медицинской науки и практики в области лечения диагностированного у него заболевания, на объективно удовлетворительном состоянии, на уверенности в правильности действий врача, на адекватной самооценке, на высокой степени самоконтроля за состоянием своего организма и на личной ответственности за свой моральный выбор.

Иррациональный оптимизм пациента (ИОП) наблюдается в тех случаях, когда он, не обладая знаниями о закономерностях течения конкретного патологического процесса, не зная о возможностях современной медицинской науки и практики в области лечения определенного заболевания, отмечая объективно ухудшение своего состояния, полностью уверен в своих силах и в благоприятном исходе заболевания, демонстрируя тем самым завышенную самооценку, низкую степень самоконтроля за состоянием своего организма и безответственность за свой моральный выбор.

Рациональный пессимизм пациента (РПП) основан на обыденных (бытовых) знаниях о течении конкретного патологического процесса, об ограниченных

возможностях современной медицинской науки и практики в области лечения диагностированного заболевания, на объективном ухудшении состояния, на адекватной самооценке, на неуверенности в правильности действий врача, на высокой степени самоконтроля и на личной ответственности за свой моральный выбор.

Иррациональный пессимизм пациента (ИПП) наблюдается в тех случаях, когда он, не обладая знаниями о закономерностях течения конкретного патологического процесса, не зная о возможностях современной медицинской науки и практики в области лечения определенного заболевания, отмечая объективно улучшение состояния, совсем не уверен в действиях врача, демонстрируя тем самым заниженную самооценку, низкую степень самоконтроля и безответственность за свой моральный выбор.

Очевидно, что лучшее сочетание стратегий РОВ соответствует РОП, а самым худшим - ИПВ/ИПП. Очевидно, что в преобладающем большинстве случаев оправданным моральным выбором врача должна стать стратегия РОП, вселяющая надежду на благоприятный исход лечения. И лишь при объективно неблагоприятном итоге заболевания и при отсутствии каких-либо возможностей его предотвращения можно считать морально оправданным рациональный пессимизм врача, который должен относиться к пациенту с милосердием, сочувствием и состраданием.

Одна из профессиональных деформаций медицинских работников - утрата индивидуального и целостного подхода к пациенту. Нередко специалисты склонны объяснять это недостатком времени, которое может быть использовано для общения с пациентом, тем более для глубинного. Безусловно, временная характеристика общения врача и пациента имеет существенное значение. Вместе с тем следует признать и недостаточную коммуникативную компетентность врачей, их неумение общаться с пациентом на разных уровнях в тех или иных обстоятельствах.

Отдельного рассмотрения заслуживают формы отношения врача и пациента. С биоэтической точки зрения можно выделить следующие формы отношений врача и пациента: тактичную, деликатную, грубую.

**Тактичная форма** предполагает, что врач чутко реагирует на любые изменения в общении с пациентом и точно выбирает уместные стратегии и тактику разговора в конкретных обстоятельствах, сохраняя при этом свое достоинство и не умаляя достоинства пациента.

**Деликатная форма** подразумевает особую душевную чуткость врача к пациенту, когда он учитывает индивидуальные особенности пациента, относится к нему с повышенным вниманием, тонко, мягко и вежливо обсуждает состояние его здоровья и отвечает на его вопросы. Деликатную форму общения врача и пациента следует признать самой предпочтительной, а в тех случаях, когда прогноз заболевания неблагоприятный, - необходимой. В соответствии с ч. 3 ст. 22 Федерального закона РФ № 323-ФЗ информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена пациенту против его воли. В случае неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину или его супругу (супруге), одному из близких родственников (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и сестрам, внукам, дедушкам, бабушкам), если пациент не запретил сообщать им об этом и (или) не определил иное лицо, которому должна быть передана такая информация.

**Грубая форма** общения врача и пациента прежде всего свидетельствует о недостаточной общей и коммуникативной культуре одного или обоих собеседников, дерзко нарушающих общепринятые и профессиональные правила поведения. Очевидно, что грубость несовместима с принципами и нормами биоэтики.

Б. Лаун (2010) считает, что падение уважения к врачебной профессии усиливается и тем фактом, что студентам-медикам вменяется в обязанность высокомерное отношение к больным. Становясь врачами, они действуют по упрощенной модели, в которой люди представлены как биохимический лабораторный комплекс. Следует подчеркнуть, что подобная моральная позиция подрывает не только статус пациента, но и врача.

К. Дернер (2006) в книге «Хороший врач» отмечает: «Моя этическая позиция, в которой мое моральное Я заменено Другим, может быть определена как забота, а также как ответственность за Другого. Такая забота и о себе, и о Другом оберегает меня от опасности морально раствориться в беспомощности. Мое назначение как врача - разрешить конкретную ситуацию в пользу Другого».

**Система «специалист-коллеги».** Многосторонний, многоуровневый, многоэтапный характер современного лечебно-диагностического процесса определяет актуальность адекватного построения связей и отношений в системе «специалист-коллеги», особенно в аспекте гармоничного сочетания профессиональной автономии и коллегиальности.

В Мадридской декларации ВМА сказано: «Главная цель профессиональной автономии - обеспечение свободы профессиональных решений врача при оказании медицинской помощи в соответствии с Декларацией о независимости и профессиональной свободе врача, принятой ВМА в октябре 1986 г.». В п. 2 указанной Декларации установлено: «Профессиональная свобода врача предполагает свободу от постороннего вмешательства в лечебный процесс. Всегда и везде следует охранять и защищать независимость профессиональных медицинских и этических решений врача при лечении и обслуживании пациента».

В Декларации о независимости и профессиональной свободе врача, принятой ВМА в октябре 1986 г., определено: «Врачи должны обладать профессиональной независимостью, чтобы представлять и защищать интересы своих пациентов от любых действий, которые приводят к ограничению или отказу в помощи больным и пострадавшим».

В Международном кодексе медицинской этики ВМА (Женева, 1949) установлены следующие нормы общения и взаимодействия врача с коллегами и пациентами:

- врач должен быть честен в отношениях с пациентами и коллегами и бороться с теми из своих коллег, которые проявляют некомпетентность или замечены в обмане;
- врач должен уважать права пациентов, коллег, других медицинских работников, а также хранить врачебную тайну;
- врач должен вести себя по отношению к своим коллегам так, как хотел бы, чтобы они вели себя по отношению к нему;

- врач не должен переманивать пациентов у своих коллег;
- врач должен соблюдать принципы Женевской декларации, утвержденной ВМА.

В Женевской декларации ВМА определено: «...мои коллеги станут моими братьями и сестрами».

В Кодексе врачебной этики, одобренном II (XVIII) Всероссийским Пироговским съездом врачей 7 июня 1997 г., в разделе III «Коллегиальность врачей», установлено:

«1. В течение всей жизни врач обязан сохранять уважение и чувство благодарности к тому, кто научил его искусству врачевания.

2. Врач обязан охранять честь и благородные традиции медицинского сообщества. Врачи должны относиться друг к другу с уважением и доброжелательностью.

3. Врач не вправе публично ставить под сомнение профессиональную квалификацию другого врача или каким-либо иным образом его дискре-

дитировать. Профессиональные замечания в адрес коллеги должны быть аргументированными, сделаны в неоскорбительной форме, желательно в личной беседе, прежде чем о них будет проинформировано медицинское сообщество или вопрос будет вынесен на обсуждение Этического комитета (комиссии). Медицинское сообщество обязано оказывать помощь врачу в восстановлении его профессиональной репутации.

4. В трудных клинических случаях опытные врачи должны давать советы и оказывать помощь менее опытным коллегам в корректной форме. Но за процесс лечения всю полноту ответственности несет только лечащий врач, который вправе принять рекомендации коллег или от них отказаться, руководствуясь при этом исключительно интересами больного.

5. Врачи - руководители научных и лечебных учреждений обязаны заботиться о повышении профессиональной квалификации своих коллег-подчиненных.

6. Врачи обязаны с уважением относиться к другому медицинскому и вспомогательному персоналу учреждения, постоянно заботясь о повышении его квалификации».

**Система «специалист-общество».** В контексте рассмотрения профессиональной этики особого внимания заслуживают вопросы взаимоотношения медицинских и фармацевтических работников со следующими институтами гражданского общества:

- союзами и ассоциациями пациентов;
- профессиональными медицинскими (фармацевтическими) ассоциациями;
- саморегулируемыми организациями.

Социальные институты пациентов можно разграничить по главной цели их деятельности. Если акцент деятельности смещен в сторону взаимодействия с врачами,

то объединения создаются в виде групп поддержки пациентов с конкретными заболеваниями. В случае смещения акцента в сторону судебной защиты прав пациентов создаются организации, подобные союзам потребителей.

В последнее время заметно стремление к интеграции указанных социальных институтов в союзы и ассоциации пациентов, которые актуализируют свободу выбора пациентом врача, лечебно-профилактического учреждения, медицинского вмешательства и его ответственность за состояние своего здоровья.

Правовой статус общественных объединений по защите прав граждан в сфере охраны здоровья определен в настоящее время в ст. 28 Федерального закона РФ № 323-ФЗ, в которой указано:

«1. Граждане имеют право на создание общественных объединений по защите прав граждан в сфере охраны здоровья, формируемых на добровольной основе.

2. Общественные объединения по защите прав граждан в сфере охраны здоровья могут в установленном законодательством Российской Федерации порядке принимать участие в разработке норм и правил в сфере охраны здоровья и решении вопросов, связанных с нарушением таких норм и правил.

3. Общественные объединения по защите прав граждан в сфере охраны здоровья не вправе осуществлять рекламу конкретных торговых наименований лекарственных препаратов, биологически активных добавок, медицинских изделий, специализированных продуктов лечебного питания и заменителей грудного молока».

На I Всероссийском конгрессе пациентов 28 мая 2010 г. в Москве была принята Декларация о правах пациентов в России (далее - Декларация).

Часть II Декларации названа «Права граждан на активность». В п. 2.2 Декларации определено:

«Граждане и организации, защищающие права и интересы пациентов, имеют право на действия по защите прав на охрану здоровья и медицинскую помощь, в частности:

а) право на свободное передвижение людей и информации в системе здравоохранения, в той мере, в которой это допускает уважение частной жизни;

б) право контролировать на практике соблюдение прав граждан в здравоохранении посредством контрольных и ревизионных мероприятий;

в) право на действия по предупреждению нарушений прав или недостаточной защиты прав;

г) право на прямое вмешательство при нарушениях прав или недостаточной защите прав;

д) право на передачу информации и предложений и вытекающую отсюда обязанность органов управления системы здравоохранения рассматривать и отвечать на них;

е) право на открытый диалог с органами управления государственным и частным здравоохранением;

ж) право на деятельность в области информирования пациентов».

В п. 2.3 Декларации сформулировано право на участие в формировании политики в области охраны здоровья:

«Граждане имеют право на участие в формировании, преобразовании и оценке государственных политических мероприятий, касающихся защиты прав на охрану здоровья и медицинскую помощь в соответствии со следующими принципами:

а) принцип двустороннего взаимодействия между гражданами, их объединениями и органами государственного и муниципального управления при составлении перспективных планов путем участия в составе наблюдательных (попечительских) советов при медицинских организациях;

б) принцип обязательности общественных слушаний и консультаций на этапах планирования и принятия решений с обязанностью органов власти прислушиваться к предложениям общественных организаций и иных заинтересованных лиц, которые вправе выражать свое мнение по поводу готовящихся решений. Органы власти обязаны объяснять свои решения, отклоняющиеся от выраженного мнения участниками обсуждений;

в) принцип партнерских отношений, который означает, что все участники обсуждения политики действуют с полной ответственностью и равноправно;

г) принцип совместной оценки, который означает, что мнения, высказываемые общественными организациями, рассматриваются как необходимая часть инструмента оценки государственных политических мероприятий».

В Кодексе врачебной этики, в разделе I, названном «Врач и общество», в п. 1 указано: «Предметом особой заботы государства и общества являются обеспечение, сохранение жизни и здоровья граждан. Полноценная охрана здоровья народа и обеспечение условий, позволяющих ему достойно существовать и развиваться, являются критериями нравственной политики государства. В осуществлении этой социальной задачи большая роль принадлежит врачу, его профессиональной деятельности и нравственной позиции».

В п. 17 Кодекса врачебной этики определено: «Врач обязан содействовать врачебным объединениям и ассоциациям, активно участвуя в их работе, а также выполняя их поручения».

Важным институтом гражданского общества, в деятельности которых специалисты в сфере здравоохранения должны принять активное участие, призваны стать саморегулируемые организации.

В ч. 1 ст. 2 Федерального закона от 1 декабря 2007 г. № 315-ФЗ «О саморегулируемых организациях» (далее - Федеральный закон № 315-ФЗ) указано: «Под саморегулированием понимается самостоятельная и инициативная деятельность, которая осуществляется субъектами предпринимательской или профессиональной деятельности и содержанием которой являются разработка и установление стандартов

и правил указанной деятельности, а также контроль за соблюдением требований указанных стандартов и правил».

В ст. 4 Федерального закона № 315-ФЗ установлено:

«1. Предметом саморегулирования является предпринимательская или профессиональная деятельность субъектов, объединенных в саморегулируемые организации.

2. Саморегулируемая организация разрабатывает и утверждает стандарты и правила предпринимательской или профессиональной деятельности (далее - стандарты и правила саморегулируемой организации), под которыми понимаются требования к осуществлению предпринимательской или профессиональной деятельности, обязательные для выполнения всеми членами саморегулируемой организации. Федеральными законами могут устанавливаться иные требования, стандарты и правила, а также особенности содержания, разработки и установления стандартов и правил саморегулируемых организаций.

3. Стандарты и правила саморегулируемых организаций должны соответствовать федеральным законам и принятым в соответствии с ними иным нормативным правовым актам. Стандартами и правилами саморегулируемой организации могут устанавливаться дополнительные требования к предпринимательской или профессиональной деятельности определенного вида.

4. Саморегулируемая организация от своего имени и в интересах своих членов вправе обратиться в суд с заявлением о признании недействующим не соответствующего федеральному закону нормативного правового акта, обязанность соблюдения которого возлагается на членов саморегулируемой организации, в том числе нормативного правового акта, содержащего не допускаемое федеральным законом расширительное толкование его норм в целом или в какой-либо части.

5. Саморегулируемая организация должна установить меры дисциплинарного воздействия в отношении членов саморегулируемой органи-

зации за нарушение требований стандартов и правил саморегулируемой организации, а также обеспечить информационную открытость затрагивающей права и законные интересы любых лиц деятельности членов саморегулируемой организации.

6. Стандарты и правила саморегулируемой организации должны соответствовать правилам деловой этики, устранять или уменьшать конфликт интересов членов саморегулируемой организации, их работников и членов постоянно действующего коллегиального органа управления саморегулируемой организации.

7. Стандарты и правила саморегулируемой организации должны устанавливать запрет на осуществление членами саморегулируемой организации деятельности в ущерб иным субъектам предпринимательской или профессиональной деятельности, а также должны устанавливать требования, препятствующие недобросовестной конкуренции, совершению действий, причиняющих моральный вред или ущерб потребителям товаров (работ, услуг) и иным лицам, действий, причиняющих ущерб деловой репутации члена саморегулируемой организации либо деловой репутации саморегулируемой организации».

Таким образом, традиционные сферы моральной ответственности специалистов в сфере здравоохранения, реализуемые в системах «специалист-пациент», «специалист-коллеги», «специалист-общество», в наши дни не теряют своей актуальности и продолжают совершенствоваться как по форме, так и по содержанию.

#### **4.4. НОВЫЕ СФЕРЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭТИКИ (ЗАЩИТА БУДУЩИХ ПОКОЛЕНИЙ, ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ, БИОСФЕРЫ И БИОРАЗНООБРАЗИЯ)**

**Факторы, обуславливающие трансформацию традиционной медицинской этики в биоэтику.** Изменения профессиональной медицинской этики совершались особенно резко и стремительно в развитых странах Америки и Европы во второй половине XX в.

Фактор экспоненциального накопления объема биологических и медицинских знаний, на базе которых были созданы новейшие медицинские технологии реанимации, пересадки органов и тканей, методы искусственного оплодотворения, дородовой диагностики, геной инженерии и др. Применение новых технологий поставило перед человечеством и новые этические проблемы. Важнейшие из них связаны с риском для здоровья пациентов и опасностью для самой человеческой популяции.

Инновационный фактор трансформации традиционной медицинской этики в современную биомедицинскую этику - это новое понимание взаимоотношений между врачом и пациентом. Речь идет о гораздо более широкой трактовке прав пациента. Это право на уважение автономии человеческой личности, право на получение информации о диагнозе и прогнозе состояния, право участвовать в принятии решений о выборе лечения вплоть до отказа от лечения вообще.

Политический фактор, связанный с демократизацией послевоенного общества, действовал в европейских странах и в США во время вьетнамской войны. Этот процесс демократизации проявился в медицине новыми требованиями пациентов во взаимоотношениях с врачами. Значительно расширились границы прав человека: на получение медицинской информации, на выбор врача, на уважение автономии личности пациента. Медики и общество оказались перед этическими проблемами, решать которые раньше им не приходилось.

В связи с развитием в медицине рыночных отношений можно выделить экономический фактор коммерциализации медицины и тесно связанный с ним социальный фактор доступности медицинской помощи для граждан. Новые технологии оказались дорогостоящими, их обслуживали высококвалифицированные профессионалы. Однако не все больные были в состоянии оплачивать медицинские товары и услуги специалистов. Перед врачами встала проблема: как выставить счет пациенту, не разоряя его до нитки. Возникла также необходимость в поиске новых путей справедливого распределения дефицитных ресурсов здравоохранения, которое смогло бы обеспечить доступность медицинской помощи для всех слоев населения.

Ю.М. Хрусталеv (2010) отмечает, что в настоящее время в ткань медицины входят непривычные для нее новые идеалы, несущие благо человеку и человечеству, для чего потребовались модернизированные нормативы морали и права, философское переосмысление сути смысла долга и личной ответственности специалистов за результаты, полученные в процессе изучения жизненных и человекообразных объектов.

**Интенсификация и расширение поля исследований феномена жизни во второй половине XX в.** Содержание мировоззрения на современном этапе развития человечества все в большей степени определяется в контексте целостной системы наиболее общих взглядов человека на окружающий и собственный мир через призму знаний о жизни. При этом речь идет

о знаниях о жизни в глобальном масштабе, охватывающем все формы жизни, что нашло отражение в фундаментальном труде В.Р. Поттера «Глобальная биоэтика».

Наряду с повышением теоретического и методологического статуса биологии во второй половине XX в., что, несомненно, позитивно, необходимо назвать и негативные факторы, оказавшие существенное влияние на интенсификацию и расширение поля исследований феномена жизни в связи с грозящими ей угрозами на глобальном уровне:

- ядерное уничтожение всего живого на Земле, что реально грозило человечеству во время Карибского кризиса (не случайно во многих странах в 1960-1970-е гг. наблюдался пик антивоенного движения);
- ухудшение состояния окружающей среды, связанное с научнотехнической революцией и техногенными катастрофами (к 1968 г. повсеместно стали появляться движения в защиту окружающей среды);
- изменения климата, приводящие к глобальному потеплению, частым землетрясениям, наводнениям, цунами и другим природным катастрофам.

В настоящее время устойчивое развитие признается новой концепцией, основными вехами которой стали:

- Межправительственная конференция по окружающей человека среде в Стокгольме (1972);
- Конференция в Рио-де-Жанейро (1992);
- Всемирный саммит по устойчивому развитию в Йоханнесбурге (2002).

Так, в п. 19 Йоханнесбургской декларации по устойчивому развитию определено: «Мы подтверждаем наше обязательство уделять особое и первоочередное внимание борьбе с такими мировыми условиями, которые создают серьезную угрозу устойчивому развитию наших народов и в число которых входят хронический голод; недоедание; иностранная оккупация; вооруженные конфликты; проблемы, связанные с незаконными наркотиками; организованная преступность; коррупция; стихийные бедствия; незаконный оборот оружия; торговля людьми; терроризм; нетерпимость и подстрекательство к расовой, этнической, религиозной и другой ненависти; ксенофобия, а также эндемичные, заразные и хронические болезни, включая ВИЧ/СПИД, малярию и туберкулез».

**Защита будущих поколений.** Одной из основных гарантий устойчивого развития является защита будущих поколений.

В Декларацию об ответственности нынешних поколений перед будущими поколениями, принятой 12 ноября 1997 г. на 29-й сессии Генеральной конференции ЮНЕСКО, включены следующие положения.

На нынешних поколениях лежит обязанность обеспечивать всестороннюю защиту потребностей и интересов нынешних и будущих поколений (ст. 1).

Необходимо, уделяя должное внимание правам человека и основным свободам, прилагать все усилия, чтобы обеспечить полную свободу выбора политических, экономических и социальных систем будущим и нынешним поколениям и возможность сохранять свое культурное и религиозное многообразие (ст. 2).

Нынешним поколениям надлежит в духе должного уважения к достоинству человеческой личности стремиться обеспечивать сохранение человечества на вечные времена. Ввиду этого недопустимы никакие посягательства на существо и формы человеческой жизни (ст. 3).

Нынешние поколения обязаны передать будущим поколениям Землю, которой не будет однажды нанесен непоправимый ущерб в результате деятельности человека. Каждое поколение, которое на определенное время наследует Землю, должно заботиться о разумном использовании природных ресурсов и обеспечивать защиту жизни от опасности пагубных изменений экосистем и о том, чтобы научно-технический прогресс во всех областях не наносил ущерба жизни на Земле (ст. 4).

В ст. 16 Всеобщей декларации о биоэтике и правах человека, принятой путем аккламации 19 октября 2005 г. на 33-й сессии Генеральной конференции ЮНЕСКО, установлено: «Следует уделять должное внимание воздействию наук о жизни на будущие поколения, в том числе на их генетические характеристики».

В Базовой учебной программе по биоэтике ЮНЕСКО (2008) подчеркнуто, что нынешняя восприимчивость к судьбе будущих поколений вызвана следующими тремя факторами:

- технология изменила характер человеческой деятельности, которая влияет теперь на жизнь не только ныне живущих людей, но и тех, кто будет жить в будущем;
- реалии сегодняшнего дня взаимозависимы и взаимосвязаны; например, экологические катастрофы в одном регионе будут сказываться и на других регионах, и в других поколениях;
- возрастающее понимание конечности и хрупкости нашего существования и «нашей одной-единственной Земли», как сказал Генеральный секретарь ООН в 1998 г.

Понятие моральной ответственности перед будущими поколениями связано также с понятием межпоколенческой справедливости. Это понятие подразумевает, что необходимо учитывать и оберегать развитие и удовлетворение потребностей будущих поколений, что накладывает ограничения на деятельность нынешних поколений. Традиционно справедливость определяется как воздаяние каждому по заслугам. Поскольку обязательства перед будущими поколениями стали рассматриваться как вопрос справедливости, был введен новый предмет обсуждения - межпоколенческая справедливость.

Т.В. Мишаткина, А.В. Барковская, Н.П. Богданчик (2008) обращают внимание на то, что один из основоположников экологической этики О. Леопольд считал ее нравственный смысл и цель в формировании нравственных ценностей и критериев вокруг двух стержней: **чувства времени**, перешагивающего рубеж одного человеческого поколения и предполагающего заботу о природных условиях существования будущих поколений, и **чувства любви и сострадания к природе**.

Обращенность в будущее базируется на ряде специфических моральных принципов, норм и ценностей, которые должны лежать в основе наших обязательств перед будущими поколениями, имеющими право на достойную жизнь. Это, в частности:

а) принцип хронологической объективности, запрещающий игнорировать интересы индивидуумов из-за их временного, пространственного или идеологического отдаления;

б) понятие «долг перед потомками», предполагающее решение ряда проблем:

- проблем, в рамках которых определяется само существование подобного долга перед будущими поколениями, чье присутствие в современной жизни невозможно сделать актуальным: они существуют пока лишь в виде возможностей;

- нормативно-этических вопросов, затрагивающих конкретные права предполагаемых потомков по отношению к нам, идеал того социума, который мы стремимся создать для них;

- проблемы обоснования приоритета обязанностей перед будущим в случае его столкновения с нашими современными нуждами;

- практических проблем, связанных с воплощением в жизнь социальных программ ответственности перед будущими поколениями сегодня;

в) нормы-императивы диалога с будущим, включающие:

- необходимость отказа от любых действий, которые могут подорвать возможность существования будущих поколений;

- приоритет ответственности перед потомками при принятии решений, касающихся здоровья человека и состояния природной среды;

- недопустимость нанесения ущерба будущим поколениям в интересах ныне живущих людей.

Важно отметить, что Президент РФ Д.А. Медведев в послании Президента Федеральному Собранию 30 ноября 2010 г. подчеркнул: «Забота о будущих поколениях - это самые надежные, умные и благородные инвестиции. Общество, в котором на деле защищают права ребенка и уважают его личное достоинство, не только добрее и человечнее, это общество быстрее и лучше развивается, имеет благоприятную, предсказуемую перспективу».

**Защита окружающей среды, биосферы и биоразнообразия**. Говоря о «втором стержне» нравственного смысла и цели экологической этики О. Леопольда, Т.В.

Мишаткина, А.В. Барковская, Н.П. Богданчик (2008) замечают, что любовь к природе выступает как внутренний отклик души человека на красоту, гармонию природы в целом - то, что остается за пределами научного познания. Такая любовь возможна, если человек не одержим жадной самоутверждения, покорения природы, получения от нее максимальной прибыли, а стремится понять природу вплоть до их взаимопроникновения. Для «любви к природе» необходимо, чтобы «нечеловеческий субъект» признавался источником любви, равным субъекту человеческому. Такая любовь должна быть взаимна, а в нынешней ситуации конфликтных взаимоотношений человека и природы у нас слишком мало оснований рассчитывать на это. Именно поэтому предварительным условием того, чтобы любовно-творческое отношение к природе стало реальностью, выступает совершенствование самого человека как нравственной личности.

В Декларации тысячелетия ООН, принятой главами государств и правительств, собравшихся в Центральных учреждениях ООН в НьюЙорке 6-8 сентября 2000 г., сказано: «Мы признаем, что, помимо индивидуальной ответственности перед нашими собственными обществами, мы несем также коллективную ответственность за утверждение принципов человеческого достоинства, справедливости и равенства на глобальном уровне. Поэтому мы как руководители ответственны перед всеми жителями Земли, особенно перед наиболее уязвимыми из них, и в частности перед детьми мира, которым принадлежит будущее.

В связи с этим мы твердо намерены придерживаться во всей нашей экологической деятельности новой этики бережного и ответственного отношения к природе и для начала заявляем о своей решимости:

- приложить все усилия к тому, чтобы обеспечить вступление в силу Киотского протокола, предпочтительно к десятой годовщине Конференции ООН по окружающей среде и развитию в 2002 г., и приступить к предусмотренному им сокращению выбросов парниковых газов;
- активизировать наши коллективные усилия по лесоустройству, сохранению всех типов лесов и устойчивому развитию лесного хозяйства;
- добиваться полного осуществления Конвенции о биологическом разнообразии и Конвенции по борьбе с опустыниванием в тех странах, которые испытывают серьезную засуху и (или) опустынивание, особенно в Африке;
- остановить нерациональную эксплуатацию водных ресурсов, разрабатывая стратегии водохозяйственной деятельности, способствующие справедливому доступу к воде и ее достаточному предложению на региональном, национальном и местном уровнях;
- активизировать сотрудничество в целях сокращения числа и последствий стихийных бедствий и антропогенных катастроф;
- обеспечить свободный доступ к информации о геноме человека». Сегодня важным документом, позволяющим наметить основные

пути разрешения экологических проблем, является Конвенция ООН о биологическом разнообразии (Рио-де-Жанейро, 5 июня 1992 г.). При принятии Конвенции договаривающиеся стороны, в частности, подтвердили, что:

- сохранение биологического разнообразия является общей задачей всего человечества;
- государства обладают суверенными правами на свои собственные биологические ресурсы;
- государства несут ответственность за сохранение своего биологического разнообразия и устойчивое использование своих биологических ресурсов.

Согласно ст. 3 Конвенции, в соответствии с Уставом ООН и принципами международного права, государства имеют суверенное право разрабатывать свои собственные ресурсы в русле своей национальной политики в области окружающей среды и несут ответственность за обеспечение того, чтобы деятельность в рамках их юрисдикции или под их контролем не наносила ущерба окружающей среде других государств или районов за пределами действия национальной юрисдикции.

В ст. 10 Конвенции установлено: «Каждая Договаривающаяся Сторона, насколько это возможно и целесообразно:

- а) предусматривает рассмотрение вопросов сохранения и устойчивого использования биологических ресурсов в процессе принятия решений на национальном уровне;
- б) принимает меры в области использования биологических ресурсов, с тем чтобы предотвратить или свести к минимуму неблагоприятное воздействие на биологическое разнообразие;
- в) сохраняет и поощряет традиционные способы использования биологических ресурсов в соответствии со сложившимися культурными обычаями, которые совместимы с требованиями сохранения или устойчивого использования;
- г) оказывает местному населению поддержку в разработке и осуществлении мер по исправлению положения в пострадавших районах, в которых произошло сокращение биологического разнообразия; и
- е) поощряет сотрудничество между правительственными органами и частным сектором своей страны в разработке методов устойчивого использования биологических ресурсов».

В ст. 4 Картахенского протокола по биобезопасности к Конвенции о биологическом разнообразии (Монреаль, 29 января 2000 г.) указано: «Настоящий Протокол применяется к трансграничному перемещению, транзиту, обработке и использованию всех живых измененных организмов, способных оказать неблагоприятное воздействие на сохранение и устойчивое использование биологического разнообразия, с учетом также рисков для здоровья человека».

В ст. 5 «Фармацевтические препараты» данного Протокола определено: «Вне зависимости от положений статьи 4 и без ущерба для любого права Стороны проводить оценку рисков в отношении всех живых измененных организмов до принятия решений относительно импорта, настоящий Протокол не применяется к трансграничным перемещениям живых измененных организмов, представляющих собой фармацевтические препараты для человека, которые регулируются другими соответствующими международными соглашениями или организациями».

В ст. 17 Всеобщей декларации о биоэтике и правах человека определено: «Следует уделять должное внимание взаимосвязи между человеком и другими формами жизни, важности надлежащего доступа к биологиче-

ским и генетическим ресурсам и их использования, уважению традиционных знаний и роли человека в защите окружающей среды, биосферы и биоразнообразия».

Таким образом, наряду с традиционными следует выделять новые сферы моральной ответственности специалиста в сфере здравоохранения, а именно защиту будущих поколений, окружающей среды, биосферы и биоразнообразия. Эти новые сферы ответственности должны постоянно находиться в зоне внимания медицинских и фармацевтических работников при осуществлении профессиональной деятельности, направленной на предотвращение распространения эндемичных, заразных и хронических болезней, включая ВИЧ/СПИД, малярию и туберкулез, а также в процессе реализации репродуктивных технологий, вмешательства в геном человека и животных.

Экологическое и биоэтическое сознание позволяет увеличить проблемное поле обращения лекарственных средств с привычного сопоставления «человек-лекарственное средство» до более широкого «сырье-лекарственное средство-человек-биосфера». При этом в здравоохранении актуализируются как природоохранный (экологический подход к получению лекарственных средств из органов или тканей животного, растений, минералов), так и гуманитарный (безопасность для человека лекарственных средств в сочетании с их высоким качеством и доступностью для всех слоев населения) аспекты. П.В. Лопатин (2011) замечает, что только в отношении 15-20% всего количества обращающихся на фармацевтическом рынке лекарственных средств, как доказали ученые, безопасны, эффективны и экономически целесообразны.

## **Литература**

### **Основная литература**

*Лопатин П.В., Карташова О.В.* Биоэтика: учебник / под ред. П.В. Лопатина. - 4-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 272 с.

*Силуянова И.В.* Руководство по этико-правовым основам медицинской деятельности: учебное пособие. - М.: МЕДпресс-информ, 2008. - 224 с.

*Хрусталева Ю.М.* Биоэтика. - М.: Медицина, 2011. - 408 с.

*Хрусталева Ю.М.* От этики до биоэтики: учебник для вузов. - Ростов н/Д: Феникс, 2010. - 446 с.

### **Дополнительная литература**

Базовая учебная программа по биоэтике // Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры. - Desing&Production:

Julia Cheftel SHS/EST/EEP/ 2008/PI/1. - UNESCO, 2008. - Version 1.0 // URL: <http://www.unesco.org/ru/moscow> (дата обращения - 17.09.2012 г.).

Биоэтика: принципы, правила, проблемы / отв. ред. и сост. Б.Г. Юдин. - М., 1998. - 472 с.

*Геродот.* История: В 9 кн.: пер. Г.А. Стратановского. - М.: АСТ; Ладомир, 2001. - 752 с.

*Дернер К.* Хороший врач: учебник основной позиции врача: пер. с нем. И.Я. Сапожниковой при участии Э.Л. Гушанского. - М.: Алетейа, 2006. - 544 с.

*Канке В.А.* Этика ответственности. Теория морали будущего. - М.: Логос, 2003. - 352 с.

*Кэмпбелл А., Джиллетт Г., Джонс Г.* Медицинская этика: пер. с англ.: учебное пособие / под ред. Ю.М. Лопухина, Б.Г. Юдина. - М.: ГЭОТАР-

Мед, 2004. - 400 с.

*Лаун Б.* Дети Гипократа XXI века: дела сердечные / БернакрдЛаун: пер. с англ. М. Вавиловой. - М.: Эксмо, 2010. - 288 с.

*Леопольд О.* Календарь песчаного графства. - М.: Мир, 1983. - 216 с.

*Летов О.В.* Биоэтика и современная медицина / РАН, ИНИОН. Центр гуманитарных науч.-информ. исслед. Отдел философии. - М., 2009. - 252 с.

*Мишаткина Т.В., Барковская А.В., Богданчик Н.П.* Экологическая этика и экология человека. Учебно-методич. пособие для студентов высших учебных заведений и колледжей со специализацией по естественным наукам / Т.В. Мишаткина и др. - Минск: МГЭУ им. А.Д. Сахарова, 2008. - 43 с.

*Уайт М.* Карты нарративной практики: Введение в нарративную терапию: пер. с англ. - М.: Генезис, 2010. - 326 с.

*Шамов И.А.* Биомедицинская этика: учебник для студентов медвузов [Текст]. - Махачкала: ИПЦ ДГМА, 2005. - 408 с.

*Швейцер А.* Благоговение перед жизнью: пер. с нем. / сост. и посл. А.А. Гусейнова / под общ.ред. А.А. Гусейнова и М.Г. Селезнева. - М.: Прогресс,

1992. -

*Яровинский М.Я.* Лекции по курсу «Медицинская этика (биоэтика)». - 3-е изд., испр. и доп. - М.: Медицина, 2004. - 528 с.

*Frank A.W.* Letting Stories Breathe: A Socio-Narratology. - University Of Chicago Press, 2010. - 224 p.

*Frank A.W.* The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics. - University

Of Chicago Press, 1997. - 231 p.

*Potter V.R.* Global Bioethics: Building on the Leopold Legacy. - East Lansing, Michigan State, University Press, 1988. - 205 p.

*Veatch R.* Patient, Heal Thyself. - New York: Oxford University Press, USA.

2009. - 287 p.

## Нормативно-правовые акты и этические документы

Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека // URL: [http://www.un.org/russian/document/declarat/bioethics\\_and\\_hr.pdf](http://www.un.org/russian/document/declarat/bioethics_and_hr.pdf) (дата обращения - 17.09.2012 г.).

Декларация об ответственности нынешних поколений перед будущими поколениями. Принята 12 ноября 1997 г. на 29-й сессии Генеральной конференции ЮНЕСКО // URL: <http://www.lexed.ru/mpravo/razdel2/7doc19.html> (дата обращения - 17.09.2012 г.).

Декларация тысячелетия ООН. Принята главами государств и правительств, собравшихся в центральных учреждениях ООН в Нью-Йорке 6-8 сентября 2000 г. // URL: [www.un.org/ru/documents](http://www.un.org/ru/documents) (дата обращения - 17.09.2012 г.).

Декларации о политике обеспечения прав пациента в Европе // Сборник официальных документов Ассоциации врачей России «Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы» / под ред. В.Н. Уранова. - М., ПАИМС, 1995. - С. 82.

Йоханнесбургская декларация по устойчивому развитию. Принята на Всемирной встрече на высшем уровне по устойчивому развитию, Йоханнесбург, Южная Африка, 26 августа - 4 сентября 2002 г. // URL: <http://law.edu.ru/norm/norm.asp?normID=1372345> (дата обращения - 17.09.2012 г.).

Лиссабонская декларация о правах пациента (1981, Лиссабон, Португалия) // Сборник официальных документов Ассоциации врачей России «Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы» / под ред. В.Н. Уранова. - М.: ПАИМС, 1995. - С. 17.

Мадридская декларация о профессиональной автономии и самоуправлении врачей (1987, Мадрид, Испания) // Там же. - С. 30.

Картахенский протокол по биобезопасности к Конвенции о биологическом разнообразии. Принят в Монреале, Канада, 29 января 2000 г. // URL: [http://www.obolensk.org/science/Laws/Kartahena\\_protocol.htm](http://www.obolensk.org/science/Laws/Kartahena_protocol.htm) (дата обращения - 17.09.2012 г.).

Конвенция о биологическом разнообразии (Рио-де-Жанейро, 5 июня 1992 г.) // URL: [http://www.wwf.ru/about/where\\_we\\_work/asia/closed/econet/legislation/ieas/02.htm](http://www.wwf.ru/about/where_we_work/asia/closed/econet/legislation/ieas/02.htm) (дата обращения - 17.09.2012 г.).

Декларация о правах пациентов в России. Принята 28 мая 2010 г. в Москве на I Всероссийском конгрессе пациентов // URL: [http://www.patients.ru/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=6&Itemid=12](http://www.patients.ru/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=6&Itemid=12) (дата обращения - 17.09.2012 г.).

Кодекс врачебной этики // Сборник документов по биомедицинской

этике. - Вып. 3. - Омск, 2003. - С. 39.

Этический кодекс фармацевтического работника России (провизора и фармацевта) // Фармация. - 1997. - № 2.

Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Справочная правовая система «Гарант» // URL: <http://www.garant.ru> (дата обращения - 17.09.2012 г.).

Федеральный закон от 1 декабря 2007 г. № 315-ФЗ «О саморегулируемых организациях» // Справочная правовая система «Гарант» // URL: <http://www.garant.ru> (дата обращения - 17.09.2012 г.).

Послание Президента РФ Федеральному Собранию 30 ноября 2010 г. // Справочная правовая система «Гарант» // URL: <http://www.garant.ru> (дата обращения - 17.09.2012 г.).

### **Вопросы для самоконтроля**

1. Каковы основные признаки патерналистской модели отношений врача и пациента?
2. Каковы основные признаки технологической модели отношений врача и пациента?
3. Каковы основные признаки коллегиальной модели отношений врача и пациента?
4. Каковы основные признаки контрактной модели отношений врача и пациента?
5. Какие сферы профессиональной этики актуализируются в настоящее время?

### **Тестовые задания**

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. Доминантами патерналистской модели выступают:

- а) отрицание активной роли пациента;
- б) отношения, построенные на взаимном доверии;
- в) отношение к пациенту как к несведущему слушателю;
- г) отношение к пациенту как носителю медицинских знаний.

2. Доминантами технологической модели выступают:

- а) отношения, построенные на взаимном уважении;
- б) отсутствие должного внимания к личности пациента;
- в) отношения, построенные на взаимном доверии;
- г) смещение акцента на стандарты медицинской помощи.

3. К доминантам коллегиальной модели относятся:

- а) отношение к пациенту как к несведущему слушателю;

- б) смещение акцента на стандарты медицинской помощи;
- в) отношение к пациенту как носителю специальных знаний;
- г) активное участие пациента в лечебном процессе.

4. Доминантами контрактной модели выступают:

- а) отношения, построенные на взаимном уважении;
- б) отношение к пациенту как носителю медицинских знаний;
- в) отсутствие должного внимания к личности пациента;
- г) отношения, построенные на взаимном доверии.

5. Рациональный оптимизм врача основан:

- а) на глубоких знаниях о закономерностях развития заболевания;
- б) объективно благоприятном прогнозе заболевания;
- в) адекватной самооценке врача;
- г) низкой степени самоконтроля.

## Глава 5. Биоэтические проблемы применения инновационных технологий

### 5.1. ПРОБЛЕМЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

В XXI в. произошел переход к информационному обществу, основанному на знаниях. В области здравоохранения находят широкое применение новые био- и нанотехнологии, информационно-коммуникационные технологии и когнитивные науки. В последнее время специалисты все чаще обсуждают сложные вопросы, связанные с конвергенцией всех новых технологий, обозначая это термином «NBIC-конвергенция» (по первым буквам областей: N - нано; B - био; I - инфо; C - когно), который был предложен М. Роко и У. Бейнбриджем (*Roco M.C., Bainbridge W.S., 2003*).

Безусловно, указанные инновационные процессы в столь значимой социальной сфере, как охрана здоровья, служат стимулами биоэтической рефлексии в начале XXI в.

Б.Г. Юдин (2007) замечает, что современного человека все больше тяготит зависимость от неподконтрольных ему факторов - окружающей среды, времени, собственных психофизических данных. Болезни, старческая немощь, недостаточная физическая и психическая выносливость, ограниченный объем памяти, а также наши интеллектуальные и физические способности - все это начинает осознаваться в качестве проблем, которые допускают и даже требуют технологических решений.

Природа человека, таким образом, становится полигоном для самых разнообразных манипуляций и модификаций.

Не случайно вокруг проблем модификации человека разгораются острые идейные споры. По-видимому, сегодня преобладает позиция осторожного отношения к различным технологиям модификации человека. Тем не менее все большую силу набирает международное и междисциплинарное движение, которое называется *трансгуманизмом*.

В п. 1 Трансгуманистической декларации (*the Transhumanist Declaration*), принятой в 2002 г., сказано: «В будущем технологии радикально изменят человечество. Мы предвидим возможность реконструирования человеческого существа, включая такие параметры, как неизбежность старения, ограниченность человеческого и искусственного интеллекта, невозможность выбора собственной психологии, страдание и нашу ограниченность планетой Земля».

Б.Г. Юдин (2007) подчеркивает, что утопический проект создания ребенка с заранее predetermined качествами или, иными словами, замысел конструирования человека вполне можно считать некоей сверхидеей, которой вдохновляются многие из тех, кто так или иначе вовлечен в биотехнологическую революцию. Этот замысел действительно выступает как новое, современное прочтение прежних воззрений, которые акцентируют ведущую роль биологических, генетических начал в определении природы человека.

Эти прежние проекты основывались на концепциях, описывающих реальность в терминах детерминации и детерминирующих, определяющих сил, будь то генетическая конституция или законы истории, а не того, что конструируется и реконструируется с помощью технологических средств. В сегодняшних проектах акцентируется не детерминация, а конструирование и реконструирование человеческого существования.

Соответственно, в качестве их исходной и конечной точек выступает именно отдельная человеческая жизнь.

Особое внимание в современной биоэтике уделяется проблемам применения диагностических и лечебных методов, связанных с расшифровкой генома человека.

В Коммюнике совещания «Группы восьми», проходившего 23 июля 2000 г. на Окинаве, подчеркнуто: «Развитие наук о жизни постоянно улучшает качество нашей жизни. Открытие новых возможностей медицинской науки указывает на наличие у человечества беспрецедентных перспектив и должно проводиться с учетом принципов биоэтики.

Объявление о почти полной расшифровке генома человека представляет собой знаменательное событие и новый, весьма важный и желательный шаг в этом направлении.

Мы рассматриваем эту расшифровку как необычайно важное для человечества событие и призываем к дальнейшему и скорому опубликованию всех новых фундаментальных данных о строении собственно человеческой ДНК. Мы также подчеркиваем важность многостороннего сотрудничества при последующих за расшифровкой генома исследованиях».

История свидетельствует, что качественно новый уровень развития науки вместе с решениями определенных вопросов нередко обостряет проблематику практического применения результатов научного исследования при рассмотрении их в политическом, социальноэкономическом, культурном, духовном и личностном контексте. Именно поэтому международное сообщество придает существенное значение правовому и моральному регулированию отношений, возникающих по поводу проведения исследований в области генетики, и их практическому применению. Среди основных документов следующие.

- Всеобщая декларация о геноме человека и правах человека. Принята 11 ноября 1997 г. Генеральной конференцией ООН по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО).
- Конвенция о биологическом разнообразии (Рио-де-Жанейро, 5 июня 1992 г.).
- Конвенция Совета Европы о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины «Конвенция о правах человека и биомедицине» (ETS № 164). Овьедо, 4 апреля 1997 г. (Россия не участвует).
- Заявление о генетическом консультировании и генной инженерии. Принято 39-й ВМА, Мадрид, октябрь 1987 г.
- Декларация о проекте «Геном человека». Принята 44-й ВМА, Марбэлла, сентябрь 1992 г.

Во Всеобщей декларации о геноме человека и правах человека обращает на себя раздел А «Человеческое достоинство и геном человека».

Так, в ст. 1 Декларации определено, что геном человека лежит в основе изначальной общности всех представителей человеческого рода, а также признания их

неотъемлемого достоинства и разнообразия. Геном человека знаменует собой достояние человечества или, иначе, эта проблема опирается на общечеловеческую основу.

Следовательно, масштаб нравственного измерения проблемы генома человека может быть взят в максимально широком диапазоне высших ценностей и фундаментальных прав человека, что нашло отражение в ст. 2 Декларации:

«а) каждый человек имеет право на уважение его достоинства и его прав, вне зависимости от его генетических характеристик;

б) такое достоинство непреложно означает, что личность человека не может сводиться к его генетическим характеристикам и требует уважения его уникальности и неповторимости».

При проведении исследований генома человека необходимо иметь в виду высокую степень его изменчивости, зависящую от многих, нередко трудноконтролируемых факторов и условий. Как отмечено в ст. 3 Декларации, геном человека в силу его эволюционного характера подвержен мутациям. Он содержит в себе возможности, которые претворяются в жизнь различным образом в зависимости от природной и социальной среды каждого человека, в частности, состояния здоровья, условий жизни, питания и образования.

Из большой вариабельности возможных изменений генома человека вытекают особые требования к проведению соответствующих научных исследований и использованию их в практической деятельности.

Научные исследования, касающиеся генома человека, и использование их результатов должны осуществляться с учетом этических и социальных последствий. В ст. 13 Декларации перечислены моральные требования, которые должны стать неотъемлемой частью деятельности научных работников, а именно: ответственность, требовательность, осторожность, интеллектуальная честность и непредвзятость.

Высокие моральные требования к ученым, выполняющим исследования, связанные с геномом человека, диктуют необходимость обеспечить всеобщий доступ к достижениям науки в области биологии, генетики и медицины, касающимся генома человека, при должном уважении достоинства и прав каждого человека; а также дать оценку научным результатам как на национальном, так и на международном уровне.

В этой связи в ст. 16 Декларации отмечено, что государствам следует признать большое значение созданию на соответствующих уровнях независимых, многодисциплинарных и плюралистических комитетов по этике для оценки этических, правовых и социальных вопросов, которые возникают в связи с проведением научных исследований генома человека, использованием их результатов.

В ст. 18 Декларации акцент сделан на необходимости прилагать все усилия государств к дальнейшему распространению в международном масштабе научных знаний о геноме человека, разнообразии человеческого рода и генетических исследованиях, а также укреплять международное научное и культурное сотрудничество в этой области, в особенности между развитыми и развивающимися странами.

Безусловно, глубокие инновационные исследования по проблемам генома человека с опережающим темпом осуществляются в экономически развитых странах. Вместе с тем в стороне от новых технологий не должны остаться люди, проживающие в развивающихся странах.

В ст. 19 Декларации определено, что в рамках международного сотрудничества с развивающимися странами развитым государствам следует поощрять меры, которые позволяют:

- осуществлять оценку опасностей и преимуществ, связанных с проведением научных исследований, касающихся генома человека, и предотвращать злоупотребления;
- расширять и укреплять потенциал развивающихся стран в области проведения научных исследований по биологии и генетике человека с учетом стоящих перед ними конкретных проблем;
- развивающимся странам пользоваться достижениями научного и технического прогресса, чтобы применение таких достижений в их интересах осуществлялось ради всеобщего блага;
- поощрять свободный обмен научными знаниями и информацией в областях биологии, генетики и медицины.

Особое значение в Декларации придается подготовке специалистов в области биоэтики. В соответствии со ст. 20 государствам следует принимать соответствующие меры в целях содействия изложенным в Декларации принципам на основе использования соответствующих средств, в том числе проведения научных исследований и подготовки специалистов в многодисциплинарных областях, а также оказания содействия получению образования в области биоэтики на всех уровнях, в особенности предназначенному для лиц, ответственных за разработку политики в области науки.

Обобщая сказанное, можно заключить, что специфические черты наиболее общих моральных проблем современной генетики таковы:

- выход на глубокие и всесторонние исследования генома человека, которые требуют учета их этических последствий;
- сохранение гуманистической направленности исследований в области генома человека для укрепления здоровья каждого человека и всего человечества;
- соблюдение высоких моральных требований к ученым, осуществляющим исследования, связанные с геномом человека, и к лицам, использующим результаты этих исследований;
- необходимость обеспечить всеобщий доступ к достижениям науки в области биологии, генетики и медицины, касающимся генома человека, при должном уважении достоинства и прав каждого человека;
- создание и эффективное функционирование независимых, многодисциплинарных и плюралистических комитетов по этике для оценки этических, правовых и социальных

вопросов, которые возникают в связи с проведением научных исследований генома человека и использованием результатов таких исследований;

- преодоление разрыва между развитыми и развивающимися государствами в области разработки и применения инновационных генетических технологий;
- проведение научных исследований и подготовки специалистов в multidisciplinary областях, в частности, для синхронизации процессов накопления научных фактов и их адекватной оценки на биоэтической основе.

**Этические проблемы применения методов диагностики и коррекции генетических нарушений.** Очевидно, что новые генетические технологии в ближайшее время будут все чаще выходить за пределы проблемных институтов и лабораторий. В XXI в. диагностика и лечение многих заболеваний будут проводиться на основе расшифрованных генетических механизмов их возникновения. Именно поэтому применение методов генетической диагностики (генетического картирования) и методов коррекции генетических нарушений - уже это не просто теория, а реальная практика современной медицины.

Этические проблемы, возникающие в связи с применением методов диагностики и коррекции генетических нарушений, наиболее полно раскрыты в документах ВМА, которые, безусловно, заслуживают внимательного и детального изучения.

В Заявлении ВМА о генетическом консультировании и генной инженерии отмечено, что в генетической диагностике существуют два подхода:

- скрининг до зачатия или оценка будущих родителей на предмет возможности передачи генетических заболеваний в целях предсказания вероятности зачатия генетически неблагополучного ребенка;
- внутриматочные исследования после зачатия - ультразвуковое исследование, амниоцентез и фетоскопия - в целях определения состояния плода.

Врач, проводящий генетическое консультирование, обязан предоставить будущим родителям в доступной форме информацию, достаточную

для принятия ими осознанного решения о возможности деторождения. Предоставляя информацию семейным парам, принявшим решение о продлении рода, врачи должны придерживаться этических и профессиональных норм, принятых в их странах, рекомендаций ВМА и других медицинских организаций.

В случае выявления генетических аномалий у плода будущие родители могут решить прервать беременность. Врач, имеющий право на личное отношение (поддержку или отвержение) к проблемам контрацепции, стерилизации или искусственного прерывания беременности, не может навязывать свои моральные ценности потенциальным родителям, но и не обязан изменять своим убеждениям в угоду их решению. Врачи, полагающие, что положительное отношение к названным проблемам противоречит их принципам и убеждениям, могут отказаться от генетического консультирования. Однако во всех случаях врач обязан предупредить будущих родителей о возможности возникновения генетических проблем и рекомендовать обратиться к компетентному специалисту.

С этической точки зрения важно получить информацию о геноме, поскольку она позволяет глубже понять этиологию и патогенез многих заболеваний. Вместе с тем эта информация может оказаться бесполезной до тех пор, пока общественность и индивид не будут информированы о возможностях выбора лучшего пути ее использования.

Существует необходимость определить общие этические и юридические положения, которыми следует руководствоваться в целях предотвращения дискриминации людей по генетическим признакам.

ВМА считает, что эти положения таковы:

- во избежание роста социальной напряженности необходимо обеспечить доступность генетического консультирования для всех;
- необходимо обеспечить возможность обмена полученными знаниями, информацией и технологиями между всеми странами;
- необходимо строго соблюдать принцип уважения воли тех, кто подвергается генетическому скринингу, и их право решать вопросы, связанные с участием в этой процедуре и использованием полученной в результате информации;
- необходимо обеспечить полную информированность пациента или его законного представителя по поводу всех процедур, связанных с реализацией проекта. Необходимо также обеспечить принцип сохранения медицинской тайны и неразглашения полученной информации путем передачи ее третьим лицам без согласия пациента. Этот принцип должен соблюдаться даже в тех случаях, когда полученная информация позволит прийти к выводу, что под угрозой оказались члены семьи пациента. Единственное исключение здесь - случай, когда речь идет о серьезном заболевании, предотвратить которое можно путем передачи третьему лицу полученной информации; принцип конфиденциальности информации может быть нарушен только тогда, когда все попытки убедить пациента в необходимости самому раскрыть тайну своей генетической информации оказываются безуспешными, однако и тогда раскрыть можно не всю информацию, а только необходимую ее часть;
- раскрытие генетической информации или доступ к ней третьих лиц может быть разрешен только с добровольного информированного согласия пациента.

По мере накопления знаний о геноме и разработки методов его изменения при ограниченности сведений о побочных эффектах генноинженерных вмешательств возникают ситуации, когда любое вмешательство может быть сопряжено с непредсказуемыми опасными последствиями. Именно поэтому во многих странах мира применяются меры государственного регулирования вопросов генной инженерии и клонирования человека.

В Российской Федерации на сегодняшний день соответствующие отношения регулируют 3 федеральных закона:

- Федеральный закон от 5 июля 1996 г. № 86-ФЗ «О государственном регулировании в области генно-инженерной деятельности» (далее - Федеральный закон РФ № 86-ФЗ);
- Федеральный закон от 20 мая 2002 г. № 54-ФЗ «О временном запрете на клонирование человека» (далее - Федеральный закон РФ № 54-ФЗ);

- Федеральный закон от 3 декабря 2008 г. № 242-ФЗ «О государственной геномной регистрации в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон РФ № 242-ФЗ).

Основные понятия, использованные в тексте Федерального закона № 86-ФЗ, имеют прямое отношение к популярной сегодня теме, в частности «генная инженерия», «генная терапия (генотерапия)», «генноинженерная деятельность», «генодиагностика».

**Генная инженерия** - совокупность методов и технологий, в том числе технологий получения рекомбинантных рибонуклеиновых и дезоксирибонуклеиновых кислот, выделения генов из организма, манипуляций с генами и введения их в другие организмы.

**Генная терапия (генотерапия)** - совокупность генно-инженерных (биотехнологических) и медицинских методов, предназначенных для внесения изменений в генетический аппарат соматических клеток человека в целях лечения заболеваний.

**Генно-инженерная деятельность** - деятельность, осуществляемая с использованием методов генной инженерии и генно-инженерномодифицированных организмов.

**Генодиагностика**- совокупность методов, предназначенных для выявления изменений в структуре генома.

В Федеральном законе РФ № 86-ФЗ определено, что генноинженерная деятельность должна основываться на следующих принципах:

- безопасности граждан (физических лиц) и окружающей среды;
- безопасности клинических испытаний методов генодиагностики и генной терапии (генотерапии) на уровне соматических клеток;
- общедоступности сведений о безопасности генно-инженерной деятельности;
- сертификации продукции, содержащей результаты генно-инженерной деятельности, с указанием полной информации о методах получения и свойствах данного продукта.

Видно, что в основных положениях генно-инженерной деятельности учтен высокий уровень ее возможной и действительной опасности для человека и окружающей среды. С этим связаны и основные биоэтические нормы генно-инженерной деятельности, а именно обеспечение и реализация принципа «не навреди».

Федеральный закон РФ № 54-ФЗ исходит из принципов уважения и признания ценности личности, необходимости защиты прав и свобод человека и учитывает недостаточность изученных биологических и социальных последствий этого эксперимента.

С учетом перспективы использования имеющихся и разрабатываемых технологий клонирования живых организмов предусматривается возможность продления запрета на клонирование человека или его отмены по мере накопления научных знаний в данной области, определения моральных, социальных и этических норм при проведении такого эксперимента.

В соответствии со ст. 1 Федерального закона РФ № 54-ФЗ вводится временный запрет на клонирование человека впредь до дня вступления в силу федерального закона, устанавливающего порядок использования технологий клонирования живых организмов и в первую очередь - че-

ловека. Действие этого закона не распространяется на клонирование организмов в иных целях.

В тексте Федерального закона РФ № 54-ФЗ используются следующие основные понятия:

- **«клонирование человека»** - создание человека, генетически идентичного другому живому или умершему человеку, путем переноса в лишенную ядра женскую половую клетку ядра соматической клетки человека;
- **«эмбрион человека»** - зародыш человека на стадии развития до восьми недель (ст. 2).

На период действия настоящего Федерального закона запрещается ввоз на территорию и вывоз с территории РФ клонированных эмбрионов человека (ст. 3).

Этические проблемы клонирования человека возникают главным образом вследствие все еще недостаточной изученности его биологических и социальных последствий. При оценке рисков и опасностей, связанных с клонированием, очень важно не забывать об адекватности любых заключений уровню достигнутых знаний и фундаментальным ценностям.

## **5.2. ПРАВСТВЕННОЕ И РАЦИОНАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ БИМЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

После окончания Нюрнбергского трибунала в августе 1947 г. был принят Нюрнбергский кодекс. Он стал первым международным документом, содержащим перечень этико-правовых принципов проведения исследований на человеке.

В преамбуле Нюрнбергского кодекса сказано: «Тяжесть свидетельских показаний, лежащих перед нами, заставляет делать вывод, что некоторые виды медицинских экспериментов на человеке отвечают этическим нормам медицинской профессии в целом лишь в том случае, если их проведение ограничено соответствующими, четко определенными рамками. Защитники практики проведения экспериментов на людях оправдывают свои взгляды на том основании, что результаты таких экспериментов чрезвычайно полезны для всего общества, чего невозможно достичь с помощью других методов исследования. Все согласны, однако, что нужно соблюдать определенные основополагающие принципы, удовлетворяющие соображениям морали, этики и закона».

В п. 1 Нюрнбергского кодекса определено: «Абсолютно необходимым условием проведения эксперимента на человеке является добровольное согласие последнего.

Это означает, что лицо, вовлекаемое в эксперимент в качестве испытуемого, должно иметь законное право давать такое согласие; иметь возможность осуществлять свободный выбор и не испытывать на себе влияния каких-либо элементов насилия, обмана, мошенничества, хитрости или других скрытых форм давления или принуждения; обладать знаниями, достаточными для того, чтобы понять суть

эксперимента и принять осознанное решение. Последнее требует, чтобы до принятия утвердительного решения о возможности своего участия в том или ином эксперименте испытуемый был информирован о характере, продолжительности и цели данного эксперимента, о методах и способах его проведения, обо всех предполагаемых неудобствах и опасностях, связанных с проведением эксперимента, и, наконец, возможных последствиях для физического или психического здоровья испытуемого, могущих возникнуть в результате его участия в эксперименте.

Обязанность и ответственность за выяснение качества полученного согласия лежат на каждом, кто инициирует, руководит или занимается проведением данного эксперимента. Это персональная обязанность и ответственность каждого такого лица, которые не могут быть безнаказанно переложены на другое лицо».

Приведенные выше основополагающие положения Нюрнбергского кодекса определили содержание этических принципов при использовании новых биомедицинских технологий, многие из которых нашли дальнейшее развитие в Хельсинкской декларации Всемирной медицинской организации «Этические принципы медицинских исследований с привлечением человека», принятой 18-й Генеральной ассамблеей ВМА (Хельсинки, Финляндия, июнь 1964 г.). В настоящее время действует новая редакция Хельсинкской декларации в редакции, принятой Генеральной Ассамблеей ВМА (Сеул, октябрь 2008 г.).

Важно подчеркнуть, что нравственное обоснование использования новых биомедицинских технологий необходимо рассматривать в комплексе с научной (рациональной) обоснованностью проведения биомедицинского исследования.

Научную обоснованность определяют как минимум три фактора:

- достигнутый уровень научного знания о закономерностях функционирования организма человека в норме и патологии, на основе

которого возможно в максимальной степени обеспечить безопасность лица, участвующего в биомедицинском исследовании;

- компетентность специалиста, который проводит биомедицинское исследование;
- достоверность исходной и полученной научной информации. **Достигнутый уровень научного знания** оценивается с помощью не

только всестороннего и полного анализа специальной литературы, но и предварительно проведенного лабораторного эксперимента.

В соответствии с п. 7 Хельсинкской декларации главная цель медицинских исследований с привлечением человека состоит в изучении причин заболевания, его течения и последствий, в совершенствовании методов, процедур и способов профилактики, диагностики и лечения. Даже лучшие из существующих средств и подходов подлежат непрерывной оценке в ходе исследования с точки зрения их безопасности, эффективности, действенности, доступности и качества.

В п. 11 Хельсинкской декларации отмечено: «Долг врача, проводящего медицинское исследование, состоит в охране жизни и здоровья, защите достоинства,

неприкосновенности, личной жизни и права на свободное волеизъявление участвующих в нем больных, а также конфиденциальности их частной информации».

Медицинские исследования с привлечением человека должны проводиться в соответствии с общепринятыми научными принципами, основываться на глубоком знании научной литературы и других достоверных источников информации, использовать адекватные лабораторные эксперименты и при необходимости эксперименты на животных. Следует обеспечить благополучие включенных в исследование животных (п. 12 Хельсинкской декларации).

Каждому медицинскому исследованию с привлечением человека должна предшествовать тщательная оценка предсказуемых рисков и нагрузок для отдельных лиц и их групп в сопоставлении с ожидаемой пользой для этих и других лиц либо групп, сталкивающихся с проблемой, решаемой в данном исследовании (п. 18 Хельсинкской декларации).

Врачи должны воздержаться от участия в исследовании с привлечением человека, если они не уверены, что сопутствующие риски получили адекватную оценку и поддаются адекватному контролю. Врачи обязаны приостановить исследование, если окажется, что риски перевешивают ожидаемую пользу или если имеются неопровержимые доказательства позитивных и благоприятных результатов (п. 20 Хельсинкской декларации).

**Компетентность специалиста.** В соответствии с п. 16 Хельсинкской декларации медицинские исследования с привлечением человека должны выполняться лицами, имеющими соответствующую научную подготовку и квалификацию. Исследования на пациентах и здоровых добровольцах проводятся под наблюдением компетентного и должным образом уполномоченного на то врача или другого медицинского работника. Ответственность за охрану здоровья субъектов исследования всегда лежит на враче или другом медицинском работнике, а не на субъектах исследования, даже если они дали информированное согласие.

**Достоверность исходной и полученной научной информации** - многоаспектный фактор, поскольку речь идет об информации, полученной и ученым в ходе биомедицинского исследования, и участником исследования от врача.

Согласно п. 24 Хельсинкской декларации, каждый потенциальный дееспособный субъект медицинского исследования должен получить адекватную информацию о его целях, методах, источниках финансирования, возможных конфликтах интересов, институциональной принадлежности исследователя, ожидаемой пользе, сопутствующих рисках и неудобствах, а также обо всех других значимых аспектах исследования. Кроме того, он должен быть проинформирован о праве отказаться от включения в исследование или в любое время отозвать согласие на участие в нем без каких-либо санкций для себя или потери выгод. Особое внимание следует уделить предоставлению специальной информации потенциальному участнику исследования, который нуждается в этом, и способам ее предоставления. Врач или другое уполномоченное лицо, убедившись, что потенциальный участник понял информацию, должен получить его добровольное информированное согласие, желательно в письменной форме, но если это невозможно, то устное согласие должно быть формально задокументировано и засвидетельствовано.

В ч. 2 ст. 21 Конституции РФ установлено: «Никто не должен подвергаться пыткам, насилию, другому жестокому или унижающему человеческое достоинство обращению или наказанию. Никто не может быть без добровольного согласия подвергнут медицинским, научным или иным опытам».

Дополнительные принципы медицинских исследований в сочетании с оказанием медицинской помощи сформулированы в п. 31-35 Хельсинкской декларации:

«31. Врач может сочетать исследование с оказанием медицинской помощи только в случаях, когда исследование оправдано его профи-

лактической, диагностической или терапевтической ценностью и когда имеются разумные основания ожидать, что участие в исследовании не скажется отрицательно на здоровье пациентов - его субъектов.

32. Пользу, риски, нагрузки и эффективность нового медицинского вмешательства следует оценить в сравнении с теми же показателями лучшего из существующих апробированного метода, за исключением следующих случаев:

- когда в исследовании, для которого не существует апробированного метода, допускается использование плацебо или отсутствие лечения; либо

- когда по особым и научно обоснованным причинам методического характера необходимо применение плацебо для выяснения эффективности и безопасности того или иного вмешательства, а для пациентов, получающих плацебо или не получающих лечение, отсутствует опасность серьезного или необратимого вреда. Во избежание неправильного использования данного подхода необходима крайняя осторожность.

33. По завершении исследования пациенты имеют право на информацию о его итогах, а также на вытекающие из них выгоды, например на доступ к методам и средствам, благотворное действие которых было выявлено в ходе исследования, а также к иным необходимым формам помощи или обслуживания.

34. Врач должен информировать больного обо всех аспектах медицинской помощи, которые относятся к данному исследованию. Отказ пациента участвовать в исследовании или его решение выйти из исследования никогда не должны влиять на отношение к нему врача.

35. При лечении больного в отсутствие проверенных на практике или достаточно эффективных методов врач, имея информированное согласие больного или его законного представителя и проконсультировавшись с соответствующим специалистом, имеет право применить неапробированный метод, если, по его мнению, это может спасти жизнь, восстановить здоровье или облегчить страдания пациента. По возможности этот метод должен стать предметом исследования для оценки его эффективности и безопасности. Во всех случаях новая информация должна быть занесена в протокол и при необходимости опубликована».

В ст. 16 Конвенции о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины, а также в Конвенции о правах человека и биомедицине, открытой к подписанию государствами - членами Совета Европы и государствами-нечленами, которые

принимали участие в ее разработке, а также Европейским Сообществом (Овьедо, 4 апреля 1997 г.), вступившей в силу 18 декабря 1999 г. (Совет Европы, ETS № 164), указано: «Исследования на людях проводятся только при соблюдении следующих условий:

- не существует альтернативных методов исследования, сопоставимых по своей эффективности;
- риск, которому может быть подвергнут испытуемый, не превышает потенциальной выгоды от проведения данного исследования;
- проект предлагаемого исследования был утвержден компетентным органом после проведения независимой экспертизы научной обоснованности проведения данного исследования, включая важность его цели, и многостороннего рассмотрения его приемлемости с этической точки зрения;
- лицо, выступающее в качестве испытуемого, проинформировано об имеющихся у него правах и гарантиях, предусмотренных законом;
- получено явно выраженное, конкретное письменное согласие, предусмотренное в статье 5. Такое согласие может быть беспрепятственно отозвано в любой момент».

Российская Федерация в данной Конвенции не участвует.

### **5.3. КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ**

В настоящее время в нашей стране вопросы о проведении клинических исследований лекарственных средств решаются на основании Федерального закона РФ от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» (далее - Федеральный закон № 61-ФЗ).

В ч. 1 п. 41 ст. 4 Федерального закона № 61-ФЗ используется следующее понятие: **«клиническое исследование лекарственного препарата»** - изучение диагностических, лечебных, профилактических, фармакологических свойств лекарственного препарата в процессе его применения у человека, животного, в том числе процессов всасывания, распределения, изменения и выведения, путем применения научных методов оценок в целях получения доказательств безопасности, качества и эффективности лекарственного препарата, данных о нежелательных реакциях организма человека, животного на применение лекарственного препарата и об эффекте его взаимодействия с другими лекарственными препаратами и (или) пищевыми продуктами, кормами.

**В ст. 40** Федерального закона № 61-ФЗ изложены нормы проведения клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения, согласно которым руководитель медицинской организации - исполнитель исследования лекарственного препарата, назначает сотрудника, ответственного за проведение такого исследования и имеющего соответствующую лечебную специальность со стажем работы по программам клинических исследований лекарственных препаратов не менее чем 5 лет (далее - исследователь) и по его предложению назначает соисследователей из числа врачей этой медицинской организации (ч. 1 ст. 40).

Исследователь выбирает пациентов, которые по медицинским показаниям могут быть привлечены к участию в клиническом исследовании лекарственного препарата для медицинского применения (ч. 2 ст. 40).

Исследователь и соисследователи должны быть ознакомлены с результатами доклинического исследования лекарственного средства в брошюре исследователя, проектом протокола клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения, составленным разработчиком лекарственного препарата или иным юридическим лицом, привлекаемым к организации проведения такого исследования, и другими материалами такого исследования (ч. 3 ст. 40).

Руководитель медицинской организации в срок, не превышающий трех рабочих дней со дня начала проведения исследования, сообщает об этом в уполномоченный федеральный орган исполнительной власти, выдавший разрешение на его проведение, по установленной им форме (ч. 3.1 ст. 40).

Клиническое исследование лекарственного препарата для медицинского применения может быть приостановлено или прекращено, если в процессе его проведения обнаружена опасность для жизни, здоровья пациентов. В случае возникновения опасности для жизни, здоровья пациента, участвующего в таком исследовании, исследователи обязаны проинформировать об этом руководителя медицинской организации и организацию, получившую разрешение уполномоченного федерального органа исполнительной власти на организацию проведения такого исследования. Решение о приостановлении клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения принимают руководитель медицинской организации и (или) организация, получившая разрешение уполномоченного федерального органа исполнительной власти на организацию проведения такого исследования, решение о его прекращении принимает уполномоченный федеральный орган исполнительной власти на основании сообщения в письменной форме руководителя медицинской организации или организация, получившая разрешение уполномоченного федерального органа исполнительной власти на организацию проведения клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения (ч. 6 ст. 40).

На основании ч. 1 ст. 41 Федерального закона ФЗ № 61-ФЗ клиническое исследование проводится в соответствии с договором, заключенным между организацией, получившей разрешение уполномоченного федерального органа исполнительной власти на организацию проведения такого исследования, и медицинской организацией, осуществляющей проведение такого исследования.

Права пациентов, участвующих в клиническом исследовании лекарственного препарата для медицинского применения, закреплены в ст. 43, согласно которой:

«1. Участие пациентов в клиническом исследовании лекарственного препарата для медицинского применения является добровольным.

2. Пациент или его законный представитель должен быть информирован в письменной форме:

1) о лекарственном препарате для медицинского применения и сущности клинического исследования этого лекарственного препарата;

- 2) о безопасности лекарственного препарата для медицинского применения, его ожидаемой эффективности и степени риска для пациента;
- 3) об условиях участия пациента в клиническом исследовании лекарственного препарата для медицинского применения;
- 4) о цели или целях и продолжительности клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения;
- 5) о действиях пациента в случае непредвиденных эффектов влияния лекарственного препарата для медицинского применения на состояние его здоровья;
- 6) об условиях обязательного страхования жизни, здоровья пациента;
- 7) о гарантиях конфиденциальности участия пациента в клиническом исследовании лекарственного препарата для медицинского применения.

3. Добровольное согласие пациента на участие в клиническом исследовании лекарственного препарата для медицинского применения подтверждается его подписью или подписью его законного представителя на информационном листке пациента.

4. Пациент или его законный представитель имеет право отказаться от участия в клиническом исследовании лекарственного препарата для медицинского применения на любой стадии проведения такого исследования.

5. Проведение клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения с участием в качестве пациентов детей допускается только с согласия в письменной форме их родителей, усыновителей. Дети могут рассматриваться в качестве потенциальных пациентов такого исследования, только если его проведение необходимо для укрепления здоровья детей или профилактики инфекционных заболеваний в детском возрасте либо если целью такого исследования является получение данных о наилучшей дозировке лекарственного препарата для лечения детей. В этих случаях такому исследованию должно предшествовать клиническое исследование лекарственного препарата для медицинского применения на совершеннолетних гражданах.

6. Запрещается проведение клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения с участием в качестве пациентов:

- 1) детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;
- 2) женщин в период беременности, женщин в период грудного вскармливания, за исключением случаев, если проводится клиническое исследование лекарственного препарата, предназначенного для указанных женщин, при условии необходимости получения информации только во время проведения соответствующих клинических исследований и принятия всех необходимых мер по исключению риска нанесения вреда женщине в период беременности, женщине в период грудного вскармливания, плоду или ребенку;
- 3) военнослужащих, за исключением случаев проведения клинического исследования лекарственного препарата, специально разработанного для применения в условиях

военных действий, чрезвычайных ситуаций, профилактики и лечения заболеваний и поражений, полученных в результате воздействия неблагоприятных химических, биологических, радиационных факторов. Клиническое исследование такого лекарственного препарата может проводиться с участием в качестве пациентов военнослужащих, за исключением военнослужащих, проходящих военную службу по призыву, с соблюдением требований, установленных настоящим Федеральным законом в отношении гражданских лиц;

4) сотрудников правоохранительных органов;

5) лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы, а также лиц, находящихся под стражей в следственных изоляторах.

7. Допускается проведение клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения, предназначенного для лечения психических заболеваний, с участием в качестве пациентов лиц с психическими заболеваниями, признанных недееспособными в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. Клиническое исследование лекарственного препарата в этом случае проводится при наличии согласия в письменной форме законных представителей указанных лиц».

В соответствии с ч. 1 ст. 44 Федерального закона ФЗ № 61-ФЗ организация, получившая разрешение на организацию проведения клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения, обязана страховать риск причинения вреда жизни, здоровью пациента в результате проведения такого исследования за свой счет путем заключения договора обязательного страхования.

#### **5.4. МИНИМИЗАЦИЯ СТРАДАНИЙ ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ**

Советом международных медицинских научных организаций (СММНО) в 1985 г. приняты Международные рекомендации по проведению медико-биологических исследований с использованием животных, где сформулированы следующие основные принципы.

- Необходимым условием развития биологических знаний и разработки более совершенных средств охраны здоровья и обеспечения благополучия как людей, так и животных является проведение экспериментов на интактных живых животных самых разнообразных видов.
- Там, где необходимо, в этих целях следует применять математические модели, машинное моделирование и биологические системы *in vitro*.
- Эксперименты на животных следует проводить только после тщательного рассмотрения их значения для здоровья человека или самих животных и для прогресса биологических знаний.
- Для экспериментов следует отбирать здоровых животных надлежащего вида, ограничиваясь тем минимальным их количеством, которое требуется для получения научно достоверных результатов.
- Исследователям и другому персоналу всегда надлежит относиться к животным как к чувствительным кразличного рода воздействиям существам и считать своим этическим

долгом обращаться с животными и использовать их таким образом, чтобы свести к минимуму причиняемые им неудобства, страдания и боль.

- Исследователям надлежит исходить из того, что вмешательства, причиняющие боль людям, вызывают болевые ощущения и у животных, хотя сведения о восприятии боли животными пока еще далеко недостаточны.

- Вмешательства, которые не относятся к кратковременным или минимальным, следует выполнять с применением надлежащих седативных, анальгетических или наркотических средств в соответствии с нормами, принятыми в ветеринарной практике. Хирургические и другие болезненные вмешательства не следует проводить на животных, только обездвиженных с помощью релаксантов и не получивших полноценного наркоза.

- При необходимости отступление от положений статьи VII решения по этому вопросу должны приниматься не только исследователями, непосредственно проводящими эксперименты, а соответствующим компетентным комитетом с учетом статей IV, V и VI. Такие отступления не должны быть мотивированы исключительно учебнодемонстрационными целями.

- К концу или в процессе эксперимента животных, которые по его завершении будут испытывать сильные или постоянные боли, физические страдания, неудобства или постоянную функциональную недостаточность, не поддающиеся устранению, следует умерщвлять безболезненным способом.

- Животным, предназначенным для медико-биологических исследований, следует обеспечить наилучшие, насколько это возможно, условия жизни. Как общее правило уход за животными должен контролировать ветеринар, имеющий опыт работы с лабораторными животными. В любом случае животным при необходимости следует предоставлять ветеринарную помощь.

- Руководителям институтов или отделов, в которых в научных целях используются животные, следует позаботиться о том, чтобы проводящие эксперименты исследователи и вспомогательный персонал имели достаточную подготовку или опыт проведения таких экспериментов. Необходимо создать возможности для полноценной их подготовки в этой области без отрыва от работы, включая обучение способам правильного и гуманного ухода за животными, находящимися на их попечении.

В сентябре 1989 г. ВМА приняла Декларацию об использовании животных в медико-биологических исследованиях (МБИ).

В ней указано, что исследования на животных необходимы для улучшения медицинской помощи людям, что отношение к животным должно быть достаточно гуманным. Необходимо соответствующее обучение всего персонала исследовательских центров и создание компетентных ветеринарных служб. Эксперименты должны проводиться в соответствии с правилами, регулирующими обращение с животными, условия их содержания, лечения и транспортировки.

ВМА выдвигает следующие принципы.

- Использование животных в МБИ необходимо для дальнейшего прогресса медицины.

- Хельсинкская декларация ВМА требует, чтобы МБИ на людях предварялись экспериментами на животных и в то же время настаивает на гуманном и бережном отношении к последним.
- Обращение с животными, используемыми в МБИ, должно быть гуманным.
- Все исследовательские центры должны соблюдать правила гуманного отношения к животным.
- Медицинские общества должны противостоять любым попыткам запретить использование животных в МБИ, так как это приведет к снижению качества медицинской помощи людям.
- Хотя свободу слова ни в коем случае нельзя ограничивать, анархические выступления так называемых защитников животных должны получить отпор.
- Использование угроз, жестокости, насилия над личностью ученых и членов их семей должно пресекаться в международном масштабе.
- Необходимо максимально скоординировать усилия международных органов по защите исследовательских центров и их сотрудников от террористических действий.

## 5.5. КОМИТЕТЫ ПО БИОЭТИКЕ

В последние годы под эгидой или при поддержке ЮНЕСКО подготовлены следующие фундаментальные труды, в которых нашли отражения различные вопросы деятельности комитетов по биоэтике:

- Национальные и локальные комитеты по биоэтике: опыт Центральной и Восточной Европы // Материалы международных научных конференций по биоэтике. - Минск, 2006;
- Аналитические материалы по проекту «Анализ нормативноправовой базы в области прав человека в контексте биомедицинских исследований и выработка рекомендаций по ее усовершенствованию». - М., 2007;
- Образовательная работа с комитетами по биоэтике. - ЮНЕСКО, 2007;
- Этическая экспертиза биомедицинских исследований в государствах - участниках СНГ (социальные и культурные аспекты). - СПб., 2007.

**Цели и задачи деятельности комитетов по биоэтике.** В ст. 19 Всеобщей декларации о биоэтике и правах человека, принятой путем аккламации 19 октября 2005 г. на 33-й сессии Генеральной конференции ЮНЕСКО, определено:

«Следует создавать независимые, междисциплинарные и плюралистические комитеты по этике, оказывать им содействие и поддерживать их деятельность на надлежащем уровне в целях:

- а) оценки соответствующих этических, правовых, научных и социальных проблем, касающихся исследовательских проектов, объектом которых является человек;
- б) консультирования по этическим проблемам в клинической медицине;
- с) оценки научно-технического прогресса, выработки рекомендаций и содействия в подготовке руководящих принципов по вопросам, относящимся к сфере применения настоящей Декларации;
- д) содействия обсуждению, просвещению и информированию общественности по вопросам биоэтики и ее привлечению к их решению».

Цели и задачи деятельности комитетов по биоэтике могут различаться в зависимости от его вида. Например, Комитет по этике Самарского государственного медицинского университета (далее - Комитет) создан в целях:

- защиты прав человека и отдельных групп населения в области здравоохранения;
- обеспечения достойного отношения к телу умершего;
- проверки соблюдения этических норм при проведении научных исследований;
- обеспечения соблюдения этических норм при проведении клинических исследований лекарственных средств;
- содействия разрешению этических конфликтов.

Комитет осуществляет организацию и производство этической экспертизы для решения вопросов соответствия международным и российским принципам и нормам медицинской этики, планируемых к проведению:

- клинических научных исследований;
- научных исследований, связанных с медицинским вмешательством на теле умершего;
- научных исследований в условиях лабораторного эксперимента.

В п. 2 Положения о совете по этике, утвержденного приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 31 августа 2010 г. № 774н «О совете по этике» (далее - Положение), указано: «Совет по этике действует в целях защиты жизни, здоровья и прав пациентов, принимающих участие в клинических исследованиях лекарственных препаратов для медицинского применения».

В силу п. 5 Положения основными задачами совета по этике являются:

- проведение этической экспертизы документов, связанных с проведением клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения;
- выдача заключения об этической обоснованности возможности или невозможности проведения клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения.

**Проведение этической экспертизы.** Общеизвестно, что основной задачей комитетов по биоэтике является проведение этической экспертизы.

В ст. 17 «Этическая экспертиза» Федерального закона РФ № 61-ФЗ изложены цели и порядок проведения этической экспертизы.

«1. Этическая экспертиза проводится в целях выдачи заключения об этической обоснованности возможности проведения клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения советом по этике, созданным в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

2. Экспертами совета по этике могут быть представители медицинских, научных организаций, образовательных учреждений высшего профессионального образования, а также представители общественных организаций, религиозных организаций и средств массовой информации. Данные эксперты не должны находиться в какой-либо зависимости

от разработчиков лекарственных препаратов и других лиц, заинтересованных в результатах этической экспертизы.

3. В соответствии с договором, заключенным между уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, которым создан совет по этике, и экспертом совета по этике.

4. Эксперты совета по этике несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5. Состав совета по этике, положение об этом совете, порядок его деятельности, требования к квалификации и опыту работы по экспертной оценке научных, медицинских и этических аспектов клинических исследований лекарственных препаратов для медицинского применения, предъявляемые к экспертам совета по этике, порядок организации и проведения этической экспертизы, форма заключения совета по этике устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Число представителей медицинских организаций не может превышать половину от общего числа экспертов совета по этике.

6. Информация о составе совета по этике, планах его работы и текущей деятельности размещается на официальном сайте уполномоченного федерального органа исполнительной власти в сети Интернет в установленном им порядке».

В п. 2 Порядка организации и проведения этической экспертизы возможности проведения клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения и формы заключения совета по этике РФ от 26 августа 2010 г. № 753н (далее - Порядок), утвержденного приказом Министерства здравоохранения и социального развития, определено: «Этическая экспертиза возможности проведения клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения (далее - этическая экспертиза) основывается на принципах законности, соблюдения прав и свобод человека и гражданина, прав юридического лица, независимости эксперта, объективности, всесторонности и полноты исследований, проводимых с использованием современных достижений науки и техники, ответственности экспертов за проведение и качество этической экспертизы».

На основании п. 8 Порядка эксперт при проведении порученной ему председателем совета по этике этической экспертизы обязан:

- провести полное исследование представленных ему объектов, материалов, дать обоснованное и объективное заключение по поставленным перед ним вопросам или мотивированное заключение о невозможности проведения им этической экспертизы, если поставленные вопросы выходят за пределы специальных знаний эксперта, объекты исследований и материалы непригодны или недостаточны для проведения исследований и дачи заключения либо современный уровень развития науки не позволяет ответить на поставленные вопросы;
- ответственно и точно формулировать выводы в пределах своей компетенции;
- не разглашать сведения, которые стали ему известны в связи с проведением этической экспертизы, а также сведения, составляющие государственную, коммерческую или иную охраняемую законом тайну;
- соблюдать установленные сроки и порядок проведения этической экспертизы;
- обеспечить сохранность представленных документов. В соответствии с п. 9 Порядка эксперт не вправе:
- проводить этическую экспертизу после обращения непосредственно к нему организаций или физических лиц;
- самостоятельно собирать материалы для проведения этической экспертизы.

Форма заключения совета по этике утверждена приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 августа 2010 г. № 753н.

Нет сомнения, что приведенные выше положения должны находить отражение при оформлении заключения совета по этике по результатам этической экспертизы документов, связанных с проведением клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения.

Вместе с тем важно подчеркнуть, что:

- клиническое исследование лекарственного препарата для медицинского применения - лишь видовое понятие по отношению к более широкому родовому понятию «биомедицинское исследование», содержанием которого может быть проведение изучения новых «нелекарственных» медицинских технологий;
- сегодня уже принято немало международных документов, определяющих стандарты проведения этической экспертизы, среди которых можно назвать, например, «Руководство для работы комитетов по этике, проводящих экспертизу биомедицинских исследований» (WHO TDR/PRD /ETHICS/2000.1, 2000), «Изучение и анализ деятельности по этической оценке» (WHO, февраль 2002), «Между-

народное руководство по этике для проведения биомедицинских исследований с привлечением людей к испытаниям» (CIOMS, 1993, October 2002), «Образец стандартных операционных процедур для этических комитетов» (WHO/TDR, 2005). Таким образом, могут быть разработаны формы заключения для этической экспертизы

документов, связанных с проведением биомедицинских исследований, на которые не распространяется действие Федерального закона РФ № 61-ФЗ. При этом важно учитывать, что проведение и оформление заключения этической экспертизы должны соответствовать международным требованиям.

## **5.6. БИОЭТИЧЕСКАЯ АРГУМЕНТАЦИЯ ПРИ РАССМОТРЕНИИ СПОРНЫХ ВОПРОСОВ И РАЗРЕШЕНИИ КОНФЛИКТОВ**

Вопросы применения новых биомедицинских технологий носят дискуссионный характер и могут быть предметом обсуждения не только в научной литературе, но и в широком социальном контексте при проведении диспутов, круглых столов, заседаний комитетов по биоэтике. При этом важно подчеркнуть, что достижение консенсуса по биоэтическим проблемам - весьма трудная задача.

Очевидно, что интересам пациентов и специалистов отвечают быстрые, малозатратные и эффективные механизмы урегулирования и разрешения этических конфликтов и споров. На кафедре медицинского права и биоэтики Самарского государственного медицинского университета (СамГМУ) теоретически разрабатываются и практически применяются примирительные процедуры между пациентами и медицинскими работниками по программе «Медико-правовая клиника» (МПК).

### **Основные цели МПК**

- Досудебное разрешение вопросов, разногласий, споров и конфликтов между пациентами и медицинскими работниками по поводу исполнения сторонами своих обязанностей и использования прав при осуществлении медицинского вмешательства.
- Разработка критериев, принципов, алгоритмов примирительных процедур между пациентами и медицинскими работниками на медико-правовой и биоэтической основе.
- Распространение и популяризация знаний в области медицинского права и биоэтики.

### **Главные задачи МПК**

- Оказание добрых услуг пациентам и медицинским работникам для согласованного и быстрого разрешения возникающих у них вопросов, разногласий, споров и конфликтов по поводу исполнения сторонами своих обязанностей и использования прав при осуществлении медицинского вмешательства путем:

- организации и налаживания контактов между сторонами;

- создания благоприятных условий для проведения непосредственных переговоров сторон;

- информирования сторон о занимаемых ими позициях.

- Оказание посреднических услуг (медиация) пациентам и медицинским работникам для урегулирования и разрешения возникающих у них вопросов, разногласий, споров и конфликтов по поводу исполнения сторонами своих обязанностей и использования прав при осуществлении медицинского вмешательства путем:

- активного участия в непосредственных переговорах между сторонами;
  - консультирования сторон по вопросам медицинского права и биоэтики;
  - внесения на рассмотрение сторон предложений по урегулированию и разрешению возникающих вопросов, разногласий, споров и конфликтов.
- Содействие в создании по инициативе пациентов и медицинских работников и участие в работе согласительной комиссии для всестороннего, полного и объективного выяснения фактических обстоятельств с целью досудебного взаимосогласованного разрешения разногласий, споров и конфликтов по поводу исполнения сторонами своих обязанностей и использования прав при осуществлении медицинского вмешательства путем:
    - изучения материалов, предоставляемых сторонами;
    - сближения позиций сторон;
    - привлечения к участию экспертов, кандидатуры которых согласованы сторонами.
  - Помощь пациентам и медицинским работникам в составлении мирового соглашения и иных документов, отражающих факт примирения сторон с целью судебного взаимосогласованного разрешения разногласий, споров и конфликтов по поводу исполнения сторонами своих обязанностей и использования прав при осуществлении медицинского вмешательства.
  - Консультации для пациентов и медицинских работников по вопросам назначения и производства экспертизы качества медицинской помощи, судебно-медицинской экспертизы и оценки заключения эксперта.

Практика работы МПК показала высокую эффективность порядка разрешения конфликта, предложенного А.И. Пригожиным. Автор справедливо делает акцент на множестве деталей условий и порядка разрешения конфликтов. Так, конфликтанты одновременно входят в комнату, в которой не должно быть телефонов. Они рассаживаются в креслах параллельно друг другу на расстоянии полутора-двух метров перед стеной, на которой развешиваются восемь одинаковых листов. У каждого из конфликтантов имеются одинаковые блокноты и шариковые ручки.

Без всяких предисловий медиатор (в нашем случае - преподаватель кафедры медицинского права и биоэтики СамГМУ) задает им первый вопрос: *«Напишите, пожалуйста, себе в блокнот: как другой видит ситуацию, в чем суть конфликта?»* Пункт за пунктом на крайние (первые) листы наносятся ответы конфликтантов. Медиатор предлагает каждому из конфликтантов подойти к листу оппонента и поставить плюс (+) слева от того высказывания, с которым данный конфликтант согласен; значок полуплюс ( $\perp$ ) - напротив того высказывания, с которым он согласен частично; длинный минус (-) - напротив тех высказываний, которые для данного конфликтанта составляют особую проблему. Работа над первыми листами взаимной рефлексии заканчивается некоторыми наблюдениями конфликтантов и медиатора над теми совпадениями, которые они видят по расставленным значкам. При этом не делается акцента на различиях.

Переход ко второму листку заключается в изложении своего понимания конфликта: как сам конфликтант, а не его оппонент, видит его суть? И снова каждый подходит к листу оппонента, расставляя соответствующие значки.

При переходе к третьему листу начинается анализ взаимодействия конфликтантов как личностей. Вопрос, который им предлагается на этой стадии, звучит так: «*Что Вас не устраивает в другом?*»

С переходом к четвертому листу начинается «конструктив», и вопрос медиатора звучит так: «*Что я готов сделать, чтобы пойти навстречу другому?*» После нанесения ответов на четвертые листы медиатор предлагает расставить соответствующие значки с несколько иным смыслом: «*Отметьте, пожалуйста, на листах другого, что из предлагаемого им для*

*Вас приемлемо (плюс, полуплюс), а что Вам особенно трудно сделать (минус)*».

Тут порядок взаимодействия радикально меняется. Медиатор приглашает стороны развернуть кресла так, чтобы конфликтанты оказались лицом к лицу и дальше общались между собой напрямую.

Этот сеанс, как отмечает А.И. Пригожин, занимает примерно четыре часа. Для продолжения процедуры разрешения конфликта стороны вновь собираются через десять дней. На новой встрече стороны сразу же рассаживаются в кружок или треугольником. Обычно в ходе двух сеансов достигаются нужные изменения, остальное - по ситуации.

Практика показывает высокую эффективность предложенного А.И. Пригожиным порядка разрешения конфликтов, адаптированного для отношений по поводу оказания медицинской помощи в рамках МПК. Именно поэтому широкое внедрение данного механизма в работу биоэтических комитетов следует рассматривать в качестве важного направления совершенствования их деятельности.

В заключение важно заметить, что биоэтическая аргументация при рассмотрении спорных вопросов и разрешении конфликтов должна строиться на основе достоверных фактов современной биомедицины, законов, принципов, правил биоэтики, норм медицинской этики, общепризнанных принципов и норм международного права, а также российского законодательства.

## **Литература**

### **Основная литература**

*Лопатин П.В., Карташова О.В.* Биоэтика: учебник / под ред. П.В. Лопатина. - 4-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 272 с.

*Силуянова И.В.* Руководство по этико-правовым основам медицинской деятельности: учебное пособие. - М.: МЕДпресс-информ, 2008. - 224 с.

*Хрусталева Ю.М.* Биоэтика. - М.: Медицина, 2011. - 408 с.

*Хрусталева Ю.М.* От этики до биоэтики: учебник для вузов. - Ростов н/Д: Феникс, 2010. - 446 с.

## **Дополнительная литература**

Биоэтика: принципы, правила, проблемы / отв. ред. и сост. Б.Г. Юдин. - М., 1998. - 472 с.

Введение в биоэтику: учебное пособие / А.Я. Иванюшкин, В.Н. Игнатъев, Р.В. Коротких и др. - М.: Прогресс-Традиция, 1998. - 381 с.

Национальные и локальные комитеты по биоэтике: опыт Центральной и Восточной Европы // Материалы международных научных конференций по биоэтике / под ред. Т.В. Мишаткиной, Я.С. Яскевич, Г.В. Годовальникова, Д.С. Денисова. - Минск, 2006. - 180 с.

Основы биоэтики: учебное пособие / под ред. Я.С. Яскевич, С.Д. Денисова. - Минск: Высшая школа, 2009. - 350 с.

*Пригожин А.И.* Дезорганизация: причины, виды, преодоление. - М.: Альпина Бизнес Букс, 2007. - 402 с.

*Тищенко П.Д.* О множественности моральных позиций в биоэтике // Человек. - 2008. - № 1. - С. 83-91.

Этическая экспертиза биомедицинских исследований в государствах - участниках СНГ (социальные и культурные аспекты). - СПб.: Феникс, 2007. - 408 с.

Этическая экспертиза биомедицинских исследований: практические рекомендации / под общ.ред. член-корр. РАМН проф. Ю.Б. Белоусова. - М., 2005. - 156 с.

*Юдин Б.Г.* В фокусе исследования - человек: этические регулятивы научного познания // Аналитические материалы по проекту «Анализ нормативно-правовой базы в области прав человека в контексте биомедицинских исследований и выработка рекомендаций по ее усовершенствованию» / Глав.ред., член-корр. РАН проф. Б.Г. Юдин. - М.: изд-во МосГУ, 2007. - С. 6-16.

*Юдин Б.Г.* Сотворение трансчеловека // Вестник Российской академии наук, 2007. - Т. 77. - № 6. - С. 520-527.

Converging Technologies for Improving Human Performance Nanotechnology, Biotechnology, Information Technology and Cognitive Science. NSF/ DOC-sponsored report. Edited by MihailC. Roco and William Sims Bainbridge. National Science Foundation. Kluwer Academic Publishers (currently Springer). Dordrecht, The Netherlands, 2003. - 482 p.

## **Нормативно-правовые акты и этические документы**

Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека. Принята путем аккламации 19 октября 2005 г. на 33-й сессии Генеральной конференции ЮНЕСКО // URL: [http://www.un.org/russian/document/declarat/bioethics\\_and\\_hr.pdf](http://www.un.org/russian/document/declarat/bioethics_and_hr.pdf) (дата обращения - 17.09.2012 г.).

Всеобщая декларация о геноме человека и правах человека // Справочная правовая система «Гарант» // URL: <http://www.garant.ru> (дата обращения - 17.09.2012 г.).

Конвенция ООН о биологическом разнообразии // Справочная правовая система «Гарант» // URL: <http://www.garant.ru> (дата обращения - 17.09.2012 г.).

Конвенция Совета Европы о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины «Конвенция о правах человека и биомедицине» // Справочная правовая система «Гарант» // URL: <http://www.garant.ru> (дата обращения - 17.09.2012 г.).

Коммюнике совещания «Группы восьми», проходившего 23 июля 2000 года на Окинаве // Справочная правовая система «Гарант». - URL: <http://www.garant.ru> (дата обращения - 17.09.2012 г.).

Хельсинкская декларация «Этические принципы медицинских исследований с привлечением человека». Принята 18-й Генеральной Ассамблеей ВМА (Хельсинки, Финляндия, июнь 1964 г.) // URL: [http://www.psychiatr.ru/lib/helsinki\\_declaration.php](http://www.psychiatr.ru/lib/helsinki_declaration.php) (дата обращения - 17.09.2012 г.).

Нюрнбергский кодекс // URL: <http://www.psychepra> (дата обращения - 17.09.2012).

Декларация об использовании животных в медико-биологических исследованиях // Сборник официальных документов Ассоциации врачей России «Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы» / под ред. В.Н. Уранова. - М.: ПАИМС, 1995. - С. 52.

Декларация о проекте «Геном человека» // Там же. - С. 72.

Заявление о генетическом консультировании и генной инженерии // Там же. - С. 41.

Международные рекомендации по проведению медико-биологических исследований с использованием животных, принятые Советом международных медицинских научных организаций (СММНО) в 1985 г. // Этические и правовые проблемы клинических испытаний и научных экспериментов на человеке и животных. - М., 1994.

Конституция Российской Федерации // Справочная правовая система «Гарант» // URL: <http://www.garant.ru> (дата обращения - 17.09.2012 г.).

Федеральный закон от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» // Справочная правовая система «Гарант» // URL: <http://www.garant.ru> (дата обращения - 17.09.2012 г.).

Федеральный закон от 3 декабря 2008 г. № 242-ФЗ «О государственной геномной регистрации в Российской Федерации» // Справочная правовая система «Гарант» // URL: <http://www.garant.ru> (дата обращения - 17.09.2012 г.).

Федеральный закон от 20 мая 2002 г. № 54-ФЗ «О временном запрете на клонирование человека» // Справочная правовая система «Гарант» // URL: <http://www.garant.ru> (дата обращения - 17.09.2012 г.).

Федеральный закон от 5 июля 1996 г. № 86-ФЗ «О государственном регулировании в области генно-инженерной деятельности» // Справочная правовая система «Гарант» // URL: <http://www.garant.ru> (дата обращения - 17.09.2012 г.).

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития от 31 августа 2010 г. № 774н «О совете по этике» // Справочная правовая система «Гарант» // URL: <http://www.garant.ru> (дата обращения - 17.09.2012 г.).

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 августа 2010 г. № 753н «Об утверждении порядка организации и проведения этической экспертизы возможности проведения клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения и формы заключения совета по этике» // Справочная правовая система «Гарант» // URL: <http://www.garant.ru> (дата обращения - 17.09.2012 г.).

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 20 июля 2007 г. № 488 «Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по исполнению государственной функции по выдаче разрешений на применение новых медицинских технологий» // Справочная правовая система «Гарант» // URL: <http://www.garant.ru> (дата обращения - 17.09.2012 г.).

### **Вопросы для самоконтроля**

1. Какие документы применяют при нравственном обосновании научного исследования?
2. Каковы основные факторы научного обоснования биомедицинского исследования?
3. Каковы этические принципы использования новых биомедицинских технологий?
4. Каков порядок получения разрешения на применение новых медицинских технологий?
5. Каков порядок проведения клинического исследования лекарственных средств?

### **Тестовые задания**

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. Общечеловеческую основу генома составляют:
  - а) уважение к достоинству человека вне зависимости от его генома;
  - б) значимость генетических характеристик для морального статуса человека;
  - в) уникальность и неповторимость генетических характеристик человека;
  - г) множественность и повторимость генетической характеристики человека.
2. К общим положениям предупреждения дискриминации людей по генетическим признакам относятся:
  - а) доступность генетического консультирования для всех;
  - б) ограничение обмена генетическими технологиями;

в) уважение воли подвергающихся генетическому скринингу;

г) полное раскрытие генетической информации о пациенте.

3. Биомедицинские исследования должны:

а) соответствовать только научным интересам врача;

б) соответствовать общепринятым научным принципам;

в) быть ориентировочно оценены в аспекте риска;

г) быть предварены тщательной оценкой риска.

4. Этические комитеты (комиссии) создаются в целях:

а) разработки новых медицинских технологий;

б) внедрения новых медицинских технологий;

в) обеспечения соблюдения этических норм;

г) содействия разрешению этических конфликтов.

5. При исследовании на животных следует:

а) ограничиваться минимальным количеством животных;

б) свести к минимуму причиняемые им неудобства и боль;

в) применять анальгетические или наркотические средства;

г) осуществлять уход за животными под контролем врача.

## Глава 6. Биоэтические проблемы реализации репродуктивных прав человека

### 6.1. МЕДИЦИНСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В РЕПРОДУКЦИЮ ЧЕЛОВЕКА

Медицинские вмешательства в репродукцию человека актуализируют моральные проблемы, связанные с медикализацией процесса зарождения новой жизни, контрацепции и искусственного прерывания беременности, с определением статуса эмбриона, установлением момента возникновения человеческой личности.

В глоссарии «Охрана репродуктивного здоровья работников. Основные термины и понятия», утвержденном департаментом Госсанэпиднадзора Минздрава РФ 2 октября 2003 г. № П-8/13-09, дано следующее определение: «**Репродуктивное здоровье** - это состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или недугов во всех вопросах, касающихся репродуктивной системы, ее функций и процессов. Поэтому репродуктивное здоровье подразумевает, что у людей есть возможность иметь доставляющую удовлетворение и безопасную половую жизнь и что у них есть возможность воспроизводить себя, и что они вольны принимать решение о том, делать ли это, когда делать и как часто. Последнее условие подразумевает право мужчин и женщин быть информированными и иметь доступ к безопасным, эффективным, доступным и приемлемым методам планирования семьи по их выбору, а также другим методам регулирования деторождения по их выбору, которые не противоречат закону, и право иметь доступ к соответствующим услугам в области охраны здоровья, которые позволили бы женщинам благополучно пройти через этап беременности и родов и предоставили бы супружеским парам наилучший шанс иметь здорового младенца».

Из определения вытекает, что условия репродуктивного здоровья подразумевают:

- возможность иметь доставляющую удовлетворение и безопасную половую жизнь;
- возможность воспроизводить себя;
- свободу воли при принятии осознанного решения (осуществить репродуктивный выбор) на основании информированности и доступности к репродукционным технологиям.

Репродуктивный выбор - это проявление моральной автономии личности в вопросах сексуальности и деторождения.

Важнейшее из репродуктивных прав - право человека на свободное, ответственное решение относительно количества своих детей и времени их рождения.

Применение вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) несет риск снижения или возможной потери персональной ответственности за будущего ребенка, а также обостряет моральные и юридические проблемы, среди которых можно назвать:

- несоблюдение брачных уз;
- отрицание права будущего ребенка родиться в браке вследствие объединительного деторождающего акта его родителей;

- проблемы суррогатного материнства (в том числе и защиту прав суррогатной матери);
- донорство гамет и связанную с этим анонимность донора;
- защиту прав доноров и реципиентов;
- правовое и биоэтическое положение редукционных эмбрионов;
- использование эмбрионов для исследований.

Таким образом, при применении ВРТ затруднено определение таких основных межличностных связей, как кровное родство, родители и родственники, а также защита прав человека. При этом непременно встают и иные вопросы.

- Надо ли уважать право личности и супругов на свободный выбор метода планирования семьи?
- Допустимо ли принуждение при выборе методов планирования семьи?
- Можно ли рассматривать аборт как метод планирования?
- Надо ли уважать и соблюдать национальные и культурные традиции?
- Стоит ли доверить подбор метода контрацепции врачу?

Все эти проблемы и вопросы, связанные с медицинским вмешательством в репродукцию человека, диктуют необходимость глубокого осмысления новых репродуктивных технологий с позиций биоэтики.

## **6.2. РАЗЛИЧНЫЕ ПОДХОДЫ К ПРИМЕНЕНИЮ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ**

В настоящее время применение ВРТ рассматривается специалистами с различных позиций, что находит отражение в законодательных актах. Так, К.А. Кириченко (2011) выделяет и анализирует два подхода к пониманию правовой сущности ВРТ. *«Медикализованный»* подход предполагает понимание ВРТ как методов лечения бесплодия, а их применение - как способов реализации права на здоровье. Более широкий, *«фамилизированный»* подход включает понимание применения вспомогательной репродукции как реализации права на создание семьи и уважение семейной жизни.

К.А. Кириченко замечает, что юридически значимая особенность ВРТ как способов реализации права на создание семьи - это отличающий их субъектный состав отношений: появление в самом процессе репродукции третьих лиц, чьи действия необходимы для реализации предполагаемыми родителями их права на создание семьи (а затем - и уважение семейной жизни). Начало XXI в. сопровождается переходом законодателей и правоприменителей ряда стран и территорий именно к такой трактовке ВРТ.

Сложные правовые вопросы применения ВРТ могут стать предметом судебного рассмотрения. Так, Европейским судом по правам человека рассмотрено дело против Австрии, где истцы обжаловали предусмотренный национальным законодательством

запрет на использование донорской яйцеклетки и спермы для экстракорпорального оплодотворения.

Правовая основа применения ВРТ в нашей стране определена в ст. 55 Федерального закона РФ № 323-ФЗ, в соответствии с которой:

«1. 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].

2. Порядок использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказания и ограничения к их применению утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

3. 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.

4. При использовании вспомогательных репродуктивных технологий выбор пола будущего ребенка не допускается, за исключением случаев возможности наследования заболеваний, связанных с полом.

5. Граждане имеют право на криоконсервацию и хранение своих половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов за счет личных средств и иных средств, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

6. Половые клетки, ткани репродуктивных органов и эмбрионы человека не могут быть использованы для промышленных целей.

7. Быть донорами половых клеток имеют право граждане в возрасте от восемнадцати до тридцати пяти лет, физически и психически здоровые, прошедшие медико-генетическое обследование.

8. 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.

9. Суррогатное материнство представляет собой вынашивание и рождение ребенка (в том числе преждевременные роды) по договору, заключаемому между суррогатной матерью (женщиной, вынашивающей плод после переноса донорского эмбриона) и потенциальными родителями, чьи половые клетки использовались для оплодотворения, либо одинокой женщиной, для которых вынашивание и рождение ребенка невозможны по медицинским показаниям.

10. 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, зарегистрированном в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, может быть суррогатной матерью только с письменного согласия супруга. Суррогатная мать не может быть одновременно донором яйцеклетки».

Отдельного рассмотрения заслуживает суррогатное материнство (СМ). Само словосочетание «суррогатное материнство» вызывает негативные эмоциональные и оценочные оттенки из-за термина «суррогатное»

(т.е. искусственное, поддельное, фальсифицированное). П. Слотердаик (2005) показывает, что диадическое единство ребенка и матери представляет собой такую наполненную звуками, запахами и образами микросферу, в которой медиумами коммуникации выступают не слова, а пища, теплота, обмен взглядами и улыбками. Особое значение автор придает тому установленному психоакустическому факту, что шестимесячный эмбрион реагирует на голос матери. Сказанное не позволяет отягощать материнство характеристикой «суррогатное».

Многие исследователи подчеркивают, что СМ оправдано только в исключительных случаях, при наличии достаточных оснований. Многие допускают использование СМ только на некоммерческой основе. Тем не менее это самый сложный в этическом и юридическом отношении процесс. Не лишено основания беспокойство относительно возможной дегуманизации пренатального ухода за ребенком в случаях СМ. В Заявлении ВМА об искусственном оплодотворении и трансплантации эмбрионов (Мадрид, 1987) указано: «Если это не запрещено законами страны, национальной медицинской ассоциацией или другими медицинскими организациями, при оказании помощи не имеющей матки взрослой женщине может быть использована процедура так называемого "суррогатного материнства". Все участники подобной процедуры должны дать осознанное добровольное согласие на ее проведение. При принятии решения об использовании этого метода врач обязан считаться со всеми законодательными, этическими и моральными аспектами проблемы "суррогатного материнства". Сказанное не означает, что ВМА безусловно поддерживает идею "суррогатного материнства", при котором женщина за вознаграждение соглашается на искусственное оплодотворение спермой мужчины с целью рождения ребенка, который будет усыновлен этим мужчиной и его женой. ВМА, безусловно, отвергает любой коммерческий подход, при котором яйцеклетки, сперма и (или) эмбрион становятся предметом купли-продажи».

### **6.3. БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ КОНТРАЦЕПЦИИ И СТЕРИЛИЗАЦИИ**

В Заявлении ВМА о праве женщины на использование контрацепции (Стокгольм, 1994) отмечено, что ВМА «признает тот факт, что нежелательная беременность может оказать пагубное влияние как на здоровье самих женщин, так и на здоровье их детей. Способность регулировать и контролировать фертильность должна рассматриваться в качестве принципиального компонента проблемы сохранения физического и психического здоровья женщин, их социального благополучия.

Очень сильная, но зачастую не удовлетворенная потребность в контроле за фертильностью существует во многих развивающихся странах. Многие женщины в этих странах желают избежать беременности, но не используют средств контрацепции.

Контрацепция способна предотвратить преждевременную смерть женщин, связанную с риском нежелательной беременности. Оптимальное планирование вынашивания плода способно также внести свою лепту в решение проблемы детской смертности.

Даже в тех случаях, когда политические, религиозные или иные группы той или иной страны выступают против использования контрацепции, отдельные женщины, живущие в этих странах, должны иметь право выбора, когда речь заходит об использовании контрацепции».

ВМА настаивает на том, что всем женщинам необходимо разрешить контролировать фертильность путем сознательного выбора, а не случайным образом, а также на том, что индивидуальный выбор в вопросе использования контрацепции - право женщин вне зависимости от их национальной принадлежности, социального статуса или вероисповедания. Женщины должны иметь доступ ко всем средствам медицинской и социальной консультации, необходимым для получения максимальной пользы от планирования семьи.

Существующие методы контрацепции можно разделить на две группы: первая - традиционные (ритмический, температурный, прерванный половой акт, механические и местные химические) и вторая группа - гормональные и внутриматочные средства (ВМС). Эффективность противозачаточных методов пропорциональна частоте побочных реакций и осложнений, вызванных самими методами контрацепции.

Внедрение ВМС (и их систематическое применение в слаборазвитых странах), несмотря на их abortивные функции и тот вред, который они наносят здоровью матери, этически неоднозначно. Именно потому что ВМС по своим характеристикам - контрацептивно abortивны, а также из-за того, что в слаборазвитых странах способ установки этих противозачаточных средств далеко несовершенен.

Говоря об этическом аспекте контрацепции, следует обратить внимание, как ведется их пропаганда, как иногда вынуждают население пользоваться ими (особенно имплантатами), не получив от людей информированного и осознанного согласия.

Один из методов контрацепции - стерилизация, или перевязка, или создание искусственной непроходимости маточных труб. В настоящее время получает распространение не только женская, но и мужская стерилизация. Причем различают два вида - стерилизацию с последующим восстановлением генеративной функции и необратимую стерилизацию.

Согласно ч. 1 ст. 57 Федерального закона РФ № 323-ФЗ, медицинская стерилизация как специальное медицинское вмешательство в целях лишения человека способности к воспроизводству потомства, или как метод контрацепции, может быть проведена только по письменному заявлению гражданина старше 35 лет или имеющего не менее двух детей, а при наличии медицинских показаний и информированного добровольного согласия гражданина - независимо от возраста и наличия детей.

По заявлению законного представителя совершеннолетнего лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно выразить свою волю, медицинская стерилизация возможна по решению суда, принимаемому с участием совершеннолетнего лица, признанного в

установленном законом порядке недееспособным (ч. 2 ст. 57 Федерального закона РФ № 323-ФЗ).

Перечень медицинских показаний к медицинской стерилизации определяется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (ч. 3 ст. 57 Федерального закона РФ № 323-ФЗ).

Контрацепция, в частности стерилизация, как средство подавления функции продолжения рода становится, с одной стороны, символом освобожденной сексуальности, а с другой стороны, может привести к утрате чувства моральной ответственности перед будущим поколением.

#### **6.4. БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

Аборт (от лат. *abortus*- «выкидыш») - всякое преждевременное прекращение беременности, естественное (самопроизвольное) или искусственное (намеренно вызванное). Обычно под абортом понимают последнее, что представляет не только медицинскую, юридическую, но также и этическую (для многих людей - религиозную) проблему.

Вопрос об искусственном аборте столь же древний, как и история всего человечества. Если говорить о веке минувшем, то можно отметить либерализацию законодательств многих стран по вопросу разрешения медицинских абортов («*Abortion Act*» от 17 октября 1967 г. в Великобритании или «*Roe versus Wade*» Верховного суда США от 22 января 1973 г., провозгласивших, что «плод не является юридической личностью», т.е. не защищен Конституцией).

Отношение медиков к практике искусственного аборта нашло отражение, в частности, в клятве Гиппократов, где среди многочисленных медицинских манипуляций врач специально выделяет и обещает: «Я не вручу никакой женщине абортивного пессария». Гиппократ считает искусственное прерывание беременности несовместимым с врачебной профессией. В императорском Древнем Риме аборт широко практиковался и не считался позорным. С возникновением христианства аборт стал отождествляться с убийством человека. В Средние века наказание за искусственный аборт было особенно суровым. Согласно своду германских законов «Каролина» (XVI в.), производство аборта каралось смертной казнью. Смертная казнь за аборт была введена в России в 1649 г., но столетие спустя отменена.

**Моральный статус преэмбрионов, эмбрионов и плодов.** В основе спора сторонников и противников абортов лежит, по сути, проблема природы и статуса человеческого эмбриона. Констатированием фактов возникновения сердцебиения у плода или появления биоэлектрических импульсов его мозга подчеркивается лишь наличие у него отдельных качеств человека. Как потенциальный человек эмбрион обладает особым природным (онтологическим) статусом, связанным со становлением биологической уникальности, предпосылок неповторимого склада характера будущего человека.

Одна из основных проблем здесь - правовой и этический статус эмбриона. В каком возрасте нужно рассматривать эмбрион как личность, обладающую правами и защищаемую законодательством? При определении предельного возраста эмбрионов, допустимого для использования в эксперименте, ведущие эмбриологи называют, как

правило, период от оплодотворения до 14-го (начало формирования первичной полоски, элементов нервной системы) и 30-го (начала дифференцировки центральной нервной системы) дня развития.

Данный вопрос детально проанализировали Э. Стречча и В. Тамбоне (2002), которые отмечают, что период 14 дней был впервые предложен в 1979 г. Совещательной комиссией по этике - *Ethics Advisory Board* (DHEW) в Соединенных Штатах, которая обосновала это тем фактом, что 14-й день как раз соответствует времени имплантации плода в матку.

Правительство Великобритании учредило в 1982 г. Комиссию по изучению репродуктивной функции человека и эмбриологии, состоящую из 12 экспертов и возглавляемую философом Мэри Уарнок. Из доклада Уарнок следует, что использовать человеческий эмбрион для экспериментальных целей возможно в течение 14 дней с момента зачатия, из чего однозначно вытекает, что до наступления этой стадии эмбрион не признается человеческим индивидом и целиком зависит от жизни взрослого. Макларен, член Комитета Уарнок, утверждала в своей статье: «Момент, в который можно говорить о начале человеческого индивида во всей полноте, относится к стадии примитивной хорды в формировании эмбриона». Согласно Макларен, первые 14 дней эмбрионального развития - это период подготовки, когда формируются все защитные и питательные системы, необходимые для поддержания будущей жизни эмбриона; только «когда налажены системы поддержки, эмбрион может начать развиваться как индивидуальная сущность».

С точкой зрения Макларен солидаризировался Гробстейн, утверждая: «Человеческий преэмбрион обладает особой совокупностью характеристик, которые биологически отличают его от яйца, предшествующего ему, и от эмбриона, следующего за ним. Он является индивидом в генетическом, но не в морфологическом смысле». То же говорит и Форд: «Появление примитивной хорды - это знак того, что сформировался и начал существовать эмбрион в собственном смысле слова и человеческий индивид. До этой стадии нет смысла говорить о присутствии подлинного человеческого существа в онтологическом смысле». Что касается *примитивной хорды*, следует припомнить вместе с А. Серра, что «она представляет собой лишь конечный пункт определенного, последовательного, организованного, непрерывного процесса, который начался с момента формирования зиготы. В период формирования питательных и защитных систем всегда наличествует клетка или клетки, от коих берут начало те слои, которые образуют эмбриональную примитивную хорду. Она не возникает как бы извне и неожиданно и не отделена от всей совокупности процессов, которые берут свое начало от сингамии, она является продуктом этого процесса».

Что же касается употребления термина «преэмбрион», то вот что пишет Серра: «Несомненно, допустимо, а порой с терминологической точки зрения, которая всегда имеет практическую ценность, даже удобно вводить новые символы, чтобы подчеркнуть новые аспекты. Поэтому термин «*преэмбрион*», предложенный Макларен и другими, может относиться лишь к раннему этапу развития эмбриона - от образования зиготы до образования эмбриональной примитивной хорды. Но было бы ошибочным считать, что благодаря такому разделению единого процесса на два этапа каждый из них - и тот, на котором образуется зигота и примитивная хорда, и последующий, продолжающийся уже после образования примитивной хорды, - представляет собой самостоятельный, никак не связанный с другим, процесс, и что две структуры - возникающая в ходе образования примитивной хорды и появляющаяся уже

после ее образования - связаны с двумя различными субъектами или что первая из них - это структура без субъекта».

Не менее противоречивы суждения ученых о глубоком замораживании эмбрионов. Излишние эмбрионы могут быть законсервированы и при необходимости повторной имплантации избежать стимуляции ооцитов гормонами. С согласия доноров таких эмбрионов они могут быть имплантированы другой женщине. Высказывается мнение, что эмбрионы, полученные от одной супружеской пары, не следует использовать для других супругов в целях ограничения отлучения детей от своих генетических родителей, более того, есть мнение, что сроки консервации и использования эмбрионов определяются исключительно по решению их владельцев. Все действия с эмбрионами должны находиться под контролем местных этических комитетов и экспертной ассоциации.

Особый природный статус эмбриона определяет и его особый моральный статус. Эмбрион еще нельзя признать нравственным субъектом, но все наши действия по отношению к нему подлежат моральным оценкам. С точки зрения морали всякий аборт - в конечном счете зло и обязательно причиняет боль человеческой душе. В «Декларации Осло о медицинском аборте», принятой ВМА (Осло, 1970), определено, что основополагающий моральный принцип врача - уважение к человеческой жизни с момента зачатия. Обстоятельства, противопоставляющие интересы потенциальной матери интересам ее неродившегося ребенка, ставят врача перед необходимостью выбора: сохранить беременность или преднамеренно ее прервать. Если личные убеждения не позволяют врачу рекомендовать или сделать медицинский аборт, он должен перепоручить пациентку компетентному коллеге.

**Автономия беременной и право плода на жизнь.** Очевидно, что проблема прерывания беременности в первую очередь остро воспринимается женщиной. Именно женщина оказывается вовлеченной в решение выбора жизни и смерти, именно от нее зависит жизнь человеческого существа. Может быть, женщинам и предоставить право решать вопрос о прерывании беременности?

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 круг этих проблем расширился, к ним присоединяются болезни сердца, почек, туберкулез, душевные заболевания, наследственные болезни. В первой половине XIX в. сформулировано понятие «социальные показания» искусственного прерывания беременности (изнасилование, инцест, чрезмерная нужда). Постепенно число социальных показаний росло, например, «желание мужа», «желаемое количество детей». В итоге многие страны вынуждены были признать автономию женщины принимать решение о прерывании беременности и не только в первой ее трети. В ст. 56 Федерального закона РФ № 323-ФЗ указано: «1. Каждая женщина самостоятельно решает вопрос о материнстве. Искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при наличии информированного добровольного согласия.

2. Искусственное прерывание беременности по желанию женщины проводится при сроке беременности до двенадцати недель.

3. Искусственное прерывание беременности проводится:

1) не ранее 48 часов с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности:

а) при сроке беременности четвертая-седьмая недели;

б) при сроке беременности одиннадцатая-двенадцатая недели, но не позднее окончания двенадцатой недели беременности;

2) не ранее семи дней с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности при сроке беременности восьмая-десятая недели беременности.

4. Искусственное прерывание беременности по социальным показаниям проводится при сроке беременности до двадцати двух недель, а при наличии медицинских показаний - независимо от срока беременности.

5. Социальные показания к искусственному прерыванию беременности определяются Правительством Российской Федерации.

6. Перечень медицинских показаний к искусственному прерыванию беременности определяется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

7. Искусственное прерывание беременности у совершеннолетней, признанной в установленном законом порядке недееспособной, если она по своему состоянию не способна выразить свою волю, возможно

по решению суда, принимаемому по заявлению ее законного представителя и с участием совершеннолетней, признанной в установленном законом порядке недееспособной.

8. Незаконное проведение искусственного прерывания беременности влечет за собой уголовную ответственность, установленную законодательством Российской Федерации».

Необходимо отметить, что в настоящее время социальные показания для искусственного прерывания беременности определены постановлением Правительства РФ от 6 февраля 2012 г. № 98 «О социальном показании для искусственного прерывания беременности», в п. 1 которого сказано: «Установить, что социальным показанием для искусственного прерывания беременности является беременность, наступившая в результате совершения преступления, предусмотренного статьей 131 Уголовного кодекса Российской Федерации». Ст. 131 УК РФ предусматривает уголовную ответственность за изнасилование.

Перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности определяется приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 3 декабря 2007 г. № 736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности» с изменениями, внесенными приказом Минздравсоцразвития России № 1661н от 27 декабря 2011 г. «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 3 декабря 2007 г. № 736 "Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности"».

Как отмечалось выше, автономия женщины в данном вопросе тесно связана с определением статуса плода.

В преамбуле Конвенции о правах ребенка (далее - Конвенция), принятой резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 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». Согласно 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 ребенок - человеческое существо как до, так и после рождения.

В ч. 1 ст. 4 Американской конвенции о правах человека сказано, что каждый человек имеет право на уважение его жизни. Это право защищается законом и, как правило, с момента зачатия. Никто не может быть произвольно лишен жизни.

Очевидно, что при таком подходе к решению вопроса о правовом статусе плода можно говорить о приоритете публичного интереса над частным интересом женщины в вопросах сохранения или прерывания беременности.

Согласно ч. 2 ст. 17 Конституции РФ, основные права и свободы человека принадлежат каждому от рождения. В соответствии с этим конституционным решением вопроса о моменте возникновения общей правоспособности находятся нормы, закрепленные в ст. 56 Федерального закона РФ № 323-ФЗ, анализ которых позволяет заключить, что право женщины на искусственное прерывание беременности рассматривается с позиции частно-публичного интереса. С одной стороны, в данной статье речь идет о том, что каждая женщина имеет право самостоятельно решать вопрос о материнстве. С другой стороны, искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при сроке беременности до 12 недель, а при сроке беременности до 22 недель - лишь по социальным показаниям.

Заслуживает внимание рассмотрение вопроса о праве врача на отказ от производства аборта.

Возможность отказа врача от производства аборта предусмотрена Декларацией ВМА «О медицинских абортах» (Осло, 1970). Декларация не считается нормативно-правовым актом, поэтому необходимо рассмотреть право врача на отказ от производства аборта в юридическом смысле.

Согласно ч. 3 ст. 70 Федерального закона РФ № 323-ФЗ, лечащий врач по согласованию с соответствующим должностным лицом (руководителем) медицинской организации (подразделения) может отказаться от наблюдения за пациентом и его лечения, а также уведомить в письменной форме об отказе от проведения искусственного прерывания беременности, если отказ непосредственно не угрожает жизни пациента здоровью окружающих. В случае отказа лечащего врача от наблюдения и лечения пациента, а также в случае уведомления в письменной форме об отказе от проведения искусственного прерывания беременности должностное лицо (руководитель) медицинской организации (подразделения) должно организовать замену лечащего врача.

**Либеральный, консервативный и умеренный подходы к проблеме аборта.**  
Важно остановиться на основных подходах к проблеме аборта в аспекте ценностно-мировоззренческих ориентаций. И.В. Силуянова

(2001, 2008) в связи с этим отмечает, что в России реально существуют различные ценностно-мировоззренческие ориентации, среди них - либеральная и консервативная.

**Либеральный подход** к производству аборта базируется на двух принципах:

- праве женщины распоряжаться своим телом;
- отрицании личностного статуса плода.

Как подчеркивает И.В. Силуянова, в этой аргументации исходный принцип - «право женщины на аборт». Анализ этого суждения выявляет, что оно имело свой смысл скорее в условиях борьбы либерализма с консервативным законодательством, преследующим производство абортотв.

В заявлении ВМА о планировании семьи (Мадрид, 1967) указано: «1. Всемирная медицинская ассоциация (ВМА) одобряет концепцию планирования семьи и рекомендует всем национальным медицинским ассоциациям способствовать планированию семьи и популяризировать соответствующие методы.

2. Целью планирования семьи является не навязывание ограничений, а улучшение и обогащение человеческой жизни. Планирование семьи открывает перед каждым человеком большие возможности самореализации. Чтобы в полной мере воспользоваться одним из основных прав человека, родители должны обладать знаниями и владеть способами планирования семьи, осознанно и самостоятельно принимать решение о количестве детей и возрастной разнице между ними.

3. ВМА предлагает всем заинтересованным организациям сотрудничество в области медицинских и гигиенических аспектов планирования семьи, помощь в подборе экспертов по семейному планированию, в организации обучения и проведении необходимых экспериментов и исследований.

4. ВМА обязуется поощрять инициативы любых организаций по проведению конференций, симпозиумов и исследований по всем аспектам планирования семьи.

5. ВМА рекомендует включить вопросы планирования семьи, являющиеся частью раздела о здоровье матери и ребенка, в программу подготовки врачей».

**Консервативный подход** к проблеме аборта принято связывать с моральными ценностями религиозной культуры.

Э. Сгречча (1992) подчеркивает, что медицинская мораль католической церкви использует нормы этики Гиппократов, обогатив их поняти-

ем священного характера жизни как дара Божьего и личности больного как сына Божьего и олицетворения самого Христа. Официальные документы римско-католической церкви запрещают аборты даже по здравоохранительным мотивам (Энциклика Павла VI «*Humanae vitae*», 1968; Хартия работников здравоохранения, 1994). В Официальной декларации Священного синода Католической церкви (18

ноября 1974 г.) утверждается, что человеческую жизнь нужно уважать с момента ее зарождения. Жизнь начинается с оплодотворения яйцеклетки и принадлежит не отцу и не матери, а новому человеческому существу, которое самостоятельно развивается. Он никогда не станет человеком, если его не считают человеком уже в этот момент.

Принципы консервативного подхода к абортам прямо противоположны принципам либерального подхода, их можно сформулировать так:

- женщина не обладает правом распоряжаться своим телом во время беременности;
- плод обладает личностным статусом.

Изложение **умеренного подхода** к абортам представляет определенные трудности. Во-первых, нужно определить, по отношению к какому подходу (либеральному, консервативному или обоим сразу) должна проявляться умеренность? Во-вторых, если умеренность проявляется к обоим подходам, то предусматривает ли она достижение консенсуса между либералами и консерваторами по рассматриваемому вопросу? В-третьих, возможен ли подобный консенсус?

Представляется, что на смену праздному дискурсу на данную тему должен прийти ответственный дискурс, при котором любой рассуждающий и «бросающий камень» в представителя противоположной позиции призван осознать: 1) возможность личного вклада в решение проблемы; 2) готовность принять на себя ответственность за принятое решение. В этом случае, хотелось бы надеяться, крайние позиции двух принципиально несовместимых подходов (либерального и консервативного) будут излагаться их сторонниками более умеренно.

## **6.5. БИОЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СЕКСОЛОГИИ**

Репродуктивное здоровье подразумевает, что у людей есть возможность иметь доставляющую удовлетворение и безопасную половую жизнь.

Один из основоположников сексологии Р. фон Крафт-Эбинг (1840-1902) отмечал, что начало всякой этики, а, быть может, также и значительной доли эстетики и религии берет свое основание в половом чувстве. Однако если половая жизнь, с одной стороны, может служить источником величайших добродетелей вплоть до самопожертвования, то с другой - в ее чувственной силе кроется опасность, ведь она может обернуться всепоглощающей страстью, стать источником величайших пороков. Необузданная страсть подобна вулкану, все разрушающему, все уничтожающему, подобна пропасти, поглощающей все - честь, состояние, здоровье.

Моральные проблемы, связанные с половой жизнью, уже давно остаются в центре внимания ученых, философов, религиозных деятелей. М. Фуко в книге «Забота о себе» анализирует текст сонника Артемидора (II в. н.э.) - единственный, как отмечает автор, дошедший до наших дней памятник эпохи, в котором содержится более или менее систематизированное описание различных форм половых актов. При этом М. Фуко подчеркивает, что в книге Артемидора принципы морали как таковые не даны, их можно распознать только в ходе анализа, интерпретируя ситуации. Именно поэтому автор останавливается на применяемой Артемидором процедуре расшифровки, для того чтобы выявить мораль, скрытую за анализом сексуальных снов. Артемидор не говорит хорошо или плохо, нравственно или безнравственно совершать тот или иной половой акт, но лишь хорошо или плохо, благоприятно или неблагоприятно видеть во

сне, будто совершаешь его. Много столетий спустя, на методологической основе психоанализа, к этому вопросу в книге «Толкование сновидений» и других работах обратился З. Фрейд. Он заявил, что психоанализ - это особая наука, чем навлек на себя гнев науки официальной. Считалось, что он бросил вызов не только науке, но и самой морали. За покровом сознания З. Фрейд рассмотрел целый пласт неосознаваемых человеком потаенных желаний, стремлений, влечений, прежде всего сексуальных. Он создал сексуальную теорию, где в основе лежит новое понимание сексуальности - не как инстинкта продолжения рода, а как проявление либидо, т.е. силы, влияющей на жизнь человека с момента его рождения до смерти.

В своем фундаментальном исследовании «Основы современной сексологии» Г. Келли (2000) указывает, что современная сексуальная мораль покоится на 5 этических традициях.

**Соблюдение естественных законов, установленных свыше.** Сторонники эссенциализма полагают, что сексуальная мораль предопределена

и дана нам свыше, чтобы мы могли безошибочно различать хорошие и плохие поступки. Кроме того, они уверены, что священные тексты, Библию или Коран, следует понимать буквально, и священные заповеди ясно формулируют правила сексуального поведения. Подобный эссенциалистский подход к вопросу сексуальной морали характерен для многих ортодоксальных и фундаменталистских религиозных традиций, чьих адептов следует отнести к категории традиционалистов.

**Существование религиозных посредников между человеческим родом и Богом.** Иисус, Моисей, Мухаммед и некоторые другие пророки говорили о любви и надежде, которые царят между людьми и Творцом. Согласно некоторым религиозным толкованиям, моральные принципы могут меняться в связи с изменениями паттернов общественной жизни и человеческого поведения. В русле этого подхода, близкого к конструктивистскому представлению об этике сексуальности, существует убеждение, что общественные ценности не связаны намертво узлами косных традиционных стереотипов и могут меняться со временем.

**Ситуативная этика.** Речь идет о моральных представлениях, согласно которым каждая ситуация - единственная в своем роде комбинация обстоятельств и предпосылок. Исходя из этого моральное решение следует принимать только в контексте определенной ситуации, учитывая интересы всех ее участников. Ситуативная этика не предполагает какихлибо общих моральных ограничений сексуальности и сексуального поведения, подчеркивая, что этическая оценка такого поведения зависит от его мотивов и возможных последствий. С этой точки зрения определенное сексуальное поведение в одной ситуации осуждается, а в другой считается вполне приемлемым. Очевидно, что такое представление возлагает большую ответственность на индивида, оценивающего правомерность своих решений.

**Традиции гедонизма и аскетизма.** Эти моральные традиции представляют собой две крайние точки зрения в этике. Гедонисты принадлежат к категории, ориентированной на рекреацию, и утверждают, что наслаждение - высшее благо, вне зависимости от религиозной догмы или ситуации, иначе говоря: «Делай все, что тебе по душе». Сексуальное влечение рассматривается как потребность, которую нужно удовлетворять путем получения максимального физического и морального наслаждения. Подлинных гедонистов совсем немного, поскольку человеческие отношения слишком сложны, чтобы с легкостью следовать подобным принципам.

Некоторые психологи полагают, что гедонизм представляет собой эгоцентрический образ жизни и на поверку может оказаться выражением социопатии или социальной безответственности и эмоционального расстройства.

Аскетизм, связанный с обетом безбрачия, - элемент некоторых религиозных и духовных традиций. Цель аскета - возвыситься над низменными физиологическими наслаждениями и путем самоограничения и самоотречения достигнуть вершин разума и духа, обрести высшую одухотворенность, приблизившись к Богу. Аскетическую жизнь затворников ведут некоторые священники и монахи.

**Новейшие холистические течения.** Некоторые современные философы утверждают, что в эпоху социальной эволюции традиционные представления об аскетизме и гедонизме как взаимоисключающих подходах утратили былое значение. Сексуальность следует воспринимать в более широком контексте, учитывая разные уровни переживаний: физиологический, эмоциональный, рациональный и духовный. Наряду с духовными потребностями, которые заставляют нас временами возвышаться над эгоцентризмом и плотскими наслаждениями, мы нуждаемся и в земных переживаниях, благодаря которым раскрывается наша чувственность. Именно поэтому следует не разделять, а скорее стремиться к гармоничному балансу этих разных, но одинаково ценных элементов сексуальности (*Wilber, 1995*).

Развивая тему холистических течений, следует заметить, что И.С. Кон (1981) выделяет 9 мотивов нормального полового акта: прокреативный (деторождение), рекреативный (гедонистический), коммуникативный (личностное сближение), самоутверждение, ритуальный, компенсаторный, познавательный, релаксацию, достижение внесексуальных целей. В.В. Гульдман (1986) справедливо замечает, что поведение психически здоровых людей чаще полимотивировано, у психопатических можно скорее выделить какой-то один ведущий мотив.

Как справедливо замечает Г. Келли, людям приходится добиваться равновесия и гармонии между их собственными сексуальными ценностями и поведением и сексуальными установками, бытующими в их социальной среде. В обществе, основанном на плюрализме мнений, довольно сложно найти черты, роднящие индивидуальные представления о сексуальной морали и ценностях. Тем не менее можно назвать некоторые моральные принципы, которые имеют широкое распространение в обществе и поддерживаются религиозными учениями (*Reiss, 1991*).

- **Принцип добровольности:** людей нельзя принуждать к сексу. Сексуальные отношения могут возникать только на основе взаимного желания партнеров.
- **Принцип искренности:** людей нельзя вовлекать в сексуальную активность с помощью обмана или вводить в заблуждение.
- **Принцип уважения личности:** людей не следует рассматривать как средство достижения определенных целей. Применительно к сексуальности это означает, что человека нельзя воспринимать исключительно как средство сексуального удовлетворения.
- **Принцип уважения чужих убеждений:** следует уважать сексуальные ценности и убеждения других людей. Ни один человек не имеет права принуждать другого человека к сексуальным действиям, которые идут вразрез с сексуальными ценностями

партнера. Однако это не означает, что человек не имеет права помочь партнеру избавиться от предрассудков и заблуждений.

## Литература

### Основная литература

*Лопатин П.В., Карташова О.В.* Биоэтика: учебник / под ред. П.В. Лопатина. - 4-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 272 с.

*Силуянова И.В.* Руководство по этико-правовым основам медицинской деятельности: учебное пособие. - М.: МЕДпресс-информ, 2008. - 224 с.

*Хрусталеv Ю.М.* Биоэтика. - М.: Медицина, 2011. - 408 с.

*Хрусталеv Ю.М.* От этики до биоэтики: учебник для вузов. - Ростов н/Д: Феникс, 2010. - 446 с.

### Дополнительная литература

Биомедицинская этика / под ред. В.И. Покровского. - М.: Медицина, 1997. - 224 с.

Биоэтика: принципы, правила, проблемы / отв. ред. и сост. Б.Г. Юдин. - М., 1998. - 472 с.

Введение в биоэтику: учебное пособие / А.Я. Иванюшкин, В.Н. Игнатъев, Р.В. Коротких и др. - М.: Прогресс-Традиция, 1998. - 381 с.

*Келли Г.* Основы современной сексологии. - СПб.: Питер, 2000. - 896 с.

*Краффт-Эбинг Р.* Сексуальные катастрофы // Золя Э. Человек-зверь: пер. с фр. Сексуальные катастрофы (Половая психопатия): пер. Н.А. Вигдорчика, Г.Н. Григорьева. - Ростов н/Д, 1994.

*Сгречча Э.* Католическая церковь и профессия врача // Медицина и права человека. Нормы и правила международного права, этики, католической, протестантской, иудейской, мусульманской и буддийской религиозной морали. Совет Европы. Европейский Секретариат по научным изданиям. - М.: Прогресс; Прогресс-Интер, 1992. - С. 37-40.

*Сгречча Э., Тамбоне В.* Биоэтика: учебник: пер. с итал. В. Зелинского и Н. Костомаровой. - М.: Библейско-богословский институт св. апостола Андрея, 2002. - 413 с.

*Силуянова И.В.* Биоэтика в России: ценности и законы. - М., 2001. - 192 с.

*Слотердайк П.* Сферы. Микросферология. - Т. 1. - СПб.: Наука, 2005. - 653 с.

*Тищенко П.Д.* Биовласть в эпоху биотехнологий. - М., 2001. - 182 с.

*Фрейд З.* Введение в психоанализ. Лекции. - М.: Наука, 1989. - 456 с.

Фуко М. Использование удовольствий. История сексуальности: пер. с фр. В. Каплуна. - Т. 2. - СПб.: Академический проект, 2004. - 432 с.

Фуко М. История сексуальности-III: Забота о себе: пер. с фр. Т.Н. Титовой и О.И. Хомы / под общ.ред. А.Б. Мокроусова. - Киев: Дух и литера; Грунт; М.: Рефл-бук, 1998. - 288 с.

Шамов И.А. Биомедицинская этика: учебник для студентов медвузов. - Махачкала: ИПЦ ДГМА, 2005. - 408 с.

Яровинский М.Я. Лекции по курсу «Медицинская этика (биоэтика)». - М., 2001. - 528 с.

### **Нормативно-правовые акты и этические документы**

Конвенция о правах ребенка от 20 ноября 1989 г. // Справочная правовая система «Гарант» // URL: <http://www.garant.ru> (дата обращения - 17.09.2012 г.).

Американская конвенция о правах человека // Справочная правовая система «Гарант» // URL: <http://www.garant.ru> (дата обращения - 17.09.2012 г.).

S.H. и другие против Австрии. Постановление от 1 апреля 2010 г. вынесено I секцией (S.H. and Others v. Austria), № 57813/00 / Европейский суд по правам человека // Бюллетень Европейского суда по правам человека. - 2011. - № 4. - С. 27-28.

Декларация Осло о медицинских абортах // Сборник официальных документов Ассоциации врачей России «Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы» / под ред. В.Н. Уранова. - М.: ПАИМС, 1995. - С. 23.

Заявление ВМА об искусственном оплодотворении и трансплантации эмбрионов // Там же. - С. 37.

Заявление ВМА о планировании семьи // Там же. - С. 23.

Заявление ВМА о праве женщины на использование контрацепции // Там же. - С. 81.

Конституция Российской Федерации // Справочная правовая система «Гарант» // URL: <http://www.garant.ru> (дата обращения - 17.09.2012 г.).

Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Справочная правовая система «Гарант» // URL: <http://www.garant.ru> (дата обращения - 17.09.2012 г.).

Глоссарий «Охрана репродуктивного здоровья работников. Основные термины и понятия» (утв. Департаментом Госсанэпиднадзора Минздрава РФ 2 октября 2003 г. № П-8/13-09) // Справочная правовая система «Гарант» // URL: <http://www.garant.ru> (дата обращения - 17.09.2012 г.).

### **Вопросы для самоконтроля**

1. Какие моральные проблемы возникают при искусственном оплодотворении?
2. Какие моральные проблемы возникают при контрацепции?

3. Какие моральные проблемы возникают при производстве аборта?

4. В чем суть консервативного подхода к проблеме аборта?

5. В чем суть либерального подхода к проблеме аборта?

### **Тестовые задания**

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. Условия репродуктивного здоровья подразумевают:

- а) доставляющую удовлетворение и безопасную половую жизнь;
- б) возможность воспроизводить себя;
- в) свободу принятия решения в отношении репродуктивных технологий;
- г) право на смену пола.

2. Эстетически приемлемыми принципами пренатальной диагностики являются:

- а) уважение права на выбор того или иного метода диагностики;
- б) конструирование генетических характеристик будущего ребенка;
- в) безопасность диагностических методов для матери и плода;
- г) доступность и достоверность информации о пренатальной диагностике.

3. К основным принципам консервативного подхода к аборту относятся:

- а) отсутствие у женщины права распоряжаться своим телом во время беременности;
- б) признание личностного статуса плода;
- в) право женщины распоряжаться своим телом;
- г) отрицание личностного статуса плода.

4. К основным принципам либерального подхода к аборту относятся:

- а) право женщины распоряжаться своим телом;
- б) отсутствие у женщины права распоряжаться своим телом во время беременности;
- в) отрицание личностного статуса плода;
- г) признание личностного статуса плода.

5. Эстетически приемлемые принципы половой жизни:

- а) добровольность;
- б) искренность;
- в) уважение личности;
- г) приоритет собственных убеждений.

## 7.1. СПЕЦИФИКА БИОЭТИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ В ПСИХИАТРИИ

Отсчет истории прав человека в их современном понимании принято вести от Великой французской революции, после победы которой была принята «Декларация прав человека и гражданина 1789 года». Именно поэтому представляется неслучайным тот факт, что возникновение и развитие гуманистического подхода в психиатрии связано с именами французских врачей, в первую очередь с Филиппом Пинелем (1745-1826), который в 1792 г. освободил от цепей пациентов в больнице Бисетр. Как сообщает Ю. Каннабих, 25 октября 1892 г., в день столетия со дня реформы Пинеля, русский психиатр Н.Н. Баженов в годичном заседании Московского общества невропатологов и психиатров произнес речь, озаглавленную «Юбилейный год в истории психиатрии», где дал яркую характеристику главного труда Пинеля - его общественнополитической деятельности. Обращаясь к молодым врачам, будущим психиатрам, Баженов, характеризуя Сальпетриер, больницу, в которую Пинель перешел из Бисетра, в частности, сказал: «Этот бывший селитренный завод теперь стал Меккою невропатологов... Когда вы в первый раз отправитесь туда, чтобы сесть в аудитории рядом с англичанином и бразильцем, японцем и турком, не забудьте снять шляпу перед статуей, которую вы увидите у ворот. Это статуя Пинеля. Эта бронза изображает не только отца современной психиатрии, но более того - человека, который учит нас, чем должен быть тот, кто преследует великую цель и стремится провести ее в жизнь».

Ю. Каннабих приводит документальные данные о знаменательном событии, цитируя слова Пинеля: «Пользование цепями в домах для умалишенных, по-видимому, введено только с той целью, чтобы сделать непрерывным крайнее возбуждение маниакальных больных, скрыть небрежность невежественного зрителя и поддерживать шум и беспорядок. Эти неудобства были главным предметом моих забот, когда я был врачом в Бисетре в первые годы революции; к сожалению, я не успел добиться уничтожения этого варварского и грубого обычая, несмотря на удовлетворение, которое я находил в деятельности зрителя этой больницы, Пюссена, заинтересованного наравне со мной в осуществлении принципов человечности. Два года спустя ему удалось успешно достичь этой цели, и никогда ни одна мера не оказала такого благодетельного эффекта. 40 несчастных душевнобольных, многие годы стонавших под бременем железных оков, были выпущены во двор, на свободу, стесненные только длинными рукавами рубашек; по ночам в камерах им предоставлялась полная свобода. С этого момента служащие избавлялись от всех тех несчастных случайностей, каким они подвергались, в виде ударов и побоев со стороны закованных в цепи и в силу этого всегда раздраженных больных. Один из таких несчастных находился в этом ужасном положении 35, а другой 45 лет; теперь на свободе они спокойно разгуливают по больнице».

Последователь Ф. Пинеля врач-психиатр Жан-Этьен Доминик Эскироль (1772-1840) стал создателем первого закона о психически больных, известного как «Закон от 30 июня 1838 года». В этом документе нашли отражение различные медицинские, юридические и административные вопросы, касающиеся: а) защиты общества от неправильных действий со стороны психически больных; б) обеспечения психически больных медицинской помощью в специально подготовленных учреждениях; в) защиты прав психически больных.

В 1977 г., почти двести лет спустя после реформы Пинеля, Генеральная ассамблея Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА) приняла Гавайскую декларацию (текст ее переработан в 1983 г.) - один из основных международных

документов медицинской этики в психиатрии. В преамбуле Гавайской декларации указано: «С незапамятных времен этические принципы культуры 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 в целях совершения действий, противоречащих законам человечности. Как каждый врач, как каждый член общества, психиатр 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 этического поведения».

В этом тексте обращает на себя внимание стремление врачей-психиатров к установлению высоких этических стандартов. При этом этический статус психиатра образуется из двух уровней - общего (этические требования ко всем врачам) и специального (этические нормы, специфичные для психиатрии).

Специфика биоэтических проблем в психиатрии обусловлена особенностями этой области медицины. Особенности психиатрии всесторонне проанализировали В.А. Тихоненко, А.Я. Иванюшкина, В.Я. Евтушенко, Ф.В. Кондратьева (1997).

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. Лица, признанные душевнобольными, как бы гуманно ни относилось к ним общество, попадают в особую категорию людей, лишенных в полной мере социального доверия и потому ущемленных морально и испытывающих на себе различные социальные ограничения. Однако размеры и характер ограничений, которым подвергаются больные, должны соответствовать степени тяжести их психических расстройств.

В-третьих, психиатрию от других медицинских дисциплин заметно отличает дозволенность применения 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 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. Эта совокупность представлена как больными, которые из-за тяжелых нарушений психики не могут не только самостоятельно защищать, 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 рас-

стройств. Промежуточная между этими крайностями зона представляет собой множество смешанных, переходных вариантов.

В-пятых, психиатрию как объект этического регулирования отличает ее двуединая функция защиты интересов и больного, и общества. Общим моральным основанием, на котором зиждется любая медицинская, в том числе психиатрическая, практика, служит позитивная ценность здоровья и жизни человека. Предполагается, что сохранение и укрепление психического здоровья находится в сфере интересов каждого отдельного человека и общества в целом. Психиатрическая этика стремится к достижению баланса интересов больного и общества на основе ценности здоровья, жизни, безопасности и благополучия граждан.

## **7.2. УВАЖЕНИЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ДОСТОИНСТВА И ЗАЩИТА ПРАВ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Гуманитарный подход в психиатрии нашел отражение в основных нормативно-правовых актах и документах, таких как:

- «Принципы защиты лиц, страдающих психическим заболеванием, и улучшения здравоохранения в области психиатрии», принятые Генеральной Ассамблеей ООН в 1991 г. (далее - Принципы защиты лиц, страдающих психическим заболеванием);
- Закон РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-I «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (далее - Закон о психиатрической помощи);
- Гавайская декларация, принятая ВПА в 1977 г. и переработанная в 1983 г.;
- «Кодекс профессиональной этики психиатра», принятый 19 апреля 1994 г. на пленуме правления Российского общества психиатров.

В Принципах защиты лиц, страдающих психическим заболеванием, в качестве первого принципа определены «Основные свободы и права»:

«1. Все лица имеют право на наилучшую имеющуюся психиатрическую помощь, которая является частью системы здравоохранения и социального обеспечения.

2. Ко всем лицам, которые страдают психическим заболеванием или считаются таковыми, следует относиться гуманно и с уважением к неотъемлемому достоинству человеческой личности.

3. Все лица, которые страдают психическим заболеванием или считаются таковыми, имеют право на защиту от экономической, сексуальной

и других форм эксплуатации, злоупотреблений физического или иного характера и обращения, унижающего человеческое достоинство».

В преамбуле Закона о психиатрической помощи установлено: «Признавая высокую ценность для каждого человека здоровья вообще и психического здоровья в особенности; учитывая, что психическое расстройство может изменять отношение человека к жизни, самому себе и обществу, а также отношение общества к человеку; отмечая, что отсутствие должного законодательного регулирования психиатрической помощи может быть одной из причин использования ее в немедицинских целях,

наносить ущерб здоровью, человеческому достоинству и правам граждан, а также международному престижу государства; принимая во внимание необходимость реализации в законодательстве Российской Федерации признанных международным сообществом и Конституцией Российской Федерации прав и свобод человека и гражданина, Российская Федерация в настоящем Федеральном законе устанавливает правовые, организационные и экономические принципы оказания психиатрической помощи в Российской Федерации».

Согласно п. 2 Гавайской декларации в редакции от 10 июля 1983 г., каждый психиатр должен предложить пациенту лучшую из находящихся в его распоряжении и соответствующих его знаниям терапий, и если это принято, должен лечить пациента с заботой и уважением, достойными всякого человека. Если психиатр несет ответственность за лечение, которое проводят другие врачи, он должен осуществлять квалифицированное руководство ими и их обучение. В случае потребности или по обоснованной просьбе пациента психиатр должен обратиться за помощью к своему коллеге.

В соответствии с п. 1 «Кодекса профессиональной этики психиатра» главная цель профессиональной деятельности психиатра - оказание психиатрической помощи всякому, нуждающемуся в ней, а также содействие укреплению и защите психического здоровья населения. Высшие ценности для психиатра в его профессиональной деятельности - здоровье и благо пациентов независимо от их возраста, пола, расовой и национальной принадлежности, социального и материального положения, религиозных и политических убеждений или иных различий.

Приведенные нормы права и морали отражают направленность международного сообщества, государственной политики России, профессионального самосознания врачей-психиатров, направленного на гуманность, уважение человеческого достоинства лиц с психическими расстройствами. Вместе с тем следует признать, что практическая реализация указанных высоких юридических и этических стандартов в настоящее время далека от идеала. Многие проблемы надлежащего обеспечения основных прав лиц, страдающих психическим заболеванием, связаны с отсутствием в этой сфере здравоохранения необходимых ресурсов.

Согласно ст. 38 Закона о психиатрической помощи государством создается независимая от органов здравоохранения служба защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах. Представители этой службы принимают жалобы и заявления больных, затем разрешают с администрацией данного психиатрического учреждения обозначенные в них проблемы либо направляют их в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру или суд. Однако отсутствие финансовых средств, ведомственная разобщенность, нескоординированность действий, по сути дела, затормозили создание такой предусмотренной Законом службы. Постоянная палата по правам человека Политического консультативного совета при Президенте Российской Федерации предложила создать такую службу в качестве подразделения аппарата Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации. По мнению членов Палаты, обращение за помощью к адвокату, самостоятельное ведение дел в суде и другие формы защиты своих прав большинству психически больных граждан недоступны, поэтому служба защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах, может стать эффективным механизмом, стоящим на страже интересов психически больных. Эта идея заслуживает внимания, однако нуждается в предварительной всесторонней проработке с участием всех заинтересованных государственных органов и общественных организаций, а также

требует внесения дополнений в Федеральный конституционный закон «Об Уполномоченном по правам человека в Российской Федерации». В структуре аппарата Уполномоченного предусмотрено создание отдела, который должен заниматься вопросами соблюдения прав граждан в области здравоохранения. В настоящее время отдел находится в стадии формирования. Одновременно в составе экспертного совета при Уполномоченном активно работает секция по проблемам здравоохранения, одно из направлений деятельности которой - защита прав лиц, страдающих психическими расстройствами.

Создание службы защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах, безусловно, важная задача, решение которой может минимизировать остроту проблем, связанных с реализацией основных прав и свобод психически больных людей. Но еще более важная и масштабная задача - признание обществом в целом необходимости гуманного подхода, уважения человеческого достоинства лиц с психическими расстройствами, осознание неразрывной связи с личностью пациента, исключаящей оборонительную и обвинительную позицию. Здесь с большей эффективностью могли бы помочь врачи, получившие второе высшее юридическое образование (Сергеев В.В., 2001).

Как, справедливо пишет И. Харди: «Если общественное мнение будет относиться к психически больным людям не с точки зрения энергичной самозащиты от "опасности", а стремясь понять больного человека и суть происходящих с ним явлений, то гораздо большие успехи смогут быть достигнуты и в борьбе с психическими заболеваниями».

### **7.3. ПАТЕРНАЛИЗМ И АНТИПАТЕРНАЛИЗМ В ПСИХИАТРИИ. АНТИПСИХИАТРИЯ**

Патерналистское начало сыграло чрезвычайную роль в истории психиатрии (Иванушкин А.Я., 1992). С утверждением патерналистских взаимоотношений врача и психически больного связано, во-первых, самоопределение психиатрии как самостоятельной медицинской дисциплины, во-вторых, формирование отношения общества к «помешанным» как к больным людям. Патерналистская модель психиатрической помощи преобладала во всем мире вплоть до середины XX в. К. Ясперс пишет: «Как мы убедились, в рамках отношения "врач-больной" всегда присутствует авторитарный элемент, который может играть значительную позитивную роль. В большинстве случаев без авторитета не обойтись; но врач никогда не должен абсолютизировать свое физическое, социальное, психологическое превосходство, относясь к больному как существу низшего порядка. Авторитарная установка, подобно научной, составляет лишь один из многих элементов отношения врача к больному».

Патерналистская (пасторская) модель в психиатрии имеет под собой религиозно-исторические корни. В соответствии с этой моделью многие вопросы правового и нравственно-этического характера решались врачом-психиатром самостоятельно, а зачастую единолично. Исторически на определенном этапе развития психиатрической помощи патерналистский подход был прогрессивным и актуальным, ибо в поле зрения психиатров чаще попадали пациенты, остро нуждающиеся в госпитализации, а именно с выраженной клинической картиной заболевания или его хроническим течением, требующие активного лечения и наблюдения.

В современных условиях применительно к больным с психозами и слабоумием патерналистская модель остается адекватной. При отсутствии юридической

ответственности опекуна за врачом остается последнее слово при выборе методов оказания психиатрической помощи, поскольку такой пациент ограничен в принятии решения. Зачастую психически больной человек действительно неспособен к разумным решениям, поэтому при расхождении его мнения с объективными медицинскими показаниями предпочтение отдается последним. Врач же в такой ситуации выступает в роли не только специалиста, но и своего рода опекуна, действующего в интересах больного, т.е. так, как действовал бы сам больной, если бы он был способен понимать, что для него благо. Жесткий патернализм означает полное игнорирование мнений или предпочтений пациента, подавление его воли и безграничное принуждение.

Другая категория больных, с менее тяжелыми психическими расстройствами, вполне способна к самоопределению, защите собственных интересов, различению пользы и вреда для себя. С такими пациентами патерналистская модель неадекватна и неприемлема. Отношения врача и пациента в этом случае строятся на основе антипатернализма, или партнерства с четким распределением полномочий. Врач выступает в роли компетентного профессионала, который оценивает состояние здоровья пациента, сообщает ему свое мнение и предлагает ту или иную медицинскую помощь, а пациент выбирает или отклоняет эти предложения по своему усмотрению. Ответственность за выбор и решение ложится на пациента, а за качество обследования и лечения - на врача. В партнерской модели нет места принуждению, психиатрическая помощь оказывается исключительно на добровольных началах.

Существует еще совещательная модель взаимодействия: врач помогает пациенту выбрать правильное решение. Тактика активного, заинтересованного обсуждения, разъяснения, убеждения при этом отличается и от принуждения, и от пассивной безучастности.

В психиатрической практике все модели взаимоотношений врач-психиатра и пациента имеют право на существование. Задача психиатрической этики состоит в установлении таких взаимоотношений между врачом и пациентом, которые способствовали бы соблюдению и защите интересов больного с учетом конкретной клинической ситуации.

Президент ВПА *М. Май* (2008), отмечая, что антипсихиатрия все еще реальность в некоторых странах, подчеркивает уникальность психиатрии, которая может создавать «собственные антитела». Действительно, признанные лидеры антипсихиатрического движения Д. Купер, Р. Лэйнг, Ф. Базалья, Т. Сас - психиатры. К этому движению причисляют также М. Фуко, который не был психиатром.

Становление и развитие антипсихиатрии всесторонне и полно раскрыты в исследованиях О.А. Власовой (2006), которая отмечает, что в настоящее время термин «антипсихиатрия» имеет ряд значений. Так, под ним может пониматься: школа психиатрии (во главе с Лэйнгом Р.Д.), предложившая альтернативную концепцию происхождения и развития психического заболевания; радикальное направление психиатрии 1960-х гг. (во главе с Купером Д.); контркультурное течение 1960-х гг.; совокупность любых теорий и концепций, противостоящих «официальной» психиатрии; радикальное политическое движение, отстаивающее права психически больных людей, и т.д.

Д. Купер, которого причисляют к радикальному крылу антипсихиатрии, предложил термин «антипсихиатрия» в 1967 г. Он считал, что безумие всегда революционно, подрывает устои и властные структуры буржуазного общества. Купер призывал изучать психическое заболевание в рамках наук о человеке, используя диалектическую

рациональность, когда разграничение на внешнее и внутреннее исчезает и психическое заболевание представляется не как нарушение поведения или изъян характера конкретного индивида, а как следствие взаимодействия между людьми.

Р. Лэйнг описывает бытие психически больного с помощью языка гуманитарных наук. Для более наглядного описания того, что происходит при шизофрении, Лэйнг применяет понятия «вне строя» и «отклонение от курса». Он сравнивает общество со строем самолетов, который можно проследить с наблюдательного пункта на земле. Какой-либо самолет окажется вдруг «вне строя», и тогда его могут объявить ненормальным или сумасшедшим. Но самолет может, например, «отклониться от курса», так же как и все самолеты. А может случиться так, что самолет, который двигается «вне строя», идет, тем не менее, «по курсу». Лэйнг подчеркивает, что критерий «вне строя» - это клинический позитивистский критерий, а критерий «отклонение от курса» - критерий онтологический.

Ф. Базалья совершил революцию в психиатрии, о которой говорил Д. Купер. В 1968 г. он выступил за ликвидацию государственной системы психиатрической помощи и против принудительного лечения больных. Затем он основал движение «Демократическая психиатрия», итогом деятельности которого стал принятый в Италии в 1978 г. закон об упразднении психиатрических больниц.

Т. Сас излагает свои антипсихиатрические воззрения в книгах «Фабрика безумия», «Миф о душевной болезни». Так, в «Фабрике безумия» Т. Сас пишет: «Того, кто, подобно мне, верит, что врач должен быть защитником индивида, даже когда индивид вступает в конфликт с обществом, приводит в особенное смятение общепризнанная медицинская практика раскрашивания птиц и то, что среди применяемых красок самой модной является психиатрический диагноз». В книге «Миф о душевной болезни» Т. Сас суммировал свои основные тезисы, изложив их в «Манифесте». В первом пункте этого «Манифеста» речь, в частности, идет о том, что «душевная болезнь - это метафора (метафорическая болезнь). Слово "заболевание" означает поддающийся обнаружению биологический процесс, поражающий тела живых организмов (растений, животных, людей). Термин "психическая болезнь" относится к нежелательным мыслям, чувствам и поведению людей. Классифицировать мысли, чувства, и поведение в качестве болезней - логическая и семантическая ошибка, такая же, как классифицировать кита в качестве рыбы».

М. Фуко в книгах «Психическая болезнь и личность», «История безумия в классическую эпоху», «Ненормальные», «Психиатрическая власть» рассматривал различные аспекты психиатрии. З. Сокулер (1997) отмечает, что М. Фуко ввел термин «власть-знание». Это такое знание, которое непосредственно служит целям и задачам власти и наделено присущим ей аспектом видения своих объектов. Если верно, что любое познание само формирует свой предмет, то же самое делает и власть. Она изучает подчиненных ей людей не как вещи в себе, а в определенных дисциплинарных институтах.

В книге «История безумия в классическую эпоху» М. Фуко указывает на ключевую дату - 1656 г., когда был подписан декрет об основании в Париже Общего госпиталя. По тому, как он функционировал, и даже по замыслу, по мнению автора, этот госпиталь не имеет ни малейшего отношения к медицине. Это одна из инстанций порядка, того монархического буржуазного порядка, который складывался во Франции как раз в этот период. Целое разношерстное племя - венерические больные, развратники, расточители, гомосексуалисты, богохульники, алхимики, либертинцы - во

второй половине XVII в. внезапно оказалось за пределами разума, в стенах приютов, которые спустя одно-два столетия превратятся в замкнутое поле безумия. Начиная с XVIII в. человек неразумный - это конкретное лицо, индивид, изъятый из мира социальной реальности, и именно общество, частицей которого он является, судит его и выносит ему приговор. Вот это и есть самое главное: то, что безумие внезапно оказалось перенесено в сферу социального и отныне будет проявляться преимущественно и почти исключительно здесь.

Указанные выше основные положения антипсихиатрии требуют критической оценки.

Во-первых, смещение вектора психиатрии из области естественнонаучного знания в сферу гуманитарных наук может завести в методологической тупик. Представляется, что на современном уровне развития науки более перспективен **методологический монизм**, суть которого заключается в преодолении раскола между естественно-научными и гуманитарными науками. В.Г. Борзенков (2011) замечает, что «самим ходом развития науки XX века был подготовлен тот решительный рывок к преодолению раскола двух культур - естественно-научной и гуманитарной. Это преодоление обозначилось в самое последнее десятилетие этого века. На наших глазах рождается новый тип науки или, во всяком случае, новый тип научной деятельности, удачно символизируемой метафорой "моста в будущее", но, разумеется, нуждающейся в своей точной логической и логико-методологической экспликации». Такой тип научной деятельности был изначально присущ биоэтике. Здесь уместно напомнить, что основополагающий труд В.Р. Поттера называется «Биоэтика: мост в будущее».

Что касается психиатрии, то следует указать, что наиболее плодотворные идеи и впечатляющие практические результаты могут быть достигнуты на пути сближения медицины и философии, а не на антипсихиатрических баррикадах. Подтверждением этому служат жизнь и профессиональная деятельность Р. Ассаджиоли, Л. Бинсвангера, М. Босса, Ж. Лакана, В. Райха, З. Фрейда, К.Г. Юнга, К. Ясперса. Положительные примеры подобного конструктивного подхода можно найти в трудах М.Е. Бурно (2010), О.А. Власовой (2010), В. Лейбина (2009), В.П. Руднева (2010).

Во-вторых, в настоящее время принудительное лечение психически больных имеет строго юридическое и этическое обоснование.

На 75-м Пленарном заседании Генеральной Ассамблеи ООН 17 декабря 1991 г. приняты Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи (резолюция 46/119). В данном международно-правовом акте сформулирован принцип 16 «Принудительная госпитализация», согласно пп. «а» п. 1 которого любое лицо может быть госпитализировано в психиатрическое учреждение в качестве пациента в принудительном порядке только тогда, когда уполномоченный для этой цели согласно закону квалифицированный специалист, работающий в области психиатрии, установит, что данное лицо страдает психическим заболеванием, и определит, «что вследствие этого психического заболевания существует серьезная угроза причинения непосредственного или неизбежного ущерба этому лицу или другим лицам». В ст. 29 Закона РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» названы основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке.

В п. 5. Гавайской декларации, одобренной Генеральной Ассамблеей ВПА в 1977 г., отмечено, что ни одна из процедур обследования и ни один из лечебных методов не

должны применяться против воли больного, за исключением тех случаев, когда больной теряет способность выразить собственное желание, или в силу психического заболевания не может определить, что лучше для его собственных интересов, или по той же причине становится опасным для других. В этих случаях принудительное лечение может или должно быть осуществлено прежде всего в интересах больного в течение разумного периода времени, если на это имеется соответствующее согласие, лучше - от кого-либо из его близких.

В-третьих, постановка диагноза психического заболевания - это не произвольное усмотрение врача-психиатра, а серьезная процедура, имеющая под собой серьезную юридическую и этическую основу.

В Принципах защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи сформулирован принцип 4 «Диагностика психического заболевания»: диагноз, утверждающий, что данный гражданин страдает психическим заболеванием, ставится в соответствии с международно признанными медицинскими стандартами (п. 1). Такой диагноз никогда не ставится на основе политического, экономического или социального положения, либо принадлежности к какой-либо культурной, расовой или религиозной группе, либо по любой другой причине, не имеющей непосредственного отношения к состоянию психического здоровья (п. 2). В ч. 1 ст. 10 Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» указано: «Диагноз психического расстройства ставится в соответствии с общепризнанными международными стандартами и не может основываться только на несогласии гражданина с принятыми в обществе моральными, культурными, политическими или религиозными ценностями либо на иных причинах, непосредственно не связанных с состоянием его психического здоровья».

В п. 4 Кодекса профессиональной этики психиатра, принятом на пленуме правления Российского общества психиатров 19 апреля 1994 г., установлено, что диагноз психического расстройства не может основываться только на совпадении взглядов и убеждений человека с принятыми в обществе.

В-четвертых, проблема стигматизации больных психическими заболеваниями является комплексной, и в связи с этим рассматривать ее в лишь в масштабе «власть-подчинение» в отрыве от социального, культурного, индивидуально-психологического контекста представляется большой ошибкой. Верно говорит Г.В. Морозов: «Факт бытующих среди населения искаженных, ложных, вредных и дискредитирующих личностное достоинство человека представлений о психически больных необходимо не только признать, но и активно стараться их устранить».

#### **7.4. ПРИНЦИП УВАЖЕНИЯ АВТОНОМИИ ЛИЧНОСТИ В ПСИХИАТРИИ**

Принцип уважения автономии личности в психиатрии связан со свободой выбора (отказа) от соответствующего лечения. Как отмечает А.Я. Иванушкин, с формально-логической точки зрения «согласие» на лечение и «отказ» от лечения - это один и тот же вопрос, решаемый положительно или отрицательно. В реальности же это во многом разные социальные решения, клинические ситуации и морально-психологические состояния больного. «Согласие» на лечение - это еще преимущественно область мотивов поведения, «отказ» от лечения - это уже поступок.

Уважение автономии личности пациента - основополагающий принцип современной медицинской этики, предполагающий свободу выбора и свободу действий пациента

при обращении к врачу-психиатру. От психиатра требуются соблюдение и в определенной мере создание условий для свободного выбора пациента, т.е. добровольного оказания ему помощи.

Согласно п. 4 принципа 9 Принципов защиты лиц, страдающих психическим заболеванием, лечение каждого пациента должно быть направлено на сохранение и развитие автономности личности.

В п. 2 принципа 11 того же юридического документа раскрывается понятие «осознанное согласие» - это согласие, полученное свободно,

без угроз или неоправданного принуждения после надлежащего предоставления пациенту в форме и на языке, понятном ему, достаточной и ясной информации:

- a) о предварительном диагнозе;
- b) цели, методах, вероятной продолжительности и ожидаемых результатах предлагаемого лечения;
- c) альтернативных методах лечения, включая менее инвазивные;
- d) возможных болевых ощущениях и ощущениях дискомфорта, возможном риске и побочных эффектах предлагаемого лечения.

В п. 5 Гавайской декларации сказано: «Никакое лечение не должно осуществляться против воли пациента, если только из-за психического заболевания он не может сформировать своего мнения о том, что послужит ему в высших интересах, а также если без данного лечения вероятно появление серьезного вреда для пациента или других лиц».

В соответствии с п. 1 ст. 4 Закона о психиатрической помощи: «Психиатрическая помощь оказывается при добровольном обращении лица или с его согласия, за исключением случаев, предусмотренных настоящим Законом». В п. 1 ст. 11 указано: «Лечение лица, страдающего психическим расстройством, проводится после получения его письменного согласия, за исключением случаев, предусмотренных частью четвертой настоящей статьи». На основании п. 2 ст. 11 врач обязан предоставить больному в доступной для него форме и с учетом его психического состояния информацию о характере его психического расстройства, целях, методах, включая альтернативные, и продолжительности рекомендуемого лечения, а также о болевых ощущениях, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах. О предоставленной информации делается запись в медицинской документации

Согласно п. 5 Кодекса профессиональной этики психиатра, моральная обязанность психиатра - уважать свободу и независимость личности пациента, его честь и достоинство, заботиться о соблюдении его прав и законных интересов.

В.А. Тихоненко, А.Я. Иванюшкин, В.Я. Евтушенко, Ф.В. Кондратьев (1997) называют следующие условия добровольности применительно к основным видам оказания психиатрической помощи: освидетельствование, амбулаторную помощь, госпитализацию и лечение.

1. Субъект принятия решения.

По этическим правилам и по Закону о психиатрической помощи, в чем бы она ни состояла, право на согласие имеют только сам пациент

либо его законный представитель (если гражданин моложе 15 лет или признан судом недееспособным).

## 2. Содержание и форма выражения решения.

Для констатации наличия добровольного решения необходимо, чтобы оно было выражено достаточно ясно и определено: либо согласие, либо отказ.

## 3. Отсутствие принуждения или обмана.

Согласие пациента должно основываться на свободном выборе. Отсутствие насилия, угрозы или обмана - обязательное условие добровольности согласия на любой вид психиатрической помощи.

## 4. Наличие адекватной информации.

Свобода пациента в принятии решения обеспечивается также предоставлением ему необходимой информации:

а) при проведении освидетельствования врач обязан сообщить обследуемому о своей специальности - психиатр;

б) если по результатам осмотра пациенту предлагается амбулаторная помощь, его следует информировать, будет ли она консультативно-лечебная или в форме диспансерного наблюдения, какова степень добровольности и какими правами обладает пациент в том или другом случае;

в) при госпитализации в психиатрический стационар пациент, прежде чем принять добровольное решение, вправе получить от врача нужную информацию:

- куда (в какую больницу) его собираются поместить;

- с какой целью (для обследования, лечения, обеспечения ухода или проведения экспертизы) и на какой приблизительно срок;

- какая в этом необходимость, возможны ли альтернативные варианты и каковы в данном случае преимущества стационарной помощи перед амбулаторной;

- какими правами он будет обладать, находясь в стационаре;

- к каким последствиям может привести факт его пребывания в психиатрической больнице.

## 5. Компетентность пациента в принятии решений. Непременное условие добровольности психиатрической помощи -

компетентность пациента, способность принимать решения относительно предлагаемых медицинских мер.

## 7.5. БИОЭТИЧЕСКОЕ ПРАВИЛО ПРОПОРЦИОНАЛЬНОСТИ

Правило пропорциональности в психиатрии следует рассматривать в двух аспектах - социальном и индивидуальном. На социальном уровне речь идет о достижении разумного баланса общественных и личных интересов (размеры и характер социальных ограничений, которым подвергается больной, должны соответствовать степени тяжести его психического расстройства). Право пропорциональности в индивидуальном аспекте можно характеризовать через категорию адекватности лечения и связанном с ним риске, мер стеснения и принуждения. Лекарство не должно быть хуже болезни!

Среди рассматриваемых видов психиатрической помощи самое сложное и ответственное - лечение. В связи с этим при получении согласия на лечение к информированию пациентов предъявляются наиболее высокие требования. Независимо от того, будет ли больной лечиться амбулаторно или в стационаре, врач обязан предоставить ему определенную информацию, чтобы обеспечить возможность сознательного выбора и вовлечь в процесс терапевтического сотрудничества. Больному следует разъяснить:

- в чем состоит расстройство его психического здоровья;
- что представляет собой рекомендуемое лечение (методы, цель, этапы, продолжительность, наличие альтернатив);
- каковы преимущества (ожидаемая польза) и недостатки (риск побочных эффектов и осложнений) лечения.

Информация должна быть правдивой, доступной для понимания и не вызывать у пациента серьезных негативных реакций (страха, депрессии или агрессии).

В случае отказа пациента от лечения ему, кроме названного выше, следует разъяснить возможные негативные последствия его решения. Итак, характер и объем предоставляемой пациенту медицинской информации должны соответствовать:

- характеру предлагаемой психиатрической помощи;
- степени риска принимаемого пациентом решения, т.е. вероятности неблагоприятных последствий в случае согласия на психиатрическое вмешательство либо в случае отказа от него;
- конкретным ожиданиям пациента, его заботам, опасениям, связанным со здоровьем и жизнедеятельностью.

Очевидно, что чем сложнее психиатрическое вмешательство, чем рискованнее оказание (неоказание) психиатрической помощи, тем ответственнее принимаемое больным решение и тем более должен быть полно информированным пациент, делающий свой выбор.

Исключения из правил информированного согласия допускаются:

- при сознательном отказе пациента от информации («право не знать»);

- при высокой вероятности того, что информирование причинит пациенту вред;
- при необходимости оказания экстренной помощи.

Важно, чтобы мотивация риска не была патологической и способность пациента принимать решения не была нарушена психическим расстройством настолько, чтобы причинить серьезный ущерб ему самому и окружающим.

Необходимо подчеркнуть, что компетентность пациента - понятие относительное, не имеющее однозначной связи с клиническим состоянием. Стандарты компетентности могут варьировать в зависимости от целей и обстоятельств оказания психиатрической помощи. В психиатрической практике возможны ситуации, когда один и тот же пациент считается компетентным при даче согласия на освидетельствование, но признается некомпетентным при отказе от госпитализации и лечения, поэтому при определении компетентности нужно учитывать:

- психический статус больного;
- характер предлагаемой врачом помощи;
- характер, мотивы принимаемого пациентом решения (согласие/ отказ);
- соотношение пользы и риска (вероятного вреда).

Для оказания психиатрической помощи против или независимо от воли пациента, т.е. недобровольно, необходимо иметь ряд оснований.

1. Некомпетентность пациента вследствие тяжелого психического расстройства.
2. Обусловленная этим же расстройством высокая вероятность серьезного ущерба для больного и окружающих:
  - а) непосредственная опасность, которую представляет пациент для себя или окружающих;
  - б) беспомощность, т.е. неспособность больного самостоятельно удовлетворить основные жизненные потребности;
  - в) существенный вред, наносимый здоровью пациента, если он останется без помощи психиатра.

Основания и порядок применения недобровольных мер при разных видах психической помощи подробно законодательно регламентированы.

Помимо недобровольных мер, применяемых в общей практике в соответствии с Законом о психиатрической помощи, существуют так называемые принудительные меры медицинского характера (обследование, лечение), относящиеся к области судебной психиатрии. Понятно, что в основе указанных мер лежат публичный интерес или оправданное стремление общества минимизировать риск от противоправной деятельности граждан, страдающих психическими заболеваниями.

Сказанное выше определяет также специфику врачебной тайны в психиатрии. В соответствии с п. 1 пр. 19 международно-правового акта ООН пациент (в том числе бывший) имеет право на доступ информации в его истории болезни, которая ведется психиатрическим учреждением. Это право может быть ограничено в целях предотвращения серьезного ущерба здоровью пациента и риска для безопасности других лиц. В соответствии с внутригосударственным законодательством любую такую информацию необходимо по возможности конфиденциально сообщить личному представителю или адвокату пациента. В случае если любая такая информация не сообщается пациенту, пациент или его адвокат уведомляется о несообщении этой информации и его причинах, и это решение может быть пересмотрено в судебном порядке.

Согласно ст. 9 Закона РФ № 3185-1, наличие у гражданина психического расстройства, фактов обращения за психиатрической помощью и лечения в соответствующем учреждении, а также иных сведений о состоянии психического здоровья составляют врачебную тайну, охраняемую законом. Для реализации прав и законных интересов лица, страдающего психическим расстройством, по его просьбе либо его законного представителя им могут быть предоставлены сведения о состоянии психического здоровья данного лица и об оказанной ему психиатрической помощи.

В п. 8 Гавайской декларации сказано: «Что бы ни было сказано пациентом или что бы ни было записано в течение обследования или лечения, это должно быть конфиденциально, если только пациент не освободил психиатра от такого обязательства или если раскрытие информации необходимо для предотвращения причинения серьезного вреда пациенту или другим лицам. В этом случае, однако, пациент должен быть проинформирован о нарушении конфиденциальности».

В п. 8 «Кодекса профессиональной этики психиатра» определено, что психиатр не вправе разглашать без разрешения пациента или его законного представителя сведения, полученные в ходе обследования и лечения пациента и составляющие врачебную тайну, включая сам факт оказания психиатрической помощи. Психиатр не вправе без такого разрешения разглашать сведения, составляющие врачебную тайну, если они были получены им от другого врача, из медицинских документов или иных источников. Смерть пациента не освобождает психиатра от обязанности сохранения врачебной тайны. Психиатр вправе сообщать третьим лицам сведения, составляющие врачебную тайну, независимо от согласия пациента или его законного представителя только в случаях, предусмотренных законом, и в случаях, когда у психиатра нет другой возможности предотвратить причинение серьезного ущерба самому пациенту или окружающим. При этом психиатру следует по возможности ставить пациента в известность о неизбежности раскрытия информации.

## **7.6. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ «ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ ПСИХИАТРИЕЙ»**

В.А. Тихоненко, А.Я. Иванюшкин, В.Я. Евтушенко, Ф.В. Кондратьев (1997) 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 полномочий 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 методов и средств как,

например, особой системы социальных учреждений. Третье понятие - «злоупотребление психиатрией» как клинической дисциплиной и системой оказания медицинской помощи душевнобольным - может иметь самые различные аспекты, например, ошибочную диагностику психических расстройств, назначение непоказанного или избыточного лечения.

Серьезные формы злоупотребления психиатрией связаны с постановкой психиатрического диагноза или с посягательством на психиче-

скую целостность человека, его права и свободы. Следует отметить, что неверная, ошибочная диагностика психических расстройств может быть связана с недостатком информации о пациенте или с низким уровнем профессиональной компетентности врача-психиатра. Диагностические врачебные ошибки трудно отнести к злоупотреблениям: обычно они понимаются как «добросовестные заблуждения».

В результате такой практики сложилась ситуация, когда любой пациент, обратившийся хотя бы раз в психоневрологический диспансер, может подвергнуться социальной дискриминации, ограничению в правах и нередко предвзятому отношению окружающих.

А.С. Прокопенко (2005) в связи с этим отмечает: «Вульгаризаторское расширение толкования вялотекущей шизофрении привело к тому, что любое отклонение в мышлении и поведении от социальной нормы стало трактоваться как проявление психического заболевания и приводило многих носителей таких психических качеств к госпитализации в психиатрические больницы или к постановке на учет в психоневрологические диспансеры. Особенно безграмотным и бесцеремонным стало в этой связи отношение к тем молодым людям, которые проявляли интерес к философским проблемам, пытались осмыслить происходящие в стране социальные процессы, искали разгадку бытия в так называемой "буржуазной 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. Даже если в этой ситуации врач переживает внутренний конфликт со своей совестью, все равно именно он 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»). В Принципах защиты лиц, страдающих психическим заболеванием, сказано: «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 быть признаны проявлениями злоупотребления 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 злоупотребления 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, напротив, путем неприменения медицинских мер и показанных, и необходимых.

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

Проводя судебно-психиатрическую экспертизу заключенных, против которых выдвинуты 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.

Норма «Кодекса профессиональной этики психиатра», запрещающая последнему жестокое, бесчеловечное обращение с людьми (прежде всего с пациентами), заслуживает самого пристального внимания.

Общество доверило врачам и медицинскому персоналу психиатрических служб применение недобровольных медицинских мер, и это наделяет медиков немалой властью. Неподобающее применение этих мер, а также высокомерное, пренебрежительное отношение врачей и медицинского персонала к больным можно квалифицировать как злоупотребление властью.

Моральный климат в отечественных психиатрических учреждениях отражает нравы, господствовавшие в нашем обществе в целом. Это и преобладание патерналистского характера взаимоотношений между врачом и пациентом, и злоупотребление властью как способ самоутверждения и компенсации дефицита самоуважения. Спроецированный на условия оказания психиатрической помощи, этот тип социальных отношений усугубляется двумя обстоятельствами: во-первых, заведомой уязвимостью психически больных, во-вторых, патернализмом, традиционно присущим медицине. В итоге злоупотребления властью в психиатрической практике имеют место там, где допустимый, а иногда и необходимый по отношению к отдельным больным патернализм лишается нравственной основы.

## Литература

## Основная литература

*Лопатин П.В., Карташова О.В.* Биоэтика: учебник / под ред. П.В. Лопатина. - 4-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 272 с.

*Силуянова И.В.* Руководство по этико-правовым основам медицинской деятельности: учебное пособие. - М.: МЕДпресс-информ, 2008. - 224 с.

*Хрусталеv Ю.М.* Биоэтика. - М.: Медицина, 2011. - 408 с.

*Хрусталеv Ю.М.* От этики до биоэтики: учебник для вузов. - Ростов н/Д: Феникс, 2010. - 446 с.

## Дополнительная литература

*Власова О.А.* Антипсихиатрия: становление и развитие: Монография. - М.: изд-во РГСУ «Союз», 2006. - 221 с.

*Власова О.А.* Феноменологическая психиатрия и экзистенциальный анализ: история, мыслители, проблемы. - М.: ИД «Территория будущего», 2010. - 640 с.

*Борзенков В.Г.* Единая наука о человеке: за пределами редукционизма // Человек. - 2011. - № 2. - С. 24-40.

*Бурно М.Е.* О характерах людей (психотерапевтическая книга). - 4-е изд., испр. и доп. - М.: Академический Проект; Альма-Матер, 2010. - 639 с.

*Иванюшкин А.Я.* Биоэтика и психиатрия // Биоэтика: проблемы и перспективы / отв. ред. С.М. Малков, А.П. Огурцов. - М.: ИФРАН, 1992. - С. 53-77.

История зарубежной психологии (30-60-е гг. XX в.). [Тексты]. - М.: изд-во МГУ, 1986. - 344 с.

*Каннабих Ю.В.* История психиатрии. - М., 1994. - 528 с.

*Лейбин В.* Постклассический психоанализ: энциклопедия. - М.: АСТ, 2009. - 1022 с.

*Лейнг Р.Д.* Расколотое «Я»: пер. с англ. - СПб.: Белый Кролик. - 1995. - 352 с.

*Лейнг Р.Д.* Феноменология переживания; Райская птичка; О важном: пер. с англ. - Львов: Инициатива, 2005. - 352 с.

*Лейнг Р.Д.* Я и Другие: пер. с англ. Е. Загородной. - М.: Независимая фирма «Класс», 2002. - 192 с.

*Морозов Г.В.* Деонтология в психиатрии // Деонтология в медицине: В 2 т. - Т. 2. Частная деонтология / Вихляева Е.М., Гамов В.П., Горшков С.З. / под ред. Б.В. Петровского; АМН СССР. - М.: Медицина, 1988. - С. 145-162.

*Прокопенко А.С.* Безумная психиатрия // Карательная психиатрия: Сборник / под общ.ред. А.Е. Тараса. - М.: АСТ; Минск: Харвест, 2005. - С. 33204.

Психиатрия и актуальные проблемы духовной жизни. - М.: СвятоФиларетовская московская высшая православно-христианская школа, 1997. - 158 с.

*Руднев В.П.* Полифоническое тело: реальность и шизофрения в культуре XX века. - М.: Гнозис, 2010. - 400 с.

*Роджерс К.* Искусство консультирования и терапии: пер. с англ. О. Кондрашовой, Р. Кучкаровой, Т. Рожковой, Ю. Овчинниковой, Г. Пимочкиной, М. Злотник. - М.: Апрель Пресс; Эксмо, 2002. - 976 с.

*Сас Т.* Миф душевной болезни: пер. с англ. В. Самойлова. - М.: Академический Проект; Альма-Матер, 2010. - 421 с.

*Сас Т.* Фабрика безумия: сравнительное исследование инквизиции и движения за душевное здоровье: пер. с англ. А. Ишкильдина. - Екатеринбург: Ультра. Культура, 2008. - 512 с.

*Тихоненко В.А., Иванюшкин А.Я., Евтушенко В.Я., Кондратьев Ф.В.* Этика в психиатрии // Биомедицинская этика / под ред. В.И. Покровского. - М., 1997. - С. 59-97.

*Тихоненко В.А., Шишков С.Н., Иванюшкин А.Я., Покуленко Т.А.* Правовые и этические проблемы психиатрии // Биоэтика: проблемы и перспективы / отв. ред. С.М. Малков, А.П. Огурцов. - М.: ИФРАН, 1992. - С. 78-90.

*Франкл В.* Человек в поисках смысла: Сборник: пер. с англ. и нем. / под общ.ред. Л.Я. Гозмана и Д.А. Леонтьева; вст. ст. Д.А. Леонтьева. - М.: Прогресс, 1990. - 368 с.

*Фрейд З.* Избранное / сост., общ.ред. и предисл. А.И. Белкина. - М.: Внешторгиздат, 1990. - 448 с.

*Фуко М.* История безумия в классическую эпоху. - СПб., 1997. - 576 с.

*Фуко М.* Психиатрическая власть: курс лекций, прочитанных в Коллеж де Франс в 1973-1974 учебном году: пер. с фр. А.В. Шестакова. - СПб.:

Наука, 2007. - 450 с.

*Фуко М.* Психическая болезнь и личность: пер. с фр., предисл. и коммент. О.А. Власовой. - СПб.: ИЦ «Гуманитарная Академия», 2009. - 320 с.

*Харди И.* Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. - Будапешт, 1981. - 286 с.

*Шамов И.А.* Биомедицинская этика: учебник для студентов медвузов. -

Махачкала: ИПЦ ДГМА, 2005. - 408 с.

*Ясперс К.* Общая психопатология: пер. с нем. - М.: Практика, 1997. - 1056 с.

*Basaglia F.* The destruction of the mental hospital as a place of institutionalisation: Thoughts caused by personal experience with the open door system and part time service. London: First international congress of social psychiatry (1964). -

[http://www.triestesalutementale.it/english/doc/basaglia\\_1964\\_destruction-mhh](http://www.triestesalutementale.it/english/doc/basaglia_1964_destruction-mhh).

pdf

(дата обращения - 17.09.2012 г.).

*Cooper D.G. Psychiatry and Anti-Psychiatry.* B-allantineBooks (1971). - 148 p.

### **Нормативно-правовые акты и этические документы**

Принципы защиты лиц, страдающих психическим заболеванием, и улучшения здравоохранения в области психиатрии // Справочная правовая система «Гарант» // URL: <http://www.garant.ru> (дата обращения - 17.09.2012 г.).

Закон РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» // Справочная правовая система «Гарант» // URL: <http://www.garant.ru> (дата обращения - 17.09.2012 г.).

Гавайская декларация // Журнал социальной и клинической психиатрии. - 1992. - № 4. - С. 44-45.

Кодекс профессиональной этики психиатра // Журнал социальной и клинической психиатрии. - 1993. - № 3. - С. 120-124.

### **Вопросы для самоконтроля**

1. Каковы основные направления защиты прав и законных интересов душевнобольных?
2. В чем сущность патернализма и антипатернализма в психиатрии?
3. Каким образом реализуется принцип уважения автономии личности в психиатрии?
4. В чем заключается правило пропорциональности при лечении душевнобольных?
5. Каково содержание понятия «злоупотребление психиатрией»?

### **Тестовые задания**

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. Специфика этических норм в психиатрии обусловлена:
  - а) наличием патологии, деформирующей социальные отношения;
  - б) отсутствием реализации принципа уважения автономии пациента;
  - в) негативным восприятием диагноза психического расстройства;
  - г) применением к некоторой категории больных недобровольных мер.
2. Принудительное лечение больных основывается:
  - а) на личном решении врача;
  - б) строгом клиническом, этическом и юридическом обосновании.

3. Осознанное согласие лица, страдающего психическим заболеванием, должно быть получено:

- а) в медицинском учреждении;
- б) свободно;
- в) без угроз или принуждения;
- г) после надлежащего предоставления достаточной и ясной информации.

4. Пациенту должна быть предоставлена информация:

- а) об этиологии и патогенезе заболевания;
- б) о цели, методах, продолжительности, ожидаемых результатах лечения;
- в) об альтернативных методах лечения, включая менее инвазивные;
- г) о возможных болевых ощущениях, риске и побочных эффектах лечения.

5. Согласно кодексу профессиональной этики психиатра:

- а) психиатр имеет право разглашать врачебную тайну;
- б) психиатр не вправе разглашать врачебную тайну;
- в) смерть пациента освобождает психиатра от обязанности сохранения врачебной тайны;
- г) смерть пациента не освобождает психиатра от обязанности сохранения врачебной тайны.

## 8.1. ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ КАК ИСТОЧНИК СОЦИАЛЬНОЙ ОПАСНОСТИ

Признавая необходимость проведения глубоких исследований любых инфекционных заболеваний, необходимо подчеркнуть, что в биоэтическом плане существенное значение имеют масштабы распространения СПИДа. Величина этих масштабов позволяет, с одной стороны, каждому человеку понять и почувствовать реальность нависшей над современным обществом угрозы, а с другой - медицинским работникам глубоко осознать степень личной ответственности за общее дело - обеспечение глобальной безопасности.

В Декларации ООН от 27 июня 2001 г. «О приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом» сказано, что глобальная эпидемия ВИЧ/СПИДа, достигшая ужасающих масштабов и оказывающая опустошительное воздействие, - глобальная чрезвычайная ситуация и одна из самых серьезных угроз жизни, достоинству и правам человека. Эта эпидемия мешает социально-экономическому развитию по всему миру и затрагивает все слои общества - нацию, общину, семью и каждого отдельного человека.

В Декларации ООН отмечается, что к концу 2000 г. во всем мире насчитывалось 36,1 млн человек, инфицированных ВИЧ/СПИДом. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в мире проживает более 50 млн ВИЧ-инфицированных, и на начало 2000 г. 16 млн человек уже умерли от СПИДа. Ежедневно происходит инфицирование 16 тыс. человек. В России, по состоянию на 1 февраля 2002 г., зарегистрировано 178 668 ВИЧ-инфицированных, в том числе детей - 2621. Ежемесячно в стране регистрируется до 7000 новых случаев инфицирования. В Самарской области с 1987 г. выявлено 14 827 человек с ВИЧ-инфекцией, 294 человека умерли, в том числе от СПИДа - 14 человек.

Для детального рассмотрения вопроса о связи эпидемиологии и прав человека особое значение имеет раздел названной выше Декларации

ООН - «ВИЧ/СПИД и права человека», где, в частности, говорится: «Реализация прав человека и основных свобод всех людей имеет крайне важное значение с точки зрения снижения подверженности риску инфекции ВИЧ/СПИДа. Уважение прав людей, инфицированных ВИЧ/ СПИДом, вызывает активную реакцию».

Декларация ООН призывает все государства принять, укреплять и соблюдать соответствующее законодательство, положения и предпринять иные меры для ликвидации всех форм дискриминации лиц, инфицированных ВИЧ/СПИДом, и членов уязвимых групп и обеспечить им возможность пользоваться всеми правами человека, в частности, правом на образование, наследование, трудоустройство, охрану здоровья, пользование социальными и медицинскими услугами, поддержку, лечение, информацию и правовую защиту при соблюдении конфиденциальности частной жизни. Далее все государства должны разработать стратегии борьбы с клеймением и социальной изоляцией жертв эпидемии.

В Декларации подчеркнуто, что доля женщин и девочек в общем числе инфицированных ВИЧ/СПИДом непропорционально велика, поэтому государствам следует разработать и реализовать национальные стратегии, призванные улучшить положение женщин, обеспечить им возможность пользоваться правами человека; возложить на мужчин и женщин общую совместную ответственность за безопасность половых отношений; расширить возможности женщин в плане контроля, свободного и

ответственного принятия решений по вопросам, касающимся их сексуальной жизни, с тем чтобы лучше обезопаситься от риска ВИЧинфекции.

Из Декларации ООН можно выделить существенные с биоэтической точки зрения положения.

- Глобальная эпидемия ВИЧ/СПИДа - одна из самых серьезных угроз жизни, достоинству и правам человека, а также эффективному осуществлению прав человека.
- Реализация прав человека и основных свобод всех людей рассматривается с точки зрения снижения риска инфекции ВИЧ/ СПИДа.
- Активно поддерживается принцип уважения прав людей, инфицированных ВИЧ/СПИДом.
- Провозглашается стратегия борьбы с клеймением и социальной изоляцией жертв эпидемии.
- Принцип свободы должен сочетаться с принципом ответственности.

Важно подчеркнуть, что при рассмотрении вопросов эпидемиологии и прав человека нередко возникает конфликт между интересами и правами человека, с одной стороны, и интересами общества - с другой. Эти интересы не только не совпадают, но часто оказываются противоположными.

В демократическом обществе признается, что права и свободы человека и гражданина - высшая ценность. Вместе с тем они могут быть ограничены федеральным законом только в той мере, в какой это необходимо в целях защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения обороны страны и безопасности государства (ч. 3 ст. 55 Конституции РФ).

Так, право гражданина на отказ от медицинского вмешательства не имеет абсолютного характера, поскольку согласно п. 2 ч. 9 ст. 20 Федерального закона РФ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон РФ № 323-ФЗ) медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих.

В силу п. 1 ст. 33 Федерального закона РФ от 30 марта 1999 г. № 52ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» больные инфекционными заболеваниями, лица с подозрением на такие заболевания и контактировавшие с больными инфекционными заболеваниями лица, а также лица - носители возбудителей инфекционных болезней подлежат лабораторному обследованию и медицинскому наблюдению или лечению и в случае, если они представляют опасность для окружающих, обязательной госпитализации или изоляции в порядке, установленном законодательством РФ.

На основании п. 2 ст. 10 Федерального закона РФ от 18 июня 2001 г. № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» больные заразными формами туберкулеза, неоднократно нарушающие санитарно-

противоэпидемический режим, а также умышленно уклоняющиеся от обследования в целях выявления туберкулеза или от лечения туберкулеза, на основании решений суда госпитализируются в специализированные медицинские противотуберкулезные организации для обязательного обследования и лечения. Решение о госпитализации принимается судом по месту нахождения медицинской противотуберкулезной организации, где больной туберкулезом находится под диспансерным наблюдением.

Таким образом, проблема соотношения реальной угрозы распространения инфекционных заболеваний и прав человека находит адекватное разрешение в случае достижения разумного баланса коллективных и индивидуальных интересов.

Рассмотрение этических и правовых аспектов лечения и профилактики инфекционных заболеваний должно исходить из того специфического обстоятельства, что они представляют опасность не только для индивида, но и для окружающих его лиц. Именно поэтому противоэпидемические мероприятия и меры медицинского характера применяются не только к больному, но и к другим лицам, для которых данный индивид может послужить потенциальным источником заражения. Права одного человека, страдающего инфекционным заболеванием, не должны нарушать право другого человека на охрану здоровья, и именно поэтому противоэпидемические и медицинские мероприятия подчас приобретают принудительный характер.

## **8.2. БИОЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Биоэтические аспекты профилактики инфекционных заболеваний актуализируются в связи с тем, что в настоящее время каждому гражданину необходимо осознать неразрывную связь своих моральных и юридических обязанностей в охране здоровья, поскольку при отдельных инфекционных заболеваниях меры их профилактики могут быть достаточно эффективными.

В соответствии с ч. 2 ст. 27 Федерального закона РФ № 323-ФЗ граждане в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, обязаны проходить медицинские осмотры, а граждане, страдающие заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, обязаны проходить медицинское обследование и лечение, а также заниматься профилактикой этих заболеваний.

Права и обязанности граждан при осуществлении иммунопрофилактики определены в ст. 5 Федерального закона от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» (далее - Федеральный закон РФ № 157-ФЗ), в которой сказано, что граждане при осуществлении иммунопрофилактики имеют право:

- на получение от медицинских работников полной и объективной информации о необходимости профилактических прививок, последствиях отказа от них, возможных поствакцинальных осложнениях;
- выбор государственных, муниципальных или частных организаций здравоохранения либо граждан, занимающихся частной медицинской практикой;

- бесплатные профилактические прививки, включенные в Национальный календарь профилактических прививок, и профилактические прививки по эпидемиологическим показаниям в государственных и муниципальных организациях здравоохранения;
- медицинский осмотр, а при необходимости и медицинское обследование перед профилактическими прививками, получение квалифицированной медицинской помощи в государственных и муниципальных организациях здравоохранения при возникновении поствакцинальных осложнений в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи;
- социальную поддержку при возникновении поствакцинальных осложнений;
- отказ от профилактических прививок. Отсутствие профилактических прививок влечет:
  - запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок;
  - временный отказ гражданам в приеме в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;
  - отказ гражданам в приеме на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями.

При осуществлении иммунопрофилактики граждане обязаны:

- выполнять предписания медицинских работников;
- в письменной форме подтверждать отказ от профилактических прививок.

С точки зрения биоэтики отношений важно отметить, что граждане имеют право на социальную поддержку при возникновении поствакцинальных осложнений. Согласно п. 1 ст. 18 Федерального закона РФ № 157-ФЗ при возникновении поствакцинальных осложнений граждане имеют право на получение государственных единовременных пособий, ежемесячных денежных компенсаций, пособий по временной нетрудоспособности.

### **8.3. ОСНОВНЫЕ БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ, СВЯЗАННЫЕ С ВИЧ/СПИДом**

В Политической декларации по ВИЧ/СПИДу, принятой 2 июня 2006 г. на 87-м пленарном заседании Генеральной Ассамблеи ООН, главы государств и правительств заявили: «Подтверждаем, что профилактика ВИЧ должна составлять основу национальной, региональной и международной деятельности, направленной на борьбу с этой пандемией, и поэтому обязуемся 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, направленных на снижение

числа случаев связанного с риском поведения и поощрение ответственного сексуального поведения, включая воздержание и верность; 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; безопасность запасов донорской крови и своевременное и эффективное лечение передаваемых половым путем заболеваний».

Была образована специализированная структура - Объединенная программа ООН по ВИЧ/ СПИДу (ЮНЭЙДС). В настоящее время начала реализовываться Стратегия ЮНЭЙДС на 2011-2015 гг., которая направлена на укоренение глобального прогресса в деле достижения установленных странами целевых показателей, призванных обеспечить всеобщий доступ к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ, а также остановить и обратить вспять распространение ВИЧ, тем самым внести вклад в достижение целей, поставленных в Декларации ООН (2000), к 2015 г. Принятая Координационным советом программы в декабре 2010 г., эта стратегия предусматривает осуществление мер в ответ на ВИЧ в новых глобальных условиях. Меры в ответ на СПИД представляют собой долгосрочное вложение средств, а сама стратегия призвана совершить революцию в области профилактики ВИЧ, ускорить фазу лечения, обеспечить уход и поддержку, защиту прав человека и гендерное равенство.

Моральные проблемы, возникающие в связи с ВИЧ/СПИДом, находятся в центре внимания отечественных ученых (Иванюшкин А.Я., Игнатьев В.Н., Коротких Р.В., Силуянова И.В., Тищенко П.Д., Юдин Б.Г., Яровинский М.Я.), поскольку они фокусируют все этические проблемы современной медицины, придавая некоторым из них своеобразие, обусловленное исключительно ВИЧ-инфекцией.

Многие традиционные принципы и нормы биоэтики нередко проверяются на прочность именно в соответствии с ВИЧ-инфекцией.

Это касается старейшего принципа «прежде всего - не навреди». Ранее рассматривался медицинский контекст возможного причинения вреда пациенту. В частности, такой формой вреда считается неоказание помощи больному. ВИЧ-инфекция обозначила острую проблему - массовый отказ врачей во многих странах мира от оказания помощи лицам, зараженным ВИЧ. Ведущий мотив подобных отказов медицинских работников - их личная безопасность. Данная проблема до настоящего времени не нашла своего адекватного решения.

В случае с ВИЧ/СПИДом 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 сосредоточено не только на лечении, его широкий диапазон значительно шире 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 как это часто бывает, например, в хирургической практике. 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». Есть и другая, не менее важная сторона морально-этической проблематики ВИЧ/СПИДа. Это вопрос о целесообразности оказания помощи ВИЧинфицированным и больным СПИДом. Важно подчеркнуть, что этот вопрос возникает не только у медицинских работников, профессионально осознающих, что лечение СПИДа в настоящее время не приводит к желаемому результату. Этот вопрос задают также страховщики, экономисты и, наконец, представители общественности.

В связи с этим остро встает вопрос о реализации принципа справедливости в отношении ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом. Важно подчеркнуть правовой и моральный аспекты справедливого отношения к ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом. 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 СПИДом, как и любого другого человека, единственным, незаменимым, неисчерпаемым 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 СПИДом. В первую очередь это связано со спецификой контингентов таких пациентов.

Можно выделить несколько групп повышенного риска ВИЧинфицирования: 1) гомосексуалисты и бисексуалы; 2) наркоманы, использующие внутривенное введение наркотиков; 3) проститутки; 4) больные и лица, эпизодически 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 служит им наказанием за неправильное поведение. Имея такую установку, медицинские работники в этом случае начинают дифференцированно относиться к пациентам из различных групп риска, что часто приводит к этическому конфликту. Ясно, что подобная дифференциация пациентов противоречит принципу справедливости.

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

В подобных клинических ситуациях остро встает вопрос о реализации принципа человеческого достоинства. В частности, возникает этическая проблема, связанная с оказанием медицинской помощи больным СПИДом, которые находятся в агональном состоянии. Насколько допустимо отказываться, пусть и частично, от классических подходов при проведении клинических испытаний по отношению к больным СПИДом? Известно, что при классической схеме при клинических испытаниях должна быть группа пациентов, получающих плацебо. Для больных СПИДом это может означать,

что какое-то их число лишается надежды получить лечение, которое теоретически может продлить их жизнь. 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.

При лечении СПИДа применение новых медицинских технологий может вызвать проблему, мешающую реализации принципа целостности. В самом деле, ВИЧ/СПИД все еще остаются малоизученной областью медицины. Именно поэтому количество научно-поисковых исследований значительно превышает число достигнутых вполне или отчасти положительных практических результатов. Нельзя исключить, что какое-либо из научных исследований приведет к созданию новой, гипотетически эффективной медицинской технологии лечения СПИДа, однако применение которой в клинической практике несет потенциальную угрозу телесной и психической целостности индивида. Понятно, что в любом случае риск применения подобной медицинской технологии должен быть обоснованным.

Следующая проблема - соблюдение принципа уязвимости ВИЧинфицированных и больных СПИДом. В Декларации ООН от 27 июня 2001 г. подчеркнуто, что уязвимым группам следует уделять приоритетное внимание. Декларация ООН призывает учредить во всех странах стратегии, политику и программы выявления и начала исправления тех факторов, которые обуславливают уязвимость некоторых групп населения для инфекции ВИЧ, включая отсутствие экономической безопасности, нищету, недостаток возможностей у женщин, а также образования, неграмотность, социальное отчуждение, 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 учитывать гендерный состав жертв, предписывать меры, которые надлежит принять для снижения уязвимости. Декларация ООН обращена на разработку и (или) укрепление стратегии, политики и программы, в рамках которых признается роль семьи в воспитании детей, в частности, в формировании их жизненной ориентации, а также учитываются культурные, религиозные и этические факторы, которые способны снизить уязвимость детей и молодежи. Для этого необходимо обеспечить доступ как девочек, так и мальчиков к начальному и среднему образованию, включая программы по ВИЧ/СПИДу для подростков, обеспечить безопасность среды, особенно для молодых девушек; а также расширить круг ориентированных на молодежь высококачественных информационных услуг, наладить просвещение молодежи по вопросам сексуального здоровья и консультирования; обеспечить охрану репродуктивного и сексуального здоровья; наконец, привлекать семьи и молодежь к планированию, оценке и претворению в жизнь программ, направленных на предотвращение ВИЧ/СПИДа и уход за больными.

Следующая биоэтическая проблема связана с соблюдением правила правдивости в процессе лечения и наблюдения пациентов с ВИЧ/ СПИДом.

Поскольку современная медицина не располагает достаточно серьезными аргументами, которые она может противопоставить ВИЧинфекции и СПИДу, медицинский работник обязан критически оценивать меру своих знаний и возможностей правдиво информировать об этом пациента. С психологической точки зрения важно помнить, что больные СПИДом, как правило, осознают неизбежность смерти, поэтому наиболее чутко реагируют на любую информацию о появлении новых лекарственных средств. Так, новые зарубежные препараты - ингибиторы протеаз ВИЧ,

лечение которыми обходится минимум 20 000 долларов в год, вызвали этическую проблему: надо ли информировать пациентов об этой группе препаратов? Дело в том, что не каждый пациент в состоянии приобрести эти лекарственные средства.

Изложенный выше материал о конфликте между личными и общественными интересами позволяет поставить следующую проблему - соблюдение правила неприкосновенности частной жизни

ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом, а также правила конфиденциальности при общении с ними.

По этой проблеме имеется, вероятно, самый широкий спектр суждений - от требования неукоснительно соблюдать врачебную тайну до запрещения ее хранить. Ясно, что система аргументов крайних противоположных суждений строится в зависимости от признания приоритета интересов личности или общества. Сторонники различных точек зрения на конфиденциальность едины лишь в одном: в первую очередь, сам пациент обязан сообщать окружающим о своей болезни и сделать все, чтобы не подвергнуть опасности их здоровье.

Важно подчеркнуть, что гарантии соблюдения прав и свобод ВИЧ-инфицированных сформулированы в ст. 5 Федерального закона РФ от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» (далее - Федеральный закон РФ № 38-ФЗ), в которой сказано:

«1. ВИЧ-инфицированные граждане Российской Федерации обладают на ее территории всеми правами и свободами и несут обязанности в соответствии с Конституцией Российской Федерации, законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации.

2. Права и свободы граждан Российской Федерации могут быть ограничены в связи с наличием у них ВИЧ-инфекции только федеральным законом».

Об ограничении права на отказ от медицинского вмешательства говорилось ранее, что касается врачебной тайны, то следует заметить, что согласно п. 2 ч. 4 ст. 13 Федерального закона РФ № 323-ФЗ предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений.

В ст. 11 Федерального закона РФ № 38-ФЗ определены последствия выявления ВИЧ-инфекции:

«1. Граждане Российской Федерации в случае выявления у них ВИЧ-инфекции не могут быть донорами крови, биологических жидкостей, органов и тканей.

2. В случае выявления ВИЧ-инфекции у иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации, они подлежат депортации из Российской Федерации в порядке, установленном законодательством Российской Федерации».

Согласно ст. 17 Федерального закона РФ № 38-ФЗ, не допускаются увольнение с работы, отказ в приеме на работу, отказ в приеме в образовательные учреждения и учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также ограничение иных прав и законных интересов ВИЧ-инфицированных на основании наличия у них ВИЧ-инфекции, равно как и ограничение жилищных и иных прав и законных интересов членов семей ВИЧ-инфицированных, если иное не предусмотрено настоящим Федеральным законом.

#### **8.4. СПИДОФОБИЯ. ТЕСТИРОВАНИЕ И СКРИНИНГ**

Часто и сами медицинские работники, и средства массовой информации преподносят глобальную и действительно серьезную проблему ВИЧ/СПИДа так, что это вызывает у многих, особенно у молодых людей, страх и растерянность, которые нередко приводят к спидофобии - навязчивому состоянию страха заболеть СПИДом.

От спидофобии человек, как правило, начинает искать защиту в алкоголе, наркотиках, аморальном сексе, тем самым запуская порочный круг, который многократно увеличивает риск ВИЧ-инфицирования. Человек одержим страхом - мир рушится, страх подрывает веру, прежде всего веру в себя, в завтрашний день. Утрата веры порождает самый коварный и опасный недуг - эрозию души.

В основе страха лежат три важных фактора: отсутствие или недостаток информации о ВИЧ/СПИДе, осознание фатальности исхода в случае заболевания, преобладание в обществе крайне негативного отношения к таким больным. Эти пациенты вызывают раздражение, их считают виновными во всех бедах, они становятся изгоями и потому нередко опускаются на дно. Клеймо позора, умалчивание, дискриминация и отчуждение, а также отсутствие конфиденциальности подрывают усилия по предупреждению этого зла.

Следовательно, борьба со спидофобией возможна по трем направлениям: просвещение, изменение негативных общественных установок, углубление научных исследований, направленных на лечение СПИДа.

В настоящее время действительно научных проблем в изучении ВИЧ-инфекции больше, чем реальных практических результатов. Но есть ли какие-либо достижения в борьбе со СПИДом? Несомненно.

За последние годы созданы новые диагностические тест-системы, позволяющие выделять антитела к ВИЧ в течение 1-5 мин и не усту-

пающие по своим качествам (прежде всего по чувствительности и специфичности) стандартному иммуноферментному анализу.

Первую фазу клинических испытаний на людях уже проходят четыре вакцины, созданные с помощью методов генной инженерии. Проходят клинические испытания более 50 новых химиопрепаратов, обладающих высокой активностью против ВИЧ.

В журнале «Здоровье мира» (1999. - № 1-2. - С. 30) опубликовано «10 заповедей» о СПИДе:

1) СПИД представляет собой совершенно новое заболевание, распространенное во всем мире;

- 2) пути распространения вируса СПИДа уже хорошо известны;
- 3) знать пути распространения возбудителя СПИДа - значит знать способы его профилактики;
- 4) передачу вируса СПИДа половым путем можно предупредить;
- 5) существуют различные, надежные способы предупреждения передачи инфекции через кровь;
- 6) очень важно знать, как предотвратить распространение возбудителя СПИДа;
- 7) не следует опасаться общения в быту с лицами, инфицированными вирусом СПИДа;
- 8) поскольку вакцины против СПИДа и абсолютно надежные лекарственные средства еще отсутствуют, в предупреждении инфекции важнейшую роль играют правдивая информация и санитарное просвещение;
- 9) в настоящее время на борьбу с глобальной угрозой СПИДа поднимаются все страны мира;
- 10) все вместе мы можем остановить распространение СПИДа!

В деле борьбы с ВИЧ/СПИДом важно расширить доступ к системе добровольного и конфиденциального консультирования и тестирования, обеспечить снабжение безопасной донорской кровью, раннее и эффективное лечение заболеваний, передаваемых половым путем.

В настоящее время в России систематически проводятся выборочные проверки качества диагностических тест-систем для выявления антител к ВИЧ и работы скрининговых лабораторий.

Скрининговые анализы имеют особое значение в деятельности станций переливания крови. Так, решением Совета по сотрудничеству в области здравоохранения СНГ от 2 апреля 2004 г. рекомендован к использованию на практике Порядок медицинского обследования донора крови и ее компонентов, согласно которому скрининг донорской крови проводится по определенным показателям, среди которых антитела к ВИЧ-1, ВИЧ-2 и антиген ВИЧ p24жжж.

Важные элементы эффективного реагирования на СПИД - уход, поддержка и лечение больных. В срочном порядке разрабатывается высокий стандарт лечения, включающий в том числе и эффективное использование антиретровирусной терапии при тщательном контроле ее качества, повышении эффективности и снижении опасности развития сопротивляемости организма.

## **8.5. СПИД КАК ЯТРОГЕНИЯ. ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ РИСК МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

Ятрогения - патологический процесс, индуцированный врачом. К сожалению, риск ВИЧ-инфицирования в медицинском учреждении все еще остается. Чаще всего это следствие, с одной стороны, плохой оснащенности медицинских учреждений

необходимыми средствами профилактики и предотвращения ВИЧ-инфицирования, с другой - низкой профессиональной, правовой и биотической подготовки персонала.

Известны случаи, когда пациенты во время операций заражались от ВИЧ-инфицированных хирургов и стоматологов. Медицинские работники, настаивая на обследовании пациентов на наличие антител к ВИЧ, не должны в то же время сами избегать обследований. Картина обратная - врачи нередко любыми путями готовы уклониться от соответствующих обследований. В первую очередь этого не должны допускать хирурги, стоматологи, акушеры-гинекологи. Именно поэтому в медицинских учреждениях необходимо добиваться мониторинга и полного соблюдения эпидемического режима.

Руководители отдельных больниц признаются, что в современных экономических условиях они просто не могут обеспечить должный противоэпидемический режим из-за нехватки средств.

Чувство страха нормально для человека вообще и для врача в частности. Однако четкое следование соответствующим профессиональным инструкциям ограждает врача от опасности и создает условия для выполнения им своего профессионального долга. У врача должно быть особое отношение к ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом. Как правило, эти люди не только боятся, но и стыдятся своего недуга, поэтому они очень ранимы и трудно идут на откровенность. В этих случаях тактичность, деликатность могут оказать врачу неоценимую помощь не только при изучении процесса болезни, но и при необходимости внушить больному мысли о серьезности его положения и недопустимости самолечения. Необходимо, чтобы больной понял, что врач видит в нем не легкомысленного, никчемного человека, а человека, случайно попавшего в беду. Для инфицированных ВИЧ или больных СПИДом характерно острое чувство обреченности, поэтому лечащий врач обязан проявлять к ним особую участливость. Как и с любым другим пациентом, врач обязан оставить за порогом лечебного учреждения свои личные тревоги и переживания, симпатии и антипатии, политические, религиозные взгляды и убеждения, свою нетерпимость, вредные для дела черты характера - брезгливость, высокомерие.

Врач должен собрать всю свою силу воли в кулак, взять себя в руки, побороть в себе негативное отношение к ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом. Перед ним пациент со всеми своими правами, в том числе и правом свободного выбора лечащего врача и получения от него полной информации о состоянии своего здоровья. Нельзя сказать, что профессиональный риск медицинского работника при контакте с ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом отсутствует. Риск, безусловно, есть. Важно лишь четко соблюдать все необходимые меры предосторожности. Высокий профессионализм медицинского работника может уберечь его от заражения, зная эпидемиологию и способы заражения ВИЧ-инфекцией, он может выбирать безопасную для себя, правильную тактику обследования и лечения пациента. Современные технические возможности таковы, что можно добиться такой оснащенности медицинских учреждений, при которой вероятность заражения медперсонала становится очень низкой.

Важно также отметить, что в ст. 22 Федерального закона № 38-ФЗ установлены гарантии медицинским и иным работникам, осуществляющим диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных, а также лицам, работа которых связана с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека. Так, в соответствии с абз. 1 п. 1 ст. 22 Федерального закона № 38-ФЗ медицинские и иные работники, осуществляющие

диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных, а также лица, работа которых связана с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека, имеют право на сокращенную продолжительность рабочего времени, ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск за работу с вредными и (или) опасными условиями труда в соответствии с законодательством РФ.

Согласно п. 2 Федерального закона № 38-ФЗ, медицинские и иные работники, осуществляющие диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных, а также лица, работа которых связана с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека, подлежат:

- обязательному страхованию на случай причинения вреда их здоровью или смерти при исполнении служебных обязанностей в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;
- обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

## **Литература**

### **Основная литература**

*Лопатин П.В., Карташова О.В.* Биоэтика: учебник / под ред. П.В. Лопатина. - 4-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 272 с.

*Силуянова И.В.* Руководство по этико-правовым основам медицинской деятельности: учебное пособие. - М.: МЕДпресс-информ, 2008. - 224 с.

*Хрусталеv Ю.М.* Биоэтика. - М.: Медицина, 2011. - 408 с.

*Хрусталеv Ю.М.* От этики до биоэтики: учебник для вузов. - Ростов н/Д: Феникс, 2010. - 446 с.

### **Дополнительная литература**

Биоэтика: принципы, правила, проблемы / отв. ред. и сост. Б.Г. Юдин. - М., 1998. - 472 с.

Введение в биоэтику: учебное пособие / А.Я. Иванюшкин, В.Н. Игнатьев, Р.В. Коротких и др. - М.: Прогресс-Традиция, 1998. - 381 с.

Основы биоэтики: учебное пособие / под ред. Я.С. Яскевич, С.Д. Денисова. - Минск: Вышшая школа, 2009. - 350 с.

*Шамов И.А.* Биомедицинская этика: учебник для студентов медвузов. - Махачкала: ИПЦ ДГМА, 2005. - 408 с.

*Яровинский М.Я.* Лекции по курсу «Медицинская этика (биоэтика)». - 3-е изд., испр. и доп. - М.: Медицина, 2004. - 528 с.

### **Нормативно-правовые акты и этические документы**

Декларация ООН от 27 июня 2001 г. «О приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом» // Справочная правовая система «Гарант» // URL: <http://www.garant.ru> (дата обращения - 17.09.2012 г.).

Политическая декларация по ВИЧ/СПИДу. Принята 2 июня 2006 г. на 87-м пленарном заседании Генеральной Ассамблеи ООН // Справочная

правовая система «Гарант» // URL: <http://www.garant.ru> (дата обращения - 17.09.2012 г.).

Конституция РФ // Справочная правовая система «Гарант» // URL: <http://www.garant.ru> (дата обращения - 17.09.2012 г.).

Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Справочная правовая система «Гарант» // URL: <http://www.garant.ru> (дата обращения - 17.09.2012 г.).

Федеральный закон от 18 июня 2001 г. № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» // Справочная правовая система «Гарант» // URL: <http://www.garant.ru> (дата обращения - 17.09.2012 г.).

Федеральный закон от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» // Справочная правовая система «Гарант» // URL: <http://www.garant.ru> (дата обращения - 17.09.2012 г.).

Федеральный закон от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» // Справочная правовая система «Гарант» // URL: <http://www.garant.ru> (дата обращения - 17.09.2012 г.).

Федеральный закон от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» // Справочная правовая система «Гарант» // URL: <http://www.garant.ru> (дата обращения - 17.09.2012 г.).

### **Вопросы для самоконтроля**

1. Какие основные морально-этические проблемы связаны с ВИЧ/ СПИДом?
2. Каково содержание понятия «спидофобия»?
3. Каковы биоэтические аспекты тестирования и скрининга?
4. Каковы биоэтические аспекты СПИДа как ятрогении?
5. Каковы биоэтические аспекты профессионального риска медицинских работников?

### **Тестовые задания**

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. Существенные биоэтические аспекты ВИЧ/СПИДа:

- а) серьезная угроза жизни и достоинству человека;
- б) отсутствие значимости принципа уважения прав инфицированных людей;
- в) борьба с клеймением и социальной изоляцией;
- г) сочетание принципов свободы и ответственности.

## 2. Принципы иммунопрофилактики:

а) доступность, бесплатность, информированность, добровольность в одних и обязательность - в других случаях, предусмотренных законами РФ;

б) абсолютная добровольность.

## 3. В основе спидофобии лежат:

а) недоступность специализированной помощи;

б) отсутствие или недостаток информации;

в) убежденность в неблагоприятном исходе заболевания;

г) преобладание в обществе негативного отношения к больным СПИДом.

## 4. Важные элементы эффективного реагирования при ВИЧ/СПИДе:

а) уход, поддержка и лечение пациентов;

б) изоляция пациента.

## 5. В отношении ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом врач должен:

а) уклоняться от проявления к пациентам особой участливости;

б) оставить за порогом лечебного учреждения свою нетерпимость;

в) сохранять свою силу воли;

г) побороть в себе негативные установки по отношению к пациентам.

## Глава 9. Трансплантация, умирание и смерть: биоэтические проблемы

### 9.1. ОСНОВНЫЕ МОРАЛЬНЫЕ ДИЛЕММЫ, СВЯЗАННЫЕ С ПЕРЕСАДКОЙ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ЧЕЛОВЕКА. ПРАВИЛО ПРОПОРЦИОНАЛЬНОСТИ В ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ

Термин «трансплантология» (от лат. *transplantatio*- «пересадка» и греч. *logos*- «учение, наука») означает отрасль биологии и медицины, изучающей проблемы пересадки и консервации органов и тканей, создания и применения искусственных органов. Трансплантация органов начиналась с экспериментов на животных в XVII в. Начало же развития трансплантологии как практического направления медицины относится к середине прошлого века, когда в клинике Д. Хьюма американскими хирургами была пересажена почка от живого донора. Пересадку почки в России впервые осуществил Б.В. Петровский в 1965 г., а в следующем году он пересадил почку от трупа. Огромный общественный резонанс вызвала пересадка сердца от погибшего человека пациенту, стоящему на пороге смерти, выполненная в 1967 г. Кристианом Бернардом. Так перед человечеством открылась новая, чрезвычайно перспективная возможность лечения больных, ранее считавшихся обреченными. Вместе с тем пересадка органов и тканей человека столкнулась с моральными дилеммами, когда выбор из двух противоположных решений представляет значительные трудности. К числу основных моральных дилемм, связанных с трансплантацией, следует отнести: справедливое распределение ресурсов здравоохранения, равноправие граждан при проведении дорогостоящих операций, конфликт этических принципов «не навреди» и «делай благо», этические границы клинического эксперимента в трансплантологии.

М.Я. Яровинский (2004) акцентирует внимание на том, что в условиях острой нехватки в российских больницах зачастую самых элементарных лекарственных средств, инструментария и оборудования невольно возникает вопрос: морально ли тратить столь скудные ресурсы для спасения жизни незначительному числу граждан, если другие пути их использования в системе практического здравоохранения позволят вылечить и спасти большее число людей?

Пересадки органов - дорогостоящие хирургические операции, при которых для спасения одного больного могут быть истрачены средства, эквивалентные сотням тысяч американских долларов. И в условиях экономического положения в нашей стране наиболее острой моральной проблемой, которая возникла при обсуждении ситуаций в трансплантологии, стал вопрос об оправданности ее развития. Для решения этой дилеммы приходится обращаться к принципу справедливости и к понятию «распределенная справедливость». Следует учитывать также, что трансплантология разрабатывает новейшие медицинские технологии, которые находят применение и в других областях практической медицины, и в итоге они окажутся благом для населения в целом. Однако возникает вопрос: как распределяется бюджет на другие, более востребованные технологии? Закрытый для общественного контроля ведомственный механизм распределения дефицитных средств не способствует пониманию обществом приоритетного финансирования программ в области трансплантологии. Необходимы заинтересованный диалог и открытость для общественного контроля ведомственных механизмов распределения средств.

В настоящее время во многих странах мира для обеспечения равноправия граждан при проведении дорогостоящих операций по пересадке органов и тканей руководствуются двумя принципами: «природная лотерея» и очередность. Принцип «природная лотерея» подразумевает совместимость пары «донор-реципиент», когда

минимизируется риск отторжения трансплантата. Существуют определенные трудности при реализации принципа очередности. И.А. Шапов (2004) подчеркивает, что остается неясным, как решать вопросы очередности. В США эксперты считают, что нельзя решать вопрос по признаку «кто и сколько времени ждет». В первую очередь следует оперировать больных, чья продолжительность жизни без трансплантации измеряется неделями. В последние годы Евросоюз предпринимает попытки межгосударственного решения этого вопроса. Так, Австрия, Бельгия, Германия, Голландия, Люксембург, Словения создали программу «Евротрансплантат», цель которой - распределение органов в странах-участницах. Эта система отличается прозрачностью и старается решать проблему трансплантации на основе принципа срочности, преодолевая региональный эгоизм.

Конфликт этических принципов «не навреди» и «делай благо» при пересадке органов и тканей очевиден. А. Кэмпбелл, Г. Джиллетт, Г. Джонс (2004) указывают на противоречия, которые возникают при использовании человеческих органов для трансплантации, - необходимость уравнивать благо трансплантации и зло изъятия органов. Это относится к органам, изымаемым как у мертвых, так и у живых доноров, хотя этические проблемы, связанные с двумя этими ситуациями, различны. В первом случае акцент делается на трагедии человеческой смерти, во втором - на риске, связанном с процедурой изъятия органа.

Пересадка почек от живых доноров стала первым практическим достижением трансплантологии. С тех пор пересадка почки спасла сотни тысяч пациентов, хотя выполняется она только у лиц, находящихся в близком родстве с донором (от лат. *dono* - «дарить, жертвовать»). Сегодня обсуждается возможность пересадки почек и не родственникам, но она несет опасность коммерциализации донорства, даже вымогательства органов, что запрещено законом.

От живых доноров давно переливают кровь, пересаживают также доли печени, костный мозг, яйцеклетки, сперму. В ряде случаев пересадка от живого донора сопряжена с серьезным риском для самого донора. В литературе описаны случаи серьезных осложнений у донора в процессе и после изъятия почки. В оставшейся почке развивается компенсаторная гипертрофия. Как известно, это чревато развитием патологии. Донор становится уязвимым к неблагоприятным воздействиям. Следовательно, забор органа можно расценить как отступление от принципа «не навреди». Возникает конфликт двух этических принципов - «не навреди» и «делай благо». Оправданием вреда, который может нанести донору операция, служит признаваемое за ним право пожертвовать органом или его частью для спасения жизни больного человека. Однако это право законодательно ограничивается, если известно, что пересадка обязательно повлечет за собой необратимое расстройство здоровья донора. Запрещается пересадка непарного жизненно важного органа (сердца, печени), хотя готовность к такому самопожертвованию хирургам известна. Адекватное разрешение возникшего конфликта подразумевает соблюдение правила пропорциональности, т.е. необходимо соблюдать приемлемое с этической и медицинской точек зрения соотношение (соразмерность) - польза от трансплантации, несомненно, должна превышать причиненный вред здоровью донора. В этой связи Б.В. Петровский и О.С. Белорусов (1988) заметили, что при трансплантации органов от живых доноров врачи впервые за всю историю медицины попали в ситуацию, когда необходимо оперировать совершенно здорового человека и удалять у него для пересадки неповрежденный орган. Конечно, в этом случае приходится идти на нарушение заповеди «не навреди», однако, если попытаться суммировать вред и благо двух людей - донора и реципиента, то, очевидно, итоговое благо будет перевешивать

причиненный вред. Рассматривая данный вопрос, необходимо подчеркнуть, что ВМА в Декларации о трансплантации человеческих органов, принятой 39 ВМА (Мадрид, 1987), рекомендует всем врачам, занимающимся пересадкой человеческих органов, придерживаться следующих принципов.

- Состояние здоровья пациента - главная забота врача в любой ситуации. Этот принцип должен соблюдаться и при проведении всех процедур, связанных с пересадкой органов от одного человека другому. Как донор, так и реципиент - оба пациента, и их права необходимо соблюдать. Ни один врач не может взять на себя ответственность за проведение операции по пересадке органа до тех пор, пока не будет обеспечено соблюдение прав и донора, и реципиента.
- Снижение принятых стандартов при оказании медицинской помощи потенциальному донору оправдать невозможно. Уровень оказываемой медицинской помощи не может зависеть от того, будет ли пациент донором или нет.
- В случаях, когда для трансплантации берется орган умершего, смерть должна быть независимо констатирована минимум двумя врачами, не имеющими прямого отношения к процедуре пересадки. При констатации смерти каждый из врачей должен использовать современные критерии, принятые Национальной медицинской ассоциацией и другими медицинскими организациями его страны.

## **9.2. ЭКСПЕРИМЕНТ В ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ**

В Декларации о трансплантации человеческих органов указано, что в случае проведения экспериментальной трансплантации человеку органов животных или искусственных органов необходимо следовать Хельсинкской декларации ВМА, содержащей рекомендации для врачей, участвующих в медико-биологических исследованиях на людях. Согласно п. 35 Хельсинкской декларации ВМА при лечении больного при отсутствии проверенных на практике или достаточно эффективных методов врач, имея информированное согласие больного или его законного представителя и проконсультировавшись с соответствующим специалистом, имеет право применить неапробированный метод, если, по его мнению, это может спасти жизнь, восстановить здоровье или облегчить страдания пациента. По возможности этот метод должен стать предметом исследования для оценки его эффективности и безопасности. Во всех случаях новая информация должна быть занесена в протокол и при необходимости опубликована.

М.Я. Яровинский отмечает, что до начала 60-х гг. XX в. трансплантология оставалась в нашей стране областью экспериментальной хирургии. Некоторые авторитетные врачи, продолжает он, до сих пор считают, что пересадка кожи, желез внутренней секреции и кишечника пока еще носит только экспериментальный характер. Еще больше споров вызывают «кластерные» операции типа тех, которые недавно осуществил доктор Штарцль. Он за один раз пересадил двум детям (девяти месяцев и семи лет) желудок, печень, поджелудочную железу, тонкую и толстую кишку. Трансплантация удалась, а пациенты умерли: один ребенок - спустя 30 мин, другой - через четверо суток после вмешательства.

Затрагивая вопрос об этических границах клинического эксперимента в трансплантологии, следует остановиться на юридическом и моральном аспектах пересадки органов. С юридической точки зрения важно заметить, что в преамбуле Закона РФ от 22 декабря 1992 г. № 4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей

человека» (далее - Закон РФ № 4180-1) определено: «Трансплантация (пересадка) органов и (или) тканей человека является средством спасения жизни и восстановления здоровья граждан и должна осуществляться на основе соблюдения законодательства Российской Федерации и прав человека в соответствии с гуманными принципами, провозглашенными международным сообществом, при этом интересы человека должны превалировать над интересами общества или науки». В ст. 1 Закона РФ № 4180-1 сформулированы условия и порядок трансплантации органов и (или) тканей человека.

- Трансплантация органов и (или) тканей от живого донора или трупа может быть применена только в случае, если другие медицинские средства не могут гарантировать сохранения жизни больного (реципиента) либо восстановления его здоровья.
- Изъятие органов и (или) тканей у живого донора допустимо только в случае, если его здоровью по заключению консилиума врачей-специалистов не будет причинен значительный вред.
- Трансплантация органов и (или) тканей допускается исключительно с согласия живого донора и, как правило, с согласия реципиента.
- Органы и (или) ткани человека не могут быть предметом купли-продажи. Купля-продажа органов и (или) тканей человека, а также реклама этих действий влекут уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.
- Операции по трансплантации органов и (или) тканей реципиентам проводятся на основе медицинских показаний в соответствии с общими правилами проведения хирургических операций.

Таким образом, трансплантацию следует рассматривать как законодательно определенную медицинскую технологию, основанную на хирургическом методе.

При рассмотрении морального аспекта экспериментов в трансплантологии заслуживает внимания точка зрения А.Н. Орлова (2003), который считает, что к моральным, добросовестным следует относить испытания на человеке новых медицинских вмешательств, чаще вызванных необходимостью улучшения результатов медицинской помощи конкретному больному. В случаях экспериментального (биомедицинского) клинического исследования, связанного с трансплантацией органов и (или) тканей от живого донора или трупа, о допустимости его как в юридическом, так и в моральном аспекте может идти речь лишь в том случае, если другие медицинские средства не могут гарантировать сохранения жизни больного (реципиента) либо восстановления его здоровья.

### **9.3. ДОНОРСТВО КАК АЛЬТРУИСТИЧЕСКАЯ, ОСОЗНАННАЯ, ДОБРОВОЛЬНАЯ ЖЕРТВА БЛИЖНЕМУ. БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ НЕКОМПЕТЕНТНЫХ ДОНОРОВ**

Интенсивный рост числа пациентов, нуждающихся в пересадке органов, и количества операций по трансплантации актуализируют проблему донорства. Различные аспекты данной проблемы всесторонне рассмотрены в книге А. Кэмпбелла, Г. Джиллетта, Г. Джонса «Медицинская этика» (2004). Авторы отмечают, что результаты социологических опросов постоянно показывают, что, хотя люди знают о

потребности в донорских органах, они неохотно соглашаются на использование для пересадки своих собственных органов или органов своих родственников (*Evans, Mannien, 1988*). Одно из таких исследований посвящено причинам, по которым люди отказываются соглашаться на пересадку органов (*Sanner, 1994*). Эти причины таковы:

- иллюзия все еще длящейся жизни - чувство, что целостность трупа должна поддерживаться, словно умерший продолжает оставаться живым человеком;
- потребность выразить уважение к умершему как к человеку, который совсем недавно был живым;
- недоверие к официальной медицине и к биомедицинским достижениям, таким как критерий смерти мозга, и ощущение беспокойства при мысли о собственной беспомощности;
- ощущение, что трансплантация противоестественна, в том числе и чувство дискомфорта при мысли о том, что собственные органы продолжают жить в теле другого человека, либо страх обидеть Бога или Природу.

Таким образом, осознание обществом высокой потребности в донорских органах и веские причины, по которым люди не соглашаются на такую операцию, диктуют необходимость глубокого анализа этических требований к донорству органов их трансплантации, причем все равно - идет ли речь о живых донорах или о донорстве органов умершего. В исследованиях клиницистов, философов, специалистов по этике и теологии, социологов и юристов чаще других обсуждаются вопросы:

- об информированном добровольном осознанном согласии;
- некомпетентных донорах;
- коммерциализации отношений вокруг трансплантации.

При пересадке органов от трупа выделяется проблема надежности диагноза смерти мозга (ошибка чревата убийством живого донора). Недостаточная информированность населения о мерах по обеспечению надежности процедур постановки диагноза чревата социальными последствиями, так как создает почву для необоснованных обвинений врачей и подрывает общественное доверие к деятельности медиков в области трансплантологии. Процедура диагностики смерти мозга должна быть защищена от влияния корыстных интересов «заготовителей» органов на основе независимости медицинских учреждений, осуществляющих забор органов. Без этого сохраняется опасность умышленной или неумышленной передиагностики при постановке диагноза смерти мозга.

В исследованиях по биоэтике обычно рассматривают три типа забора органов от трупа, которые отличаются по моральному содержанию: рутинный забор; забор, основанный на презумпции согласия; забор, осуществляемый через механизмы информированного согласия (презумпция несогласия).

*Рутинный забор* основан на практике, согласно которой власти могут по своему усмотрению распоряжаться телом умершего человека. Службы здравоохранения получают полномочия проводить вскрытие, забирать органы и ткани для разных целей. Тело умершего человека в данном случае трактуется как государственная

собственность, которую медики могут использовать в общественных интересах. Подобная практика морально ущербна, так как лишает человека права быть хозяином своего тела. Рутинный забор органов для пересадки затрагивает и моральные ценности семьи покойника, поскольку нарушаются традиции неприкосновенности останков и почтительного к ним отношения.

Моральная оценка заборов органов и (или) тканей, основанных на презумпции согласия или несогласия, не столь однозначная, как при рутинном заборе, поскольку названные презумпции имеют как преимущества, так и недостатки.

Механизм *презумпции согласия* (или предполагаемого согласия) отличается от рутинного забора тем, что констатируется отсутствие отказа от такого забора, хотя согласие и не испрашивается, но предполагается (неиспрошенное согласие). В соответствии со ст. 8 Закона РФ № 4180-1 изъятие органов и (или) тканей у трупа не допускается, если учреждение здравоохранения на момент изъятия поставлено в известность о том, что при жизни данное лицо, или его близкие родственники, или законный представитель заявили о своем несогласии на изъятие его органов и (или) тканей после смерти для трансплантации реципиенту. Следовательно, согласие на изъятие органов и (или) тканей у трупа презюмируется в том случае, если эта презумпция не опровергнута заявлением о несогласии на подобное изъятие, данным человеком при жизни, или его близкими родственниками, или законным представителем после смерти.

Важно заметить, что донорство органов и тканей человека и их трансплантацию (пересадку) регулирует ст. 47 Федерального закона РФ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон РФ № 323-ФЗ), в которой указано:

- «1. Трансплантация (пересадка) органов и тканей человека от живого донора или трупа может быть применена только в случае, если другие методы лечения не могут обеспечить сохранение жизни пациента (реципиента) либо восстановление его здоровья.
2. Изъятие органов и тканей для трансплантации (пересадки) у живого донора допустимо только в случае, если по заключению врачебной комиссии медицинской организации с привлечением соответствующих врачей-специалистов, оформленному в виде протокола, его здоровью не будет причинен значительный вред.
3. Изъятие органов и тканей для трансплантации (пересадки) не допускается у живого лица, не достигшего восемнадцатилетнего возраста (за исключением случаев пересадки костного мозга) или признанного в установленном законом порядке недееспособным.
4. Изъятие органов и тканей для трансплантации (пересадки) допускается у живого донора при наличии его информированного добровольного согласия.
5. Трансплантация (пересадка) органов и тканей человека допускается при наличии информированного добровольного согласия совершеннолетнего дееспособного реципиента, а в отношении несовершеннолетнего реципиента, а также в отношении реципиента, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если он по своему состоянию не способен дать информированное добровольное согласие, - при наличии информированного добровольного согласия одного из родителей или иного

законного представителя, данного в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

6. Совершеннолетний дееспособный гражданин может в устной форме в присутствии свидетелей или в письменной форме, заверенной руководителем медицинской организации либо нотариально, выразить свое волеизъявление о согласии или о несогласии на изъятие органов и тканей из своего тела после смерти для трансплантации (пересадки) в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

7. В случае отсутствия волеизъявления совершеннолетнего дееспособного умершего право заявить о своем несогласии на изъятие органов и тканей из тела умершего для трансплантации (пересадки) имеют супруг (супруга), а при его (ее) отсутствии - один из близких родственников (дети, родители, усыновленные, усыновители, родные братья и родные сестры, внуки, дедушка, бабушка).

8. В случае смерти несовершеннолетнего или лица, признанного в установленном порядке недееспособным, изъятие органов и тканей из тела умершего для трансплантации (пересадки) допускается на основании испрошенного согласия одного из родителей.

9. Информация о наличии волеизъявления гражданина, указанного в части 6 настоящей статьи, иных лиц в случаях, предусмотренных частями 7 и 8 настоящей статьи, выраженного в устной или письменной фор-

ме, заверенной в порядке, предусмотренном частью 6 настоящей статьи, вносится в медицинскую документацию гражданина.

10. Изъятие органов и тканей для трансплантации (пересадки) у трупа не допускается, если медицинская организация на момент изъятия в установленном законодательством Российской Федерации порядке поставлена в известность о том, что данное лицо при жизни либо иные лица в случаях, указанных в частях 7 и 8 настоящей статьи, заявили о своем несогласии на изъятие его органов и тканей после смерти для трансплантации (пересадки).

11. Органы и ткани для трансплантации (пересадки) могут быть изъяты у трупа после констатации смерти в соответствии со статьей 66 настоящего Федерального закона.

12. В случае необходимости проведения судебно-медицинской экспертизы разрешение на изъятие органов и тканей у трупа для трансплантации (пересадки) должно быть дано судебно-медицинским экспертом с уведомлением об этом прокурора.

13. Не допускается принуждение к изъятию органов и тканей человека для трансплантации (пересадки).

14. В Российской Федерации осуществляется учет донорских органов и тканей, а также лиц, нуждающихся в лечении методом трансплантации (пересадки) органов и тканей.

15. Донорство органов и тканей человека и их трансплантация (пересадка) осуществляются в соответствии с федеральным законом».

В ч. 6 ст. 47 Федерального закона РФ № 323-ФЗ детализирован механизм волеизъявления согласия или несогласия на изъятие органов и тканей, о котором речь идет в абз. 2 п. 1 ст. 5 Федерального закона от 12 января 1996 г. № 8-ФЗ «О погребении и похоронном деле»: «Волеизъявление лица о достойном отношении к его телу после смерти - пожелание, выраженное в устной форме в присутствии свидетелей или в письменной форме: о согласии или несогласии на изъятие органов и (или) тканей из его тела».

Юридическая конструкция презумпции согласия и ее этическое основание не во всех случаях представляются очевидными и могут потребовать дополнительных толкований. В связи с этим заслуживает внимания определение Конституционного суда РФ от 4 декабря 2003 г. № 459-О «Об отказе в принятии к рассмотрению запроса Саратовского областного суда о проверке конституционности статьи 8 Закона Российской Федерации "О трансплантации органов и (или) тканей человека"». Заявитель указал, что норма, изложенная в ст. 8 этого Закона, лишает гражданина или его близких родственников (представителей) права на волеизъявление о согласии или несогласии на изъятие органов и (или) тканей из его тела после смерти, поскольку не устанавливает обязанность учреждений здравоохранения выяснять прижизненную волю умершего либо волю его близких родственников (представителей) в отношении такого изъятия. Кроме того, поскольку ею не определяется учреждение здравоохранения, обязанное вести учет граждан, не согласных на изъятие органов, и не предусмотрено создание банка соответствующих данных, граждане лишены возможности предварительно зафиксировать факт своего несогласия. Не устанавливается в оспариваемой норме и порядок извещения граждан о смерти родственника (представляемого лица), а также не указывается, на кого возлагается обязанность известить их об этом; тем самым для граждан исключается возможность выразить свое несогласие непосредственно перед изъятием органов в случаях, когда наступление смерти нельзя было предвидеть. При этом, поскольку изъятие донорских органов производится сразу же после констатации смерти человека, родственникам или законным представителям умершего, проживающим в отдаленных районах, практически невозможно сообщить медицинскому учреждению о своем мнении. Заявитель далее утверждал, что в силу неопределенности и неясности ст. 8 данного Закона изъятие у умершего человека органов для трансплантации отдается на усмотрение учреждений здравоохранения в отношении осуществления и практически не ограничивается, чем нарушаются право человека на достойное отношение к его телу после смерти и принцип равенства, и просил признать ее не соответствующей ст. 2, 15, 17, 18, 19, 21, 45 и 55 Конституции РФ.

В определении Конституционного суда РФ указано, что при осуществлении такого вида медицинского вмешательства, как трансплантация органов и (или) тканей от одного человека другому, - в условиях возникающей между донором и реципиентом сложной правовой связи и возможного конфликта их интересов - задача достижения должного, не нарушающего права ни одного из них баланса конституционно значимых ценностей и охраняемых прав предопределяет содержание правового регулирования в данной сфере, которое должно учитывать в том числе нравственные, социальные и иные аспекты этого вида медицинского вмешательства.

Далее в определении Конституционного суда РФ отмечено: «Презумпция согласия базируется, с одной стороны, на признании негуманным задавать родственникам практически одновременно с сообщением

о смерти близкого человека либо непосредственно перед операцией или иными мероприятиями лечебного характера вопрос об изъятии его органов (тканей), а с другой стороны, на предположении, обоснованном фактическим состоянием медицины в стране, что на современном этапе развития трансплантологии невозможно обеспечить выяснение воли указанных лиц после кончины человека в сроки, обеспечивающие сохранность трансплантата.

Необходимым условием для введения в правовое поле презумпции согласия на изъятие в целях трансплантации органов (тканей) человека после его смерти является также наличие опубликованного для всеобщего сведения и вступившего в силу законодательного акта, содержащего формулу данной презумпции, - тем самым предполагается, что заинтересованные лица осведомлены о действующих правовых предписаниях. В Российской Федерации таким актом является Закон Российской Федерации "О трансплантации органов и (или) тканей человека".

Кроме того, российское законодательство не препятствует гражданам зафиксировать в той или иной форме (в том числе нотариальной) и довести до сведения учреждения здравоохранения свое несогласие на изъятие у них органов и (или) тканей после смерти в целях трансплантации, причем нарушение соответствующего волеизъявления влечет наступление юридической ответственности.

Таким образом, оспариваемая в запросе Саратовского областного суда статья 8 Закона Российской Федерации "О трансплантации органов и (или) тканей человека", содержащая формулу презумпции согласия на изъятие в целях трансплантации органов (тканей) человека после его смерти, сама по себе не является неясной или неопределенной, а потому не может рассматриваться как нарушающая конституционные права граждан.

Вместе с тем - в целях соблюдения баланса прав и законных интересов доноров и реципиентов - вопросы, связанные с реализацией гражданином либо его близкими родственниками или законными представителями права заявить письменно или устно о несогласии на изъятие органов и (или) тканей для трансплантации, требуют более детальной (как на законодательном уровне, так и в подзаконных нормативных актах) регламентации, а механизмы информирования граждан о действующем правовом регулировании - развития и совершенствования. Однако разрешение подобных вопросов, как связанных с осуществлением дополнительного правового регулирования, является прерогативой законодателя, как и изменение действующего правового регулирования в данной сфере, на чем настаивает заявитель, полагающий, что оно должно быть основано на модели "испрошенного согласия"».

В научных публикациях по биоэтике испрошенное согласие (презумпция несогласия) чаще определяется как *информированное согласие* потенциального донора в форме прижизненного распоряжения или согласия членов семьи после его смерти. А. Кэмпбелл, Г. Джиллетт, Г. Джонс (2004) акцентируют внимание как на преимуществах, так и недостатках системы информированного согласия. По мнению авторов, преимущества системы информированного согласия - это признание важности, что тело умершего сохранилось в целостности, и уважение автономной воли умершего. Передача органов для трансплантации свидетельствует об альтруизме покойного или его ближайших родственников и подчеркивает, что важнее отдавать, чем получать. Недостаток системы информированного согласия - акцент на желание умершего в противовес желаниям всех остальных, включая его ближайших родственников, а также потенциальных реципиентов органов и их семей и даже всего общества в целом.

Исключение интересов общества менее ощутимо, однако важно его признать, поскольку на общество ложится бремя экономической помощи тем, кто может получить пользу от донорских органов.

При рассмотрении отношений по трансплантации, субъектом которых выступает живой донор, особого внимания заслуживает вопрос об уровне его компетентности. В этой связи в различных странах разрабатываются юридические и этические механизмы ограничения круга живых доноров. Так, в ст. 3 Закона РФ № 4180-I определено: «Изъятие органов и (или) тканей для трансплантации не допускается у живого донора, не достигшего 18 лет (за исключением случаев пересадки костного мозга) либо признанного в установленном порядке недееспособным.

Изъятие органов и (или) тканей не допускается, если установлено, что они принадлежат лицу, страдающему болезнью, представляющей опасность для жизни и здоровья реципиента. Изъятие органов и (или) тканей для трансплантации у лиц, находящихся в служебной или иной зависимости от реципиента, не допускается.

Принуждение любым лицом живого донора к согласию на изъятие у него органов и (или) тканей влечет уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации».

В соответствии со ст. 11 Закона РФ № 4180-I изъятие органов и (или) тканей у живого донора для их трансплантации может осуществляться только в интересах здоровья реципиента и в случае отсутствия пригодных для трансплантации органов и (или) тканей трупа или альтернативного метода лечения, эффективность которого сопоставима с эффективностью трансплантации органов и (или) тканей.

Изъятие органов и (или) тканей у живого донора для трансплантации реципиенту допускается:

- если донор предупрежден о возможных осложнениях для его здоровья в связи с предстоящим оперативным вмешательством по изъятию органов и (или) тканей;
- если донор свободно и сознательно в письменной форме выразил согласие на изъятие своих органов и (или) тканей;
- если донор прошел всестороннее медицинское обследование и имеется заключение консилиума врачей-специалистов о возможности изъятия у него органов и (или) тканей для трансплантации.

Изъятие у живого донора органов допускается, если он находится с реципиентом в генетической связи, за исключением случаев пересадки костного мозга.

Согласно ст. 12 Закона РФ № 4180-I, донор, изъявивший согласие на пересадку своих органов и (или) тканей, вправе:

- требовать от учреждения здравоохранения полной информации о возможных осложнениях для его здоровья в связи с предстоящим оперативным вмешательством по изъятию органов и (или) тканей;
- получать бесплатное лечение, в том числе медикаментозное, в учреждении здравоохранения в связи с проведенной операцией.

В ст. 13 Закона РФ № 4180-I указано, что у живого донора может быть изъят для трансплантации парный орган, часть органа или ткань, отсутствие которых не влечет за собой необратимого расстройства здоровья.

Полное информирование донора о его правовом статусе, установленном законодательством РФ, - необходимое условие обеспечения его компетентности в правоотношениях по поводу пересадки органов и (или) тканей.

Этические аспекты данного вопроса нашли отражение в Резолюции по вопросам поведения врачей при осуществлении трансплантации человеческих органов, принятой 46-й ВМА (Стокгольм, 1994), в которой указано:

«ПОСКОЛЬКУ существует серьезная озабоченность все возрастающим количеством сообщений об участии врачей в операциях по трансплантации органов или тканей, изъятых из тел:

- заключенных, приговоренных к смертной казни, не имеющих возможности отказаться от этого или без их предварительного согласия;
- лиц, страдающих физическими или психическими недостатками (*handicapped*), чья смерть рассматривается как облегчение их страданий и как основание для забора их органов;
- бедных людей, которые согласились расстаться со своими органами по коммерческим соображениям;
- детей, украденных с этой целью; и

ПОСКОЛЬКУ в этих случаях участие врачей является прямым нарушением положений "Декларации ВМА о трансплантации человеческих органов», принятой в октябре 1987 г.;

ВМА еще раз торжественно подтверждает положения названной "Декларации" и призывает все национальные медицинские ассоциации соблюдать их, а в случаях их нарушений сурово наказывать врачей, замешанных в подобных нарушениях».

В этой Декларации ВМА, в частности, указано, что купля-продажа человеческих органов строго осуждается. Во всех государствах принимаются меры юридического характера, направленные на предотвращение коммерциализации отношений вокруг трансплантации.

#### **9.4. НЕДОПУСТИМОСТЬ ПРОДАЖИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ЧЕЛОВЕКА**

Дефицит донорских органов порождает проблему справедливости в их распределении, черный рынок, где преимущества получают богатые. Многие ученые связывают тенденцию к коммерциализации трупных органов с некоторыми объективными факторами. Во-первых, это дефицит органов для трансплантации, вынуждающий больных к поиску источника (донора). Во-вторых, обнищание значительной части населения, готовой удовлетворить спрос. В-третьих, коммерциализация части лечебных учреждений. Моральное зло торговли органами в том, что тело превращается в товар-вещь. Превращение тела в вещь и товар деперсонализирует человека, наносит ему моральный ущерб. Разрешение торговли

органами усилило бы социальную несправедливость - богатый будет в буквальном смысле выживать за счет бедного. Однако коммерциализация человеческого тела уже началась, так как можно продать и купить кровь, сперму, яйцеклетку. В числе различных профилактических мер некоторые зарубежные авторы предлагают заменить механизм купли-продажи механизмом материальной компенсации за донорство органов.

Ассамблея здравоохранения в резолюциях WHA40.13 и WHA42.5 впервые выразила озабоченность в связи с коммерческой торговлей органами и необходимостью создания глобальных стандартов трансплантации. Затем на основании консультативного процесса, проведенного секретариатом, Ассамблея здравоохранения в своей резолюции WHA44.25 утвердила Руководящие принципы ВОЗ по трансплантации человеческих органов. За последние 17 лет эти принципы оказали влияние на профессиональные правила и практику, а также на законодательство по всему миру.

В свете сдвигов, произошедших в практике и взглядах на трансплантацию органов и тканей, 57-я сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения резолюции WHA57.18 предложила своему генеральному директору, среди прочего, «продолжить изучение и сбор данных во всем мире о практике безопасности, качестве, эффективности и эпидемиологии аллогенной трансплантации, а также по вопросам этики, включая предоставление трансплантата живым донором, с тем чтобы внести коррективы в Руководящие принципы по трансплантации органов человека».

Официальные Руководящие принципы ВОЗ по трансплантации человеческих клеток, тканей и органов содержатся в документе EB123/5, на который исполнительный комитет сослался на своей 123-й сессии 26 мая 2008 г., поручив внести в него изменения. Назовем некоторые из них, которые уже в новой редакции заслуживают внимания с точки зрения коммерциализации трансплантации.

- Предоставление клеток, тканей и органов живым донором осуществляется только на безвозмездной основе, без какой-то денежной выплаты или другого вознаграждения в денежном выражении. Необходимо запретить покупку или предложение о покупке клеток, тканей или органов для трансплантации либо их продажу живым донором или ближайшим родственником умершего.
- Запрет на продажу или покупку клеток, тканей или органов не исключает возмещения разумных и поддающихся контролю расходов, понесенных донором, включая потерю дохода или оплату издержек, связанных с уходом, обработкой, сохранением и передачей человеческих клеток, тканей или органов для трансплантации.
- Врачам и другим профессиональным работникам здравоохранения не следует участвовать в процедурах пересадки органов, а медицинские страховщики и другие возможные плательщики не должны покрывать расходы, связанные с проведением этих процедур, в случае если клетки, ткани и органы для пересадки были получены в результате недобросовестного использования, или принуждения, или оплаты услуг живого донора либо ближайшего родственника умершего донора.
- Всем медицинским учреждениям и специалистам, связанным с процедурами поставки и трансплантации клеток, тканей или органов, следует запретить получать какую-либо оплату, превышающую обоснованный размер вознаграждения за оказанные услуги.

- При распределении органов, клеток и тканей следует руководствоваться клиническими критериями и этическими нормами, а не соображениями финансового или какого-либо другого характера. Правила распределения, которые устанавливаются надлежащим образом сформированными комитетами, должны быть справедливыми, оправданными с точки зрения внешних условий и транспарентными.

Особого внимания заслуживает Стамбульская декларация о трансплантационном туризме и торговле органами, принятая участниками Стамбульского саммита, проведенного с 30 апреля по 2 мая 2008 г. Трансплантационным обществом (TTS) и Международным обществом нефрологии (ISN).

В Стамбульской декларации содержатся следующие определения.

**Торговля органами** - это наем, вербовка, транспортировка и перемещение живых и умерших людей или их органов, их укрывательство и подделка документов, с применением угроз, силы, служебного положения или других форм принуждения, похищения, мошенничества и обмана; с передачей или получением третьей стороной оплаты или других выгод, для приобретения контроля над потенциальным донором - для использования в целях получения органов для трансплантации.

**Трансплантационный коммерциализм** - это такая практика и такой образ действий, когда орган рассматривается как товар и продукт потребления, который может быть продан, куплен или использован для получения материальной выгоды.

**Поездка для выполнения трансплантации** - это передвижение органов доноров и реципиентов или трансплантологов для выполнения операции пересадки, несмотря на юридические ограничения.

Поездка для выполнения трансплантации становится **трансплантационным туризмом**, если при этом обнаруживаются трансплантационный коммерциализм, торговля органами или если компоненты и участники (органы, врачи, трансплантационные центры), занятые обеспечением операций пациенту из-за рубежа, подрывают тем самым способность страны к обеспечению трансплантационной помощи собственного населения.

В Стамбульской декларации сформулированы также важные принципы, среди которых следует выделить следующие.

- Органы для трансплантации должны справедливо и беспристрастно распределяться внутри стран и регионов вне зависимости от пола, этнической и религиозной принадлежности, финансового и социального статуса.
- Финансовые факторы или любая другая материальная выгода не должны влиять на применение правил распределения органов.
- Первичной целью трансплантации должна быть оптимальная первичная и долгосрочная медицинская помощь для обеспечения здоровья и донора, и реципиента.
- Финансовые факторы или любая другая материальная выгода не должны влиять на принятие решения относительно здоровья и самочувствия донора и реципиента.

- Страны, регионы и сопредельные области должны пытаться достигнуть самообеспечения в органном донорстве, предоставляя достаточное количество органов для своих жителей, используя также региональную кооперацию:

а) сотрудничество в области органного донорства между странами не противоречит национальным программам по самообеспечению достаточного уровня донорства для своих жителей и предполагает в то же время защиту уязвимых слоев населения и равенство интересов доноров и реципиентов, не нарушая этих принципов;

б) лечение пациентов из-за рубежа, граждан других государств, приемлемо только в том случае, если это не мешает властям оказывать трансплантологическую помощь своему собственному населению.

- Торговля органами и трансплантационный туризм попирают принципы справедливости, равенства и уважения к человеческому достоинству и должны быть запрещены. Трансплантационный коммерциализм избирает своей мишенью обездоленных и уязвимых доноров, что неизбежно ведет к неравенству и несправедливости, и поэтому должен быть запрещен. Резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения 44.25 призывает страны препятствовать покупке и продаже донорских органов для трансплантации.

- Запрещение этих форм деятельности должно означать запрещение всех форм рекламы (включая электронные и печатные средства массовой информации), всех форм ходатайства и посредничества, имеющих целью трансплантационный коммерциализм, трансплантационный туризм и куплю-продажу органов.

- Такое запрещение должно включать также наказание за такие мероприятия, как обследование доноров и выполнение трансплантаций, равно как и поощрение этих действий, если их цель и результат - получение выгод от трансплантационного туризма и торговли органами.

- Деятельность, которая склоняет уязвимых людей или целые их группы (неграмотных, обездоленных, бездомных, нелегальных иммигрантов, заключенных, политических или экономических беженцев) к тому, чтобы быть живыми донорами органов, несовместима с противостоянием торговле органами, трансплантационному туризму и коммерциализму.

В силу ч. 1 ст. 15 Закона РФ № 4180-I учреждению здравоохранения, которому разрешено проводить операции по забору и заготовке органов и (или) тканей у трупа, запрещается осуществлять их продажу.

## **9.5. СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНА И ПРОБЛЕМЫ СМЕРТИ. ОПРЕДЕЛЕНИЕ МОМЕНТА СМЕРТИ ЧЕЛОВЕКА**

Большинству современных людей свойственно сторониться всего, что связано со смертью. Но и раньше люди избегали разговоров о смерти, и даже слово «умереть» в повседневной жизни заменяли смягченными выражениями: «отправиться в лучший мир», «приказать долго жить».

«Люди страшатся смерти, как малые дети потемок, - говорил английский философ Фрэнсис Бэкон (1561-1626), - и как у детей этот врожденный страх усиливается сказками, так же точно и страх смерти». Психоаналитическая школа З. Фрейда

прошлого века утверждала, что люди в глубине души не верят в собственную смерть, что их бессознательное (т.е. глубинные основы психики, которые противопоставляются сознательному) относится к смерти так же, как относился к ней первобытный человек. После этих замечаний понятно, почему вплоть до XVIII в. от врача не требовалось находиться у постели больного до самой его смерти. Врачей еще с древних времен учили распознавать знаки смерти не для того, чтобы диагностировать смерть, а для того, чтобы сразу после их обнаружения прекращать лечение. Попытки продлить жизнь пациента, который не сможет выздороветь, рассматривались как неэтичные. Врачей редко звали, чтобы констатировать смерть, отводя эту роль наемным людям, т.е. тем, кто был совершенно чужд знанию физиологии человека.

В наше время, как известно, общество наделяет врача важнейшей функцией и правом определять момент смерти. В Сиднейской декларации Всемирной медицинской ассоциации (1968) на этот счет указано следующее: «В большинстве стран определение времени смерти является юридической обязанностью врача, и такое положение должно сохраняться».

Такие права врачи получили лишь к середине XIX столетия. С чем же был связан крутой поворот общественного сознания, изменивший взгляд на смерть? Расширение роли врачей в обществе было обусловлено процессом, который в истории медицины и культуры назван **медикализацией смерти**. В XVII-XVIII вв. в странах Европы возникли неуверенность и двусмысленность в отношении к жизни и ее пределам. В искусстве, литературе и медицине появилась тема живого трупа, мертвеца, который на самом деле жив. Умами завладела всеобщая паника, страх быть похороненным заживо и очнуться в гробу на дне могилы. Множество историй такого рода излагалось на страницах художественной и научной литературы. Люди в своих завещаниях стали предусматривать специальные меры во избежание этой роковой ошибки. Когда власти пытались совладать с этими слухами, привлекая к новым обязанностям врачей, они сталкивались с сопротивлением медиков, которые стали требовать платы за инспектирование трупов. Сложность диагностирования смерти в конце концов позволила медицинской профессии укрепить свой статус и расширить власть врачей.

Медикализация смерти была связана в XX в. с развитием в городах сети больниц, которые стали местом спасения для одних, но и местом смерти других людей. Процент умерших в больницах возрастал, в НьюЙорке, например, в 1967 г. уже 75% умерших скончались в больницах. Эта тенденция для врачей означала необходимость не только констатировать смерть, но и иметь дело с процессом умирания, отличающимся по длительности в разных случаях. Врачами было замечено, что процесс умирания укорачивается или продлевается в зависимости от их действий. Врач, конечно, не мог отменить смерть, но часто был в состоянии повлиять на длительность этого процесса в широких пределах - от нескольких часов до нескольких недель, месяцев или даже лет.

Важно обратить внимание на тот факт, что до недавнего времени фундаментальные вопросы, связанные с определением момента смерти, были сформулированы в подзаконных нормативных актах. В настоящее время правовые основы определения момента смерти человека и прекращения реанимационных мероприятий установлены в ст. 66 Федерального закона РФ № 323-ФЗ:

«1. Моментом смерти человека является момент смерти его мозга или его биологической смерти (необратимой гибели человека).

2. Смерть мозга наступает при полном и необратимом прекращении всех его функций, регистрируемом при работающем сердце и искусственной вентиляции легких.

3. Диагноз смерти мозга устанавливается консилиумом врачей в медицинской организации, в которой находится пациент. В составе консилиума врачей должны присутствовать анестезиолог-реаниматолог и невролог, имеющие опыт работы в отделении интенсивной терапии и реанимации не менее пяти лет. В состав консилиума врачей не могут быть включены специалисты, принимающие участие в изъятии и трансплантации (пересадке) органов и (или) тканей.

4. Биологическая смерть человека устанавливается на основании наличия ранних и (или) поздних трупных изменений.

5. Констатация биологической смерти человека осуществляется медицинским работником (врачом или фельдшером).

6. Реанимационные мероприятия прекращаются в случае признания их абсолютно бесперспективными, а именно:

1) при констатации смерти человека на основании смерти головного мозга, в том числе на фоне неэффективного применения полного комплекса реанимационных мероприятий, направленных на поддержание жизни;

2) при неэффективности реанимационных мероприятий, направленных на восстановление жизненно важных функций, в течение тридцати минут;

3) при отсутствии у новорожденного сердцебиения по истечении десяти минут с начала проведения реанимационных мероприя-

тий (искусственной вентиляции легких, массажа сердца, введения лекарственных препаратов).

7. Реанимационные мероприятия не проводятся:

1) при состоянии клинической смерти [остановке жизненно важных функций организма человека (кровообращения и дыхания) потенциально обратимого характера на фоне отсутствия признаков смерти мозга] на фоне прогрессирования достоверно установленных неизлечимых заболеваний или неизлечимых последствий острой травмы, несовместимых с жизнью;

2) при наличии признаков биологической смерти человека.

8. Порядок определения момента смерти человека, в том числе критерии и процедура установления смерти человека, порядок прекращения реанимационных мероприятий и форма протокола установления смерти человека определяются Правительством Российской Федерации».

Долгое время в истории медицины смерть человека определяли по исчезновению трех признаков жизни: работы сердца, дыхательных движений и кровообращения. Но развитие методов реанимации заставило переоценить такие критерии (отличительные признаки).

Новый критерий смерти, основанный на необратимом прекращении деятельности уже не сердца и легких, а мозга, был выработан в 1968 г. в Гарварде. Ведь при выявлении смерти врачи видят стойкую потерю сознания и отсутствие всех движений, как спонтанных (дыхание), так и вызванных раздражениями (реакций зрачков на свет, движений глазных яблок). Вся эта симптоматика возникала вследствие прекращения функций мозга - от полушарий и ниже, включая весь ствол мозга, где расположен дыхательный центр. Эта совокупность симптомов получила наименование «смерть мозга». Инструментально смерть мозга тестировалась с помощью электроэнцефалографии, на которой обнаруживали исчезновение электрической активности мозга, и ангиографии, выявлявшей прекращение кровоснабжения мозга.

Новый критерий смерти в 1981 г. был узаконен в США на основании выводов Президентской комиссии по изучению проблем в медицине и биоэтике. В формулировке синдрома полной мозговой смерти были указаны два критерия: 1) необратимое прекращение функций кровообращения и дыхания; 2) необратимое прекращение всех функций мозга в целом, включая мозговой ствол. Таким образом, в синдроме смерти мозга были учтены как традиционные критерии смерти, так и новый критерий. Впоследствии этот новый критерий смерти был принят в большинстве стран мира. В России он был отражен в ст. 9 Закона РФ от 22 декабря 1992 г. № 4180-I.

При использовании нового критерия смерти на практике возникли проблемы социально-психологического и этического характера. С традиционной точки зрения новый критерий отвергался на основании религиозных соображений. Аргументом здесь служила издавна признаваемая роль сердца в духовной жизни человека. Согласно словарю Даля, сердце (нравственно) - представитель любви, воли, страсти, нравственного, духовного начала; всякое внутреннее чувство рождается в сердце. С точки зрения выдающегося российского хирурга и священнослужителя В.Ф. Войно-Ясенецкого, сердце - орган сверхрационального познания человека. Согласившись с ними, трудно признать умершим человека, сердце которого продолжает биться. В некоторых странах законодательство позволяет отказываться от констатации смерти по новому критерию в том случае, если пациент, будучи живым, или его родственники после его смерти не соглашаются с этим критерием.

Введение нового критерия часто обосновывают необходимостью установления границы, которая позволяет делать выводы о том, что лечение больных с необратимыми повреждениями мозга клинически, морально и юридически оправданно. Сказанное актуализирует проблемы жизнеподдерживающего лечения и хронического вегетативного состояния.

Жизнеподдерживающее лечение проводят у коматозных больных, находящихся без сознания. Другие проявления функций мозга здесь сохраняются, и диагноз «смерть мозга» не ставится. Этические проблемы возникают в связи с тем, что современные средства и процедуры позволяют этим больным продлевать жизнь. Как долго? Если работа мозга и контакт с больным восстанавливаются быстро, то выставляется диагноз «сотрясение головного мозга». Если выздоровление затягивается на недели или месяцы, то это состояние считается продолжительной комой. Если состояние не меняется в течение произвольно установленного срока в 12 месяцев, ставится диагноз «хроническое вегетативное состояние» (ХВС). Документально зафиксированы случаи выздоровления и позже указанного срока, например, с полным выздоровлением после 4 лет пребывания в этом состоянии, хотя с каждым месяцем шансы на выздоровление тают. В основе диагноза ХВС лежит убеждение в том, что глубокое коматозное состояние и отсутствие реакции на внешние стимулы постоянны.

Диагностика ХВС трудна, требует соответствующих навыков, длительного изучения больного. До 42% случаев диагноза ХВС оказываются ошибочными. Именно поэтому всем пациентам с тяжелыми мозговыми травмами необходимо дать шанс пройти специальную реабилитационную программу. Эти больные не нуждаются в жизнеобеспечивающей аппаратуре, внутривенных вливаниях или сложном лечении. Единственное, что им необходимо, - это искусственное питание через желудочный зонд. Однако его установка с автоматическим дозатором питания может рассматриваться как вариант лечения. В других случаях лечения коматозных больных требуются сверхусилия врачей, специальная аппаратура и особые схемы введения лекарственных препаратов. Однако у тех и у других рано или поздно может возникнуть проблема: до каких пор следует вести борьбу за жизнь, исход которой предопределен и в лучшем случае может быть лишь отсрочен. Эта проблема биоэтики на сегодня не имеет однозначного решения.

Один из подходов к ее решению основан на оценке методов лечения, среди которых различают ординарные и экстраординарные методы. Если при лечении бывает достаточно обычных (ординарных) мер, то лечение может быть продолжено. Если же приходится прибегать к чрезвычайным (экстраординарным) мерам, то жесткой необходимости продлевать лечение нет. Такое различие методов содержалось в обращении к врачам римского папы Пия XII, когда в 1957 г. он ответил им на вопрос, чем следует руководствоваться, проводя границу между жизнью и смертью. В обращении отмечалась допустимость прекращения экстраординарных усилий лечения, если больной безнадежен. Отказ же от ординарных методов расценивался при этом как тяжкий грех. Отказавшийся от экстраординарных методов самоубийцей не считался. В Декларации об эвтаназии Св. Конгрегации по вероучению от 5 мая 1980 г., в частности, указано: «При неизбежности наступления смерти, несмотря на использованные средства, допустимо, сообразуясь со своей совестью, отказаться от лечения, которое могло бы привести лишь к временному и мучительному продлению жизни, не прекращая при этом нормального ухода, необходимого больному в подобных случаях».

Следует подчеркнуть, что во всех этих случаях речь идет о выборе, причем не врача, а пациента или его близких. В 1973 г. съезд Американской медицинской ассоциации счел морально оправданным прекращение лечения в том случае, если пациент или его ближайшие родственники, посоветовавшись с врачом, решают не начинать или прекратить использование «экстраординарных средств продления жизни тела, когда существуют неопровержимые свидетельства того, что биологическая смерть близка».

Что касается различия «ординарного» и «экстраординарного» лечения, то оно весьма условно. Под первым раньше понималось, например, искусственное питание, о котором шла речь выше. Искусственное же дыхание когда-то было экстраординарным методом, а сегодня сделалось достаточно ординарным. Следовательно, технические вопросы методов лечения могут затемнять моральную сторону вопроса. Именно поэтому некоторые авторы предлагают понимать ординарное как морально обязательное, необходимое для применения, а экстраординарное - как зависящее от выбора или связанное с повышенным риском осложнений.

## **9.6. БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ЭВТАНАЗИИ**

Эвтаназия - слово греческого происхождения: *eu-* на русском языке означает «хороший», *thanatos-* «смерть». Впервые использовал этот термин Ф. Бекон (1561-1626) для обозначения легкой или счастливой смерти. В биоэтике этот термин

преимущественно понимается как ускорение смерти тяжело и неизлечимо больного, осуществляемое по его воле или по воле уполномоченных им близких. Есть и другие определения эвтаназии, которые формулируются, в частности, в теологической литературе: «Эвтаназия - это преднамеренное убийство человека, жизнь которого признается недостойной продолжения, посредством совершения или отказа совершить определенное действие» (Уайатт Д., 2003). На протяжении истории отношение к таким действиям было изменчивым. Для многих первобытных обществ было нормой умерщвлять стариков. В древнегреческой Спарте болезненных младенцев сбрасывали в пропасть, в Древнем Риме оправдывали умерщвление очень слабых и тяжелобольных людей без их согласия. Запрет на применение смертельных средств, известный нам из клятвы Гиппократова, отражал традиции последователей немногочисленного врачебного братства, берущего начало от врача с острова Кос Гиппократова.

Ранние христиане (IV-V вв.) перед лицом боли и смерти следовали завету Христа: «Не моя воля, но Твоя да будет». В Средневековье резко выступал против эвтаназии и самоубийств философ-схоласт Фома Аквинский (1225-1274). Вплоть до эпох Возрождения и Просвещения эти взгляды никем не оспаривались. И лишь Френсис Бэкон в труде «О достоинстве и приумножении наук» (1623) писал, что даже тогда, когда нет никакой надежды на спасение больного, долг врача - в облегчении страданий умирающего: «...эта эвтаназия... уже сама по себе является... счастьем».

В последней трети XX в. тема эвтаназии становится вновь актуальной, во-первых, потому, что применение в медицине новых медицинских технологий жизнеподдерживающего лечения сделало массовыми ситуации выбора, продолжать ли это лечение исходя из блага и меньшего зла для пациента. Во-вторых, в медицинской этике и медицинском праве важной стала категория права умереть с достоинством.

Термин «эвтаназия» использован в тексте ст. 71 «Клятва врача» Федерального закона РФ № 323-ФЗ, где, в частности, определено, что, получая высокое звание врача и приступая к профессиональной деятельности, врач торжественно клянется «проявлять высочайшее уважение к жизни человека, никогда не прибегать к осуществлению эвтаназии». В силу ст. 45 Федерального закона РФ № 323-ФЗ медицинским работникам запрещается осуществление эвтаназии, т.е. ускорение по просьбе пациента его смерти какими-либо действиями (бездействием) или средствами, в том числе прекращение искусственных мероприятий по поддержанию жизни пациента.

Термин «эвтаназия» требует детализации, поскольку объединяет разные ее формы. Различают активную и пассивную эвтаназию. Активная эвтаназия - это прямые действия, направленные на умерщвление пациента, например, путем введения ему смертельной дозы медикаментов. Пассивная эвтаназия - это отказ от применения к неизлечимо больному таких методов лечения, которые лишь удлиняют период умирания, как правило, снижая качество его оставшейся жизни, например, отключение жизнеподдерживающей аппаратуры.

Как активная, так и пассивная эвтаназия может быть добровольной (т.е. на основе просьбы и информированного согласия самого пациента или опекуна решения, если пациент некомпетентен) и недобровольной. Особой разновидностью активной и недобровольной эвтаназии может считаться принудительная (т.е. при осведомленности, но без согласия со стороны компетентного пациента) эвтаназия.

Отказ от лечения случается в ситуации, когда прекращается уже начатое лечение, и в ситуации, когда решают не начинать лечения в силу его бесполезности. Моральное бремя в первой ситуации для врача более тяжело, так как он нарушает обязательство не умерщвлять, что возможно, во втором - обязательство спасти, что невозможно. Если с некоторыми обстоятельствами отказа от лечения приходится мириться как с неизбежным злом (например, врожденное уродство, несовместимое с жизнью), то против активной эвтаназии выдвигаются сильные аргументы в пользу осуждения. В подавляющем большинстве стран эвтаназия запрещена законом, как в России. Однако в некоторых странах (Голландии, Дании) активная эвтаназия узаконена. Э. Сгречча, В. Тамбоне (2002) замечают, что голландский закон не легализует эвтаназию, но депенализует ее, освобождая от уголовной ответственности врача, который на основании ряда хорошо разработанных показателей принимает решение прервать жизнь пациента. Однако это не меняет сути такого рода поведения, которое остается совершенно недопустимым с этической точки зрения и открывает путь другим формам эвтаназии, в том числе и недобровольной. Авторы отмечают, что, помимо голландского, известен также закон «Права заключительного третьего акта», одобренный парламентом австралийского штата Северная Территория в мае 1995 г. Этот закон вступил в действие 1 июля 1996 г. Это первый в мире закон, который в наши дни одобряет эвтаназию, рассматривая ее при определенных условиях как гражданское право. Бурные дебаты, разразившиеся в Австралии в связи с этим законом, привели к одобрению другого закона на федеральном уровне (утвержденного верхней палатой федерального парламента 24 марта 1997 г.), который отменил закон, принятый Северной Территорией.

За эвтаназию чаще приводят следующие аргументы: а) человеку должно быть предоставлено право самоопределения, в том числе право прекращения своей жизни; б) человек должен быть защищен от жестокого, негуманного лечения, от медицины, неспособной решать проблемы умирающего больного; в) неизлечимый больной имеет право настаивать на эвтаназии в целях избавления своих близких от душевных мук; г) «экономический аргумент» - общественные ресурсы, затрачиваемые на помощь безнадежным больным, рациональнее направить в другие секторы здравоохранения.

Противники эвтаназии критикуют эти аргументы. Так, «экономический аргумент» слишком напоминает о фашистской практике избавления от «лишних людей», которая имела место наряду с мероприятиями по расовой гигиене в нацистской Германии. Аргументы против эвтаназии состоят в следующем: а) эвтаназия фактически отрицает высшую ценность - святость человеческой жизни; б) эвтаназия недопустима ввиду возможности диагностических и прогностических ошибок; в) эвтаназия недопустима ввиду опасности злоупотреблений; г) легализация эвтаназии приведет к окончательной утрате критерия допустимого и недопустимого в медицине; д) альтернативой эвтаназии выступает современная паллиативная медицина.

В острых дискуссиях как сторонники, так и противники эвтаназии, как правило, не подвергают сомнению тот факт, что ее проведение - обязанность медицинских работников. Вместе с тем обременение медицинских работников моральным долгом, а следовательно, и моральной ответственностью за осуществление эвтаназии не столь очевидно, поскольку в прямолинейном понимании эвтаназии как обязанности врача не учитывается несколько существенных обстоятельств.

При таком подходе, во-первых, теряется широкий общественный контекст эвтаназии, присутствующий на этапах выявления и обсуждения проблемы и отсутствующий на этапе ее конкретного решения (осуществления эвтаназии).

Во-вторых, не учитываются профессиональное мировоззрение медицинских работников, их биоэтическое сознание, установки и ценностные ориентации, для которых характерны признание приоритета интересов пациента, забота о его здоровье и спасении жизни. Это находит свое отражение в «Клятве врача» и законодательном запрете осуществления эвтаназии медицинским работникам.

В-третьих, для осуществления эвтаназии специальные знания в области медицины не требуются, как и при приведении в исполнение приговора о смертной казни. Отключение аппаратов, обеспечивающих поддержание жизненных функций, - это больше техническая, чем медицинская задача.

В связи с этим, участвуя в содержательной дискуссии об эвтаназии, необходимо руководствоваться следующими предпосылками:

- эвтаназия - это социальная, а не медицинская проблема;
- эвтаназия не входит в компетенцию медицинских работников, поскольку для ее осуществления не требуются специальные знания в области медицины;
- эвтаназия противоречит мировоззрению медицинских работников, их биоэтическому сознанию, установкам и ценностным ориентациям;
- медицинским работникам в соответствии с российским законодательством запрещается осуществление эвтаназии.

В связи с этим заслуживает внимания суждение Л.Р. Грэхэма (1991), что за всеми философскими и медицинскими вопросами, обсуждавшимися в связи с проблемами биоэтики, стоит один практический и политический вопрос: кто должен решать, что можно, а что нельзя делать

при проведении биомедицинских исследований? Именно поэтому, если вопрос о проведении эвтаназии будет решен обществом положительно, государство должно взять на себя реализацию властной функции - принимать решения о проведении эвтаназии в судебном порядке и определять круг лиц, получивших право на ее осуществление, исключая из него медицинских работников.

## **Литература**

### **Основная литература**

*Лопатин П.В., Карташова О.В.* Биоэтика: учебник / под ред. П.В. Лопатина. - 4-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 272 с.

*Силуянова И.В.* Руководство по этико-правовым основам медицинской деятельности: учебное пособие. - М.: МЕДпресс-информ, 2008. - 224 с.

*Хрусталева Ю.М.* Биоэтика. - М.: Медицина, 2011. - 408 с.

*Хрусталева Ю.М.* От этики до биоэтики: учебник для вузов. - Ростов н/Д: Феникс, 2010. - 446 с.

### **Дополнительная литература**

Биоэтика: принципы, правила, проблемы / отв. ред. и сост. Б.Г. Юдин. - М., 1998. - 472 с.

*Бэкон Ф.* Избранные сочинения: В 2 т. - М.: Мысль, 1978.

Введение в биоэтику: учебное пособие / А.Я. Иванюшкин, В.Н. Игнатъев, Р.В. Коротких и др. - М.: Прогресс-Традиция, 1998. - 381 с.

*Грэхэм Л.Р.* Естествознание, философия и науки о человеческом поведении в Советском Союзе: пер. с англ. - М.: Политиздат, 1991.

*Кэмпбелл А., Джиллетт Г., Джонс Г.* Медицинская этика: пер. с англ.: учебное пособие / под ред. Ю.М. Лопухина, Б.Г. Юдина. - М.: ГЭОТАР-

Мед, 2004. - 400 с.

Основы биоэтики: учебное пособие / под ред. Я.С. Яскевич, С.Д. Денисова. - Минск: Высшая школа, 2009. - 350 с.

*Петровский Б.В., Белорусов О.С.* Деонтологические и социальноправовые аспекты клинической трансплантологии жизненно важных органов // Деонтология в медицине / под ред. Б.В. Петровского. - Т. 1. - М.: Медицина, 1988. - С. 206-238.

*Святитель Лука (Войно-Ясенецкий).* Наука и религия. Дух, душа и тело. - Ростов н/Д: Троицкое слово, 2001. - 315 с.

*Сгречча Э., Тамбоне В.* Биоэтика: учебник: пер. с итал. В. Зелинского и Н. Костомаровой. - М.: Библейско-богословский институт Св. апостола Андрея, 2002.

*Тищенко П.Д.* На гранях жизни и смерти: философские исследования оснований биоэтики. - СПб.: Мирь, 2011. - 328 с.

*Уайатт Дж.* На грани жизни и смерти: проблемы современного здравоохранения в свете христианской этики / по материалам лекций, прочит. в Ин-те соврем. христианства в Лондоне / под общ. ред. А.В. Прокопенко, О.А. Щелочкова. - СПб.: Мирт, 2003. - 362 с.

*Волкер А.Э.* Смерть мозга. - М.: Медицина, 1988. - 287 с.

*Фрейд З.* Мы и смерть. Восточно-Европейский институт психоанализа. - СПб., 1994. - С. 13-27.

*Шамов И.А.* Биомедицинская этика: учебник для студентов медвузов. - Махачкала: ИПЦ ДГМА, 2005. - 408 с.

*Яровинский М.Я.* Лекции по курсу «Медицинская этика (биоэтика)». - 3-е изд., испр. и доп. - М.: Медицина, 2004. - 528 с.

## **Нормативно-правовые акты и этические документы**

Руководящие принципы ВОЗ по трансплантации человеческих клеток, тканей и органов // URL:

[http://www.who.int/transplantation/Guiding\\_PrinciplesTransplantationWHA63.22ru.pdf](http://www.who.int/transplantation/Guiding_PrinciplesTransplantationWHA63.22ru.pdf)

(дата обращения - 17.09.2012 г.).

Декларация о трансплантации человеческих органов (1987) // Сборник официальных документов Ассоциации врачей России «Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы» / под ред. В.Н. Уранова. - М.: ПАИМС, 1995. - С. 38-39.

Лиссабонская декларация о правах пациента (1981 г.) // Там же. - С. 17.

Резолюция по вопросам поведения врачей при осуществлении трансплантации человеческих органов (1994) // Там же. - С. 81-82.

Сиднейская декларация относительно констатации факта смерти (1968) // Там же. - С. 81-82.

Стамбульская декларация о трансплантационном туризме и торговле органами // URL: [http://www.transpl.ru/uploaded/Stambulwskaa\\_Deklaracia.pdf](http://www.transpl.ru/uploaded/Stambulwskaa_Deklaracia.pdf) (дата обращения - 17.09.2012 г.).

Хельсинская декларация ВМА // URL: [http://www.ingorts.ru/files/library/international\\_docs/Declaration\\_of\\_Helsinki\\_rus.pdf](http://www.ingorts.ru/files/library/international_docs/Declaration_of_Helsinki_rus.pdf) (дата обращения - 17.09.2012 г.).

Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Справочная правовая система «Гарант» // URL: <http://www.garant.ru> (дата обращения - 17.09.2012 г.).

Федеральный закон от 12 января 1996 г. № 8-ФЗ «О погребении и похоронном деле» // Справочная правовая система «Гарант» // URL: <http://www.garant.ru> (дата обращения - 17.09.2012 г.).

Закон РФ от 22 декабря 1992 г. № 4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека» // Справочная правовая система «Гарант» // URL: <http://www.garant.ru> (дата обращения - 17.09.2012 г.).

Определение Конституционного суда РФ от 4 декабря 2003 г. № 459-О «Об отказе в принятии к рассмотрению запроса Саратовского областного суда о проверке конституционности статьи 8 Закона Российской Федерации «О трансплантации органов и (или) тканей человека» // Справочная правовая система «Гарант» // URL: <http://www.garant.ru> (дата обращения - 17.09.2012 г.).

### **Вопросы для самоконтроля**

1. Каковы моральные дилеммы, связанные с пересадкой органов и тканей человека?
2. В чем состоит различие презумпции согласия и несогласия в трансплантологии?
3. Какова сущность моральных ограничений на торговлю органами и тканями человека?
4. Какие моральные проблемы возникают в связи с диагностикой смерти мозга?
5. Какие моральные проблемы возникают в связи с эвтаназией?

## Тестовые задания

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. Трансплантация органов и (или) тканей от живого донора или трупа может быть применена:

а) только в случае, если другие медицинские средства не могут гарантировать сохранения жизни больного либо восстановления его здоровья;

б) в любом случае по решению врача.

2. Изъятие органов и тканей для трансплантации (пересадки) не допускается у живого лица:

а) достигшего восемнадцатилетнего возраста;

б) не достигшего восемнадцатилетнего возраста (за исключением случаев пересадки костного мозга);

в) признанного в установленном законом порядке недееспособным.

3. Презумпция согласия на изъятие органов/тканей для целей трансплантации подразумевает:

а) недопустимость изъятия органов/тканей без информированного согласия потенциального донора или согласия членов семьи после его смерти;

б) изъятие органов и тканей у трупа не допускается, если учреждение здравоохранения на момент изъятия поставлено в известность о том, что при жизни данное лицо либо его близкие родственники или законный представитель заявили о своем несогласии на изъятие его органов и тканей после смерти для трансплантации реципиенту.

4. Презумпция несогласия на изъятие органов/тканей для целей трансплантации подразумевает:

а) недопустимость изъятия органов/тканей без информированного согласия потенциального донора или согласия членов семьи после его смерти;

б) распоряжение телом умершего по усмотрению органов власти.

5. В соответствии с законодательством РФ медицинским работникам осуществление эвтаназии:

а) разрешается;

б) запрещается.

### Эталонные ответы на тестовые задания

К главе 1: 1 - а, б, г; 2 - б, в, г; 3 - в; 4 - а, в; 5 - б. К главе 2: 1 - б, 2 - а, г; 3 - в, г; 4 - а, в; 5 - б, г. К главе 3: 1 - б, в; 2 - а; 3 - а, б; в; 4 - б; в; 5 - б, в, г. К главе 4: 1 - а, в; 2 - б, г; 3 - в, г; 4 - а, г; 5 - а, б, в. К главе 5: 1 - а, в; 2 - а, в; 3 - б, г; 4 - в, г; 5 - а, б, в. К главе 6: 1 - а,

б, в; 2 - а, в, г; 3 - а, б; 4 - а, в; 5 - а, б, в. К главе 7: 1 - а, в, г; 2 - б; 3 - б, в, г; 4 - б, в, г; 5 - б, г. К главе 8: 1 - а, в, г; 2 - а; 3 - б, в, г; 4 - а; 5 - б, в, г. К главе 9: 1 - а; 2 - б, в; 3 - б; 4 - а; 5 - б.