

# Биоэтический практикум

Михаловска-Карлова Е.П., Горелова Л.Е.

Библиография Биоэтический практикум [Электронный ресурс]: учебное пособие / Михаловска-Карлова Е.П., Горелова Л.Е. - М. : Литтерра, 2012. - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423500580.html>

Авторы Михаловска-Карлова Е.П., Горелова Л.Е.

Издательство Литтерра

Год издания 2012

Прототип Электронное издание на основе: Биоэтический практикум: учебное пособие /

Под ред. Д.А. Балалыкина. - М.: Литтерра, 2012. - 208 с. - ISBN 978-5-4235-0058-0.

## СОДЕРЖАНИЕ

<a href="#">Список используемых аббревиатур</a>	5
<a href="#">Введение</a>	8
<a href="#">Казусы (ситуационные задачи)</a>	9
<a href="#">Исторические корни биоэтики: религиозные и светские этические традиции в медицине</a>	9
<a href="#">Отечественная медицина</a>	16
<a href="#">Проблемы биоэтики</a>	26
<a href="#">Фрагменты для комментариев</a>	70
<a href="#">Тестовые задания для контроля и самоконтроля</a>	95
<a href="#">Ключи к тестам</a>	123
<a href="#">Приложение 1. Этические кодексы в медицине</a>	124
<a href="#">Клятва гиппократов</a>	124
<a href="#">Факультетское обещание</a>	125
<a href="#">О принятии выпускниками высших медицинских заведений обещания врача России</a>	126
<a href="#">Клятва и этический кодекс российского врача</a>	127
<a href="#">Нюрнбергский кодекс</a>	136
<a href="#">Женевская декларация</a>	137
<a href="#">Международный кодекс медицинской этики</a>	137
<a href="#">Двенадцать принципов предоставления медицинской помощи в любой системе здравоохранения</a>	139
<a href="#">Декларация лиссабона</a>	140
<a href="#">Хельсинкская декларация всемирной медицинской ассоциации</a>	142
<a href="#">Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины (конвенция о правах человека в биомедицине) совета Европы (извлечения)</a>	143
<a href="#">Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека*</a>	150
<a href="#">Приложение 2. Действующее законодательство в области охраны здоровья в Российской Федерации</a>	171
1. <a href="#">Конституция Российской Федерации (извлечения)</a>	171
2. <a href="#">Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (извлечения)</a>	172

<a href="#">Примерные темы курсовых работ</a>	187
<a href="#">Вопросы для самостоятельной проверки знаний</a>	189
<a href="#">Литература</a>	193

## **СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ АББРЕВИАТУР**

**АВР** - Ассоциация врачей России

**АМА** - Американская медицинская ассоциация

**АМН СССР** - Академия медицинских наук Союза Советских Социалистических

Республик **ВИЧ** - вирус иммунодефицита человека **ВМА** - Всемирная медицинская

ассоциация **ВОЗ** - Всемирная организация здравоохранения **ДНК** -

дезоксирибонуклеиновая кислота **ИВЛ** - искусственная вентиляция лёгких **ИОД** -

искусственное осеменение спермой донора **ИОМ** - искусственное осеменение спермой

мужа **МКБ** - Международный комитет по биоэтике

**МКМО** - Международная конференция медицинских организаций **МПКБ** -

Межправительственный комитет по биоэтике **МРТ** - магнитно-резонансная томография

**ООН** - Организация Объединённых Наций **РПЦ** - Русская Православная Церковь **СПИД** -

синдром приобретённого иммунодефицита **ТРИПС** (Agreement on Trade-Related Aspects of

Intellectual Property Rights, TRIPS) - соглашение по торговым аспектам прав

интеллектуальной собственности **УЗИ** - ультразвуковое исследование

**ФАО** (Food and Agriculture Organization, ФАО) - Продовольственная и

сельскохозяйственная организация Объединённых Наций **ЭКО** - экстракорпоральное

оплодотворение **ЭЭГ** - электроэнцефалограмма

**ЮНЕСКО** (UNESCO - United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) -

Организация Объединённых Наций по вопросам образования, науки и культуры

## ВВЕДЕНИЕ

Настоящее междисциплинарное учебно-методическое пособие по курсу «Биоэтика» представляет собой сборник ситуационных задач (казусов), практических упражнений и фрагментов для комментариев из произведений великих философов, учёных, врачей и писателей.

Решение задач - вовсе не привилегия математики. Всё человеческое сознание есть не что иное, как постоянная постановка и разрешение вновь и вновь возникающих вопросов и проблем, важных для общества или отдельных социальных групп.

Казус - это конкретный случай из врачебной практики, представляющий собой сложную моральную дилемму, которую врачу приходится решать в процессе профессиональной деятельности. Иногда её решение выходит за пределы компетенции врача. И тогда в процесс вовлекаются другие представители медицинского сообщества, общественные организации, социальные институты, всё общество и даже президенты (казус Элизабет Боуиа). Такие процессы имели место в США в 70-х - 80-х годах XX века, в период становления биоэтики. Случаи эти названы классическими казусами биоэтики. В пособие включены некоторые из них: казусы Карен Куинлан, Нэнси Крузан, Элизабет Боуиа, Ларри Макафи и др.

Казусы сопровождаются комментариями, касающимися этических теорий, принципов и правил биоэтики, мировых религий и конфессий, международного и отечественного права, нормативных актов.

В медицинском вузе в курсе биоэтики значительная часть времени отводится на самостоятельную работу студентов. Пособие, на наш взгляд, может быть эффективно использовано преподавателем не только на лекциях и семинарских занятиях. Оно должно помочь студентам именно в самостоятельной подготовке к аудиторным видам учебного процесса. Поэтому *методические указания* по основным проблемам биоэтики в пособии даются в своеобразной форме - в виде примерного алгоритма решения отдельных казусов. Авторы исходят из убеждения, что показателем уровня знаний студента является умение не только воспроизвести то или иное положение биомедицинской этики, но и применить его для решения конкретной познавательной или практической задачи в сфере медицины и здравоохранения.

Задачи Практикума:

- помочь студентам понять и усвоить моральные ценности своей профессии (как свои собственные, так и своих пациентов), долг и

моральные обязательства врача и права пациента, принципы и правила, регламентирующие отношение врача к пациенту как к личности;

- обучить искусству этического анализа сложнейших моральных дилемм врачебной деятельности;
- научить регулировать и разрешать этические конфликты с пациентами, их родственниками, коллегами и представителями социальных институтов, возникающие в медицинской практике;
- способствовать морально ответственному поведению будущих врачей перед пациентами и обществом.

Для их решения авторы избрали междисциплинарный подход. При его реализации используются возможности философии, теории и истории медицины, культурологии и биомедицинской этики.

Большинство предлагаемых упражнений включают высказывания великих философов, медиков, писателей с древнейших времён и до наших дней, демонстрирующие различные подходы и дискуссионные проблемы биомедицинской этики. К каждому тексту даны вопросы.

От студента требуется осуществить анализ текста с позиций биоэтики либо решить философский спор, определив свою позицию исходя из знания истории медицины, теоретической и клинической медицины, философии, медицинской и биомедицинской этики, то есть биоэтики, сфокусированной на медицине и врачебной профессии.

В качестве приложений в сборник включены материалы, помогающие в организации учебного процесса, главным образом самостоятельной работы студента: международные и отечественные этические медицинские кодексы и нормативные акты. Также приводятся примерные темы курсовых работ и контрольные вопросы по курсу для самопроверки знаний студентов.

Учебное пособие подготовлено на кафедре истории медицины, истории Отечества и культурологии Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова (заведующий кафедрой - доктор медицинских наук, доктор исторических наук, профессор Д.А. Балалыкин) в соответствии с Государственным образовательным стандартом РФ для студентов, обучающихся по специальностям высшего профессионального образования группы «Здравоохранение».

Рассчитано на студентов и интернов, ординаторов и аспирантов, преподавателей, практикующих врачей и всех тех, кого интересуют этические проблемы современной медицины и здравоохранения.

Учебное пособие подготовлено на кафедре истории медицины, истории Отечества и культурологии Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова (заведующий кафедрой - доктор медицинских наук, доктор исторических наук, профессор Д.А. Балалыкин) в соответствии с Государственным

образовательным стандартом РФ для студентов, обучающихся по специальностям высшего профессионального образования группы «Здравоохранение».

Рассчитано на студентов и интернов, ординаторов и аспирантов, преподавателей, практикующих врачей и всех тех, кого интересуют этические проблемы современной медицины и здравоохранения.

## КАЗУСЫ (СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ)

### ИСТОРИЧЕСКИЕ КОРНИ БИОЭТИКИ: РЕЛИГИОЗНЫЕ И СВЕТСКИЕ ЭТИЧЕСКИЕ ТРАДИЦИИ В МЕДИЦИНЕ

1. Вавилонские врачи часто не были уверены в том, какое средство лучше применять, и пробовали на больном различные лекарства. Об этом свидетельствуют собрания рецептов, в которых для лечения однойединственной болезни предлагалось свыше 70 различных снадобий.

Оцените данную практику с позиций биоэтики.

1. Каким принципом руководствовались вавилонские врачи в своей практике?
2. Какая этическая теория может быть использована в качестве моральной аргументации для оправдания подобной практики вавилонских врачей?
3. Каким принципам и правилам биоэтики противоречит данная практика вавилонских врачей?
4. В соответствии с какими правилами, принципами и теориями биоэтики вы бы выстроили моральную аргументацию осуждения подобной практики?
5. Какая модель взаимоотношений врача и пациента зафиксирована в данном казусе?

2. Одна из статей законов царя Хаммурапи гласит: «Если врач, делая кому-нибудь тяжёлый надрез бронзовым ножом, излечит [этого] человека или, снимая с чьего-нибудь глаза бельмо бронзовым ножом, вылечит глаз этого человека, то он получает 10 сиклей серебра.

Если врач, делая кому-нибудь тяжёлый надрез бронзовым ножом, причинит смерть [этому] человеку или, снимая с чьего-нибудь глаза бельмо бронзовым ножом, повредит глаз [этого] человека, то ему должно отсечь руки».

Для сравнения отметим, что плата за хороший дом составляла в Вавилонском царстве пять сиклей серебра. В законах Хаммурапи имеются статьи, высоко оценивающие труд хирурга, а также карающие их за неудачные операции отсечением рук, но в этих законах нет соответствующих статей о работе терапевтов, об их неудачах и пр.

Дайте оценку данной статье законов царя Хаммурапи в свете биоэтики.

1. Какое качество врача-хирурга было приоритетным?
2. В какой мере это качество присуще современным врачам?
3. Какие принципы биоэтики затрагивает данная статья законов?
3. В Аюрведе Чарака приводится проповедь, которую врач-учитель произносил перед своими учениками на торжественной церемонии, посвященной окончанию их обучения.

«Если вы хотите достичь успеха в своей деятельности, богатства и славы и небес после смерти, вы должны молиться каждый день, вставая от сна и отходя ко сну, о благополучии всех существ, особенно коров и брахманов. И вы должны всей душой стремиться к исцелению больного, вы не должны предавать своих больных даже ценою собственной жизни... вы не должны пьянствовать, не должны творить зло или иметь злых товарищей... Ваша речь должна быть приятной... Вы должны быть рассудительны и всегда стремиться совершенствовать свои знания.

Когда вы идёте в дом больного, вы должны направить свои слова, мысли, разум и чувства ни к чему иному, кроме как к своему больному и его лечению... Ни о чём из того, что происходит в доме больного человека, не следует говорить никому, кто, пользуясь полученными знаниями, мог бы повредить больному или другому».

Проанализируйте текст с позиции современных требований к врачу.

1. Какими нравственными принципами руководствовались индийские врачи в своей профессиональной деятельности?
2. Какие из этих принципов трансформировались в принципы или правила биоэтики и в какой формулировке?
3. Какая модель взаимоотношений врача и пациента зафиксирована в данном тексте?
4. Используют ли современные врачи в своей практике эту модель?
5. Какими были бы достоинства и недостатки этой модели в современных условиях?

4. В Древней Индии представителям высшего медицинского сословия (вайдия) разрешалось выбирать себе 3-4 учеников 12 лет из трёх высших варн (брахманы, кшатрии, вайшьи) и обучать их до 17-18 лет. К ученикам предъявлялись очень высокие требования. Они весьма основательно изучали все медицинские специальности. «Врач, неискусный в операциях, приходит у кровати больного в замешательство, подобно трусливому солдату, впервые попавшему в сражение; врач же, умеющий только оперировать и пренебрегающий теоретическими сведениями, не заслуживает уважения и может подвергать опасности даже жизнь царей.

Каждый из них владеет только половиной своего искусства и похож на птицу с одним только крылом».

1. Как бы вы оценили эти требования с позиций биоэтики?
2. В каких моральных обязательствах современных врачей они находят отражение?
3. Проанализируйте эти требования с позиций моральных обязательств *Prima facie* У.Д. Росса.

5. В Древнем Египте существовало требование, чтобы пациенту сразу было сообщено одно из трёх возможных мнений врача о его болезни: 1) болезнь, которую я буду лечить; 2) болезнь, с которой буду бороться; 3) болезнь, которую нельзя вылечить.

1. Как вы оцениваете данные требования?

2. Как вы оцениваете эту моральную норму с позиций биоэтики?

3. Какое правило биоэтики напоминает эта норма врачебной этики Древнего Египта?

6. О великом древнегреческом враче Гиппократе (460-377 гг. до н.э.) сохранилось предание: персидский царь Артаксеркс приглашал его для лечения своих подданных, обещая за это дать золота «сколько он захочет». Гиппократ ответил, что богатством персов ему не приличествует наслаждаться, так же как прекращать болезни варваров - врагов эллинов.

Оцените данную ситуацию с позиций биоэтики.

1. Прав ли был Гиппократ, отказав в оказании медицинской помощи противнику?

2. Какую проблему биоэтики затрагивает описанный поступок Гиппократа?

3. Какой принцип современной медицинской этики запрещает врачу поступать подобным образом? В каком медицинском документе он сформулирован? Раскройте содержание этого принципа.

7. В сравнительных жизнеописаниях Плутарха приводится рассказ о том, как в Древней Спарте реализовались законы Ликурга в отношении новорождённых детей: «Если же ребенок был тщедушным и безобразным, его отправляли к апотетам [*так называли обрыв над морем*], считая, что его жизнь не нужна ни ему самому, ни государству, раз ему в самом начале отказано в здоровье и силе...»

Дайте оценку практике отношения к человеческой жизни в Древней Спарте.

1. К какому виду эвтаназии относится такая практика?

2. Какая этическая теория наилучшим образом подходит для моральной аргументации против эвтаназии?

8. Римский патриций Авл Корнелий Цельс (I в. до н.э. - I в. н.э.), интересовавшийся и занимавшийся практической медициной, приводит в своих книгах «О медицине» рассказ о том, что александрийские врачи Герофил и Эразистрат, жившие на рубеже IV и III веков до н.э., «...производили вскрытие живых людей, преступников, полученных из тюрем от царской власти, и, пока ещё оставалось дыхание, рассматривали то, что природа раньше скрывала от глаз». Цельс приводит мнение, что это нельзя считать жестокостью, так как «ценой мучений преступников, и притом немногих, открываются лечебные средства для множества незапятнанных преступлений людей всех веков».

Дайте оценку этим действиям с позиций биоэтики.

1. Какими этическими принципами руководствовались александрийские врачи?
2. Какая этическая теория оправдывает подобные действия?
3. Какие принципы биоэтики регламентируют современные медикобиологические исследования, включающие опыты на людях?
4. В каком международном документе они сформулированы?

9. В эпоху Средневековья в системе инквизиции важное место занимали врачи. После пыток они залечивали раны, так как возводить еретика на костер надлежало невредимым. Врач-инквизитор, по существу, был помощником палача. От его «искусства» пытать подсудимого зависели результаты следствия. Одновременно он следил за тем, чтобы обвиняемый не скончался раньше времени.

1. Как вы оцениваете подобные действия врача?
2. Какие позиции сегодня занимает христианство в отношении участия врача в пытках?
3. Каковы позиции международного и отечественного права?

10. Выдающийся врач, математик и механик эпохи Возрождения Дж. Кардано (1501-1578) увлекался астрологией и составлял гороскопы. Когда он был приглашён к больному английскому королю Эдуарду VI, то, как врач, сразу увидел симптомы неблагоприятного исхода болезни. Однако в гороскопе, составленном по требованию придворной знати, которую волновала не болезнь короля, а исход, Кардано предсказал тому долгую жизнь. Король вскоре умер, и Кардано оправдывался тем, что не смог в достаточной мере оценить расположение созвездий и их влияние на судьбу короля.

Дайте оценку морального выбора Дж. Кардано.

1. Возможна ли подобная ситуация в современной медицине?
2. Какими принципами врачебной этики руководствовался Дж. Кардано?
3. Какой из этих принципов входит в состав принципов биоэтики?

11. В 1537 году у английской королевы Джейн Сеймур началась преждевременная родовая деятельность, которая не прогрессировала. Доктора могли провести кесарево сечение (без применения анестетиков, так как их тогда не было) или позволить плоду умереть. Первый вариант подразумевал неизбежную смерть матери. Об этом было сообщено супругу Джейн, королю Генриху VIII, который приказал врачам «спасти ребёнка любыми средствами, а другую женщину мы сможем найти». Через двенадцать дней после извлечения недоношенного младенца в полной тайне Джейн умерла, вероятно, от перитонита. Появились слухи, поэты пели баллады в её память, обыватели восхваляли её, и все тайно осуждали короля Генриха VIII за «кесарское убийство». Ребёнок стал

королём Эдвардом VI, краткое правление которого помогло утвердиться протестантизму в Англии.

Проанализируйте этот случай:

- 1) в свете принципа «двойного эффекта»;
- 2) в свете христианской этической традиции;
- 3) в свете этических принципов, сформулированных в Женевской декларации.

12. Один из основоположников научной анатомии Андрей Везалий (1514-1564) был вынужден похищать трупы казнённых с виселиц и кладбищ, чтобы изучить строение человеческого тела. Так поступали и многие другие учёные той эпохи.

Дайте нравственную оценку таким действиям.

1. Считаете ли вы нравственными действия врача?
2. Аргументируйте свою позицию.

13. Энн Грин, незамужняя девушка из Оксфорда, забеременела, будучи соблазнённой внуком своего хозяина. Она родила недоношенного ребёнка и тайно захоронила его. Но об этом её поступке стало известно, и Энн была арестована. 14 декабря 1650 года «она пробыла, будучи повешенной за шею, в этом состоянии около получаса» за преступление, связанное с детоубийством. Несколько часов спустя два врача, у которых имелось разрешение на вскрытие её тела, вскрыли гроб и обнаружили, что она дышит. «Ощущая наличие жизни, а также из человечности, как и по обязанности, налагаемой на них профессиональным долгом. они пытались оживить её», - писал сэр Кристофер Врен, в то время студент Оксфорда. Он пояснял: «они выдернули её зубы и вдвали в неё горячее дыхание, они щекотали её горло пером». Энн выжила.

1. Какими этическими принципами руководствовались врачи, спасая казнённую Энн Грин?
2. О каком моральном обязательстве врача, налагаемом профессиональным долгом, писал сэр Кристофер Врен?

14. Научный подход к вакцинации от оспы связан с именем замечательного врача Э. Дженнера (1749-1823). Используя содержимое нарывов у людей, перенёсших коровью оспу, он сделал первоначально прививки своим детям, а затем сыну крестьянки Филиппу. Через год после этого Дженнер подверг заражению оспой ранее привитых людей, и все они остались невредимыми. Прививка прочно предохраняла человеческий организм от страшной болезни.

1. Насколько этичным, с вашей точки зрения, был поступок Дженнера - проверка метода на людях?
2. Каким этическим принципом руководствовался Э. Дженнер?

3. Какая этическая теория может послужить в качестве моральной аргументации оправдания эксперимента на людях?

4. Какая этическая теория может быть использована в качестве моральной аргументации осуждения эксперимента на людях?

15. Основоположнику оспопрививания Э. Дженнеру предложили на выгодных условиях запатентовать своё открытие. Отказавшись, он написал: «У меня, как человека, в ходе мучительного и трудного поиска сумевшего бросить луч на предмет, который может добавить счастье каждому существу, вызывает негодование предложение сделать этот успех предметом меркантильного торга для себя и своей семьи».

1. Дайте нравственную оценку поступку Э. Дженнера.

2. Как бы вы поступили на месте Дженнера?

16. Американский хирург Уэллс 2 декабря 1844 года впервые в мире произвёл операцию удаления зуба с применением обезболивания закисью азота. Проведя ещё 15 безболезненных операций удаления зуба, Уэллс организовал операцию для публичного доказательства своего открытия. Однако демонстрация не удалась - наркоз «веселящий газ» пошёл в демонстрационный зал и вызвал веселье у присутствующих. Через некоторое время Уэллс в отчаянии покончил с собой.

1. Имел ли право Х. Уэллс на такой поступок?

2. Проанализируйте поступок Уэллса в свете:

а) деонтологической теории И. Канта;

б) утилитаристских теорий.

17. Выдающемуся французскому микробиологу и химику Луи Пастеру (1822-1895) принадлежит величайшее открытие в медицине XIX века - профилактическая вакцинация против бешенства. В поисках

возбудителей бешенства Пастер и его ученики проводили опыты с бешеными собаками. Эксперимент состоял в следующем. Полагая найти микробов в слюне бешеных собак, они вставляли в пасть животным трубочку и ртом высасывали пену, бившую изо рта больных собак. Это был опыт «лицом к лицу со смертью». Проанализируйте данную ситуацию.

1. Каким этическим принципом руководствовались Л. Пастер и его ученики?

2. Какими принципами сегодня должен руководствоваться исследователь?

3. В каком медицинском документе сформулированы принципы, регламентирующие эксперимент?

4. Приведите примеры подобных опытов.

18. В книге Д.Н. Жбанкова «О врачах» приводится случай, произошедший с парижским хирургом Фуше. Один приговорённый к смерти преступник внезапно заболел, казнь была отложена, и Фуше поручили лечить его. Через несколько недель Фуше представил следующее свидетельство: «Нижеподписавшийся сим заявляет

высокоблагородному Уголовному суду, что осуждённый в настоящее время совсем оправился и может быть предан смерти без всякого вреда для его здоровья».

Дайте нравственную оценку такому заявлению врача.

1. Проанализируйте данный казус в свете принципов и правил биоэтики.
2. Какие позиции занимает современное международное право в отношении участия врача в подобных ситуациях?

19. В 1899 году в журнале «Архив индийской медицины» был опубликован следующий случай: известный индийский врач добился разрешения властей провести эксперимент над осуждённым на казнь преступником. В день казни преступнику объявили, что казнь через повешение будет заменена менее позорной смертью - медленным обескровливанием в стенах тюрьмы. Осуждённому завязали глаза и привязали его к столбу. Затем на руках и ногах сделали лёгкие надрезы специальным пером и в ту же минуту из заранее приготовленных сосудов в тазы стали по каплям лить воду. Вначале находившиеся возле осуждённых люди разговаривали громко, ходили, затем стали ходить всё тише, и постепенно все звуки стихли. Несчастный осуждённый, думая, что в тазы течёт его кровь и что затихание звуков связано с обескровливанием, впал в шоковое состояние и умер.

1. Дайте этическую оценку подобным опытам.
2. Аргументируйте свою позицию известными вам правилами, принципами и теориями биоэтики.
3. Каковы требования биомедицинской этики к экспериментам на людях?

20. Эдвард Ленг предлагал воспользоваться содержащимися в тюрьмах преступниками для опытов над сифилитической заразой и антисифилитической сывороткой, поскольку «преступники долго остаются в тюрьмах и удобны для продолжительного наблюдения». По мнению профессоров, «этого не стоит делать насильно, а должно убедить преступников в пользе для людей таких опытов, так как каждый человек, не исключая преступников, способен к благородному самопожертвованию».

Дайте оценку этому мнению.

1. Каким этическим принципом руководствовался Э. Ленг?
2. Какими этическими принципами руководствовались профессора?
3. Дайте анализ этого казуса в свете биоэтики.
4. В каких международных этических документах сформулированы нравственные принципы, которые должны соблюдать исследователи при экспериментах на людях?

5. Каковы позиции религий и религиозных конфессий по этому вопросу?

21. Создатель кибернетики Норберт Винер в книге «Творец и робот» писал: «Я допускаю, что даже в наше время встречаются случаи, когда врачи своим долгом считают не принимать меры для продолжения жизни бесполезной, невыносимо мучительной. Не лучше ли отказаться от перевязывания пуповины новорождённому уроду и облегчить смерть старику, страдающему от неоперированного рака и гибнущему от гипостатической пневмонии. вместо того, чтобы ценой нечеловеческих страданий ещё немного продлить его жизнь. Чаще всего такие вещи делаются без шума и с должным соблюдением приличий, и только когда какой-нибудь невоздержанный на язык дурак выбалтывает врачебную тайну, она становится достоянием газет и судов, поднимающих шум о "насильственном умерщвлении". Но что будет, если подобные решения станут не редкими и не предвиденными исключениями, а будут приниматься почти в каждом случае, связанном со смертельным исходом? Что будет, если каждый больной начнёт относиться к врачу не только как к спасителю, но и как к своему возможному палачу? Сможет ли человечество само выносить этот новый порядок вещей?»

1. Как бы вы ответили на вопросы, поставленные Н. Винером?
2. Объясните свою позицию, используя все уровни моральной аргументации: правила, принципы, теории биоэтики.
3. Какие позиции по этим вопросам занимают сегодня международное и отечественное право?

### ОТЕЧЕСТВЕННАЯ МЕДИЦИНА

22. Выдающийся русский учёный, врач Д.С. Самойлович (1746-1806) был одним из организаторов борьбы с эпидемиями чумы в России в

XVIII веке. Для доказательства эффективности дезинфицирующего действия средств, изобретённых Д.С. Самойловичем, для обеззараживания населения, одежды и посуды больных учёный надел на себя, затем на 7 приговорённых к смертной казни преступников одежду больных, умерших от чумы, которую дополнительно окуривали порошками. Все они остались живы и не заболели.

1. О каких нравственных качествах врача Д.С. Самойловича свидетельствует его поступок?
2. Каким этическим принципом руководствовался Д.С. Самойлович?
3. Какие этические теории, принципы и правила можно использовать для моральной аргументации его позиции?
4. Дайте анализ данного казуса в свете биоэтики.

23. Виднейшим представителем русской терапии 1-й половины

XIX века был профессор медицинского факультета Московского университета М.Я. Мудров (1776-1831). Этот выдающийся учёный, талантливый врач погиб, исполняя свой служебный долг, во время эпидемии холеры: он производил вскрытие трупа больного, зная возможность последствий такого действия.

1. Одобряете ли вы поступок М.Я. Мудрова?
2. Как представлял долг врача М.Я. Мудров в своей работе «Слово о благочестии и нравственных качествах гиппократова врача?»
3. Какими этическими принципами руководствовался М.Я. Мудров?
4. Руководствуются ли современные врачи этими принципами?

24. Известный русский терапевт Г.А. Захарьин (1829-1897) был приглашён лечить императора Александра III, болевшего хроническим воспалением почек. В последние месяцы своей жизни Александр III находился в Крыму под наблюдением Захарьина и известного берлинского клинициста Лейдена. Профессорам, лечившим императора, с самого

начала было ясно, что смерть его неизбежна, но им приходилось сочинять бюллетени, обнадеживающие двор, и в первую очередь самого императора, который до последнего дня своей жизни читал бюллетени о собственном здоровье, помещённые в русской и иностранной прессе. После смерти императора в придворных кругах распространились слухи о том, что Захарьин допустил грубые диагностические ошибки и неправильно лечил императора. В целях реабилитации Захарьин вынужден был дать публичное объяснение в газетах.

1. Проанализируйте казус в свете Факультетского обещания русских врачей и позиций православной церкви.
2. Считаете ли вы, что Г.А. Захарьин поступал правильно, выдавая неверные бюллетени о состоянии здоровья императора?
3. Что заставляло Г.А. Захарьина давать такие бюллетени?
4. Аргументируйте свою позицию, используя все уровни моральной аргументации.

25. Петербургскому педиатру К.А. Раухфусу (1835-1915) предстояло произвести операцию трахеотомии ребёнку. Родители ребёнка не давали согласия. Профессор предложил связать родителей, произвёл операцию и спас ребёнка. Случай этот дебатировался в Петербургском юридическом обществе. Выступивший на заседании юрист квалифицировал действия врача как двойное преступление: лишение свободы родителей и причинение ребёнку телесного повреждения. Раухфус же, не смутившись, воскликнул: «Я производил эти операции, не считаясь с волей родителей, и буду производить и впредь».

1. Дайте нравственную оценку действиям врача.
2. Проанализируйте данную ситуацию, как если бы она развёртывалась в современных условиях.
3. Какие правила, принципы и теории биоэтики можно использовать в качестве моральной аргументации оправдания врача?

26. В книге «Фёдор Петрович Гааз» описывается жизнь и деятельность тюремного врача Ф.П. Гааза (1780-1853). Фёдор Петрович опекал московскую тюрьму, в которой останавливались каторжники, пересыльные, шедшие по этапу в Сибирь. Он каждый день осматривал этих арестантов, чтобы определить, нуждаются они в лечении или нет. И очень часто Ф.П. Гааз совершенно здорового человека оставлял на несколько дней, недель в госпитале или тюрьме, если тот, например, нуждался просто в утешении или хотел подождать идущую вслед за ним по этапу жену. Этот доктор кончил свои дни в нищете и был похоронен на казённые деньги. В Москве на Введенском кладбище сохранился памятник

Ф.П. Гаазу. На пьедестале выбит девиз, которым всю жизнь руководствовался Ф.П. Гааз: «Спешите делать добро».

1. Актуален ли данный девиз для современной медицины?
2. В каком принципе биоэтики воплощён этот девиз?
3. Какая этическая теория обосновывает этот принцип биоэтики?

27. Факт из биографии знаменитого художника К.П. Брюллова (1799- 1852). На 47-м году жизни у Брюллова появились боли в области сердца, одышка, быстрая утомляемость. Лечивший его опытный домашний врач распознал заболевание аорты, он сообщил Брюллову, что предельный срок жизни больных с таким заболеванием - 5 лет. Брюллов умер от разрыва аорты точно к концу пятого года.

1. Можно ли отнести действия врача к ошибкам, провоцирующим ятрогенные заболевания?
2. Какой принцип биоэтики сегодня оправдывает сообщение больному подобной информации?
3. Как бы вы поступили на месте врача?

28. Известный профессор акушерства и гинекологии руководитель кафедры Петербургской медико-хирургической академии А.Я. Крассовский (1821-1898) оперировал молодую женщину с гигантской кистой яичника. Через 40 часов после операции пациентка умерла. На вскрытии выяснилось, что врач оставил в брюшной полости тампон из губки. А.Я. Крассовский детально описал этот случай в популярном врачебном журнале «Медицинский вестник» (№ 1, 1870), методично обсудив следующие

вопросы: «1. Когда и как попала губка в брюшную полость? 2. Были ли приняты надлежащие предосторожности для того, чтобы все губки были вовремя удалены из брюшной полости? 3. Насколько губка могла быть причиной несчастного случая? 4. Какие меры должны быть приняты для избегания подобных случаев на будущее время?» В заключение Крассовский рекомендует пересчитывать губки до и после операции, а также снабжать их длинными тесёмками, что и выполняется до сих пор.

1. Дайте этическую оценку поступку А.Я. Крассовского.

2. Проанализируйте данный случай:

а) в свете Факультетского обещания русских врачей;

б) в свете правил и принципов биоэтики.

29. В своих мемуарах выдающийся хирург С.С. Юдин (1891-1954) описал осмотр на дому молодой женщины, жены земского агронома Аршиневского: «лет 30-32, очень хорошо сложенная и красивая, в момент моего осмотра чувствовала себя совершенно хорошо, все боли прошли, пульс был нормальный, рвоты не было и самочувствие хорошее. я решил, что у больной кишечный завал, и рекомендовал дать касторку». Уже на следующий день разыгралась трагедия. «Мы застали Аршиневскую со ввалившимися глазами, заострившимся носом и мутным взглядом, пульса на руках не прощупывалось. Она умерла по пути в больницу». С.С. Юдин указывал: «Мне этот случай послужил уроком на всю жизнь, я его излагал много-много раз на лекциях сотням врачей и студентов. Может быть, это моё несчастье пошло другим на пользу». В другой работе С.С. Юдин пишет: «...за 35 лет моей хирургической деятельности накопилось пять-шесть, а то и целый десяток таких трагических ошибок, которые я не могу забыть десятилетиями и которые так глубоко потрясли моё сознание, чувство и совесть, что, вспоминая о них, я их снова переживаю, как вчера, как сегодня». Какого рода были эти ошибки? С.С. Юдин рассказывает: «при секвестротомии по поводу гнойного огнестрельного перелома плеча у солдата я перерезал лучевой нерв!» И ещё: «...вылущивая большие пакеты туберкулёзных желёз на шее у 17-летней крестьянской девушки, я, во-первых, поранил яремную вену и чуть не потерял больную от кровотечения (не умея зашить вену, которая то кровила рекой, то при вдохах пропадала из виду и тонула в лужах крови), а расширяя в отчаянии рану кверху, повредил *ramus marginalis mandibulae* лицевого нерва и тем скоротил ей физиономию».

1. Проанализируйте эти случаи с позиций Факультетского обещания русских врачей.

2. Как отличить врачебную ошибку от преступления?

3. Имеется ли связь между врачебными ошибками и поиском новых путей в развитии хирургии?

4. Какие нравственные качества присущи личности выдающегося хирурга С.С. Юдина, судя по этим казусам?

5. Что, на ваш взгляд, более ценно для общества: привлечение хирурга к ответственности и осуждение или поиск им новых путей в развитии хирургии?

30. Священномученик епископ Серпуховской Максим (М.А. Жижиленко, 1885-1931) родился в семье, в которой было 9 детей. Будучи студентом медицинского факультета Московского университета, он женился, но прожил с женой не более полугода: она умерла из-за осложнений, связанных с беременностью. Оба супруга ни под каким видом не захотели прервать эту беременность, хотя знали, что она грозит смертью и по законам Российской империи в таких случаях разрешался аборт. По окончании университета Михаил Александрович был врачом-психиатром, затем главным врачом Таганской тюрьмы в Москве. Он спал на голых досках, питался тюремной пищей и всё своё жалованье раздавал заключённым. Став епископом, он не мог не привлечь к себе внимания советской власти и в 1929 году был арестован, а 6 июля 1931 года расстрелян.

1. Проанализируйте случившееся с позиций медицинской этики и биоэтики.

2. Расцениваете ли вы смерть его жены как самоубийство или у вас есть другие трактовки случившегося?

3. Какие позиции в отношении аборта занимает сегодня православная церковь?

31. В операционной городской больницы уже много лет висела икона Божьей Матери, оборотясь на которую В.Ф. Войно-Ясенецкий (1877-1961) имел обыкновение осенять себя перед операцией крестным знаменем. В начале 1920 года одна из ревизионных комиссий приказала икону убрать, так как «операционная - учреждение государственное. У нас церковь отделена от государства. Если вашему хирургу хочется молиться, пусть держит икону у себя дома». В ответ на это Валентин Феликсович ушел из больницы и заявил, что вернётся только после того, как икону водворят на место. Вмешалось, однако, обстоятельство непредвиденное: крупный партиец привёз в больницу для неотложной операции свою жену. Женщина категорически заявила, что никакого другого врача, кроме Войно-Ясенецкого, не желает. «Войно вызвали в приемную, - пишет профессор Ошанин. - Он подтвердил, что очень сожалеет, но, согласно своим религиозным убеждениям, не пойдёт в операционную, пока икону не повесят обратно. Доставивший больную заявил, что даёт "честное слово", что икона завтра же будет на месте, лишь бы врач немедленно оперировал больную. Войно немедленно пошёл в хирургический корпус, оперировал женщину, которая в дальнейшем вполне поправилась. На следующее утро икона действительно висела в операционной».

1. Считаете ли вы действия врача этичными?

2. Аргументируйте свою позицию.

3. Как бы вы поступили в этой ситуации?
4. Какие принципы биоэтики оправдывают поступок ВойноЯсенецкого?
5. Какая этическая теория обосновывает эти принципы?

32. В 1947 году выдающимся отечественным микробиологом академиком АМН СССР П.Ф. Задорским была впервые получена противобруцеллёзная вакцина, которую учёный испытал на себе. Заразившись бруцеллёзом, он благодаря лично созданному препарату излечился. Позже учёный повторил опыт на близком человеке - жене, Е.М. Голиневич, - доказав, что новая вакцина служит лучшим средством борьбы с бруцеллёзом и создаваемый ею иммунитет намного прочнее иммунитета естественного. Вместе с Е.М. Голиневич П.Ф. Задорский в дальнейшем испытал в аутоэксперименте действие противостолбнячного анатоксина.

1. Оправданны ли аутоэксперименты в современной медицине? Приведите ещё примеры подобных экспериментов.
2. Какая этическая теория морально оправдывает поступок П.Ф. Задорского? Приведите аргументы.
3. Какая этическая теория осуждает данный поступок? Приведите аргументы.
4. Какие позиции по поводу экспериментов на людях в целом и аутоэкспериментов занимают:

- международное и отечественное право;
- международные этические документы;
- отечественные этические кодексы?

33. Академик Н.М. Амосов (1913-2002) в «Записках военного врача» описывает следующую ситуацию. К нему обратился молодой человек с переломом руки. Амосов сделал ему местную анестезию новокаином. Больной скончался: у него оказалась непереносимость новокаина. Амосова так потряс этот случай, что он решил покончить с собой, введя смертельную дозу морфина. Только случайность спасла ему жизнь.

1. Как вы оцениваете данную ситуацию?
  2. Проанализируйте данный случай в свете деонтологической теории И. Канта.
  3. Какую позицию в отношении самоубийства занимает христианская этическая традиция:
- православная;
  - католическая;
  - протестантская?

34. Случай, о котором рассказывает в своей книге «ППГ-2266» Н.М. Амосов, произошёл с ним в 1941 году. Красноармеец Георгиев, 24 лет, попал в госпиталь в 6 часов утра, на перевязку его отправили в 2 часа дня. Через три часа палатная сестра обратилась к дежурному

доктору с просьбой посмотреть Георгиева - «что-то он стал беспокоен, кричит, срывает повязку». Рядом находился Николай Михайлович, он сказал: «Сделать ему морфий, он просто невротат». В 8 часов вечера больного взяли опять в перевязочную, решив ампутировать ногу, но было уже поздно. Через час Георгиев умер.

1. Проанализируйте данный казус в свете теории моральных обязательств *Prima facie*.
2. Как должен был поступить врач?
3. В чём его ошибка?

35. В клинике, руководимой академиком Н.М. Амосовым, долгое время находился больной с тяжёлым пороком сердца. Положение больного было критическим: нарастали гипоксия, декомпенсация. В это время в травматологическое отделение поступила женщина с тяжёлой черепно-мозговой травмой в результате автомобильной катастрофы. Сначала возникло решение рискнуть пересадить здоровое сердце этой женщины тяжело больному. Начались приготовления к операции. Но Амосов не решился просить у родственников, оплакивающих эту женщину, её сердце. Больной через некоторое время умер.

1. Одобряете ли вы решение Н.М. Амосова не проводить операцию и тем самым обречь больного на верную смерть?
2. Соответствует ли эта система современным методам трансплантологии?
3. Дайте анализ этого случая в свете биоэтики.

36. В своей книге «Сердце и XX век» академик Е.И. Чазов пишет: «Очень сурова ответственность за чью-то жизнь. У меня на руках погибла женщина лет сорока - от инфаркта, обширного, тяжёлого, повторного. Пришлось мне идти в приёмное отделение - сообщать родственникам о её смерти. Спрашиваю: "Кто Ивановы..." И подходят ко мне мальчик и девочка. Ему лет 12, ей лет 11. Я спрашиваю: "Ну неужели нет кого-то ещё?" А девочка отвечает: "Нет, никого, только мама и мы". Один из самых жутких эпизодов моей врачебной жизни».

1. Как должен вести себя врач в данной ситуации?
2. Какими нравственными качествами он должен обладать, чтобы соответствовать своей высокой миссии?
3. В каких принципах биоэтики зафиксированы эти качества в виде моральных обязательств?

37. Лауреат Нобелевской премии в медицине В. Форсман: «Разве не чудовищна картина, которую мы сейчас наблюдаем? В одной операционной врачи в напряжении склоняются над больным, настолько тяжё-

лым, что его сердце и лёгкие подключены к аппарату "искусственное сердце-лёгкое". А в то же время в соседней операционной в том же напряжении пребывает другая группа врачей. Инструменты полностью готовы к операции. Врачи склоняются над своим молодым пациентом, который из последних сил пытается победить смерть. Но медики отнюдь не стремятся ему помочь: они ждут только одного: когда же, наконец, можно будет вскрыть это беззащитное тело и вытащить сердце, которое должно спасти кого-то другого».

1. Оцените данную ситуацию, связанную с пересадкой сердца, с точки зрения современной медицины и биоэтики.
2. Какой принцип биоэтики нарушают врачи во втором случае, не стремясь помочь пациенту?
3. Проанализируйте второй казус с точки зрения деонтологической теории И. Канта и теории добродетели Аристотеля.
4. Как должны поступить врачи в свете теории моральных обязательств *Prima facie* У.Д. Росса?

38. Известно, что жена Сталина Н.С. Аллилуева покончила с собой выстрелом из револьвера в висок. Истинную причину смерти знали А.Ю. Канель, главный врач Кремлёвской больницы, её заместитель Л.Г. Левин и профессор Д.Д. Плетнёв. Первые двое на следующее утро после самоубийства видели Н.С. Аллилуеву лежащей в постели с огнестрельным оружием на виске. Им и Д.Д. Плетнёву «было предложено подписать медицинский бюллетень о смерти, последовавшей от аппендицита», и все трое отказались это делать. Бюллетень был подписан другими врачами, судьба же строптивых медиков сложилась трагически (А.Ю.Канель, правда, «успела умереть» в 1939 году...).

1. Оцените поведение медиков в этой ситуации в свете принципов биоэтики.
2. Какими личностными качествами обладали врачи, совершившие данный поступок?
3. Какими этическими принципами и правилами руководствовались врачи, отказываясь подписать ложный диагноз?
4. Входят ли эти принципы в состав принципов биоэтики?

39. Профессор В.Н. Виноградов (1882-1964) был личным врачом В.И. Сталина. В последние годы жизни Сталин «страдал гипертонической болезнью и атеросклерозом мозга. У него возникали время от времени расстройства мозгового кровообращения.». В свой последний визит к Сталину в начале 1952 года В.Н. Виноградов обнаружил резкое ухудшение здоровья своего пациента и сделал запись в истории болезни о необходимости

строго режима с полным прекращением всякой деятельности. Надо сказать, что после смерти Сталина диагноз, поставленный профессором Виноградовым, полностью подтвердился, но при жизни «вождя народов» профессионализм замечательного врача, помноженный на его политическую наивность, стоил ему свободы и мог стоить жизни: рекомендация его была расценена как попытка устранения Сталина от всякой активной деятельности, в том числе, разумеется, и политической. «Когда Берия, курировавший врачебное наблюдение над Сталиным, сообщил ему о заключении профессора Виноградова, тот пришёл в неопишумую ярость, закричав: "В кандалы его! В кандалы!" И профессор был арестован» - так вспоминает о начале «дела врачей» Я.Л. Рапопорт.

Вспомните об изоляции, в которой находился Ленин в последние месяцы жизни, и о роли Сталина в её осуществлении. Это поможет вам объяснить реакцию Сталина на рекомендации профессора Виноградова.

1. Проанализируйте этот казус с позиций биоэтики.
2. Какие принципы и правила биоэтики требуют от врача такого поведения, которое продемонстрировал профессор В.Н. Виноградов?
3. Какие этические теории обосновывают эти принципы и правила?
4. Какой этический международный документ требует именно такого поведения врача в подобных обстоятельствах?

40. В блокадном Ленинграде у врача одной из городских больниц во время бомбардировки погиб единственный сын. Охваченная горем и ужасом мать не смогла выйти на работу на дежурство в больницу, где её ждали обессиленные недугом и голодом больные люди. Главный врач больницы пришёл домой к своей коллеге и убедил её выйти на работу несмотря на горе.

1. Как бы вы поступили в подобной ситуации?
2. Прав ли был главный врач, пойдя на этот шаг?
3. Какими этическими принципами руководствовался главврач в своём поступке?
4. Какие этические принципы оправдывают позицию главврача?
5. Какая этическая теория защищает главврача в данной ситуации?

41. В годы Великой Отечественной войны заболел генерал, впоследствии маршал С.С. Бирюзов (1904-1964). Лечащий врач дал ему лекарство, а затем вдруг обнаружил, что медикамент больному противопоказан и доза опасна для жизни. Врач немедленно принял меры и заявил о произошедшем. Больному, однако, становилось хуже. Врача арестовали. Не без труда С.С. Бирюзова удалось спасти. Придя в сознание, больной приказал освободить врача из-под стражи. Он понял, как всё произошло, и распорядился закрыть дело, настояв на своём.

1. Дайте этическую оценку поведения врача.

2. Правильно ли он поступил, обнаружив свою ошибку?
3. Оцените поступок больного.
4. Как бы вы повели себя в подобной ситуации?

42. В книге профессора И.А. Кассирского (1898-1971) «О врачевании», посвящённой молодым врачам, приводится следующий эпизод. К известному учёному пришёл врач-аспирант и первым делом спросил: «Когда я обязан приходить и когда я могу уходить?» «Я остолбенел, - пишет учёный, - и рефлексивно ответил ему: "Вы можете уходить прямо сейчас и больше не приходить"».

1. Проанализируйте поведение врача-аспиранта в свете моральных обязательств современного врача.
2. Как вы оцениваете слова учёного?
3. Проанализируйте поступок И.А. Кассирского в свете фактических моральных обязательств и моральных обязательств *Prima facie*.

# ПРОБЛЕМЫ БИОЭТИКИ

## Казус 1

Ситуация: право на жизнь (пассивная эвтаназия). Новорождённый ребёнок страдает атрезией заднего прохода и болезнью Дауна. Немедленное хирургическое вмешательство, вероятно, позволит спасти жизнь новорождённого. Однако его интеллект со временем не превысит уровня четырёхлетнего ребёнка, а продолжительность жизни составит около 20 лет. Родители отказываются от операции, предпочитая, чтобы ребёнок умер естественной смертью.

А. Непроведение лечения (пассивная эвтаназия).

Б. Врачебная ответственность.

Какое решение вы примете, учитывая позиции, которые по этим вопросам занимают:

- международное право;
- отечественное право;
- этика;
- религиозная мораль:
  - православная;
  - католическая;
  - протестантская;
  - иудейская;
  - мусульманская;
  - буддийская.

Примерный алгоритм принятия решения

Международное право

А. Квалификация пассивной эвтаназии зависит от толкования содержания права на жизнь («право жить» или «право на качество жизни»). Действующее международное право не уточняет значения наречия «произвольно», используемого в ст. 6/1 Пакта о гражданских и политических правах: «Никто не может быть произвольно лишён жизни». Однако Декларация ООН о правах инвалидов и умственно отсталых (резолюция 2856/XXX и резолюция 3447/XXX) требует, чтобы они пользовались одинаковыми с другими людьми правами, и в особенности правом на жизнь. Но если не производить хирургическое вмешательство, то родительские права в отношении несовершеннолетнего ребёнка, признанные всеми международными институтами прав человека, вступают в противоречие с основным правом ребёнка на жизнь и даже перечёркивают его (см. ст. 8 Европейской конвенции о правах человека, ст. 17 и 23/1 Пакта о гражданских и

политических правах). Отказ родителей от защиты права ребёнка на жизнь, хотя и ограниченного врождённым заболеванием, означает, следовательно, лишение ребёнка жизни. Отказ от операции для врача равносителен неокказанию врачебной помощи, то есть пассивной эвтаназии.

Б. Врач наделён правом оказания возможной медицинской помощи, в том числе экстренной. Именно в этом состоит его профессиональный долг. Решение родителей оставить ребёнка без помощи не может служить основанием для отказа от операции.

Отечественное право

А. Согласно ст. 17 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан «государство гарантирует гражданам защиту от любых форм дискриминации, обусловленной наличием у них каких-либо заболеваний».

Б. Статья 45 Основ запрещает эвтаназию, в том числе пассивную.

### Этика

Международный кодекс медицинской этики гласит: «Врач должен действовать только в интересах пациента при оказании медицинской помощи...» Хельсинкская декларация: «Долг врача... - защита жизни». В 1950 году в Нью-Йорке ВМА категорически осудила эвтаназию. Позднее в Лиссабоне (1981) в Декларации о правах больного ВМА признала право больного на достойную смерть (п. «е»), а также на отказ от лечения (п. «с»). Венецианская декларация ВМА (1983) уточняет, что «врач никогда преднамеренно не лишит жизни пациента ни по его просьбе, ни по просьбе его семьи». Всеобщая декларация ЮНЕСКО о биоэтике и правах человека (2005) берёт под защиту уязвимые группы и будущие поколения (ст. 5, 7, 8, 14) и требует «недопущения их дискриминации и стигматизации», подчёркивая, что «интересы отдельного человека должны главенствовать над интересами собственно науки или общества». Исключения не допускаются даже в случае неизлечимой болезни или врождённых уродств. Биоэтика требует от врача руководствоваться не только принципом уважения права автономии личности пациента, но и принципами «делай благо» (милосердия), «не навреди», справедливости. Тем более что в данном случае мы имеем дело с суррогатным согласием. К тому же налицо конфликт принципов автономии, с одной стороны, и «не навреди» и «делай благо» (милосердия) - с другой. В этих условиях принцип автономии не является абсолютным, приоритетными становятся принципы «не навреди» и «делай благо».

Для аргументации данной позиции можно воспользоваться постулатами теории добродетели Аристотеля, деонтологической теории И. Канта (в частности, требованием всегда относиться «к человечеству в своём лице и в лице всякого другого так же, как к цели» и никогда не относиться «к нему только как к средству.»), а также теории моральных обязательств *Prima facie* У.Д. Росса (W.D. Ross), согласно которой «тот поступок является долгом, который при прочих равных условиях находится в согласии с более веским обязательством».

## Религиозная мораль

*Православная.* Как дар Божий жизнь есть моральное благо, доверенное индивиду и обществу, последние тем не менее не являются её абсолютными властителями. Ответственность индивида за сохранение жизни означает, что нам не дано право обрывать человеческую жизнь. Следовательно, защита и продолжение жизни являются ключевым аргументом в принятии решения о проведении операции.

*Католическая.* Корректирующее хирургическое вмешательство является законным и оправданным, так как относится к общепринятым терапевтическим средствам. Католическая мораль не приемлет отказа от терапии. В рассматриваемом случае с новорождённым эвтаназия приравнивается к убийству. Иное дело - отношение католиков к реанимации, особенно если она абсолютно бесперспективна. В 1957 г. глава римско-католической церкви папа Пий XII в журнале «Анестезист» впервые морально обосновал возможность прекращения реанимации у бесперспективных пациентов, предположив, что их душа уже отделилась от тела.

*Протестантская.* Здесь возможны различные позиции, поскольку протестантская этика сводится главным образом к этике ответственности личности и предполагает осмысление и толкование ситуаций и поступков. Другим важнейшим её положением является утверждение, что каждый человек - это носитель неотъемлемого достоинства. Человеческая жизнь не сводится к биологическому процессу, гуманистическим содержанием её наполняет любовь: гуманность проистекает из заботы о ближнем, в том числе когда речь идёт о рождении ребёнка, о его личности.

*Иудейская.* Как и нормальные дети, ребёнок с физическими недостатками имеет такое же право на жизнь. Тем более что в будущем у него может появиться шанс стать нормальным.

*Мусульманская.* Согласно исламу никто не имеет права посягать на свою или чью-либо жизнь. Даже в том случае, если интеллект человека останется на уровне четырёхлетнего ребёнка и сам он не проживёт более 20 лет, врач должен убедить родителей согласиться на операцию. Новорождённому, страдающему болезнью Дауна, должна быть сделана операция, если только она не сопряжена с угрозой для его жизни.

*Буддийская.* Основным принципом буддийской этики является принцип высшей святости человеческой жизни и любой формы существования вообще. Уничтожение жизни (своей или другого) стоит на первом месте среди отрицательных поступков человека.

## Казус 2

Ситуация: трансплантация органов. Мужчина 20 лет госпитализирован с тяжелейшей черепно-мозговой травмой. Подключён к жизнеобеспечивающим системам с целью забора органов для трансплантации. Смерть мозга констатирована бригадой врачей, независимой от трансплантологов. Мнения родственников по поводу забора органов разделились: одни члены семьи согласны, другие - возражают.

Какое решение вы примете с учётом позиций:

- международного права;
- отечественного права;
- этики;
- религиозной морали:
  - православной;
  - католической;
  - протестантской;
  - иудейской;
  - мусульманской;
  - буддийской.

Примерный алгоритм принятия решения

Международное право

В соответствии со ст. 12 (2) и (3) резолюции (78) 29 Комитета министров Совета Европы от 11 мая 1978 года «Унификация законодательств государств-членов в вопросах, касающихся забора и трансплантации человеческих тканей» трансплантация должна осуществляться в оснащённых необходимым оборудованием государственных или частных медицинских учреждениях силами персонала, имеющего соответствующую подготовку. Смерть констатируется врачом, не входящим в состав бригады, которая будет забирать орган для пересадки или производить трансплантацию. В ст. 11 говорится, что «после наступления смерти забор органа можно осуществлять даже при искусственном поддержании функций ряда органов, кроме мозга». В п. 38 отмечается, что «забор любого органа или ткани запрещён, пока функции мозга донора не прекратились полностью и необратимо. Государства могут, однако, требовать введения дополнительных критериев». Статья 10 гласит: «(1) забор органа не разрешается в случае явного или предполагаемого возражения со стороны покойного, в частности по религиозным или философским мотивам; (2) если такое возражение не было выражено прямо или косвенно, забор органа для пересадки разрешается. Однако государство может запретить проведение этой операции, если с учётом обстоятельств и после соответствующего опроса с целью выяснения мнения семьи покойного возникнут возражения.». Пункты 35-37 Приложения уточняют содержание ст. 10. Когда нельзя узнать волю покойного, «считается, что его согласие имелось, так как в большинстве государств-членов каждому известно о возможности взятия органов, и те, кто категорически возражает против этого, находят возможность сообщить своё мнение.». Статью 10 следует рассматривать как рассчитанную на отдалённую перспективу, а государства, которые пока ещё не готовы её принять, имеют возможность предусмотреть проведение опроса.

**Отечественное право**

Согласно ст. 9 Закона РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека» (1992) «органы и (или) ткани могут быть изъяты для трансплантации, если имеются бесспорные доказательства факта смерти, зафиксированного консилиумом врачей-специалистов. Заключение о смерти даётся на основе констатации необратимой гибели всего головного мозга (смерть мозга)». Закон, таким образом, принимает «гарвардский критерий» (1968), в соответствии с которым наступление смерти констатируется именно тогда, когда окончательно прекратилась активность мозга. При установлении диагноза смерти «в случае предполагаемого использования умершего в качестве донора запрещается участие трансплантологов и членов бригад, обеспечивающих работу донорской службы и оплачиваемых ею». Далее необходимо сохранить в жизнеспособном состоянии те органы и ткани донора, которые будут пересажены. Закон, таким образом, обращает специальное внимание на наличие конфликта интересов между реаниматологами и трансплантологами. Более того, Закон исходит из презумпции согласия: если врачам неизвестно мнение пациента по вопросу забора органов, предполагается его согласие. Проблема усугубляется Законом РФ «О погребении» (1996), в который заложена презумпция несогласия: забор тканей и органов покойного возможен только при наличии информированного согласия.

### Этика

Сиднейская декларация ВМА (1968) определяет условия констатации смерти врачами, не имеющими отношения к трансплантации (см. также Венецианскую декларацию (1983)). По вопросам искусственного поддержания жизни, забора и пересадки органов Сиднейская декларация отсылает к национальному законодательству, определяющему условия согласия. Венецианская же декларация требует, чтобы врач поступал в соответствии с законами страны или руководствовался выраженным или предполагаемым согласием квалифицированного специалиста. Декларация МКМО (Международная конференция медицинских организаций, 1983) касается только возражений со стороны семьи, не предлагая решения на тот случай, когда мнения членов семьи одинаковой степени родства расходятся. Классические принципы биоэтики, выделяющие в качестве центрального принцип уважения автономии личности пациента, требуют учёта мнений всех членов семьи, с тем чтобы информированное согласие представителей соответствовало принципу наилучших интересов покойного. Только в этом случае будет соблюден принцип уважения человеческого достоинства покойного, который является центральным в системах принципов П. Кемпа и 15 принципов ЮНЕСКО. Для аргументации своей позиции используйте утилитаризм правила, деонтологическую теорию И. Канта и теорию моральных обязательств *Prima facie* У.Д. Росса. Необходимо также выяснить, был ли покойный верующим и каковы были его религиозные убеждения.

### Религиозная мораль

**Православная.** «Наиболее распространённой является практика изъятия органов у только что скончавшихся людей. В таких случаях должна быть исключена неясность в определении момента смерти. Неприемлемо сокращение жизни одного человека, в том

числе через отказ от жизнеподдерживающих процедур, с целью продления жизни другого. Однако посмертное донорство органов и тканей может стать проявлением любви, простирающимся и по ту сторону смерти. Такого рода дарение или завещание не может считаться обязанностью человека. Поэтому добровольное прижизненное согласие донора является условием правомерности и нравственной приемлемости эксплантации. В случае если волеизъявление потенциального донора неизвестно врачам, они должны выяснить волю умирающего или умершего человека, обратившись при необходимости к его родственникам. Так называемую презумпцию согласия потенциального донора на изъятие органов и тканей его тела, закреплённую в законодательстве ряда стран, Церковь считает недопустимым нарушением свободы человека», - подчёркивается в Основах социальной концепции Русской Православной Церкви (гл. XII, п. XII.7). При этом отмечается: «Когда активная терапия становится невозможной, её место должна занять паллиативная помощь, а также пастырское попечение» (там же, п. XII.8). При пересадке органов православная церковь считает необходимым учитывать два решающих момента: во-первых, вред, который может быть причинён донору, во-вторых, нужды реципиента.

**Католическая.** С точки зрения католичества наш моральный долг - сохранять не только нашу жизнь, но и целостность наших тел. Мы имеем право дарить свои органы или разрушить их способность функционировать лишь в пределах благополучия тела. Забор органов допускается только при согласии членов семьи, занимающихся делами покойного, так как следует уважать их чувства и права.

**Протестантская.** Пересадка органов законна при условии, что в равной степени соблюдаются права и реципиента, и донора при уважении мнения семьи покойного.

**Иудейская.** Иудаизм положительно относится ко всему, что позволяет спасти жизнь человека, без каких-либо преимуществ одних перед другими. Поэтому жизнь реципиента не может считаться более ценной, чем жизнь донора, пусть даже обречённого.

**Мусульманская.** Ислам разрешает пересадку органов умершего человека при соблюдении следующих условий: 1) смерть должна быть установлена тремя врачами; 2) вознаграждение не выплачивается; 3) трансплантация осуществляется в медицинском центре; 4) покойный не делал никакого заявления о возражении против забора какого-либо органа. В рассматриваемом случае трансплантация возможна, если получено согласие близких родственников и если покойный ещё при жизни дал своё согласие.

**Буддийская.** Забор органов позволяет помочь ближнему. При заборе органов необходимо соблюдать условия: после клинической смерти следует ждать 3 дня, пока континуум сознания присутствует в физической оболочке человека.

### Казус 3

Ситуация: право на жизнь. Дискриминация и стигматизация. В онкологический центр госпитализирован мужчина 60 лет. Пять лет назад он перенёс операцию по поводу рака желудка, три года назад - по поводу лёгочного метастаза. В настоящее время

диагностирован церебральный метастаз. Родственники просят оперировать больного. Мнения врачей разделились.

Какое решение врачей будет морально оправданным с позиции:

- международного права;
- отечественного права;
- этики;
- религиозной морали:
  - православной;
  - католической;
  - протестантской;
  - иудейской;
  - мусульманской;
  - буддийской.

Примерный алгоритм принятия решения

Международное право

Право на жизнь носит абсолютный характер, поэтому сохранять жизнь человека необходимо всеми средствами.

Отечественное право

Статья 20 Конституции РФ гласит: «Каждый имеет право на жизнь».

Этика. Одиннадцатый принцип предоставления медицинской помощи гласит: «В интересах больного не может быть никаких ограничений права врача на выписку любых препаратов и назначение любого лечения, адекватного с точки зрения современных стандартов ("Двенадцать принципов предоставления медицинской помощи в любой системе здравоохранения», Венеция, 1983)». В Международном кодексе медицинской этики (Венеция, 1983) присутствует следующая формулировка: «С целью сохранения здоровья и жизни пациента врач должен использовать весь свой профессиональный потенциал». В ст. 10 Этического кодекса российского врача говорится, что «при оказании медицинской помощи врач должен руководствоваться исключительно интересами пациента, своими знаниями и личным опытом». Используйте для аргументации принципы биоэтики милосердия и «не навреди» (концепция информированного согласия), 9-й принцип биоэтики ЮНЕСКО «недопущение дискриминации и стигматизации», постулаты деонтологической теории И. Канта, теории моральных обязательств *Prima facie* У.Д. Росса, теории добродетели Аристотеля, теории оправдания добра В.С. Соловьёва. Если метастаз одиночный и он находится в доступном месте, операция может быть успешной. Отказ в операции может быть расценён как дискриминация данного больного по

возрастному признаку. В этом случае врачи нарушат 9-й принцип биоэтики ЮНЕСКО - недопущение дискриминации и стигматизации.

### **Религиозная мораль**

**Православная.** Защита и продолжение жизни являются ключевым аргументом в принятии правильного в моральном отношении решения.

**Католическая.** Моральная сторона возможного хирургического вмешательства при большом количестве метастазов рака должна быть глубоко осмыслена врачом. Врач должен дать оценку на основе принципа «двойного эффекта» (критерий «пропорциональной терапии»: какова будет польза для больного, какому риску он подвергается и к каким последующим страданиям пациента это может привести). В данном случае хирургическое вмешательство является недостаточно мотивированным с этической точки зрения.

**Протестантская.** Необходимо сделать всё возможное, чтобы человек до конца жизни смог остаться самим собой. Возникает сложный вопрос, связанный с личностью человека: как помочь пациенту в различные периоды его жизни, вплоть до смерти, сохранить его личность.

**Иудейская.** Врачи (как минимум 3 специалиста) должны вместе с семьёй рассмотреть все возможности. Если имеется хотя бы один шанс спасти жизнь этому человеку, необходимо сделать операцию. Если хирургическое вмешательство неизбежно приведёт к фатальному исходу и только причинит страдания больному, от операции следует воздержаться. Но в любом случае пациенту необходимо обеспечить должный уход.

**Мусульманская.** Ислам запрещает посягательство на жизнь человека. Долг врача - спасти жизнь человека, а не укорачивать. Операция возможна, если она не угрожает жизни пациента.

**Буддийская.** Согласно буддизму следует избегать реанимационных мероприятий и интенсивного терапевтического вмешательства, так как эти действия направлены против человеческого тела и являются формой насилия. Приближение смерти носит сущностный характер и по возможности должно быть тихим и безмятежным.

### **Казус 4**

Ситуация: природные катастрофы. В марте 2011 года произошло землетрясение в Японии. Оно сопровождалось цунами (внезапными сильными морскими приливами). Были разрушены источники энергии, в том числе атомная станция на острове Фукусима, а также склады медикаментов, средства коммуникации. Необходима международная помощь: медикаментозная и врачебная.

Каковы моральные обязательства врача по оказанию международной помощи в случае катастроф и стихийных бедствий в свете:

- международного права;

- отечественного права;
- этики;
- религиозной морали:
  - православной;
  - католической;
  - иудейской;
  - мусульманской;
  - буддийской.

Примерный алгоритм оказания медицинской помощи (действий врача)

### **Международное право**

Договорённости между странами предусматривают оказание взаимопомощи в случае природных катаклизмов.

### **Отечественное право**

Статья 1 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан (1993) гласит: «Государство гарантирует охрану здоровья каждого человека в соответствии с Конституцией РФ и общепризнанными принципами и нормами международного права и международными договорами Российской Федерации».

#### **Этика**

В случае катастроф, стихийных бедствий и ядерной войны врач должен выполнять свои профессиональные обязанности и оказывать срочную помощь без различия пола, расы, национальности, религии, убеждений. Врач оказывает помощь до тех пор, пока это необходимо (ВМА, Гавана, 1956). Женевская декларация видит долг врача в абсолютном уважении человеческой жизни, не позволяющем «соображениям религиозного, национального, расового, партийно-политического и социального характера» встать между врачом и пациентом (ВМА, 1948, 1983). К недопущению дискриминации и стигматизации, к солидарности и сотрудничеству обязывают врача 9-й и 11-й принципы биоэтики ЮНЕСКО (2005). Классические принципы биоэтики - уважение автономии личности и её человеческого достоинства, милосердие, непричинение вреда и справедливости - должны быть основополагающими в деятельности врача при оказании помощи в чрезвычайных ситуациях. ВМА рекомендует врачу воздерживаться от проведения интенсивного терапевтического лечения безнадежно больного человека, в частности в условиях ядерной войны, принимая во внимание возможную нехватку средств. Но врач обязан облегчать страдания умирающего с помощью успокаивающих, болеутоляющих и других средств (ВМА, Венеция, 1983). Религиозная мораль

**Православная.** В главе XVI Основ Русской Православной Церкви говорится: «Христианский идеал поведения народа и правительств в сфере международных

отношений заключается в "золотом правиле": "Во всём, как хотите, чтобы с вами поступали, так поступайте и вы с ними"» (Мф. 7.12).

**Католическая.** Международная помощь обязательна с моральной точки зрения и вытекает из принципов социальной общности и вспомоществования (Gaudium et Spes, п. 86). В этом отношении международные институты могут оказать огромную услугу человеческому роду, «и церковь приветствует дух подлинного братства, расцветающий среди христиан и нехристиан» и усилия по облегчению огромных страданий (Gaudium et Spes, п. 84).

**Протестантская.** Исходит из принципа взаимозависимости: все люди живут в одном мире, части которого взаимозависимы; происходящее в одном месте обязательно отражается или отразится (положительно или отрицательно) на событиях в других частях планеты. Во все времена народная мудрость, записанная в Евангелии, гласила: «И как хотите, чтобы с вами поступали люди, так и вы поступайте с ними» (Лк. 6.31). Вера развивает это правило взаимности и зовёт к бескорыстию и любви.

**Иудейская.** Понятия милосердия и справедливости являются основополагающими в Библии, они побуждают нас бороться с нищетой и социальным неравенством. Во всех случаях и независимо от политического режима пострадавшей от стихийного бедствия страны международные медицинские организации обязаны выполнить свой долг по оказанию неотложной помощи и лечению независимо от причин катастрофы.

**Мусульманская.** В 5-й суре, аят 8, и 60-й суре, аят 8, говорится о «единстве человечества» и содержится призыв к взаимопониманию, сотрудничеству и справедливости в отношениях между народами. «Люди одинаковы, как зубья гребня» - говорится в одном из хадисов.

**Буддийская.** Придерживается принципов, сходных с таковыми других религий.

## Казус 5

Ситуация: участие врача в геноциде. Во время военных действий против оппозиции в одной из арабских стран врачей, выполнявших свой профессиональный долг в составе вооружённых сил на стороне власти, обвинили в геноциде.

Какими принципами должен руководствоваться врач во время военных действий в свете:

- международного права;
- отечественного права;
- этики;
- религиозной морали:
  - православной;
  - католической;
  - протестантской;
  - мусульманской;

- буддийской.

Примерный алгоритм действия врачей во время военных действий

### **Международное право**

Конвенция ООН о недопущении геноцида и наказании за него (09.12.1948; 12.01.1951), четыре Женевские конвенции 1948 года о праве ведения войны и два Дополнительных протокола (12.08.1977), Конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации (21.12.1965; 04.01.1969), Международная конвенция о ликвидации апартеида и наказании за него (30.11.1973; 18.07.1976), Рамочный договор о запрещении применения в ходе военных действий некоторых видов «токсического» оружия (Нью-Йорк, 10.10.1980) запрещают любые формы участия врача в геноциде (то есть в осуществляемом или намечаемом массовом уничтожении людей), равно как и подстрекательство к геноциду и любое содействие ему. Этот запрет распространяется как на врача, исполняющего свои служебные обязанности, так и на медика, выступающего в качестве частного лица.

### **Отечественное право**

В ст. 1 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан (1993) говорится, что «государство гарантирует охрану здоровья каждому человеку в соответствии с Конституцией РФ и... общепризнанными принципами и нормами международного права и международными договорами Российской Федерации».

### **Этика**

Международный кодекс медицинской этики обязывает врача с уважением относиться к жизни, действовать во благо пациента, ставить во главу угла сострадание и уважение к человеческому достоинству пациента и, следовательно, проявлять гуманность (ВМА, Лондон, 1949; доп. Сидней, Австралия, 1968; Венеция, Италия, 1983). Женевская декларация содержит клятву врача, в которой есть требование: «...не позволить соображениям религиозного, национального, расового, партийнополитического и социального характера встать между мной и моим пациентом». Заканчивается клятва словами: «Я буду проявлять абсолютное уважение к человеческой жизни с момента зачатия и никогда, даже под угрозой, не использую своих профессиональных знаний в ущерб нормам гуманности. Я принимаю эти обязательства обдуманно, свободно и честно» (ВМА, Женева, 1948; доп. Сидней, Австралия, 1968; Венеция, Италия, 1983). Токийская декларация (1975) запрещает любое участие врача в геноциде. В преамбуле к Токийской декларации говорится, что «привилегия врача состоит в служении человечеству. Он обязан сохранять и восстанавливать физическое здоровье людей без какой-либо дискриминации, облегчать страдания своих пациентов. Врач обязан проявлять абсолютное уважение к жизни человека, начиная с момента его зарождения, и никогда, даже под угрозой, он не должен использовать свои профессиональные знания против гуманности». Лиссабонская резолюция (1981) гласит: «Участие врачей в смертной казни противоречит врачебной этике». Нормы врачебной этики на период вооружённых конфликтов (приняты ВМА в Гаване (1956), изменения внесены в 1983 году в Венеции) обязывают врачей оказывать медицинскую помощь и обеспечивать защиту жизни и здоровья без различия расы, пола, национальности, политических или религиозных убеждений (пп. 2 и 4). ВМА запрещает любое участие врача в геноциде (Женева, 1947; Гавана, 1956; Токио, 1975).

Выстройте аргументацию своей позиции в соответствии с теориями добродетели (Аристотеля и современными), деонтологической теорией И. Канта (вспомните три формулировки категорического императива), нравственной философией В.С. Соловьёва, теорией *Prima facie* У.Д. Росса, принципом «благоговения перед жизнью» А. Швейцера, классическими принципами биоэтики: уважения автономии пациента и его человеческого достоинства, «делай благо» и «не навреди», справедливости, с 15 принципами биоэтики ЮНЕСКО, обратив особое внимание на 6-й, 8-й, 9-й.

### **Религиозная мораль**

**Православная.** Православная церковь исходит из того, что «война является физическим проявлением скрытого духовного недуга человечества», поэтому убийство является тяжким грехом перед Богом (Основы социальной концепции Русской Православной Церкви, гл. VIII «Война и мир», пп. VIII.1-VIII.3). Признавая войну злом, церковь считает, что и «сражающийся человек не должен терять своего нравственного облика... Гуманное отношение к раненым и пленным у христиан основывается на постулате апостола Павла: "Если враг твой голоден, накорми его; если жаждет, напой его... Не будь побеждён злом, но побеждай зло добром" (Рим. 12. 20-21)» (там же, п. VIII.3). Профессиональный долг врача церковь видит в сохранении человеческой жизни (там же, гл. XII «Проблемы биоэтики», п. XII.8), поэтому врач не должен принимать участия в геноциде.

**Католическая.** Католическая церковь осуждает всё, что противоречит жизни и оскорбляет человеческое достоинство, геноцид в том числе (*Gaudium et Spes*, 1966). Поэтому врачу строго запрещается принимать участие в геноциде как действию, незаконном по своей сущности.

**Протестантская.** Не допускается даже попытки постановки такой проблемы для врача. Участие врача в геноциде исключено.

**Иудейская.** Отрицательный ответ содержится в Талмуде.

**Мусульманская.** Коран даёт определённо отрицательный ответ (аят 32 5-й суры).

**Буддийская.** Придерживается точки зрения, сходной с другими религиями.

### **Казус 6**

Ситуация: новые репродуктивные технологии. ЭКО. Супружеская пара обратилась в Центр репродуктивного здоровья за помощью. Женщина абсолютно бесплодна: у неё отсутствуют яичники. Муж страдает азооспермией. Для оплодотворения необходимо обращение к донору.

Какие действия врача будут оправданы с позиций:

- международного права;
- отечественного права;
- этики;

- религиозной морали:
  - православной;
  - католической;
  - протестантской;
  - мусульманской;
  - буддийской.

Примерный алгоритм врачебных действий

### **Международное право**

В настоящее время нет никаких запрещающих норм в отношении медицинских практик, связанных с рождением человека с помощью ИОМ, ИОД и ЭКО. Запрет существует лишь в отношении клонирования. Имеются директивы Парламентской ассамблеи Совета Европы (1969), резолюции Европейского парламента и решения Комиссии по правам человека (1969), в которых указывается, что на «эмбрион и зародыш человека при всех обстоятельствах распространяется требование уважения человеческого достоинства». Пункт 4 резолюции 372/88 гласит: «Следует, используя для этого соответствующие приёмы и методы, экономно расходовать эмбрионы при оплодотворении *in vitro*». В пп. 5 и 6 этой же резолюции определяются условия сохранения эмбрионов, а также подчёркивается, что «коммерческие сделки *запрещаются под страхом судебного расследования*». Сегодня во многих странах законодательно закреплено отцовство за мужем, давшим добровольное согласие на искусственное оплодотворение жены. Отечественное право

Статья 35 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан гласит: «Каждая совершеннолетняя женщина имеет право на искусственное оплодотворение и имплантацию эмбриона» (1993). В 1990 году принята юридическая норма, согласно которой «отцовство закреплено за мужчиной, давшим добровольное согласие на искусственное оплодотворение жены». Что касается суррогатного материнства, то по российскому законодательству матерью ребёнка считается женщина, давшая письменное согласие на имплантацию ей эмбриона. Сложно решается вопрос о судьбе «избыточных» эмбрионов (если беременность наступает с первого раза, то «избыточные» оплодотворённые яйцеклетки оказываются лишними). Они могут быть разморожены - в этом случае их ждёт гибель, могут стать предметом донорства или объектом научных исследований. Российское законодательство оставляет решение этого вопроса на усмотрение врачей.

### **Этика**

Всемирная медицинская ассоциация положительно отнеслась к деторождению с помощью медицины. В Мадридской декларации 1987 года ВМА уточнила: а) полученное

согласие должно относиться и к предполагаемому способу; б) пациенты имеют право на соблюдение тайны и

невмешательства в личную жизнь. ВМА рекомендует не вмешиваться в процесс выбора пола зародыша, кроме тех случаев, когда вмешательство позволяет избежать тяжёлых наследственных заболеваний. ВМА запрещает любой коммерческий подход. Исходя из теории моральных обязательств *Prima facie* в медицинском контексте, врач обязан содействовать улучшению положения пациента (5-е моральное обязательство *Prima facie* - благодеяния, или *beneficence*). Более того, это совпадает с фактическим долгом врача: делать добро. Эмбрион должен пользоваться защитой. ВМА разработала правила ЭКО, в том числе и неиспользования в исследовательских целях оплодотворённых, но не пересаженных яйцеклеток (Брюссель, 1985). Большинство банков спермы предоставляют её только сложившимся супружеским парам, состоящим из лиц разного пола.

Религиозная мораль

**Православная.** «К допустимым средствам медицинской помощи может быть отнесено искусственное оплодотворение половыми клетками мужа, поскольку оно не нарушает целостности брачного союза, не отличается принципиальным образом от естественного зачатия и происходит в контексте супружеских отношений», - подчёркивается в Основах социальной концепции Русской Православной Церкви (гл. XII, п. XII.4). Православная церковь признаёт человеческое достоинство за эмбрионом, поэтому она считает «нравственно недопустимыми... все разновидности экстракорпорального (внетелесного) оплодотворения, предполагающие заготовление, консервацию и намеренное разрушение «избыточных» эмбрионов» (там же). Противоестественно с православной точки зрения суррогатное материнство, оно морально недопустимо даже в том случае, когда осуществляется на некоммерческой основе (там же).

**Католическая.** Католическая мораль отрицательно относится к искусственному оплодотворению, так как в супружестве различают акт деторождения и брачный союз. Практика обращения к донору, не являющемуся участником брака, по словам папы Пия XII, «абсолютно осуждается как аморальная».

**Протестантская.** Важно только одно: право ребёнка иметь отца и мать.

**Иудейская.** Допускается оплодотворение спермой мужа. Хагига 15 «а» Талмуда является основой для легализации искусственного осеменения. Подавляющее большинство раввинов категорически осуждает любое оплодотворение спермой от донора, не являющегося мужем женщины. Суррогатное материнство полностью запрещено.

**Мусульманская.** Искусственное оплодотворение разрешается только законным супругам при взаимном согласии.

**Буддийская.** Процесс рождения может осуществляться различными способами. Однако ЭКО неприемлемо в силу разрушения оплодотворённых яйцеклеток или их

хранения в криогене, поскольку согласно буддизму континуум сознания возникает с первого мгновения оплодотворения. Но если это уже произошло, то эмбрион *in vitro* - это зародыш жизни, и он должен пользоваться такой же защитой, как человек. Дети, зачатые *in vitro*, и дети, рождённые естественным путём, должны на всех уровнях пользоваться статусом равенства. Институт суррогатного материнства допускается, если это не связано с ЭКО.

### Казус 7

Страшная медицинская ошибка была допущена в Британии, она привела к непоправимым для пациента последствиям. Медсестра Виолетта Эйлвард по ошибке отключила своему больному систему вентилирования лёгких. Тридцатисемилетний Джейми Меррет в 2002 году попал в тяжёлую автомобильную аварию и был парализован. Жил дома, подключённый к системе жизнеобеспечения. Сохранял ясность рассудка, мог говорить, передвигался на инвалидной коляске и пользовался компьютером, применяя голосовые команды. Однако 21 минута с отключённой системой жизнеобеспечения нанесла непоправимый ущерб его мозгу. Его сестра Каррен Рейнольдс говорит: «Теперь его жизнь изменилась. Да это уже и не жизнь. Он был умным, с ним можно было подолгу беседовать, а теперь его рассудок стал примитивным». Трагическое отключение произошло в январе 2009 года. Каррен Рейнольдс так и не дождалась, чтобы кто-то взял на себя ответственность, и обратилась в суд. Агентство, которое по контракту с госслужбой здравоохранения предоставило сиделку, до сих пор якобы ведёт расследование. Виолетта Эйлвард отстранена от работы.

1. Дайте этическую оценку этого случая в свете биоэтики.
2. Известны ли вам подобные «ошибки» в системе отечественного здравоохранения?
3. Приведите примеры.

### Казус 8

Предположим, исследователя интересует получение информации о функционировании мозга. Он может изучить большую её часть, систематически расстраивая мозг одного человека и тщательно записывая результаты. Такое изучение более существенно расширило бы наши знания о мозге, чем те исследования, которые используют в качестве объектов людей со случайно полученными церебральными нарушениями. Мы можем предположить, что экспериментатор выберет в качестве объекта человека без образования или воспитания, без семьи или друзей; одним словом, того, кто не может рассматриваться как социально значимый член общества. Испытуемый умрет в результате эксперимента, но можно предположить, что знания о человеческом мозге, полученные в ходе эксперимента, улучшат жизнь большого числа людей.

1. Можно ли оправдать такие эксперименты с точки зрения принципа полезности или нет? Почему?
2. Можно ли оправдать такие эксперименты с точки зрения принципа уважения автономии личности?

3. Какая этическая теория может оправдать такой эксперимент? Почему?
4. Какая этическая теория категорически осуждает такой эксперимент? Почему?
5. Как бы вы поступили на месте исследователя, руководствуясь принципами биоэтики?

### Казус 9

У 6-летней девочки в школе обнаруживается сильная лихорадка, сопровождаемая сильнейшей рвотой и судорогами. Ребёнка быстро доставляют в ближайшую клинику. Лечащий врач ставит диагноз менингита и по телефону спрашивает разрешение начинать лечение. Оба родителя - последователи учения «Христианская наука» - настоятельно требуют, чтобы дочери не оказывали медицинской помощи. Как бы то ни было, врач начинает лечение, а родители позднее предъявляют иск врачу и клинике.

1. Обеспечивается ли в этом случае автономия ребёнка или нет? Почему?
2. Какими принципами и правилами биоэтики оправдывается поведение врача? Приведите аргументацию.
3. Какие теории защищают поступок врача?
4. Какие религиозные этические традиции оправдывают поступок врача?
5. Как бы вы поступили в данной ситуации? Аргументируйте свою позицию.

### Казус 10

Тридцатилетний мужчина страдает биполярным расстройством. Периоды полной ясности сознания сменяются маниакально-депрессивными приступами и эмоциональной лабильностью. Осознавая негативные последствия своего возможного поведения для семьи и самого себя, он во время ремиссии просит своего психиатра подвергнуть его принудительному лечению, если он откажется от лекарственной терапии или госпитализации. Шесть месяцев спустя: в состоянии маниакального психоза (сопровождающегося агрессивным, неестественным и помпезным поведением, пугающим соседских детей и вызывающим натянутые отношения с коллегами на новой работе) он утверждает, что не является больным, отказывается принимать лекарственную терапию и обсуждать вопрос о госпитализации.

1. Если психиатр примет меры, которые принудили бы пациента к госпитализации, он будет действовать в соответствии с принципами:
  - 1) милосердия;
  - 2) ненанесения вреда;
  - 3) уважения автономии;
  - 4) справедливости.

Вопрос содержит четыре предполагаемых ответа, из которых один или более являются правильными. Выберите ответ:

а) 1, 2 и 3 являются правильными;

б) 1 и 3 являются правильными;

в) 2 и 4 являются правильными;

г) 4 является правильным;

д) 1, 2, 3 и 4 являются правильными.

2. Как бы вы поступили в подобной ситуации?

3. Аргументируйте свой ответ, используя правила и принципы биоэтики, известные вам этические теории.

4. Каковы позиции отечественного права по этому вопросу?

### **Казус 11**

Рассмотрим ещё раз ситуацию, описанную в казусе 10.

1. Если психиатр принудительно госпитализирует пациента, то в соответствии с каким этическим принципом он будет действовать?

2. Какими этическими принципами оправдываются принудительные действия психиатра:

а) по отношению к пациенту;

б) по отношению к его семье;

в) по отношению к соседским детям;

г) по отношению к сотрудникам пациента на новой работе?

3. Какие этические теории служат основанием для моральной аргументации оправдания действий психиатра по принудительной госпитализации:

а) по отношению к пациенту;

б) по отношению к семье пациента;

в) по отношению к соседским детям;

г) по отношению к сотрудникам на новой работе?

### **Казус 12**

Предположим, что хирург обещает пациенту, что только он будет делать операцию. Затем разрешает хорошо подготовленному врачу-стажёру выполнить часть этой операции. Допустим, что всё идёт хорошо и пациент никогда не узнает, что обещание не было выполнено. Результат для пациента будет тем же самым, как если бы хирург выполнил своё обещание.

1. С точки зрения какой этической теории можно оправдать этот поступок:

а) теории добродетели;

- б) утилитаризма действия;
  - в) теории моральных обязательств *Prima facie*;
  - г) либертарианизма;
  - д) утилитаризма правила.
2. С точки зрения какой этической теории нельзя оправдать поступок хирурга?
  3. Какая этическая теория решительно осуждает такую позицию? Приведите аргументацию этой теории.
  4. Как бы вы поступили в такой ситуации? Аргументируйте свою позицию правилами, принципами биоэтики, международными и отечественными этическими кодексами.

### Казус 13

Пациент полагает, что повышенная дозировка особого наркотического анальгетика была бы эффективным средством облегчения страдания, в то время как онколог убежден в том, что анальгетик вызвал бы ещё большее страдание, обусловленное побочным эффектом данного наркотика.

1. К какому виду относится этот этический конфликт:
  - а) ценностей или принципов;
  - б) понимания отдельной ценности;
  - в) относительного значения различных ценностей или принципов;
  - г) наилучших средств достижения ценности или осуществления принципа;
  - д) информированного согласия?
2. Встречались ли в вашей практике подобные конфликты? Приведите примеры. Как вы их разрешили?
3. Как вы разрешили бы данный конфликт? Аргументируйте свою позицию.

### Казус 14

Врач рассматривает сохранение жизни пациентов как одну из наиболее важных своих целей. Но член секты «Свидетели Иеговы», остро нуждающийся в переливании крови, убеждён в том, что душа связана с кровью. Он категорически отказывается от переливания крови.

1. К какому виду относится этот этический конфликт:
  - а) ценностей или принципов;
  - б) понимания отдельной ценности;
  - в) относительного значения различных ценностей или принципов;

- г) наилучших средств достижения ценности или осуществления принципа;
  - д) информированного согласия?
2. Приведите примеры подобных конфликтов из вашей практики.
  3. Каким образом вы разрешите данный конфликт?
  4. Аргументируйте свою позицию известными вам правилами и принципами биоэтики.
  5. Какие этические теории можно использовать для аргументации?

### Казус 15

Мужчина преклонного возраста был сбит машиной и находится в состоянии шока. Он настоятельно требует, чтобы врачи не лечили его, хотя известно, что в таком случае он может умереть в течение нескольких недель. (В данное время он не находится в непосредственной смертельной опасности.)

1. Этически оправданной реакцией в этой ситуации будет:
  - а) немедленно выписать пациента;
  - б) должен оставаться в клинике без лечения;
  - в) лечить его полностью, несмотря на его отказы;
  - г) предоставить паллиативную помощь, но не лечить;
  - д) успокоить пациента и затем попытаться убедить его согласиться на лечение.
2. Как бы вы поступили в этой ситуации? Аргументируйте своё решение, используя все уровни моральной аргументации: правила, принципы, кодексы, теории.

### Казус 16

Двадцатидевятилетний мужчина обеспокоен возможностью развития у него хореи Гентингтона. Когда он был младенцем, от этого заболевания умер его отец. Симптомы хореи Гентингтона обычно проявляются в возрасте 30-40 лет. Он знает немного о генетическом расстройстве, но осведомлён, что существует 50% вероятность наличия у него доминантного гена Гентингтона. Однажды он импульсивно бросается в исследовательский центр и требует приступить к пресимптоматическому тестированию, не скрывая своего намерения совершить суицид, если он получит положительные результаты.

1. Будет ли этически оправданным для персонала исследовательского центра:
  - а) отказаться начать тестирование;
  - б) проинформировать его о болезни и приступить к тестированию;
  - в) предложить консультирование, чтобы смягчить волнения пациента, проинформировать его о болезни и отсрочить тестирование до тех пор, пока он не станет более стабильным;

г) тестировать его и сообщить отрицательный ответ независимо от действительных результатов;

д) тестировать его на другие заболевания?

2. Как бы вы поступили в этом случае? Объясните свою позицию, используя все известные вам уровни моральной аргументации.

### Казус 17

Сторож, работающий в начальной школе, обращается к психиатру, нанятому школьным советом, и сообщает ему о двух случаях своего сексуального домогательства к маленьким детям.

1. Если психиатр решит, что его долг - информировать школьный совет, он будет действовать в соответствии с принципами:

а) милосердия;

б) ненанесения вреда;

в) уважения автономии;

г) конфиденциальности;

д) справедливости.

2. С каким видом этического конфликта столкнулся психиатр?

3. Какие принципы могут уравновесить его решение информировать школьный совет?

4. Как бы вы поступили на месте психиатра? Аргументируйте свою позицию.

5. Какова позиция отечественного права?

### Казус 18

Федеральные органы власти выделили городу 500 млн рублей на гуманитарные цели. Один член совета настаивает на том, чтобы эту сумму отдать в Городской центр для детей-инвалидов. Он убеждает совет в том, что дети там живут в плохих условиях, обслуживающий их персонал очень перегружен и плохо обучен. Этими несчастными гражданами общество пренебрегло в прошлом, и они заслуживают любую помощь, которую может предоставить им государство. Второй член совета настаивает на том, что 500 млн рублей слишком большая сумма, чтобы инвестировать её в такую малочисленную группу граждан. Он считает, что её необходимо использовать более продуктивно: приобрести на эту сумму школьное питание на весь учебный год для всех детей города, зарегистрированных в школах.

1. Какая этическая теория выражена в точке зрения первого члена совета?

2. Раскройте основные компоненты её аргументации.

3. Какая этическая теория выражена в точке зрения второго члена совета?

4. Раскройте основные компоненты её аргументации.

### Казус 19

Рассмотрим ещё раз ситуацию, описанную в казусе 18.

1. Вопрос о том, как использовать городские фонды, наиболее существенно касается принципа:
  - а) автономии;
  - б) патернализма;
  - в) справедливости;
  - г) милосердия;
  - д) ни одного из вышеупомянутых.
2. Раскройте содержание этого принципа.
3. Какие этические теории обосновывают этот принцип?
4. Раскройте содержание этих теорий.

### Казус 20

Безработная женщина 30 лет, имеющая среднее специальное юридическое образование, ищет работу. У неё двое детей, муж длительное время не работает (он страдает алкоголизмом). Фирма по связям с общественностью предлагает ей работу с хорошим жалованьем. Направление работы фирмы - убеждение общественности в том, что необходимо сохранить легальность аборт. Женщина является противницей абортов (pro-life). Она не хочет работать на организацию, поддерживающую судебные дела, связанные с абортами, против которых она всегда страстно возражала. Она понимает, что получение работы было бы большим подспорьем семье и что фирма найдёт другого работника, если она откажется. Но она верна своим глубоким нравственным убеждениям и отказывается принять предложение фирмы.

1. Какая теория наиболее убедительно поддерживает принятие предложения о работе?
2. Раскройте основное содержание аргументов этой теории.
3. Какая теория предлагает наиболее весомые аргументы за отклонение приглашения на работу?
4. Раскройте основное содержание аргументов этой теории.
5. Как бы вы поступили в данной ситуации?

### Казус 21

Семнадцатилетний студент колледжа после приступа приходит в кабинет неотложной помощи. Он соглашается на лечение при условии, что его матери ничего не сообщат о его болезни. Он впервые уехал из дома учиться в другой город. Его мать живёт

одна и очень беспокоится по поводу его жизни вдали от неё. Он уверен, что она не сможет пережить стресс, когда узнает, что с ним что-то случилось. Он ясно даёт понять, что прекратит лечение, если врач не выполнит его просьбу. Магнитнорезонансная томография (МРТ) выявляет наличие аневризмы. Требуется ангиография. Поскольку это инвазивный метод исследования, необходимо согласие матери, так как пациенту ещё не исполнилось 18 лет.

1. С каким типом этического конфликта сталкивается врач при принятии решения в данной ситуации?
2. Какие этические принципы и правила должны быть уравновешены при обосновании решения?
3. Какие позиции по этому вопросу занимают международное и отечественное право?
4. Какое решение вы приняли бы в подобной ситуации? Аргументируйте своё решение.

### **Казус 22**

Рассмотрим ещё раз ситуацию, описанную в казусе 21. Предположим, что врач решил удовлетворить просьбу пациента.

1. Каким принципам и правилам биоэтики противоречит это решение?
2. Какие этические принципы и правила можно использовать в качестве моральной аргументации для оправдания решения врача выполнить просьбу пациента: не сообщать матери о его заболевании?
3. Какие этические теории служат основанием для морального оправдания такого решения врача?
4. Согласны ли вы с таким решением? Аргументируйте свою позицию.

### **Казус 23**

Рассмотрим ещё раз ситуацию, описанную в казусе 21. Врач решил получить законно обоснованное информированное согласие и отказался выполнить просьбу пациента.

1. В соответствии с какими принципами и правилами биоэтики врач принимает такое решение?
2. Какие этические принципы и правила можно использовать в качестве моральной аргументации для оправдания поведения врача, если он не выполнит просьбу пациента и проинформирует мать о его заболевании?
3. Какие этические теории служат основанием для моральной аргументации оправдания поведения врача в этом случае?
4. Как бы вы поступили в подобной ситуации? Аргументируйте свою позицию.

### **Казус 24**

В крупной клинике находится при смерти пациентка 42 лет: она пребывает в коме, ЭЭГ показывает лишь минимальную мозговую деятельность, для поддержания её жизни требуется подключение к жизнеобеспечивающим системам. Скорая помощь только что доставила в больницу с места автомобильной катастрофы пациента 35 лет. У него сильно повреждены почки. Он срочно нуждается в трансплантате. Имеется хороший подбор по тканевой совместимости с почками женщины.

1. Кто должен принимать решение?
2. Какое решение вы примете, если вы лечащий врач женщины?
3. Правильным ли будет решение удалить почку женщины, ускорив тем самым её смерть?
4. Какие теории, принципы, правила биоэтики, международные и отечественные документы вы можете использовать для аргументации своего решения?

### Казус 25

Биопсия показывает, что у пациента неоперабельная форма рака. Его врач между тем говорит ему: «Ничего серьёзного с вами не произошло».

1. Какими принципами руководствуется врач в своём поведении?
2. Какой модели взаимоотношений врача и пациента соответствует поведение данного врача?
3. Правильно ли поступает врач или нет? Почему?
4. Какие теории, принципы и правила биоэтики Вы можете использовать для аргументации поведения врача?
5. Как бы вы поступили в этой ситуации? Аргументируйте свою позицию.

### Казус 26

Женщина, 40 лет, скончалась в результате несчастного случая. Трансплантацию роговицы ожидают несколько пациентов.

1. Следует ли спрашивать разрешение семьи на забор роговицы для трансплантации?
2. Каким принципом должен руководствоваться врач в своём поведении?
3. Какова позиция международного права по этому вопросу?
4. Какова позиция отечественного права по этому вопросу?
5. Какова позиция религиозной морали по этому вопросу:

- православной;
- католической;
- протестантской;
- иудейской;
- мусульманской;
- буддийской?

### Казус 27

В возрасте 60 лет скончался мужчина. Известно, что при жизни он исповедовал ислам. Семья отказывается дать согласие на вскрытие трупа по религиозным мотивам.

1. Какими принципами должен руководствоваться врач в своём поведении?
2. Какова позиция международного права по этому вопросу?
3. Какова позиция отечественного права по этому вопросу?
4. Какова позиция религиозной морали по этому вопросу:
  - православной;
  - католической;
  - протестантской;
  - иудейской;
  - мусульманской;
  - буддийской?

### Казус 28

Военных врачей обвинили в геноциде местного населения во время военных действий.

1. Какова позиция по этому вопросу международного права?
2. Какова позиция по этому вопросу отечественного права?
3. Какова позиция международных этических кодексов?
4. Какова позиция отечественных этических кодексов?
5. Какова позиция религиозной морали:
  - православной;
  - католической;
  - протестантской;
  - иудейской;
  - мусульманской;
  - буддийской?

### Казус 29

Мужчина, 50 лет, страдающий непроходимостью артериальных сосудов, перенёс несколько пересадок артерий и ампутацию нижних конечностей. Диагноз: бронхопневмония и декомпенсация сердца. Лечение возможно только в реанимационном отделении. Но врач принял решение лечить симптоматически.

1. Можно ли считать, что симптоматическое лечение равносильно в данном случае пассивной эвтаназии?
2. Если да, то какие аргументы вы можете привести:
  - из международного права;
  - из отечественного права;
  - из этических теорий;
  - из международных и отечественных моральных кодексов;
  - из религиозных этических традиций.
3. Какое решение вы приняли бы в данной ситуации?

### **Казус 30**

Молодая женщина ждёт ребёнка. Роды и беременность первые. Она и её муж хотят рожать в домашних условиях, так как считают, что роддома являются разносчиками инфекции. Знакомая её матери - опытная акушерка. Будущая бабушка против «домашних» родов, но просит знакомую акушерку помочь принять роды у дочери.

1. Какие этические принципы и правила можно использовать в качестве моральной аргументации для оправдания решения акушерки выполнить просьбу: принять роды в домашних условиях?
2. Какие этические теории служат основанием для морального оправдания такого решения акушерки?
3. Какие этические принципы и правила можно использовать в качестве моральной аргументации для оправдания решения акушерки отказаться принимать роды в домашних условиях?
4. Какие этические теории служат основанием для моральной аргументации оправдания поведения акушерки в этом случае?

### **Казус 31**

Пятидесятичетырёхлетний пациент Н. поступил в отделение по поводу расслоения аневризмы дуги аорты. Третьи сутки после операции. Состояние удовлетворительное. Ночью состояние ухудшилось: внезапно поднялся уровень сахара в крови до 20 ммоль/л. Медицинская сестра предлагает оказать ему первую медицинскую помощь. Но пациент Н. от её помощи отказывается, он требует личного присутствия врача. Дежурный врач в это время оказывает помощь другому больному, находящемуся в критической ситуации.

1. Правильно ли поступила медсестра?
2. Какие этические принципы оправдывают решение медсестры оказать первую медицинскую помощь без назначения врача?
3. Как бы вы поступили на месте медицинской сестры? Аргументируйте свою позицию.

### Казус 32

На прием к врачу родители приводят 10-летнего мальчика. При исследовании в крови ребёнка обнаруживают свинец. Врач приходит к выводу, что это следствие выбросов химического завода, расположенного в районе проживания семьи мальчика.

1. Какие действия должен предпринять врач?
2. На какие позиции по этому вопросу должен опираться врач в своей аргументации при обращении к вышестоящим органам здравоохранения:
  - международного права;
  - отечественного законодательства;
  - этики;
  - религиозной морали:
    - ◇ православной;
    - ◇ католической;
    - ◇ протестантской;
    - ◇ иудейской;
    - ◇ мусульманской;
    - ◇ буддийской?

### Казус 33

Внезапное землетрясение привело к разрушению источников энергии, зданий, складов медикаментов, средств коммуникаций. Необходима международная помощь.

1. Как должен действовать врач во время катастроф, стихийных бедствий и ядерной войны?
2. Какие позиции по этому вопросу занимают:
  - международное право;
  - отечественное законодательство;
  - этика;
  - религиозная мораль:
    - ◇ православная;
    - ◇ католическая;
    - ◇ протестантская;

- ◇ иудейская;
- ◇ мусульманская;
- ◇ буддийская?

### Казус 34

В ноябре 2010 года СМИ России сообщали о трагической ситуации, которая произошла с 8-месячным мальчиком Максимом Максимовым в Академгородке г. Новосибирска. Ребёнку понадобилась реанимационная помощь. Соответствующего оборудования не оказалось не только в Академгородке, но и во всём Советском районе, где проживала семья мальчика. Врачи скорой помощи обращались в несколько больниц по пути в Новосибирск, но пациента нигде не принимали. Ребёнок погиб, так и не доехав до реанимации.

Министр здравоохранения объяснила потом, что вины врачей нет, так как действительно больницы не имели соответствующих реанимационных отделений.

1. Рассмотрите этот случай с позиций биоэтики.
2. Какой принцип биоэтики он затрагивает?
3. Кто виноват в гибели мальчика?
4. Почему министр не нашла виноватых в смерти мальчика?
5. С каких позиций она рассматривала проблему справедливости?
6. Проанализируйте ситуацию с позиций теории справедливости Дж. Роулза.

### Казус 35

Одно из возражений против признания эмбриона человеческим существом базируется на том факте, что до 8-й недели развития у него ещё отсутствует человеческое выражение лица. Поэтому нельзя считать, что эмбрион является человеческим индивидом - до тех пор, пока он не достигнет такого состояния, когда будет точно определяемой человеческая форма его тела. До этого времени он является «человеком в потенции», но ещё не реальным человеческим индивидом.

1. Каково ваше отношение к данному аргументу?
  2. Проанализируйте эту ситуацию в свете принципов и правил биоэтики.
  3. Какие позиции по этому вопросу занимают:
    - международное право;
    - отечественное законодательство;
    - религиозная мораль:
- ◇ православная;

- ◇ католическая;
- ◇ протестантская;
- ◇ иудейская;
- ◇ мусульманская;
- ◇ буддийская?

### Казус 36

В августе 1991 года в Королевскую клинику графства Хэмпшир г. Уинчестер поступила больная Лиллиан Бойз. На протяжении долгого времени она страдала ревматоидным артритом и к 70 годам стала инвалидом: у неё были хронические болезненные язвы на ногах и руках, болезненность и деформации суставов, переломы тел позвонков. Справиться с болью было невозможно: любые манипуляции и даже простое прикосновение доставляли ей большие страдания. Лечащим врачом пациентки был доктор медицины ревматолог Найджел Кокс. Он знал её уже 13 лет и был другом семьи пациентки. По мере ухудшения состояния Лиллиан Бойз настойчиво выражала доктору своё желание умереть (согласно показаниям свидетелей периодически «она стонала и выла, как собака»). Он выражал ей своё сочувствие, но объяснял, что не имеет права сделать ей смертельный укол. Когда ситуация приблизилась к критической точке, семья пациентки тоже стала настаивать на том, чтобы врач прекратил её страдания. После того как введение морфина в дозе, в 20 раз превышающей допустимую, не дало обезболивающего эффекта, доктор Кокс начал внутривенно вводить пациентке смертельную дозу хлорида калия. Во время введения препарата наступили остановка сердца и мгновенная смерть. Кокс тщательно записал в историю болезни все детали произошедшего и все свои назначения. Впоследствии он был арестован, и ему было предъявлено обвинение в покушении на убийство (к тому времени как ситуация стала достоянием общественности, тело больной уже было кремировано). Доктор Кокс был признан виновным, и ему дали условный срок. Однако, несмотря на резкую критику со стороны Главного медицинского совета Великобритании, доктору Коксу было позволено остаться в структуре здравоохранения.

1. Какой вид эвтаназии осуществил доктор Н. Кокс?
2. На ваш взгляд, допустима ли эвтаназия в качестве акта милосердия при правильном правовом и профессиональном контроле?
3. Объясните свою позицию, используя все уровни аргументации.
4. Какие позиции в отношении эвтаназии занимают в настоящее время:
  - международное право;
  - отечественное законодательство;
  - этика;

- религиозная мораль:

- ◇ православная;
- ◇ католическая;
- ◇ протестантская;
- ◇ иудейская;
- ◇ мусульманская;
- ◇ буддийская?

### Казус 37

Тони Бланд, 17-летний футбольный болельщик, 15 апреля 1989 года отправился на стадион г. Шеффилд, чтобы поболеть за свою любимую команду. Он стал жертвой ужасной трагедии, разыгравшейся на стадионе: во время матча разъярённые болельщики ринулись к полю и люди, находившиеся в первых рядах, оказались придавленными к железным ограждениям, в результате чего погибло 90 человек. Но Тони Бланд выжил. Точнее, выжило его тело, так как длительная гипоксия привела к коме. У пациента было диагностировано хроническое вегетативное состояние. Он продолжал жить, основные функции организма сохранились. Он мог дышать, переваривать пищу, иногда открывал глаза, однако отсутствовали какие-либо признаки сознания или реакции на внешние раздражители. Его жизнь поддерживалась автоматическим дозатором, который заправлялся жидкой питательной смесью, поступающей через зонд в желудок. Тони Бланд продолжал существовать в этом «сумеречном» состоянии ещё 3 года, пока его родители ждали и надеялись на улучшение состояния. Впоследствии семья Тони и его врач подали прошение в Верховный суд разрешить им прекратить питание. В своём историческом решении палата лордов пришла к выводу, что, поскольку Тони Бланд утратил способность осознавать окружающий мир и не имеет реальных шансов на улучшение состояния здоровья, продление жизни не приносит ему «ни терапевтической, ни медицинской, ни какойлибо другой пользы». Было принято решение прекратить искусственное питание, и Тони умер спустя несколько дней.

1. Считаете ли вы, что британские суды перестали уважать традиционный принцип неприкосновенности человеческой жизни?
2. Дайте оценку решению палаты лордов с позиций принципов биоэтики.
3. Какую биоэтическую проблему затрагивает данный казус?
4. Какие позиции по этой проблеме занимает религиозная мораль?

### Казус 38

Больная, вдова преклонного возраста, страдающая одышкой, в состоянии депрессии поступает в больницу. Исходная оценка её состояния: застойная хроническая сердечная недостаточность и пневмония. Оба заболевания считаются необратимыми. Пациентка заявляет, что она не желает лечиться и хочет умереть.

1. Какие действия, по вашему мнению, были бы этически оправданными в данных обстоятельствах:

- а) выписать пациентку из больницы;
- б) позволить ей оставаться в больнице без лечения;
- в) обеспечить комфортный уход, но не проводить лечения дыхательной недостаточности;
- г) лечить её обратимые медицинские проблемы вопреки её отказу;
- д) лечить её депрессию и попытаться, не принуждая, уговорить её изменить своё мнение относительно дополнительного лечения?

2. Аргументируйте свою позицию.

### **Казус 39**

Пациент, страдающий синдромом приобретённого иммунодефицита (СПИД), намеревается причинить вред человеку, который заразил его вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). Его лечащий врач считает, что эту информацию необходимо сообщить властям. Другой врач убеждён, что эта конфиденциальная информация должна быть сохранена.

1. Как вы считаете, врачи расходятся во мнениях на уровне:

- а) ценностей или принципов;
- б) понимания конкретной ценности;
- в) относительного значения различных ценностей или принципов;
- г) наилучших средств достижения ценности или осуществления принципа;
- д) информированного согласия?

2. Как бы вы поступили? Аргументируйте свою позицию.

### **Казус 40**

Жаклин Джеймс, 26 лет, мать двоих детей, зимой 1993 года забеременела третьим ребёнком и была отправлена на дородовой осмотр в отделение акушерства Уордслейской больницы. В мае 1994 года, когда срок беременности достиг 26 недель, плановое УЗИ показало, что у плода имеются тяжёлые пороки развития. Жаклин Джеймс направили в Бирмингемский родильный дом, где квалифицированный специалист сделал повторное УЗИ, подтвердив изначальный диагноз. Врачи категорично утверждали, что у плода имеется тяжёлая патология, и Жаклин Джеймс с партнёром согласились на позднее прерывание беременности. Беременной были даны препараты для стимулирования выкидыша. Однако после этого врачи столкнулись с двумя проблемами. Во-первых, ребёнок родился живым, вместо того чтобы умереть во время данной процедуры. Во-вторых, у ребёнка не было ни одного

признака патологии, девочка была правильного телосложения. Новорождённая пострадала от тяжёлой гипоксии, вызванной вводимыми матери препаратами. Врачи не предприняли попытки для реанимации девочки, и она умерла через 45 минут. Главный врач больницы доктор Блант объяснил, что из-за того, что Жаклин Джеймс поступила в отделение для проведения аборта, было принято решение не реанимировать новорождённую, несмотря на то что ребёнок родился без видимой патологии.

1. Проанализируйте данную ситуацию в свете принципов биоэтики.
2. Какие принципы биоэтики нарушили врачи, не предприняв попытки реанимации новорождённой?
3. Дайте нравственную оценку решению врачей с позиций:
  - международного права;
  - отечественного права;
  - этики;
  - религиозной морали.

#### Казус 41

Летом 2011 года в г. Ростов-на-Дону три подростка катались на скутерах. Одного из них сбила машина. Четырнадцатилетний Антон П. был госпитализирован в нейрохирургическое отделение Ростовской областной клинической больницы с множественными травмами (черепномозговая травма, торакальная травма, переломы таза и бедра, потеря крови свыше 30%). Необходима была срочная операция и переливание крови: счёт шёл на минуты. Мать Антона Ольга П. категорически отказалась дать согласие на переливание крови: они с мужем, отцом Антона, члены общины «Свидетели Иеговы». При крещении члены общины подписывают бланк волеизъявления об отказе от переливания крови, который они всегда носят при себе. Врач Шершов Ф.Г., поставив в известность юриста больницы и администрацию, предпринял все меры для спасения подростка: по жизненным показаниям были сделаны переливание и все необходимые операции. Антон П. был спасён. Его мать Ольга П. подала на врача в суд. Случай этот был вынесен на обсуждение в телепередаче канала «Россия 1» 9 августа 2011 года.

1. Дайте нравственную оценку поступка врача. В соответствии с каким этическим принципом он действовал?
2. Как бы вы поступили в такой ситуации? Аргументируйте свою позицию.
3. Какие принципы биоэтики защищают врача? Рассмотрите классические принципы и 15 принципов биоэтики ЮНЕСКО.
4. Какие международные и отечественные этические кодексы и правовые документы необходимо использовать адвокату в суде для оправдания врача?

#### Казус 42

Вы срочно направляете женщину с глубокой рваной раной ноги к хорошо известному титулованному ортопеду для возможного восстановления сухожилия. Хирург пишет вам благодарственное письмо за направление и заверяет вас, что он позаботится о вашей больной. Девять месяцев спустя женщина возвращается с хромотой. Она объясняет, что ортопед не оперировал ногу, он просто почистил рану и сделал перевязку. Только в прошлом месяце другой ортопед обнаружил повреждённое сухожилие, но сказал, что уже поздно что-либо сделать. Ваша пациентка вне себя от негодования.

1. Как вам подобает отреагировать:

а) ничего не говорить, потому что вы не хотите быть вовлечённым в то, что может превратиться в судебную тяжбу;

б) пояснить, что вы не можете отвечать за последствия, поскольку не лечили её;

в) объяснить, что вы не понимаете действий первого ортопеда; подчеркнуть, что сделали быструю переадресовку больной в нужные руки, выразить сочувствие больной, показывая свою озабоченность;

г) получить информированное согласие на лечение;

д) лечить вопреки её отказу от лечения.

2. Аргументируйте своё решение, основываясь на принципах и правилах биоэтики.

3. Какие принципы биоэтики нарушил титулованный ортопед?

### Казус 43

В 1989 году Сэмюэль Линарес, проживавший со своими родителями в пригороде Чикаго, в 7-месячном возрасте подавился игрушечным шариком, который попал ему в трахею, что вызвало тяжёлую степень гипоксии. Его быстро доставили в детское реанимационное отделение местной больницы, где подключили к жизнеобеспечивающей аппаратуре. К сожалению, вскоре обнаружилось, что у ребенка тяжёлое тотальное поражение головного мозга. Его биологическая жизнь поддерживалась только благодаря сложной аппаратуре. Врачи сказали, что он не выйдет из комы и будет продолжать жить до тех пор, пока проводится интенсивная терапия. Родители неоднократно просили врачей прекратить лечение и позволить Сэмюэлю умереть, но те отказались, сказав, что это противозаконно и они будут продолжать начатую терапию. Через 8 месяцев Сэмюэль был всё ещё подключён к медицинской аппаратуре. Однажды в отделении реанимации появился отец ребенка с оружием в руках и, угрожая медсестрам, отключил аппарат искусственного дыхания, со слезами на глазах взял ребёнка на руки и стал баюкать его. «Я никому не хочу причинить зла. Я сделаю больно только тому, кто попытается подключить малыша обратно к этим аппаратам», - продолжал говорить он работникам отделения. Убедившись в том, что ребёнок умер, он разрыдался, бросил оружие и сдался полиции, которая к тому моменту как раз подъехала. Он был задержан и обвинён в совершении преднамеренного убийства.

1. На ваш взгляд, кто был прав в этой трагичной и абсурдной ситуации?

2. Как вы оцениваете эту ситуацию в свете принципов биоэтики?
3. Какая этическая теория может быть использована в качестве моральной аргументации оправдания отца ребёнка?
4. Какая этическая теория оправдывает позицию врачей?
5. Какие позиции по этому вопросу занимают международное и отечественное право?

#### **Казус 44**

Женщина, 55 лет, обратилась к гинекологу в связи с маточным кровотечением. Гинеколог после осмотра сказала: «Хорошо, если не рак» - и отправила гистологический материал на биопсию. Впоследствии рака не оказалось, однако те несколько дней, что пациентка ждала заключения из онкоцентра, она запомнила на всю жизнь.

1. Считаете ли вы, что врач должен высказывать свои предположения пациенту открыто?
2. Имеет ли данная ситуация отношение к правилу правдивости?
3. Какие принципы биоэтики нарушила гинеколог?
4. Как бы вы поступили на месте гинеколога в данной ситуации?

#### **Казус 45**

В гинекологический стационар привезли женщину с входным диагнозом «аднексит». При осмотре был поставлен диагноз «внематочная беременность». Женщину взяли в операционную. Её муж спросил у врача приёмного отделения о диагнозе жены, и врач сказал, что у неё внематочная беременность. Мужчина пришёл в бешенство, так как в течение последних трёх месяцев находился в командировке.

1. Дайте этический анализ данной ситуации.
2. Какие принципы и правила биоэтики были нарушены врачом приёмного отделения?
3. Как бы вы поступили на месте врача приёмного отделения?

#### **Казус 46**

Пациент поступает в хирургическое отделение с клиникой отравления. Во время осмотра дежурным врачом у пациента начинаются рвота и сильные боли в животе. Врач назначает ему промывание желудка и поручает эту процедуру медицинской сестре, а сам уходит в другой корпус. Медсестра начинает выполнять назначенную процедуру, но во время промывания желудка у больного опять начинается рвота. Медсестра продолжает промывание, травмируя вены пищевода. У пациента начинается кровотечение из вен пищевода. Его переводят в отделение интенсивной терапии. Но спасти его не удаётся.

1. Дайте этическую оценку этой драматической ситуации в свете принципов биоэтики.
2. Кто, на ваш взгляд, виноват в данной ситуации: врач, переложивший свои обязанности на медсестру, или медсестра, которая неадекватно выполнила предписание врача?

3. Как следовало поступить медицинским работникам?
4. Как бы вы поступили, если бы оказались в подобной ситуации?

#### **Казус 47**

Пациентка стоматологической поликлиники, медсестра по профессии, получила от профессора кафедры предложение полечить зубы. Он предложил анестезию, хотя пациентка сказала, что на лидокаин у неё однажды возникла кожная реакция. Профессор не придавал этому значения, ввёл препарат, после чего у пациентки начался отёк Квинке. Со слов персонала, врач тут же захотел сфотографировать редкий случай для своего будущего атласа и побежал за фотоаппаратом. Оказывать помощь пациентке начали только через некоторое время. Впоследствии, уже уволившись из данного медицинского учреждения, пациентка увидела свои фотографии в книге, помещённые туда без её разрешения.

1. Дайте этическую оценку поведению профессора.
2. Какие необходимые врачу нравственные качества отсутствуют у профессора?
3. Какие принципы биоэтики профессор нарушил в этой ситуации?
4. Какие нравственные принципы должны соблюдать врачи, занимающиеся научными исследованиями?

#### **Казус 48**

Пациентка 32 лет позвонила своему врачу-гинекологу с просьбой проконсультировать её, поскольку она собиралась в поездку на отдых. Она рассказала о своих жалобах: боль, локализуемая в правом боку, головокружение и задержка менструации на 7 дней. Однако задержки были у неё и до этого случая. Врач сказала, что пациентка может не беспокоиться, что всё объясняется болью, характерной для менструации, и посоветовала принять анальгетик. После этого боли у пациентки уменьшились, и пациентка поехала отдыхать. Через несколько часов её сняли с поезда с диагнозом «внематочная беременность, апоплексия правого яичника».

1. В чём была ошибка медицинского работника?
2. Дайте анализ данной ситуации с позиции теории моральных обязательств Prima facie У.Д. Росса.

#### **Казус 49**

В гинекологическое отделение госпитализирована женщина на третьем месяце беременности. Врачи диагностируют рак матки. Если пытаться спасти жизнь женщины, матку следует удалить срочно. Но в таком случае не удастся выходить ребёнка.

1. Следует ли делать операцию?
2. Как вы поступите?
3. Проанализируйте эту ситуацию с позиции принципа «двойного эффекта».

## Казус 50

В июле 1991 года Дерек Хамфри, исполнительный директор общества Nemlock и Общества добровольной эвтаназии, находящегося в штате Орегон (США), написал книгу под названием «Последний выход: практические шаги самопомощи и содействия в самоубийстве для умирающих больных». Книга заняла первое место среди бестселлеров в категории «Практические советы и прочее». Текст книги был напечатан крупным шрифтом, чтобы пожилым людям было легче её читать и следовать инструкциям. В ней также была приведена таблица смертельных доз препаратов, инструкции по их применению и хранению и способы избежать уголовной ответственности. В интервью лондонской газете Sunday Express Хамфри заявил: «Книга рассказывает вам о том, как, где и когда убить себя или кого-то другого. Она срывает последнее табу. Следуйте моим советам для лёгкой и чистой смерти». В нескольких предложениях Хамфри призвал людей не убивать себя просто потому, что они «несчастливы» или «больше не могут справиться с жизнью», но вскоре в прессе стали появляться сообщения о самоубийствах по методу Хамфри. Многие из тех, кто свёл счёты с жизнью, не страдали смертельной болезнью, а некоторые из погибших были людьми среднего возраста.

1. Прокомментируйте ситуацию с книгой Д. Хамфри и его интервью с позиций:

- принципов биоэтики;
- утилитаризма;
- деонтологической теории И. Канта.

2. Как вы считаете: история с книгой Хамфри - это «побочное действие» гуманного процесса помощи тяжелобольным или данная книга несёт в себе потенциальную опасность для общества?

## Казус 51

Прокомментируйте рассказ одной сиделки. «Иногда бывает, что больной просит меня положить конец его страданиям. Я никогда не возмущаюсь и не отказываю сразу, не пытаюсь объяснить, что так нельзя. Я интересуюсь, что произошло. И всегда оказывается, что этот человек или почувствовал себя униженным собственной беспомощностью и невозможностью обслуживать себя самостоятельно, или не хочет быть в тягость. Я ещё не встречала ситуации, в которой просьбы помочь больному умереть не удавалось бы прекратить, просто уделив ему больше внимания и любви».

1. Согласны ли вы с таким взглядом на проблему?
2. Какие формы паллиативной помощи некурабельным больным оказываются в нашей стране?
3. Какая из известных вам форм паллиативной помощи рассматривается сегодня в качестве альтернативы эвтаназии?

### Казус 52

Пациент, водитель автобуса, временами теряет сознание. Врач констатирует нарушение мозгового кровообращения. Пациент просит не сообщать работодателю диагноз: он боится потерять работу.

1. В ситуации какого этического конфликта оказался врач?
2. Проанализируйте данную ситуацию с позиций теории моральных обязательств Prima facie У.Д. Росса.
3. Как бы вы поступили в подобной ситуации?

### Казус 53

В 1999 году в клинике Пенсильванского института генной терапии умер 18-летний пациент Джесси Джелсингер. Смерть наступила в результате токсической реакции клеток печени на вектор. Четырьмя днями ранее ему ввели экспериментальный аденовирус (вектор) для лечения наследственной болезни печени. Исследователи, сконструировавшие аденовирус, «забыли» проинформировать пациента и этический комитет о двух случаях гибели обезьян в эксперименте от аналогичных причин. Отрицательные результаты были получены и в ходе предшествовавших испытаний с меньшей дозой вируса. Лечение пациента исследователи начали в период обострения заболевания, даже не попытавшись использовать обычные медикаменты, которые могли помочь пациенту. Позже выяснилось, что комитет дал им право только на лечение женщин, поскольку у них это заболевание протекает легче.

1. Дайте этический анализ ситуации в свете принципов биоэтики.
2. Какие принципы биоэтики нарушили исследователи?

### Казус 54

В течение 40 лет с 1933 года в США в г. Таскеги (штат Алабама) проводилось исследование сифилиса на мужчинах-неграх. Несмотря на то что в 1942 году был открыт эффективный метод лечения пенициллином, его применяли только по просьбе пациентов. Остальные пациенты не получали препарат. Исследователи считали, что у них есть уникальная «возможность изучать пациентов, не получающих лечения от сифилиса, с момента заболевания до самой смерти инфицированного и сравнить протекание сифилиса с использованием современного лечения и без него».

1. Дайте оценку ситуации с позиций биоэтики.
2. В противоречии с какими принципам биоэтики действовали исследователи?
3. Выстройте аргументацию своей позиции, основываясь на известных вам этических теориях.

### Казус 55

В 1962 году в больнице г. Сиэтла (штат Вашингтон) появился первый аппарат «искусственная почка». Врачи отказались взять на себя ответственность за очередность доступа к аппарату. Они предложили создать комитет из уважаемых граждан, который будет решать, кому предоставить возможность спасения, а кого обречь на неминуемую смерть. В прессе его назвали «божественным комитетом». Это был первый в истории этический комитет.

1. Дайте этическую оценку поступка врачей.
2. Как решаются сегодня такие проблемы в известных вам больницах?
3. Имеются ли в наших клиниках этические комитеты и чем они занимаются?

### Казус 56

Джанет Адкинс, 54 года, в июне 1990 года обратилась к патологу Джеку Кеворкяну (ушедшему на пенсию) с просьбой помочь ей умереть. Врачи диагностировали у неё начальную стадию болезни Альцгеймера. По настоянию семьи Джанет попробовала экспериментальное лекарство, но оно оказалось неэффективным. Постепенно у неё созрело решение «умереть с достоинством», она была членом общества Nemlock и верила, что имеет право на самоубийство. В это время в Мичигане, где жил Кеворкян, самоубийство не считалось преступлением. Дж. Адкинс прилетела в Мичиган вместе с мужем и тремя сыновьями, которые после длительных уговоров в конце концов поддержали её решение. Адкинс и её семья подписали документы и сделали видеозаписи, доказывающие, что все были компетентны и понимали, что делают. Кеворкян оповестил несколько клиник, церквей и похоронных бюро о своём намерении. Никто не позволил ему использовать своё учреждение. Поэтому он выбрал общественный парк в северном округе Окленда. Довольно простое устройство «Мерситрон» в фургоне позволило Джанет Адкинс безболезненно убить себя. Весь процесс занял 6 минут.

1. Как вы оцениваете действия Кеворкяна?
2. Аргументируйте свою позицию правилами, принципами и теориями биоэтики.
3. Каковы позиции в отношении смерти с участием врача:
  - международного права;
  - отечественного права;
  - религиозной морали:
    - ◇ православной;
    - ◇ католической;
    - ◇ протестантской;
    - ◇ иудейской;

◇ мусульманской;

◇ буддийской.

### Казус 57

В гинекологическое отделение госпитализирована женщина с кровотечением. Результат теста на ВИЧ положительный. Она просит не сообщать мужу эту информацию.

1. Как вы обязаны поступить, учитывая позиции:

- международного права;

- отечественного права;

- принципов биоэтики?

2. Аргументируйте свою позицию.

### Казус 58

*Медицинская ситуация: кома Карен Куинлан.* В апреле 1975 года Карен Куинлан исполнился 21 год. Она покинула дом приёмных родителей в Нью-Джерси и поселилась в нескольких милях от них, сняв комнату в квартире с двумя квартирантами. Друзья Карен считали, что она принимала наркотики. Родители это отрицали. Однажды она потеряла управление автомобилем: машину занесло, и она скатилась в овраг, но Карен осталась целой и невредимой. Родителям она сказала, что ничего серьёзного не произошло. 15 апреля Карен отмечала день рождения приятеля в местном баре. Приняв несколько порций джина с тоником, она почувствовала слабость. Друзья отвезли её домой, положили на кровать, и она моментально заснула. Через 15 минут обратили внимание, что она не дышит. Когда Карен госпитализировали в отделение интенсивной терапии Newton Memorial Hospital в Нью-Джерси, в кошельке у неё обнаружили флакон валиума (диазепам). Выяснилось также, что Карен постилась (приближалась Пасха). Вполне вероятно, что она приняла бензодиазепины в комбинации с алкоголем натошак, их кумулятивное действие вызвало гипоксию, которая привела к повреждению, а затем и к смерти мозга. Через 9 дней после госпитализации состояние больной не изменилось, и её перевели в большую католическую больницу Святой Клер в Денвиле, в штате которой имелись неврологи. Всё это время она была подключена к ИВЛ. Состояние, в котором она пребывала уже в течение пяти месяцев, позже стали называть постоянным вегетативным состоянием. Кормили Карен с помощью зонда. Много месяцев понадобилось семье Карен, чтобы смириться с фактом, что сознание их дочери не восстановится. Им помог священник их прихода, заверив, что согласно Энциклике папы Пия XII для лечения католиков использование «экстраординарных средств» не требуется. Наконец, они решили отключить Карен от жизнеобеспечивающих систем и позволить ей (точнее, её телу) умереть. Они понятия не имели, что их многомесячная нравственная борьба за принятие такого трудного для них решения - самое лёгкое, а настоящие трудности только начинаются.

Сначала нужно было получить опеку над Карен. Это оказалось самым простым юридическим актом для Куинланов. Затем выяснилось, что отключить её от жизнеобеспечивающих систем невозможно по мотивам религиозной морали. Необходимо было перевести Карен в другую больницу. Это был второй юридический акт, поскольку пациентка была «уязвимой». Опекун должен был защищать её «наилучшие интересы», а в 1975 году Американская медицинская ассоциация (АМА) приравняла отключение от аппарата ИВЛ к эвтаназии. В начале 1976 года ещё не было юридических решений, разъясняющих права пациентов или их семей в судебных делах о смерти и умирании. Врачи-неврологи Морис и Джавед только начинали свою профессиональную карьеру, они боялись свидетельствовать в суде, чтобы им не предъявили встречный иск. В США «отклонение от принятых в обществе стандартов медицинской помощи» определяется как «преступная небрежность врача». В 1975 году все врачи считали своим долгом продолжать уход за пациентом до последней минуты его жизни: активное участие в смерти коматозного пациента было, конечно, таким отклонением. Только в январе 1976 года после долгих и сложных разбирательств и дебатов Верховный суд НьюДжерси принял решение в пользу Куинлан. Он стал первым в истории судом, применившим правило *ривасу*: право на охрану сферы частной жизни в «деле позволения умереть». Суд поддержал Джозефа Куинлана и санкционировал отключение жизнеобеспечения Карен. Но врачи сопротивлялись решению суда: в апреле 1976 года Карен Куинлан всё ещё была жива. В администрации больницы прямо заявили: «В этой больнице мы не убиваем людей». Врачи Морис и Джавед решили попытаться постепенно отказаться от жизнеобеспечения пациентки. И только в конце мая её полностью отсоединили от аппарата ИВЛ, после чего больница Святой Клер решила немедленно передать Карен другому медицинскому учреждению. Управление Медикейд Нью-Джерси заставило один из домов по уходу за больными принять её 9 июня 1976 года. Только 13 июня 1986 года, после более 10 лет пребывания в этом доме, тело Карен Куинлан было объявлено мёртвым.

В 1994 году были обнародованы результаты вскрытия мозга Карен Куинлан, они показали обширное повреждение таламуса. Раньше думали, что бодрствование активизировалось рядом входных сигналов, переданных от ствола мозга и таламуса в кору. Однако модель повреждения мозга Карен Куинлан показала, что таламус играет меньшую роль в активации, чем думали, и большую роль в понимании.

1. Проанализируйте этот классический случай в свете принципов биоэтики.
2. Какие, на ваш взгляд, принципы биоэтики основаны на данном случае?
3. Как бы вы поступили в современных условиях, если бы оказались в ситуации врачей Мориса и Джаведа?

### Казус 59

*Медицинская ситуация: постоянное вегетативное состояние Нэнси Крузан.*

Ранним утром 11 января 1983 года 25-летняя Нэнси Крузан ехала по пустынной окружной дороге штата Миссури. Дорога была скользкой, машину занесло, перевернуло,

и она разбилась. Нэнси выбросило из кресла водителя, она оказалась в кювете лицом вниз у обочины дороги. Скорая медицинская помощь прибыла быстро, но не настолько, чтобы спасти её от необратимого поражения головного мозга. Она стала пациенткой Центра реабилитации Миссури, но никто не надеялся её реабилитировать. Было понятно, что Нэнси Крузан никогда не придёт в сознание, и врачи в итоге пришли к заключению, что она вошла в постоянное вегетативное состояние. Все высшие функции мозга, ответственные за узнавание, память, понимание, антиципацию, и другие когнитивные функции были утрачены. Стоимость ухода за ней составляла 130 000 долларов в год. Счёт оплачивался штатом. В 1991 году Нэнси Крузан было 32 года. Оценивая её состояние, врачи говорили, что она может прожить ещё 30 лет. В это время в США в таком состоянии пребывали ещё приблизительно 10 000 других американцев. Обсуждая эту проблему, большинство людей приходило к выводу, что, когда делается выбор между таким умиранием и смертью, более логичен выбор смерти. В конце концов и у родителей Нэнси исчезла надежда, они потребовали отменить лечение дочери. Администрация Центра реабилитации Миссури ответила отказом, и Джо и Луиза Крузан были вынуждены обратиться в суд. Во время судебных слушаний семья свидетельствовала, что Нэнси не хотела, чтобы поддерживали её жизнь в таком состоянии. Сестра Кристи рассказала: Нэнси говорила ей, что она не хотела, чтобы её сохраняли «просто как растение». Приятель также свидетельствовал, что она была против продолжения жизни, если не сможет жить «почти нормально».

В июле 1988 года окружной суд города Джаспер постановил, что «искусственное продление жизни Нэнси Крузан нарушает её конституционное право - право на свободу, которое позволяет... отказаться от искусственно продлевающих умирание процедур, когда человек не имеет когнитивных мозговых функций». Но главный прокурор штата Миссури У. Уэбстер обжаловал решение в Верховном суде штата. Суд отменил решение суда низшей инстанции на том основании, что не было прижизненного завещания: «Мы решаем ошибиться в сторону жизни, уважая право некомпетентных лиц на жизнь, несмотря на сильно сниженное её качество». Поверенный семьи Крузан обжаловал решение в Верховном суде США. Впервые в истории суд согласился заслушать дело по поводу спорных вопросов о «праве умереть». Суд состоялся 25 июня 1990 года. Родители Нэнси его проиграли. Но суд издал постановление, которое считается поворотным. Верховный суд впервые подтвердил конституционное основание для прижизненного завещания и для назначения другого человека в качестве заместителя при принятии медицинских решений от имени другого человека. Суд нашёл основание для требования, чтобы пациент давал информированное согласие на лечение, и посчитал, что пациент также обладает правом отказаться давать согласие. Общенациональная известность Нэнси Крузан привела к тому, что на страницы газет выплеснулись подробности её жизни. Оказалось, что она развелась с мужем буквально перед несчастным случаем и друзья, которые знали её под фамилией Дэвис, теперь откликнулись. Процесс апелляции был в производстве. Поскольку друзья Нэнси предоставили новые свидетельские показания, дело повторно слушали в суде низшей инстанции. Суд решил, что теперь доказательства соответствовали стандарту «очевидности и убедительности». Через пять месяцев после

Верховного суда по делу Крузан 14 декабря 1990 года Нэнси Крузан была отключена от жизнеобеспечивающих систем и умерла.

1. Какие этические проблемы возникли в случае Н. Крузан?
2. Как сегодня они решаются?
3. Какие принципы и нормы биоэтики были сформулированы в ходе судебных процессов?

### Казус 60

*Пациент: женщина с церебральным параличом.* В сентябре 1983 года Элизабет Боувиа, 25 лет, была госпитализирована в психиатрическое отделение больницы общего профиля города Риверсайда в Калифорнии. Врачи диагностировали попытку суицида: пациентка хотела умереть «голодной смертью», чтобы «освободиться от инвалидности и душевной борьбы за жизнь». У неё был церебральный паралич, но сохранялся некоторый контроль над правой рукой (достаточный, чтобы управлять инвалидным креслом и курить сигареты), она могла жевать, глотать и говорить. Родители развелись, когда ей было 5 лет, в возрасте 10 лет она была помещена матерью в детский дом. Она была активна: добилась государственной помощи и жила в собственной квартире с медсестрой, училась в Университете Сан-Диего. В августе 1982 года она вышла замуж за бывшего осуждённого и даже пыталась родить ребёнка, но случился выкидыш. Муж не мог устроиться на работу, перебивался случайными заработками. Она обратилась за помощью к своему отцу, но он ей отказал. Они поехали к его сестре, но вскоре пришлось вернуться домой. Ричард Боувиа отказался от неё. К тому же у неё обострился артрит, который вызывал сильную боль. Лечащий врач Д. Фишер не мог позволить пациентке морить себя голодом. Он вошёл в контакт с Объединением за американские гражданские свободы, позвонил репортёру и обратился в суд. В суде он заявил, что будет кормить пациентку насильно: «Суд не может приказать, чтобы я стал убийцей». Элизабет же просила судью, чтобы суд запретил больнице кормить её. Ушедший муж нанял адвокатов и требовал, чтобы его назначили её опекуном. Он обвинил Объединение, что его жену используют в качестве «подопытного животного». Она подала на развод. Развернулись дебаты в прессе. Была обсуждена даже возможность встречи с президентом Рейганом. Судья принял решение кормить Элизабет насильно. Она обжаловала это решение, но проиграла, ушла из больницы и уехала в Мексику, надеясь, что мексиканские врачи помогут ей умереть. Однако те отказали ей, и она вернулась в Калифорнию.

В 1985 году она поступила с обострением артрита в окружной медицинский центр Лос-Анджелеса; здесь она сказала, что будет принимать пищу и жить. Через 2 месяца её перевели в другую больницу, где обратили внимание на её недостаточный вес и стали её насильно кормить. Она подала прошение, чтобы суд остановил принудительное питание. Суд констатировал: «Сохранение жизни является первостепенным». Э. Боувиа обжаловала приговор, и апелляционный суд Калифорнии вынес решение в её пользу. Суд признал отказ от лечения частью права на охрану сфер личной жизни (right of privacy), защищённого и федеральной конституцией, и конституцией штата. Право пациента на самоопределение должно быть выше интересов больницы и врачей. Суд постановил:

«Право компетентного взрослого пациента отказаться от лечения - конституционно гарантируемое право, которое не должно ограничиваться». Таким образом, Э. Боувиа - хилая, маленькая, едва способная перемещаться - отвоевала замечательную победу для других пациентов. Это было первое решение (за 5 лет до дела Крузан) о том, что совершеннолетние компетентные пациенты имеют конституционное право отказаться от лечения, чтобы умереть. После своей победы Э. Боувиа не убила себя, у неё появилось много друзей, которые помогли ей понять, что жизнь стоит того, чтобы жить.

1. Какие биоэтические проблемы возникли в случае Э. Боувиа?
2. Как они решаются у нас?
3. Какой принцип биоэтики был сформулирован в ходе судебных процессов?

### Казус 61

*Пациент: мужчина с квадриплегией.* 5 мая 1985 года Ларри Макафи было 29 лет, когда его почти полностью парализовало. Совершеннолетний студент, изучавший машиностроение в Государственном университете штата Джорджия в Атланте, был увлечённым туристом. На уикенды он часто ездил на мотоцикле в горы. Несчастный случай произошёл, когда он ехал по грунтовой дороге со скоростью меньше 10 миль в час: он вошёл в вираж, перелетел через мотоцикл и раздробил два верхних позвонка. Он мог пользоваться только глазами, ртом и головой. Он не мог самостоятельно дышать (мышцы, управляющие дыханием, также были парализованы), поэтому нуждался в ИВЛ, не контролировал мочевой пузырь и кишечник и т.д.

В СМИ дело Макафи обычно подавалось как проблема «права умереть», включающая собственное восприятие своего «качества жизни». Дело в том, что у него был один миллион долларов на страховом полисе на случай болезни, но он больше года провёл в дорогом Шефердском спинномозговом центре в Атланте, где в среднем такие пациенты пребывали в течение 19 недель. За 16 недель пребывания дома он истратил все страховые пособия, так как нанимал даже для простейших процедур только очень дорогих медсестёр (в 3 раза дороже сиделок, обычно выполняющих подобные процедуры). От помощи членов семьи он отказался, так как не хотел их обременять. В этот момент он подходил под программу Медикейд (в каждом штате есть такой фонд, который платит за медицинское обслуживание бедных людей). Он хотел, чтобы Джорджия оплачивала ему уход на дому, и отказался идти в дом инвалидов. Тогда его отправили в дом инвалидов Aristocrat Berea в штате Огайо, который предоставлял уход за пациентами, зависимыми от ИВЛ, - с оплатой штатом Джорджия. Через 2 года руководству Aristocrat Berea стало ясно, что Макафи останется у них надолго (тем более что он был всем недоволен), его отправили в Джорджию и поместили в отделение неотложной хирургии в Мемориальный госпиталь Грейди в Атланте. Летом 1989 года его, теперь уже добровольно, переместили в дом инвалидов пригорода Бирмингема. Ларри позвонил в еженедельное ток-шоу на радио, которое вели адвокат по делам инвалидов Расс Фин и его жена Ди. По словам Фина, все недостатки лечения инвалидов по системе Медикейд нашли воплощение в лечении Л. Макафи. При встрече с Ларри Фин был потрясён увиденным: пациент не имел ни

телефона, ни телевизора, всё, что он мог делать, - смотреть в потолок. Р. Фин сделал репортаж о пребывании Л. Макафи в доме инвалидов и его лечении по системе Медикейд. Это был сенсационный репортаж о качестве жизни инвалидов в «обществе с самой продвинутой системой медицинского обслуживания». Тем летом Л. Макафи решил подать иск в суд, чтобы получить право умереть: через 6 лет после того, как федеральный апелляционный суд решил дело в пользу Э. Боувиа. Он не хотел, чтобы его отсоединили от ИВЛ (однажды он испытал ощущение от удушья), поэтому он разработал устройство, которое позволило бы ему самостоятельно принять смертельные лекарства. 7 сентября 1989 года после 45-минутного слушания в суде Фултонского округа судья Э. Джонсон вынес решение в пользу Л. Макафи. Но штат Джорджия обжаловал это решение. На прямом обжаловании Верховный суд Джорджии утвердил решение Джонсона. Л. Макафи не использовал устройство, чтобы убить себя. Р. Фин убедил Макафи, что жить стоит.

1. Проанализируйте классический случай в свете биоэтики.
2. Какие проблемы биоэтики поднял случай Л. Макафи?
3. Как вы считаете: имеются эти проблемы в здравоохранении России и как они решаются?

### Казус 62

В апреле 2011 года суд Волгограда удовлетворил иск суррогатной матери Л. о признании её матерью рождённого ею ребёнка. Супружеская пара из Подмоскovie заключила с молодой женщиной Л. договор на сумму 600 тыс. рублей о вынашивании их ребёнка. У Л. уже есть свои дети. Она согласилась, так как ей нужна квартира. Когда ребёнок родился, супруги отказались от него. Л. обратилась в суд с иском, чтобы её признали матерью ребёнка. Биологические родители теперь передумали и подали встречный иск.

1. Проанализируйте казус в свете принципов биоэтики. Какие этические проблемы он затрагивает?
2. Какие международные и отечественные этические документы рассматривают проблему суррогатного материнства?
3. Как, на ваш взгляд, должна решаться эта проблема?

### Казус 63

*Ситуация: конфликт принципов и правил биоэтики.* В 1976 году Верховный суд Калифорнии рассматривал дело студентки Тарасовой. Студент П. сказал своему терапевту, что он собирается убить одну студентку. Он не назвал её имени, но судя по информации, сообщённой им в ходе разговора, фамилия её начиналась с буквы «Т». Студент П. раньше лечился по поводу симптомов жестокости и параноидальных идей, поэтому решено было сообщить в полицию студенческого городка. Однако семью Т. не предупредили. Студента задержали, но полицейские решили, что он в здравом уме, и отпустили. Т. вернулась после каникул, и П. её убил. Семья Т. подала в суд на

университет и терапевтов. Родители обвиняли их в том, что они не приняли соответствующих мер для обеспечения безопасности их дочери. Они утверждали, что их обязаны были предупредить об опасности, грозящей их дочери. Верховный суд Калифорнии удовлетворил иск семьи Тарасовой, но признал, что врачам нелегко выполнять свой долг в ситуации наличия конфликта между этим долгом и долгом конфиденциальности, который составляет часть этического кодекса медицинской практики.

1. Проанализируйте поведение врачей с позиций биоэтики.
2. Какой способ вы могли бы предложить для разрешения конфликта, констатированного судом? Аргументируйте свою позицию, применив известные вам уровни моральной аргументации.
3. Для принятия какой моральной нормы биоэтики мог послужить основанием данный казус?

## ФРАГМЕНТЫ ДЛЯ КОММЕНТАРИЕВ

1. «Среди сил, формирующих действительность, нравственность является первой. Она - решающее знание, которое мы должны отвоевать у мышления... Поэтому каждый, кто уверен в том, что ему есть что сказать относительно этического самосознания общества и индивидов, имеет право говорить теперь, хотя время выдвигает на первый план политические и экономические проблемы. Неактуальное на первый взгляд является жгуче актуальным. Ибо любое размышление над проблемами этики имеет своим следствием рост этического сознания. 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», - писал великий гуманист XX века, лауреат Нобелевской премии немецкий врач и философ Альберт Швейцер в знаменитом труде «Культура и этика». Прокомментируйте фрагмент. Приведите примеры, подтверждающие мысль А. Швейцера.

2. «Я верю, настанет день, когда больной неизвестно чем человек отдастся в руки физиков. Не спрашивая его ни о чём, физики возьмут у него кровь, выведут какие-то у него постоянные, перемножат их одна на другую. Затем, сверившись с таблицей логарифмов, они вылечат его одной-единственной пилюлей. И всё же, если я заболел, то обращусь к какому-либо старому врачу. Он взглянет на меня уголком глаза, пощупает пульс и живот, послушает. Затем кашляет, раскурив трубку, потрёт подбородок и улыбнётся мне, чтобы лучше утолить боль. Разумеется, я восхищаюсь наукой, но я восхищаюсь и мудростью», - отмечал знаменитый писатель и военный лётчик Антуан де Сент-Экзюпери.

О каком нравственном качестве личности врача говорит автор? Присуще ли это качество современным врачам? Какими нравственными качествами, на ваш взгляд, должен обладать современный врач? Аргументируйте свою позицию.

3. Великий русский хирург Николай Иванович Пирогов в своём последнем труде «Вопросы жизни. Дневник старого врача», вспоминая свои детские игры, выделил две главные: «одна из них была любимой в школе... - это игра в войну... Но другая игра весьма замечательна для меня тем, что она как будто приподнимала мне завесу будущего. Это была странная для ребёнка забава и называлась домашними игрою в лекаря. Происхождение её и история её развития такие. Старший брат мой лежал больной ревматизмом. и уже несколько докторов поступали на смену один другому, когда призван был на помощь Ефрем Осипович Мухин, в то время едва ли не лучший практик в Москве. Я помню ещё, с каким благоговением приготовлялись все домашние к его приёму. наконец, подъехала к крыльцу карета четвернёю, ливрейный лакей открыл дверцы, как теперь, вижу высокого седовласого господина, с сильно выдавшимся подбородком, выходящего из кареты. После того как, несмотря на все усилия пяти-шести врачей, болезнь всё более ожесточалась и я ежедневно слышал стоны и вопли из комнаты больного, - не прошло и нескольких дней мухинского лечения, а больной уже начал

поправляться. Верно, тогда все мои домашние, поражённые как будто волшебством, много толковали о чудедействии Мухина; я заключаю это из того, что до сих пор сохранились у меня в памяти рассказы о подробностях лечения. Говорили: «Как только посмотрел Ефрем Осипович больного, сейчас обратился к матушке: "Пошлите сейчас же, сударыня, - сказал он, - в москательную лавку за сассапарельным корнем, да велите выбрать такой, чтобы давал пыль при разломе: сварить его надо также умеючи в закрытом и наглухо замазанном тестом горшке; парить его надо долго; велите также тотчас приготовить серную ванну", - и так далее... Словом, впечатление, неоднократно повторённое и доставленное мне и глазами, и ушами, было так велико, что я после счастливого излечения брата попросил однажды кого-то из домашних лечь в кровать, а сам, приняв вид и осанку доктора, важно подошёл к мнимо больному, пощупал пульс, посмотрел на язык, дал какой-то совет, вероятно также о приготовлении декокта, распрощался и вышел преважно из комнаты. Не знаю, получил ли бы я такую охоту играть в лекаря, если бы вместо весьма быстрого выздоровления брат мой умер. Но счастливый успех, сопровождаемый эффектною обстановкою, возбудил в ребёнке глубокое уважение к искусству, и я, с этим уважением именно к искусству, начал впоследствии уважать и науку. Как бы то ни было, но игра в лекаря так полюбилась мне, что я не мог с нею расстаться и вступив (правда, ещё ребёнком) в университет».

Прокомментируйте данный фрагмент с позиций требований, предъявляемых к личности врача биоэтикой. Какие нравственные качества личности проявил в процессе лечения великий русский врач Е.О. Мухин? Присущи ли эти качества современному врачу?

4. «Нет ни одной науки, которая приходила бы в такое непосредственно-близкое и многообразное соприкосновение с человеком, как медицина. Реальный, живой человек всё время, так сказать, заполняет собою всё поле врачебной науки. Он является главнейшим учебным материалом для студента и начинающего врача, он служит непосредственным предметом изучения и опытов врача-исследователя; конечное, практическое применение нашей науки опять-таки сплетается с массою самых разнообразных интересов того же живого человека. Словом, от человека медицина исходит, через него идёт и к нему же приходит. Интересы медицины как науки постоянно сталкиваются с интересами живого человека. Из этого истекает целый ряд чрезвычайно сложных, запутанных противоречий», - писал в 1902 году известный русский врач и писатель Викентий Викентиевич Вересаев в заметках «По поводу "Записок врача"» в журнале «Мир божий».

Прокомментируйте приведённый фрагмент. В чём автор видит сущность медицинской этики? Чему должен отдаваться приоритет - интересам науки и общества или благу и интересам отдельного человека? Как решается эта проблема в Хельсинкской декларации ВМА и Конвенции Совета Европы о биомедицине и правах человека? Какая этическая норма была в них признана?

5. Размышляя над проблемой медицинских исследований и экспериментов на людях, В.В. Вересаев отмечал в своих знаменитых «Записках врача»: «но следует ли отсюда, что можно игнорировать или, ещё хуже, высмеивать самый вопрос о "живом

человеке", загораживающем пути медицине? Ведь как ни стараться отвести этот вопрос в сторону, как ни высмеивать его, он всё-таки чёрным призраком будет стоять над наукою и неуклонно требовать к себе внимания людей, для которых этические вопросы нашей профессии не исчерпываются маленьким кодексом профессиональной этики. Как это ни печально, но нужно сознаться, что у нашей науки нет этики. Нельзя же разуместь под нею ту специальнокорпоративную врачебную этику, которая занимается лишь нормировкою непосредственных отношений врачей к публике и врачей между собою. Необходима этика в широком, философском смысле, и эта этика прежде всего должна охватить во всей полноте указанный выше вопрос о взаимном отношении между врачебной наукою и живою личностью.»

Прокомментируйте это высказывание. О необходимости какой науки говорит В.В. Вересаев? Кто должен быть приоритетным в медицине согласно этой науке: врач или пациент? В какой современной науке приоритетным является «живой человек», то есть пациент?

6. «Человечеству срочно требуется новая мудрость, которая бы являлась "знанием о том, как использовать знание" для выживания человека и улучшения качества его жизни. Концепция мудрости как руководство к действию и знание, необходимое для достижения социального блага и улучшения качества жизни, называется *наукой выживания*. Я считаю, что эта наука должна строиться на знании биологии и в то же время выходить за границы её традиционных представлений; включать в сферу своего рассмотрения наиболее существенные элементы социальных и гуманитарных наук, среди которых особое место принадлежит философии, понимаемой как "любовь к мудрости". Наука выживания должна быть не просто наукой, а новой мудростью, которая объединила бы два наиболее важных и крайне необходимых элемента - биологическое знание и общечеловеческие ценности. Исходя из этого, я предлагаю для её обозначения новый термин - "биоэтика"», - писал известный американский учёный-онколог и биоэтик Ван Ренселер Поттер (Van Rensselaer Potter II, 1911-2001) в книге «Биоэтика - мост в будущее».

Как вы понимаете эти слова Поттера? Достаточно ли полно, на ваш взгляд, эта дефиниция отражает этические проблемы современной биомедицины? Приведите другие известные вам определения биоэтики. Какое из них наиболее адекватно моральному состоянию современной биомедицины?

7. Прокомментируйте следующее высказывание В.В. Вересаева: «Мы учимся на больных; с этой целью больные и принимаются в клинику; если кто из них не захочет показываться и давать себя исследовать студентам, то его немедленно удаляют из клиники. Между тем так ли для больного безразличны все эти исследования и демонстрации?.. Здесь мы наталкиваемся на одно из тех противоречий, которые ещё так часто будут встречаться нам впоследствии: существование медицинской школы - школы гуманнейшей из всех наук - немислимо без попрания самой элементарной гуманности. Какой из этого возможен выход, я решительно не знаю; я знаю только, что медицина необходима, и иначе учиться нельзя, но я знаю также, что если бы нужда заставила мою жену или сестру очутиться в положении той больной у сифилидолога, то я

сказал бы, что мне нет дела до медицинской школы и что *нельзя так топтать личность человека* только потому, что он беден».

Насколько сегодня актуальны слова Вересаева? Какие принципы биоэтики защищают права пациента и регулируют отношения между пациентом и врачом, врачом и клиникой, пациентом и обществом? Рассмотрите эти высказывания в свете теории моральных обязательств *Prima facie*, либертарианской теории Р. Нозика и принципов биоэтики ЮНЕСКО, обратив особое внимание на принципы уязвимости и целостности.

8. Согласны ли вы с высказыванием В.Р. Поттера: «Если всё же существуют "две культуры" - наука и гуманитарное знание, которые, повидимому, не способны к диалогу, и если это является одной из причин того, что будущее представляется сомнительным, то, возможно, при помощи этой новой дисциплины нам удастся построить мост, соединяющий две культуры, - "мост в будущее"».

Аргументируйте свой ответ. О какой новой дисциплине говорит автор?

9. Поясните мысль известного американского учёного О. Леопольда: «Первоначально этика имела дело с отношениями между индивидами. Её дальнейшее развитие было связано со взаимоотношениями человека и общества. На основании "золотого правила" пытались интегрировать индивида в общество, а при помощи демократии - сделать социальную организацию неотъемлемой частью индивида. До сих пор нет этики, которая бы выростала из отношения человека к земле, животным и растениям. Земля по-прежнему, подобно рабыням Одиссея, остаётся собственностью, а отношение к ней - потребительским, утверждающим права, а не обязательства. Расширение этики до понимания третьего элемента в окружающей среде человека. является эволюционной возможностью и экологической необходимостью. Это третий закономерный шаг в развитии этики. Первые два уже были сделаны. Отдельные мыслители. утверждали, что опустошение земли не только нецелесообразно, но представляет собой зло. Общество, однако, ещё не утвердилось в этом мнении. Я рассматриваю сегодняшнее состояние этики как стадию зарождения подобной точки зрения. Возможно, что этика - это своего рода инстинкт, зарождающийся в общности людей».

Рассмотрите эту позицию в свете 14-го и 15-го принципов биоэтики ЮНЕСКО.

10. Прокомментируйте высказывания выдающегося отечественного культуролога Михаила Михайловича Бахтина: «Три области человеческой культуры - наука, искусство и жизнь - обретают единство только в личности, которая приобщает их к своему единству. Каждый культурный акт существенно живёт на границах: в этом его серьёзность и существенность; отвлечённый от границ, он теряет почву, становится пустым, заносчивым, вырождается и умирает. В этом смысле мы можем говорить о конкретной систематичности каждого явления культуры, каждого отдельного культурного акта, об его автономной причастности - или причастной автономии».

Применимы ли эти высказывания к медицине как компоненту культуры и к врачебной деятельности как отдельному культурному акту? Какой принцип биоэтики напоминают вам высказывания М.М. Бахтина?

11. Прокомментируйте высказывание известного испанского философа Ортега-и-Гассета: «Тема нашего времени заключается в придании разуму жизненности, в биологической локализации разума, подчинённости его спонтанному. Через несколько лет требование ставить жизнь на службу культуре будет казаться абсурдным. Миссия нового времени состоит как раз в том, чтобы перевернуть отношение, указать на то, что культура, разум, искусство, этика должны служить жизни... Пришёл беспощадный час, когда жизнь будет выдвигать свои требования культуре».

Как вы думаете, не связан ли этот «беспощадный час» с появлением биоэтики? Аргументируйте свою позицию.

12. Основную структуру аргументации в биомедицинской этике составляет деонтологическая теория И. Канта. Кант утверждал, что поступок является нравственным, если он соответствует правилу, которое оправдывается принципом, названным категорическим императивом: «Практическим императивом, таким образом, будет следующий: поступай так, чтобы ты всегда относился к человечеству и в своём лице, и в лице всякого другого так же, как к цели, и никогда не относился бы к нему как к средству. Поступай так, чтобы максима твоей воли могла в то же время иметь силу принципа всеобщего законодательства», - писал великий немецкий философ И. Кант в «Основах метафизики нравственности».

Поясните приведённые выше формулировки категорического императива. Приведите третью формулировку. Рассмотрите каждую из них в медицинском контексте.

13. «Учение о человеческом теле имеет столько же разделов, сколько благ несёт с собою тело. А человеческое тело обладает четырьмя благами: здоровьем, формой или красотой, силой, наслаждением. Столько же существует и наук: медицина, косметика, атлетика и наука о наслаждениях, которую Тацит называет утончённой роскошью. Медицина - одно из самых благородных искусств, - по словам поэтов, "происходит из знатнейшего рода". Поэты сделали главным богом медицины Аполлона, а сыном его - Эскулапа, тоже бога и учителя медицины, ибо если Солнце является создателем и источником жизни всего, что существует в природе, то врач, поддерживая и охраняя жизнь, оказывается своего рода вторым источником жизни. Но неизмеримо большее достоинство придают медицине дела Спасителя, который был врачом и души, и тела... Предмет медицины, а именно человеческое тело, из всего того, что создала природа, лучше всего поддаётся действию лекарств, но, в свою очередь, применение этих лекарств больше всего сопряжено с ошибками. среди всех тел, созданных природой, нельзя найти ни одного, которое было бы столь же сложным и многообразным, как человеческое тело. Это разнообразное и тонкое строение человеческого тела сделало его подобным сложному и капризному музыкальному инструменту, способному легко утратить свою гармонию. Поэтому имеет смысл соединение поэтами в лице Аполлона музыки и медицины: ведь дух обоих этих искусств почти одинаков; а обязанность врача

состоит целиком в том, чтобы уметь так настроить лиру человеческого тела и так играть на ней, чтобы она ни в коем случае не издавала негармонических и неприятных для слуха созвучий», - писал Ф. Бэкон в первой части «Восстановления Наук» «О достоинстве и приумножении наук». Прокомментируйте высказывания философа.

14. В «Опытах или наставлениях нравственных и политических» Ф. Бэкон отмечал: «Некоторые врачи настолько поддаются настроению пациента и подделываются под него, что не заставляют его подчиняться правильному курсу лечения; а некоторые другие так педантичны в своих действиях, предпринимаемых в соответствии с искусством лечения, что недостаточно принимают во внимание состояние пациента. Изберите середину или же, если нельзя найти таких качеств в одном враче, возьмите двоих, того и другого рода; и не забудьте позвать как того, кто лучше знаком с вашим организмом, так и того, кто более всего известен своими способностями».

Прокомментируйте высказывания Ф. Бэкона. О каких качествах, необходимых врачу, говорится в данном фрагменте? Присущи ли эти качества современным врачам?

15. Выдающийся русский врач Матвей Яковлевич Мудров (1774- 1831) в «Слове о благочестии и нравственных качествах Гиппократова врача» наставлял будущих врачей: «Чтобы сохранить достоинство истинного врача, ему нужно соединить медицину с мудростью и с другими науками: таковой врач славится от родителей и детей. При сём том прошу, для предосторожности, заметить особенно, что Гиппократ говорил здесь о нравственной мудрости, а не об умственной философии, о мудрости благочестия, а не мудрованиях школьных бредней, кои, по его словам, не приносят никакой пользы и исчезают как тёмные призраки при свете истинной мудрости».

Прокомментируйте наставление великого русского врача. Актуально ли оно для современного врача? Аргументируйте свою позицию.

Какие принципы биоэтики созвучны с наставлениями великого русского врача?

16. «Условие о награде неприлично, когда больной страждет, а наипаче острою болезнию; ибо острота болезни, не позволяющая оставлять больного без помощи, запрещает доброму врачу отказываться от лечения, но более заставляет его здесь искать не пользы своей, но чести и уважения. А потому лучше по выздоровлении сделать выговор неблагодарному больному, нежели у лежащего на смертном одре вынуждать плату; ибо кто истинный есть врач, тот, ей-богу, верою более, нежели жестокостью, в лечении пользуется. И в самом начале узнавши болезнь, должно предписать нужные пособия, больного до окончания болезни пользоваться, и никак его не оставлять. В лечении больных не поставляй любостыжания и награды целию, но усовершенствование науки и её распространение. Итак, советую иметь человеколюбие. Иногда лечи даром на счёт будущей благодарности, или, как говорится: не из барыша, была бы слава хороша. Есть ли случится подать помощь больному, то наипаче чужестранцу и бедному ты помогать должен, ибо, кто человеколюбив и милосерд, тот есть истинный любитель и любимец науки. Многие больные чувствуют опасность своей болезни; но уверены будучи в

человеколюбии врача, уверенными остаются и в своём выздоровлении» (*Мудров М.Я.* Слово о благочестии и нравственных качествах гиппократова врача).

Прокомментируйте наставления М.Я. Мудрова в свете принципов и правил биоэтики.

17. С именем М.Я. Мудрова связаны разработка первой в отечественной медицине системы врачебного расспроса больного и введение в практику гражданских лечебных учреждений России систематических записей, составляющих истории болезни. Их прообразом можно считать «скорбные листы» («скорбные билеты»), утверждённые в 1806 году для использования в военных госпиталях по инициативе «главного по армии военного инспектора» Якова Васильевича Виллие (1768-1854); уроженец Шотландии, окончивший Эдинбургский университет (1790), он всю жизнь трудился хирургом и организатором на военной службе в России и стал одним из основоположников военно-медицинского дела в русской армии, лейб-медиком, действительным тайным советником. М.Я. Мудров, как и Я.В. Виллие, понимал исключительную роль правильного ведения медицинской документации. Более 20 лет он собирал и хранил 40 томов историй болезней всех наблюдавшихся им больных; при эвакуации из Москвы в 1812 году, оставив прекрасную библиотеку, он взял их с собой и говорил: «Печатные книги везде можно найти, а историй болезней нигде». Он учил своих слушателей овладевать «не со слов учителя», но путём практики, клинических наблюдений («не иначе как внимательно наблюдая за течением, симптомами и периодами болезни»; «книжное лечение болезней легко; одно - знать, другое - уметь») и требовал индивидуального подхода к больному: «Поверьте ж, что врачевание не состоит ни в лечении болезни, ни в лечении причин. врачевание состоит в лечении самого больного. Вот вам вся тайна моего искусства, каково оно ни есть» (*Бородулин В.И.* История клинической медицины от истоков до середины 19-го века. Лекции. - М.: ОАО «Издательство "Медицина", 2008).

Прокомментируйте фрагмент из лекций В.И. Бородулина. Какое значение имеют подходы М.Я. Мудрова к лечению больного в свете принципов биоэтики? Каким нормам и принципам биоэтики они созвучны?

18. В 1830-х годах Н.И. Пирогов изучал медицину в Берлине. Вот что он вспоминает: «Наука в Берлине в 1830-х годах была в переходном состоянии... Теперь трудно и вообразить, до какой степени и в Германии, и у нас веровали - именно веровали - в философию Гегеля. Медицина того времени стояла в Германии на распутье. Самая сущность этой науки препятствовала ей отдаться в руки гегелевой философии, но тем не менее это философское направление всех наук того времени препятствовало и медицине следовать спокойно и неуклонно путём чистого наблюдения и опыта. Но я застал ещё в Берлине практическую медицину почти совершенно изолированную от главных реальных её основ: анатомии и физиологии. И сама хирургия не имела ничего общего с анатомией. О профессорах терапии и патологии, о клиницизме по внутренним болезням - и говорить нечего. Объективный экзамен при постели больного почти не существовал у терапевтов: постукивание и послушивание употреблялось более как *dekorum*. Вскрытий трупов сами профессора не делали и не присутствовали при них.»

Прокомментируйте фрагмент из воспоминаний великого хирурга. Какие вы знаете философские системы, теории, оказавшие столь значимое влияние на медицину?

19. В своём последнем труде «Вопросы жизни. Дневник старого доктора» Н.И. Пирогов (1818-1881) вспоминал, как он изучал медицину в Берлине: «В первом же семестре я записался у Шлемма для. упражнений в хирургических операциях над трупами. С первого же раза я, ещё молокосос (23 лет), и пожилой профессор Шлемм полюбили друг друга. Он видел во мне иностранца, любившего его любимые занятия и притом знавшего многое из той части анатомии, которою он мало занимался. Он очень хвалил мои работы тазовых и паховых фасций, артериальных влагалищ и проч... Шлемм был не только превосходным техником по анатомии, но и отлично оперировал на трупах. На живом он никогда не оперировал, вероятно, следуя Галлеровскому: *ne nocerem veritus*. Ровный, всегда спокойный и положительный, Шлемм был очень любим. Я, несмотря на близкое знакомство с Шлеммом и проводя с ним ежедневно по несколько часов, никогда не видел его взволнованным и сердитым. Мюллер был весьма расчётлив на своих лекциях: он никого не допускал посещать их, не внеся гонорара (весьма значительного по тогдашнему времени), и, читая лекцию, зорко следил за каждым входящим в аудиторию. Однажды он вдруг встаёт с кафедры и подошел к только что вошедшему посетителю, громко спрашивает его: "А имеете входной билет? Покажите!" Билета не оказалось, и посетитель должен был ретироваться, а служитель у входа, отбиравший билеты, был удалён».

Прокомментируйте приведённые фрагменты с позиций биоэтики.

20. «В воспоминании сохранилось у меня. с каким рвением и юношеским пылом. я всецело отдался изучению хирургической анатомии и производству операций над трупами и живыми животными. Я был в то время безжалостен к страданиям. Однажды, я помню, это равнодушие моё к мукам животных при вивисекциях поразило меня самого так, что я, с ножом в руках, обратившись к ассистировавшему мне товарищу, невольно вскрикнул: "Ведь так, пожалуй, легко зарезать и человека". Да, о вивисекциях можно многое сказать и за, и против. Несомненно, они - важное подспорье науке, и оказали, и окажут ей несомненные и неоценённые услуги. Права человека делать вивисекции также нельзя оспаривать после того, как человек убивает и мучает животных для кулинарных и других целей. Кодекса для этого права нет и не писано. Но наука не восполняет всецело жизни человека: проходит юношеский пыл и мужская зрелость, наступает другая пора жизни, и с нею - потребность сосредоточиваться всё более и более и углубляться в самого себя; тогда воспоминание о причинённом насилии, муках, страданиях другому существу начинает щемить невольно сердце. Так было, кажется, и с великим Галлером; так, признаюсь, случилось и со мною, и в последние годы я ни за что бы не решился на те жестокие опыты над животными, которые я некогда производил так усердно и так равнодушно. Это своего рода *memento mori*», - писал Н.И. Пирогов в «Дневнике старого врача». Согласны ли вы с выводами великого хирурга? Аргументируйте свою позицию. Насколько сегодня актуальна эта проблема? Какие этические кодексы посвящены ей?

21. Прокомментируйте высказывание основоположника реаниматологии в России В.А. Неговского: «Я полагаю, что самой существенной ошибкой в реаниматологии является нежелание оказать реанимационную помощь больному. Можно привести десятки доводов в оправдание отказа от такой помощи: больной был в очень тяжёлом состоянии, истощён, перенёс тяжёлое заболевание, длительное время дыхание и сердечная деятельность были несовершенными и т.д., иными словами, в глазах посторонних отказавшийся от проведения реанимационных мероприятий может найти оправдание. Но всегда ли оно обоснованно? Нередко врачу-реаниматологу приходится иметь дело с действительно безнадежными больными, но определяющими могут быть только критерии, принятые в реаниматологии. В частности, доказательство наступающей или приближающейся гибели мозга, которую уже нельзя предотвратить».

22. В книге «Вопросы хирургической деонтологии» Н.Н. Петров писал: «Что именно надо говорить в каждом конкретном случае - этого предусмотреть, конечно, нельзя, но, помня деонтологию, хирург легко найдёт подходящие слова; для этого надо представить, что перед нами не безличный и безразличный «больной», а близкий человек, которому хочется доставить облегчение всеми возможными способами».

Прокомментируйте фрагмент.

23. Прокомментируйте мысль В.С. Соловьёва: «В присущих нам чувствах стыда и жалости основным образом определяется наше нравственное отношение, во-первых, к собственной нашей материальной природе, во-вторых, ко всем живым существам. Поскольку человек стыдлив и жалостлив, он относится нравственно «к самому себе и ближнему». бесстыдство и безжалостность, напротив, в корне подрывают его нравственный характер. Кроме этих двух основных чувств, есть в нас ещё одно, третье, несводимое на них, столь же первичное, как они, и определяющее нравственное отношение человека не к низшей стороне его собственной природы, а также не к миру подобных ему существ, а к чему-то особому, что признаётся им как *высшее*, чего он *нистыдиться*, ни *жалеть* не может, а перед чем он должен *преклоняться*. Это чувство *благоговения* (благочестия) или преклонения перед *высшим* составляет у человека нравственную основу религии и религиозного порядка жизни... Основные чувства *стыда*, *жалости* и *благоговения* исчерпывают область возможных нравственных отношений человека к тому, что ниже его, что равно ему и что выше его» (Соловьёв В.С. Оправдание добра. Нравственная философия. - М.: Директмедиа Паблишинг, 2002).

Согласны ли вы с великим русским философом? Как вы считаете, насколько важны эти чувства в практической деятельности врача?

24. В «Чтениях о богочеловечестве» В.С. Соловьёв отмечает: «Справедливость, в нравственном смысле, есть некоторое самоограничение своих притязаний в пользу чужих прав; справедливость, таким образом, является некоторым пожертвованием, самоотрицанием, и чем больше самопожертвования, чем больше самоотрицания, тем в нравственном смысле лучше. В таком случае, становясь на нравственную точку зрения, невозможно придавать никакого нравственного значения со стороны рабочего класса требованию равномерного распределения материального благосостояния, так как здесь

справедливость - если есть тут справедливость - является для этого класса тождественною с его выгодами, требование, следовательно, своекорыстное и потому не может иметь нравственного значения».

Согласны ли вы с таким определением справедливости? Аргументируйте свой ответ.

25. «Истинная сущность жалости, или сострадания, вовсе не есть непосредственное отождествление себя с другим, а признание за другим собственного. значения - права на существование и благополучие. Когда я жалею другого человека или животное, я вижу в нём сродное или однородное со мною, подобное мне существо. желающее, как и я, жить и наслаждаться благами жизни. Признавая за самим собою право на исполнение такого желания, я признаю его и за другим; болезненно отзываясь на всякое нарушение этого права относительно меня, на всякую обиду, мне наносимую, я подобным же образом отзываюсь на нарушение чужого права, на чужую обиду, - жалея себя, жалею и другого... Таким образом, мыслимое содержание (идея) жалости, или сострадания, взятая в своей всеобщности и независимо от субъективных душевных состояний, в которых она проявляется. есть правда и справедливость. Правда, что другие существа подобны мне, и справедливо, чтобы я относился к ним так же, как к себе», - отмечает В.С. Соловьёв, анализируя первичные данные нравственности в своём главном этическом сочинении «Оправдание добра».

Прокомментируйте высказывание В.С. Соловьёва. Какие из рассматриваемых им этических принципов входят в систему принципов биоэтики?

26. Парацельс (1493-1541), уроженец Швейцарии с гордым именем Филипп Теофаст Бомбаст фон Гогенгейм, по словам А.И. Герцена, «первый профессор химии от сотворения мира», по мнению католиков «Лютер в медицине», во времена господства галенизма страстно ниспровергал все каноны и авторитеты, считал основой медицины не книжное знание, а врачебный опыт и «познавание тайн природы». Его деятельность в медицине была настолько обширной и разносторонней, что трудно найти область, в которой он не оставил свой гениальный след. Титаническая научная и врачебная работа сопровождалась таким вниманием и милосердием к больным, что некоторые исследователи готовы выделить такое отношение в особую модель. Это происходило в то время, когда Монтень писал о врачах: «Они хорошо знают Галена, но совершенно не знают больного». Парацельс не просто знал больного, он от больного шёл к медицине. Отсюда и разработка учения о дозировке лекарств: «Всё есть яд, и ничто не лишено ядовитости. Одна только доза делает вещество ядом или лекарством». В учение о ранах он внёс понимание необходимости чистых повязок: «только так излечиваются все раны». Описав заболевания рудокопов и литейщиков, вызванные вредными химическими веществами, он стал провозвестником учения о профессиональных болезнях. Сблизив химию и медицину, стал основоположником ятрохимии. Применял для лечения исследованные им минеральные воды природных источников Баден-Бадена и других теперь широко известных курортов на юге Германии. Успешно лечил сифилис втираниями ртути, писал о разнообразных его проявлениях, распространении и сущности.

Он был широко образованным врачом и прославленным хирургом, с гордостью называл себя «доктором обеих медийн». Существует легенда, что во время своей лекции в университете Базеля он сжѣг книги Авиценны, демонстрируя, что возврата к старой бесполезной медицине нет. И.В. Гѣте сделал его прототипом «вечного образа» Фауста, «стремящегося от тьмы к свету».

Какой этический принцип был основополагающим в жизни Парацельса? В какие системы принципов биоэтики он входит?

27. В книге Е.А. Вагнера «Раздумья о врачебном долге» приведены факты из зарубежной и отечественной медицины: «Горящая свеча. Удивительно точный символ одного из главных нравственных качеств врача - самоотверженности, способности абсолютно, до конца принадлежать своему делу, не жалеть себя во имя благополучия других. История медицины знает немало имѣн деятелей науки, которые ради блага людей жертвовали своим здоровьем и даже жизнью. Ещё в 1802 году английский врач А. Уайт, стараясь выяснить пути передачи чумы, привил себе гной из железы больной женщины и погиб. В 70-х годах XIX века О.О. Мочутковский несколько раз вводил себе кровь больных сыпным тифом и, тяжело заболев после шестого эксперимента, непоправимо нарушил своё здоровье. В результате многократных опытов с сыпнотифозными вшами погиб английский врач Артур В. Бекот. Проводили на себе эксперименты с введением крови больных с возвратным тифом Г.Н. Минх, будущий киевский профессор, и И.И. Минх. Такие же опасные для жизни эксперименты с приёмом чистых культур холерных вибрионов в разное время проделали на себе И.И. Мечников, Н.Ф. Гамалея, Д.К. Заболотный, М.П. Петтенкофер. Уже в советское время, в 1928 году, директор первого в мире Института переливания крови А.А. Богданов произвѣл на себе опыт обменного переливания крови, в результате которого погиб.

Прокомментируйте фрагмент в свете современных требований биоэтики к экспериментам на людях. Рассмотрите поступки врачей: а) с позиции деонтологической теории И. Канта; б) с позиции теорий утилитаризма.

28. В романе С. Цвейга «Нетерпение сердца» есть такие слова: «Есть два рода сострадания. Одно - малодушное и сентиментальное. Оно - лишь инстинктивное желание оградить свой покой от страданий больных. Но есть другое сострадание - истинное, которое требует знаний и действий, а не сентиментальных переживаний, оно знает, чего хочет, и полно решимости, страдая и сострадая, делать всё, что в человеческих силах и даже выше».

Прокомментируйте фрагмент размышления. Согласны ли вы с точкой зрения писателя? Аргументируйте свою позицию, опираясь на теории оправдания добра В.С. Соловьѣва и теорию добродетели Аристотеля.

29. Н.И. Пирогов писал: «Если здравый смысл нас учит избегать ошибок, если упрямый опыт, напротив, подтверждает, что ошибки неизбежны, то бесхитростный пересказ фактов из уст человека. когда он сам раскрывает механизм своих ошибок, может, и будет нам прямо показывать, каким образом избежать ошибок и где ошибка неизбежна».

Прокомментируйте высказывание Н.И. Пирогова. Какой путь вы можете указать к сокращению врачебных ошибок?

30. Согласны ли вы с предположением М. Твена, который спрашивал: «А знает ли что-нибудь лечащий вас врач? Достаточно ли он умён и образован в широком смысле слова? Если он ничего не знает, кроме медицины, то, возможно, что он не знает и её».

Прокомментируйте высказывание писателя.

31. Прокомментируйте следующие исторические примеры. К Сиденгаму, этому английскому Гиппократу, обратился медик с просьбой посоветовать, какие следует читать книги, чтобы стать хорошим врачом. «Читайте, мой друг, "Дон Кихота" Сервантеса - это прекрасная книга, которую я сам часто перечитываю», - ответил знаменитый врач. Советский терапевт А.И. Нестеров утверждал: «Положение врача у постели больного будет более полезным, если он достаточно осведомлён в области литературы, живописи, архитектуры, драматургии, театра, знаком с классическими музыкальными шедеврами».

Какие необходимые врачу качества формируются средствами искусства? Согласны ли вы с вышеприведёнными высказываниями? Аргументируйте свой ответ.

32. А.М. Горький в силу серьёзного хронического заболевания постоянно имел дело с врачами. Известно, что даже рядовых врачей он называл «маленькими Великими людьми».

Как вы думаете, почему? Чего ожидают великие больные даже от рядовых врачей?

33. «У знаменитого русского хирурга Н.И. Пирогова незадолго до торжественного празднования 50-летия его научной деятельности появилась незаживающая язва на слизистой оболочке альвеолярного отростка верхней челюсти. Вначале сам Пирогов не придавал ей особого значения: «Не раковая ли это штука?» Поскольку язва упорно не заживала, решено было воспользоваться поездкой на юбилейные торжества в Москву для консультации. Состоялся консилиум. Общее заключение гласило: злокачественное новообразование, требуется безотлагательная операция. Решение консилиума произвело на Николая Ивановича чрезвычайно тягостное впечатление. У него резко изменилось настроение: он стал задумчивым и мрачным. По настоянию жены и сына для операции решено было выехать в Вену, в клинику одного из ведущих хирургов того времени профессора Т. Бильрота. Бильрот самым тщательным образом осмотрел своего гениального пациента и категорически заявил ему, что о злокачественном характере язвы не может быть и речи и никакое оперативное вмешательство не показано. Как свидетельствует сопровождавший Пирогова в поездке к Бильроту доктор С. Шклярёвский, «расположение духа Николая Ивановича в Вене резко и быстро изменилось: из убитого и дряхлого старика, каким он был во время дороги от Москвы до Вены, он опять сделался бодрым и свежим. Николай Иванович и сопровождавшие его были полны счастья». После консультации у Бильрота Пирогов воспрянул духом, начал принимать больных, катался верхом, работал в саду и чувствовал себя вполне удовлетворительно, пока ужасная болезнь не взяла своё. Некоторые современники обвиняли Бильрота в диагностической небрежности. Обвинения эти беспочвенны. Бильрот истинный характер заболевания

Пирогова сознавал. Но он понимал и другое: организм пациента изношен, болезнь запущена, операция бесперспективна. И, пользуясь своим непререкаемым авторитетом, подарил ему надежду, покой, обеспечил, хотя на сравнительно короткое время, сносное, не омрачённое тяжкими переживаниями существование».

Прокомментируйте отрывок из книги известного хирурга, члена корреспондента АМН СССР, профессора Е.А. Вагнера «Раздумья о врачебном долге». Какими этическими принципами руководствовался Бильрот, не сообщая пациенту правду? Если оценивать поступок Бильрота с позиции биоэтики: какое правило биоэтики им было нарушено и какой этический конфликт ему пришлось разрешать? Какие этические принципы уравнивают правило правдивости? Какая этическая теория морально оправдывает поступок Бильрота?

34. Один из основоположников утилитаризма И. Бентам в своей книге «Деонтология, или Наука о морали» утверждал: «Основание деонтологии - принцип пользы, иначе говоря, это значит, что определённый поступок является хорошим или плохим, достойным или недостойным, заслуживающим или не заслуживающим одобрения в зависимости от его тенденции увеличивать или уменьшать сумму общественной пользы».

Прокомментируйте это утверждение. Какой проблемы биоэтики оно касается?

35. Прокомментируйте отрывок из книги митрополита Антония Сурожского «Жизнь. Болезнь. Смерть». «Очень важный момент: надо ли предупреждать больного о грядущей смерти? В-первых, надо, чтобы сказал очень близкий человек, а не просто сестра милосердия, доктор или кто попало - по должности. И, во-вторых, надо, чтобы тот, кто это скажет, не уходил сразу. Легче всего сказать и бежать. Я как-то был на съезде докторов, сестёр милосердия и студентов-медиков, где обсуждался этот вопрос, и одна старшая сестра описывала, что она делает в таких случаях. Она говорила: я прихожу и сообщаю больному, что иного исхода, кроме смерти, нет. Человек на меня смотрит с ужасом, и я сразу говорю ему (по её словам, чтобы как-то разрядить обстановку): "Вот сейчас я приготовлю вам хорошую чашку чая, и мы с вами посидим, поговорим" - и ухожу. И человек, которому нанесли этот страшный удар, - потому что редко кто ждёт смерти, как её ждал апостол Павел, ждут святые, - остаётся лицом к лицу со смертным приговором, а сестра милосердия будет подольше возиться с чаем, чтобы вернуться только тогда, когда будет немножко легче. Вот этого никогда не смей делать! В таких случаях надо, как я сказал, сесть и побыть с человеком, и только тогда уйти, когда что-то развязалось внутренне. Когда скорбь стала общей, когда любовь победила, когда надежда на какой-то срок времени в руках, - тогда можно уйти. Но к этому надо возвращаться. Так что один человек другому может помочь. Конечно, так не всегда бывает. Во-первых, надо уметь сказать, во-вторых, надо уметь побыть, в-третьих, надо, чтобы человек, кому ты это скажешь, был готов к тому, что ты говоришь. Не всякому можно бросить в лицо смертный приговор. Иногда, зная это, приходится, не прибегая ко лжи, постепенно готовить человека к тому, что физическая смерть придёт, но "разве наши отношения могут умереть?"»

Как вы относитесь к праву пациента знать объективную информацию о близкой смерти? Как бы вы поступили в подобной ситуации?

36. Прокомментируйте отрывок из рассказа Л.Н. Толстого «Смерть Ивана Ильича». «Ухудшало его положение то, что он читал медицинские книги и советовался с докторами. Ухудшение шло так равномерно, что он мог себя обманывать, сравнивая один день с другим, - разницы было мало. Но когда он советовался с докторами, тогда ему казалось, что идёт к худшему и очень быстро даже. И несмотря на это, он постоянно советовался с докторами. В этот месяц он побывал у другой знаменитости: другая знаменитость сказала почти то же, что и первая, но иначе поставила вопросы. И совет с этой знаменитостью только усугубил сомнения и страх Ивана Ильича. Приятель его приятеля - доктор очень хороший - тот ещё совсем иначе определил болезнь и, несмотря на то, что обещал выздоровление, своими вопросами и предложениями ещё больше спугал Ивана Ильича и усилил его сомнение. Гомеопат - ещё иначе определил болезнь и дал лекарство, и Иван Ильич, тайно от всех, принимал его с неделю. Но после недели, не почувствовав облегчение и потеряв доверие к прежним лечением и к этому, пришёл ещё в большее уныние. Раз знакомая дама рассказывала про исцеление иконами. Иван Ильич застал себя на том, что он внимательно прислушивался и поверял действительность факта. Этот случай испугал его. "Неужели я так умственно ослабел? - сказал он себе. - Пустяки! Всё вздор, не надо поддаваться мнительности, а, избрав одного врача, строго держаться его лечения. Так и буду делать. Теперь кончено. Не буду думать и до лета строго буду исполнять лечение. А там видно будет. Теперь конец этим колебаниям!". Легко было сказать это, но невозможно исполнить.»

Как вы относитесь к использованию в такой ситуации альтернативных методов лечения? Какие принципы и правила биоэтики могут помочь врачу в разрешении таких этических проблем?

37. В романе «Раковый корпус» А.И. Солженицын поднимает ряд биоэтических проблем. Вот одна из них: «Костоглотов! За двенадцать сеансов рентген сделал вас живым человеком из мертвеца - и как вы смеете руку заносить на рентген?.. Где логика?

- Получается, логики нет, - потряс чёрными кудрями Костоглотов. - Но может быть, её и не должно быть, Людмила Афанасьевна? Ведь человек же - очень сложное существо, почему он должен быть объяснён логикой? Или там экономикой? Или физиологией? Да, я приехал к вам мертвецом, и попросился к вам, и лежал на полу около лестницы - и вот вы делаете логический вывод, что я приехал к вам спасаться любой ценой. А я не хочу - любой ценой!! Такого и на свете нет ничего, за что б я согласился платить любую цену! Я говорю: мне очень больно, помогите! И вы помогли! И вот мне не больно! Спасибо! Спасибо! Я - ваш благодарный должник. Только теперь - отпустите меня! Дайте мне, как собаке, убраться к себе в конуру и там отлежаться и отлизаться.

- А когда вас снова подопрёт: вы опять приползёте к нам?

- Может быть. Может быть, опять приползу.

- И мы должны будем вас принять?

- Да!! И в этом я вижу ваше милосердие! А вас беспокоит что? - процент выздоровления? отчётность? Как вы запишете, что отпустили меня после пятнадцати сеансов, если Академия медицинских наук рекомендует не меньше шестидесяти?.. »

Прокомментируйте фрагмент с позиций биоэтики. Какую биоэтическую проблему затрагивает диалог героя и врача? Как бы вы её решили? Аргументируйте свой ответ.

38. В книге «Помнить о больном» профессор Е.И. Лихтенштейн приводит эпизод, который произошёл с А.П. Чеховым в начале его врачебной практики. «По окончании медицинского факультета (1894) Антон Павлович, как это было принято, вывесил на дверях своей квартиры в Москве табличку с надписью: "Доктор А.П. Чехов". В первый же день он был приглашён к больному. Тщательно обследовав пациента, назначил лечение, выписал рецепт и с большим внутренним удовлетворением возвратился домой. Перебрав в памяти свою первую врачебную самостоятельную встречу с пациентом, А.П. Чехов вспомнил, что на рецепте при указании дозы лекарства он поставил запятую не там, где следовало... Он тут же нанял извозчика и объехал все близлежащие аптеки. Убедившись в том, что рецепт ещё не попал ни в одну из них, А.П. Чехов поехал на квартиру к пациенту, где исправил допущенную ошибку. Исполнив свой врачебный долг, уплатив весь полученный гонорар извозчику, удручённый и уставший, А.П. Чехов возвратился домой. Таково было начало его самостоятельной врачебной деятельности».

Прокомментируйте отрывок. Что помогло молодому врачу своевременно заметить и исправить ошибку?

39. В статье «Антон Павлович Чехов как земский врач» (Общественный врач, 1911, № 4) П.И. Куркин писал: «Наступили трудные для Московской губернии 1892-1893 гг. На губернию надвигалась эпидемия азиатской холеры. Были мобилизованы все врачебные и санитарные силы. И вот в знаменитом писателе в эту трудную годину народной опасности тотчас же сказался врач-гражданин. Немедленно, с первого почти момента врачебной мобилизации 1892 года в Московской губернии, А.П. Чехов стал, так сказать, "под ружьё". Он образовал около с. Мелихова обширный земский медицинский участок в составе 26 поселений, принял на себя надзор за здоровьем этой местности и нёс обязанности мелиховского земского врача в течение 2 лет! - 1892 и 1893, пока не миновала опасность. И поразительно вспомнить теперь. Как всё было просто, свободно от лишней фразы, деловито, серьёзно. Обязанности земского врача были приняты в полном объёме... За сухими и чёрствыми данными этих отчётов. стоит, как живая, глубокая, приветливая, полная тепла и ласки. личность дорогого и незабвенного писателя, возложившего на свои плечи труд врача-гражданина». Известно, что в это время у Антона Павловича прогрессировал туберкулёзный процесс.

Прокомментируйте фрагмент. О каких качествах личности врача говорит автор? Необходимы ли эти качества современному врачу?

40. Герой романа А.И. Солженицына «Раковый корпус» Костоглотов в диалоге с дежурной медсестрой-студенткой Зоей отстаивает своё право знать правду о своём

заболевании. «Это кому-нибудь другому противопоказано, но не мне! - Я уже в жизни пуган-перепуган и отпугался. Мне в областной больнице хирург-кореец, который диагноз ставил, вот под Новый год, тоже объяснять не хотел, а я ему - "говорите". "У нас, мол, так не положено". "Говорите, я отвечаю! Я семейными делами должен распорядиться". Ну, и он мне лепанул: "Три недели проживёте, больше не ручаюсь!"

- Какое он имел право!

- Молодец! Человек! Я ему руку пожал. Я знать должен! Да если я полгода до этого мучился, а последний месяц я не могу уже ни лежать, ни сидеть, ни стоять, чтобы не болело, в сутки спал несколько минут - так я уже что-то ведь передумал! За эту осень я на себе узнал, что человек может переступить черту смерти, ещё когда тело его не умерло. Ещё что-то там в тебе кровообращается или пищеварится - а ты уже, психологически, прошёл всю подготовку к смерти. И пережил саму смерть. Всё, что ты видишь вокруг, видишь уже как бы из гроба, бесстрашно. Хотя тут вдруг замечаешь, что ты-таки уже простил всем обижавшим тебя и не имеешь зла к гнавшим тебя. Тебе уже просто всё и все безразличны, ничего не порываешься исправить, ничего не жаль. Я бы даже сказал: очень равновесное состояние, естественное.»

Прокомментируйте фрагмент. С каким видом этического конфликта сталкиваются врачи в подобных ситуациях? Как бы вы его разрешили? Аргументируйте свою точку зрения.

41. В жизни героини романа Л. Улицкой «Казус Кукоцкого» происходит событие, перевернувшее всю её жизнь. Татьяна отвечала в лаборатории за выдачу инструментов, необходимых для заливки туши в кровеносную систему экспериментальных животных. «Миловидная, припадающая на полиомиелитную ногу лаборантка Рая, держа в цепких руках лоток, укрытый от многих стерилизаций пожелтевшей плёнкой, попросила ей выдать набор инструментов для наливки тушью.

- Кого наливаешь? - деловито спросила Таня.

- Плод человеческий, - ответила Рая.

Таня звякнула ключом, отпирая стеклянный шкаф с мелкими *металлическими* драгоценностями, вытащила из сломанного бикса пинцеты, скальпели, фиксаторы, пересчитала весь этот старый металл поштучно и, подбирая зажимы, спросила делово:

- Живой, мёртвый?

- Мёртвый, - спокойно отозвалась миловидная Рая, расписалась в тетрадке за полученный инструментарий и стала неровно спускаться в полуподвал по круто прорубленной вниз лесенке.

Она уже успела прогроыхать донизу и шаркала рукой по стене в поисках выключателя, когда Таня поняла, что именно она спросила. А поняв, положила ключ от операционной на место, сняла белый халат, повесила его на вешалку и вышла из лаборатории. Больше она туда не вернулась. Не вернулась она и в университет. Роман её с

наукой закончился в этот самый час и навсегда. это поразившее её до глубины событие, что она, Таня Кукоцкая, спросила у Раи Пашенковой, живой ли плод, то есть живой ли ребёнок, и если бы он был живой, то она выдала бы Рае необходимые инструменты, чтобы налить в вену тушь и умертвить в процессе этого мероприятия живого ребёнка. не крысёнка, не котёнка и не крольчонка, а существо с именем, фамилией и днём рождения. Неужели каждый человек так близок к совершению убийства, или это нечто особое, что произошло только с ней?»

Прокомментируйте фрагмент с позиций биоэтики. В каких международных этических документах определён регламент научных исследований, когда в качестве объекта используются: человек, тело человека, органы или ткани человека?

42. «Справедливость требует, чтобы мы не делали другим, чего не желаем себе; так как мы не можем желать стеснений и ограничений для исповедания нашей веры, то не должны подвергать таковым и чужую веру... с моей точки зрения, требуется, чтобы... *единственной* нормой своей политики принимало христианский и общечеловеческий принцип справедливости, в силу которого утверждается личная, национальная и религиозная свобода для всех в равной мере, именно в той, которую может каждый желать для себя совместно со всеми. Если я не допускаю относительно других того, чего не могу желать себе, то, значит, я должен признать за другими полноту прав, т.е. в той самой мере, в какой я признаю свои собственные права. Я не могу принципиально желать себе бесправия или произвольного ограничения моих прав (личных, религиозных, национальных и т.д.), следовательно, не могу утверждать такого бесправия и таких ограничений и для других. Вот настоящее понятие равноправности, которая здесь не только имеет ясное отношение к свободе, но прямо с нею совпадает. Ведь то, на что я имею равное со всеми право, есть именно моя свобода. У государства же в его законах нет ни возможности, ни надобности определять *материально* права каждого, т.е. перечислять всё то, что ему позволительно делать, - оно признаёт только за каждым полную свободу существовать, действовать и развивать свои естественные силы, поскольку этот "каждый" не нарушает такой же свободы других (что уже будет преступлением и подлежит материальным определениям закона)», - поясняет свою позицию по вопросу о справедливости В.С. Соловьёв в статье «Спор о справедливости».

Прокомментируйте данный фрагмент в свете биоэтики. Согласны ли вы с таким пониманием принципа справедливости? Аргументируйте свою позицию.

43. Считают, что термин «эвтаназия» предложил Ф. Бэкон; во всяком случае, несомненно, он ввёл его в научный оборот. «Мы разделяем медицину на три части, которыми обозначим три её предназначения. Первая обязанность медицины - сохранение здоровья, вторая - лечение болезней, третья - продление жизни. я совершенно убеждён, что долг врача состоит не только в том, чтобы восстанавливать здоровье, но и в том, чтобы облегчать страдания и мучения, причиняемые болезнями, и это не только тогда, когда такое облегчение боли как опасного симптома болезни может привести к выздоровлению, но даже и в том случае, когда уже нет совершенно никакой надежды на спасение и можно лишь сделать самоё смерть более лёгкой и спокойной, потому что эта

эвтанасия, о которой так мечтал Август, уже сама по себе является немалым счастьем; примером такой счастливой смерти может служить кончина Антонина Пия, который, казалось, не умер, а заснул глубоким сладким сном. То же самое, как говорят, выпало на долю Эпикура: когда его состояние стало безнадежным, он заглушил все чувства и боль в желудке, упившись вином, откуда и эти слова эпиграммы: "И затем уже пьяный он испил воды Стикса", т.е. вином заглушил горечь стигийской воды. А в наше время у врачей существует своего рода священный обычай остаться у постели больного и после того, как потеряна последняя надежда на спасение, и здесь, по моему мнению, если бы они хотели быть верными своему долгу и чувству гуманности, они должны были бы и увеличить свои познания в медицине, и приложить все старания к тому, чтобы облегчить уход из жизни тому, в ком ещё не угасло дыхание. Эту часть медицины мы называем исследованием внешней эвтанасии (в отличие от той эвтанасии, которая исследует подготовку души) и считаем, что эта дисциплина должна получить развитие».

Прокомментируйте мысль Ф. Бэкона. Как вы относитесь к взглядам философа на проблему эвтаназии? Аргументируйте свою позицию. Какие позиции по этому вопросу занимают международное и отечественное право, этические документы, мировые религии и религиозные конфессии?

44. Прокомментируйте мнение известного российского хирурга Ф.Г. Углова: «В отдельных случаях удаётся спасти, оживить человека, мозг которого пострадал безвозвратно. Но. был у нас больной, которому после тяжёлой травмы с ушибом мозга восстановили сердцебиение и дыхание. А мозг безмолвствовал. Электроэнцефалограф зарегистрировал прямую линию, то есть полное отсутствие биотоков мозга. Больной живет и неделю, и месяц, и больше. Но сознание не возвращается и никогда к нему не вернётся. Что делать? По существу, раз нет сознания, он как бы лишён человеческих свойств; и в то же время он человек и требует к себе человеческого отношения, за ним требуется тщательный уход и систематическое искусственное кормление, без чего он умрёт. Возникает вопрос: нужно ли поддерживать такую жизнь? При всей сложности ситуации тут может быть только один ответ: пока бьётся сердце - человек жив. Его жизнь надо поддерживать, бороться за неё. Всякое иное мнение - антигуманно.»

Согласны ли вы с таким утверждением? Аргументируйте свою позицию.

45. Основоположник и классик утилитаризма Джон Стюарт Милль в трактате «О свободе» (1859) писал: «Есть один очень простой принцип, который предназначен для исчерпывающего решения вопроса, касающегося принуждающих и контролирующих полномочий общества по отношению к индивиду: безразлично, будут ли эти средства мерами физического воздействия в виде санкционированных законом наказаний или же мерами нравственного порицания, выражаемыми мерами общественного мнения. Этот принцип состоит в том, что единственной целью, с которой человечество вправе - индивидуально или совместно - вмешиваться в свободу деятельности любого из своих представителей, является самозащита. Предотвращение вреда другим - это единственное оправдание, когда цивилизованное сообщество имеет право применить силу по отношению к любому из своих членов против его воли. Собственное благо индивида - как

физическое, так и моральное - не является для этого достаточным основанием. Нельзя по праву заставить его что-либо делать или, наоборот, запретить ему это делать потому, что ему так будет лучше, что это принесёт ему счастье, что, по мнению других, так будет мудрее и даже законнее. Всё это хорошие предлоги увещивать, уговаривать, убеждать и даже умолять его, но не основание заставлять или наказывать, если он сделает по-иному. Только преднамеренные действия, направленные на причинение кому-либо зла, могут оправдать желание общества остановить индивида, их совершающего. Единственной сферой деятельности любого человека, куда правомочно вмешивается общество, есть действия, касающиеся других. В том, что связано лично с ним, его независимость, по праву, абсолютна. В отношении самого себя, своего тела и разума индивид - суверенен». Прокомментируйте фрагмент. Какие принципы биоэтики обосновываются в этом фрагменте? При решении каких этических проблем современной медицины используется «принцип вреда» Дж. Ст. Милля?

46. Великий Гиппократ в сочинении «О благоприличном поведении» наставлял врачей: «Не без основания некоторые утверждают, что мудрость полезна для многих вещей, именно мудрость, относящаяся к жизни... Поэтому должно... перенести мудрость в медицину, а медицину в мудрость. Ведь врач-философ равен богу. Да и не много в самом деле различий между мудростью и медициной, и всё, что ищется для мудрости, всё это есть и в медицине, а именно: презрение к деньгам, совесть, скромность, простота в одежде, уважение, суждение, решительность, опрятность, изобилие мыслей, знание всего того, что полезно и необходимо для жизни, отвращение к пороку, отрицание суеверного страха перед богами, божественное превосходство».

Прокомментируйте мысль великого греческого врача. Как вы считаете: полезно такое наставление современному врачу? Сохранило ли оно свою актуальность или имеет только историческое значение?

47. В своей работе «Вопросы хирургической деонтологии» известный отечественный хирург-онколог Н.Н. Петров писал: «Умелому и доброжелательному объяснению верят, им утешаются и с ним легче умирают не только так называемые посвящённые люди, но и хирурги с огромным именем, когда они заболевают и превращаются в подавленных болезнью пациентов. Нередко можно с успехом сослаться на действительно существующую неясность диагноза и оставить, таким образом, в утешение больному то сомнение, которое он может использовать в свою пользу».

Прокомментируйте фрагмент. Какую проблему биоэтики он затрагивает? О каких этических принципах говорится в этом отрывке?

48. В работе «Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания» Р.А. Лурия писал: «Недостаточно бережное отношение врача к психике больного, к его внутреннему миру, недостаточно строгое и требовательное отношение к себе, когда дело идёт о контакте с больным, недооценка врачом значения своих слов и всего своего поведения легко ведёт к психической травме, в результате которой может возникнуть психогенным путём целый ряд соматических расстройств и заболеваний».

Поясните мысль автора. О недооценке врачами какого этического принципа идёт речь? Входит ли этот принцип в число принципов биоэтики?

49. На первой в СССР конференции по деонтологии И.А. Кассирский в своём докладе говорил: «Под иатрогенными заболеваниями принято понимать такие заболевания, которые вызываются по вине врача или возникают у мнительных субъектов под воздействием контакта с врачом или неразборчивого чтения медицинской литературы. Это болезни функциональные и органические, непосредственной причиной которых являются действия врача: 1 - психическое травмирование больного неумелым подходом (нарушение норм так называемой «психической асептики»); 2 - неправильное проведение техники инструментального исследования, ошибочное введение лекарств и др.».

Прокомментируйте высказывание классика отечественной медицины. Встречались ли вы с такими заболеваниями и как часто? Какие принципы и правила биоэтики необходимо соблюдать, чтобы не допускать ятрогений в медицине?

50. Французский психиатр Филипп Пинель выдвинул фундаментальное определение психиатрической терапии. «Терапия безумия, - отмечал Пинель, - это искусство. подчинять и обуздывать душевнобольного, помещая его в ситуацию строгой зависимости от человека, который по своим физическим и духовным качествам способен оказать на него непреодолимое воздействие и разомкнуть порочный круг его мыслей». Комментируя это определение, современный французский философ Мишель Фуко обращает внимание прежде всего на «принцип строгой зависимости больного от некоторой власти; эту власть может воплощать исключительно человек, исполняющий её не столько в силу физических и духовных качеств, позволяющих ему оказывать беспредельное, то есть непреодолимое, воздействие».

Прокомментируйте определение Пинеля и комментарий Фуко в свете современных подходов к лечению в психиатрии и принципов биоэтики.

51. В одной из лекций, прочитанных в Коллеж де Франс в 1973-1974 учебном году, М. Фуко говорит о практике, называемой «моральным лечением», которая была введена в XVIII веке англичанами и очень быстро распространилась во Франции. «Это моральное лечение вовсе не является, как можно было бы предположить, неким долговременным процессом, - отмечает автор, - главнейшая и единственная цель которого - выявить истину безумия, суметь наблюдать, описывать, диагностировать его и, таким образом, определять характер его терапии. Нет, терапевтическая деятельность, формулируемая в 1810-1830-е годы, представляет собой сцену, сцену столкновения. Эта сцена столкновения может принимать два различных облика. Первый из них - это своеобразный измор, пытка, совершаемая не врачом - ведь врач должен всегда оставаться господином, - надзирателем». В качестве дополнения Пинель советует использовать ряд инструментов, в частности длинный стержень с "металлическим полукругом" на конце: "...когда больной окажется поглощён бесстрашными действиями надзирателя. в его сторону следует направить это подобие копья с железным наконечником и ударить им по стене словно бы в знак победы." Однако понятно, что главная сцена лечения не такова. Сцена лечения - это

сложная сцена. терапевтическая операция заключается вовсе не в нахождении врачом причин болезни. применяется некий технический медицинский подход; происходит другое: сталкиваются две воли - с одной стороны - воля врача и того, кто действует от имени врача, и с другой - воля больного. Следовательно, речь идёт о поединке, о некотором соотношении сил» (Фуко М. Психиатрическая власть. - СПб.: Наука, 2007).

Возможны ли в современной психиатрии подобные терапевтические операции? Прокомментируйте фрагмент с позиций биоэтики.

52. Дж. Роулз в книге «Теория справедливости» утверждал: «В исходном положении люди согласились бы на два следующих принципа: 1) Каждый индивид должен обладать равным правом в отношении наиболее общей системы равных основных свобод, совместимой с подобными системами свобод для всех остальных людей. 2) Социальные и экономические виды неравенства должны быть организованы таким образом, чтобы они одновременно: а) вели к наибольшей выгоде наименее преуспевших, в соответствии с принципом справедливых сбережений, и б) делали открытыми для всех должности и положения в условиях честного равенства возможностей людей».

Поясните смысл принципов Роулза. Какой проблемы биоэтики они касаются?

53. Американский философ Роберт Нозик считал: «Оправданно существование только минимального государства, то есть государства, функции которого ограничены исключительно защитой своих граждан от насилия или мошенничества. В свободном обществе различные ресурсы контролируются различными людьми и из их деятельности и добровольного обмена возникают новые и новые владения. В таком обществе просто не может быть распределения, как не может быть распределения женщин в обществе, в котором каждый свободно выбирает, с кем ему (или ей) вступать в брак. Результат складывается из множества индивидуальных решений, принимаемых заинтересованными индивидами».

Какую проблему биоэтики затрагивает этот фрагмент? Согласны ли вы с утверждением Нозика? Аргументируйте свою позицию.

54. «Всякое искусство и всякое учение, а равным образом поступок и сознательный выбор, как принято считать, стремятся к определённому благу. Кажется, что оно различно для различных действий и искусств: одно благо для врачевания, другое для военачалия и точно так же для остального. Что же тогда вообще благо в каждом случае? Может быть, то, ради чего всё делается? Для врачевания - это здоровье, для военачалия - победа, для строительства - дом и т.д., а для всякого поступка и сознательного выбора - это цель, потому что именно ради неё все делают всё остальное. безусловно, совершенной называем цель, избираемую всегда саму по себе и никогда как средство. Принято считать, что прежде всего такой целью является счастье. для счастья же главное - деятельность сообразно добродетели», - размышляет Аристотель в «Никомаховой этике».

Прокомментируйте фрагмент. Какой принцип биоэтики затрагивают эти размышления великого философа?

55. В Основах социальной концепции Русской Православной Церкви (ХП.6) даётся оценка негативных последствий возможного клонирования человека: «Замысел клонирования является несомненным вызовом самой природе человека, заложенному в нём образу Божию, неотъемлемой частью которого являются свобода и уникальность личности. "Тиражирование" людей с заданными параметрами может представляться желательным лишь для тоталитарных идеологий. Клонирование человека способно извратить естественные основы деторождения, кровного родства, материнства и отцовства. Ребёнок может стать сестрой своей матери, братом отца или дочерью деда. Крайне опасными являются и психологические последствия клонирования. Человек, появившийся на свет в результате такой процедуры, может ощущать себя не самостоятельной личностью, а всего лишь "копией" кого-то из живущих или ранее живших людей. Необходимо также учитывать, что "побочными результатами" экспериментов с клонированием человека неизбежно стали бы многочисленные несостоявшиеся жизни и, вероятнее всего, рождение большого количества нежизнеспособного потомства. Вместе с тем клонирование изолированных клеток и тканей организма не является посягательством на достоинство личности и в ряде случаев оказывается полезным в биологической и медицинской практике».

Прокомментируйте фрагмент. Согласны ли вы с позицией РПЦ? Какие ещё точки зрения вам известны? Аргументируйте свою позицию.

56. В Декларации в защиту клонирования и неприкосновенности научных исследований, подписанной лауреатами Международной академии гуманизма, приводятся аргументы в защиту клонирования: «Некоторые религии учат, что человеческие существа фундаментально отличаются от других млекопитающих, что божество наделило людей бессмертными душами, придав им ценность, не сравнимую с ценностью других живых существ. Утверждается, что природа человека уникальна и священна. Научные достижения, которые вызывают возможный риск изменений этой "природы", встречают гневный протест. Как бы ни были глубоки догматические корни таких идей, мы спрашиваем, должны ли они применяться при решении вопроса о том, будет ли позволено людям пользоваться благами новой биотехнологии. Насколько может судить научная мысль, вид Homo Sapiens является членом царства животных. Способности человека, как представляется, только по степени, но не качественно, отличаются от способностей высших животных. Богатый репертуар мыслей, чувств, упований и надежд человечества возникает, по всей видимости, из электрохимических процессов в мозге, а не из нематериальной души, способы действия которой не может обнаружить ни один инструмент. Мы не видим в клонировании высших, исключая человека, каких-либо неразрешимых этических дилемм. Не считаем мы очевидным и то, что будущие достижения в клонировании человеческих тканей и даже человеческих существ создадут моральные затруднения, которые не сможет разрешить человеческий разум. Моральные проблемы, порождаемые клонированием, не являются более крупными и более

глубокими, чем вопросы, с которыми люди уже сталкивались по поводу таких технологий, как ядерная энергия, рекомбинантная ДНК и компьютерное шифрование. Они просто новые» (среди подписантов - лауреаты Нобелевской премии физиолог Фрэнсис Крик и биофизик Херберт Хауптман).

Прокомментируйте фрагмент. Согласны ли вы с доводами авторов Декларации? Аргументируйте свою точку зрения.

57. Обсуждая проблемы биоэтики, архиепископ Тадеуш Кондрусевич отмечал: «Следует также помнить о проблеме безнравственного, эгоистического использования научных достижений в области генетики, биологии и тому подобного. Так, клонирование может привести к совершенно непредсказуемым последствиям. Кроме того, в современном обществе, к сожалению, очень часто возникает дефицит привлекательных примеров семейной жизни и появляются трудности, связанные с передачей нравственных ценностей. Господствует нравственный релятивизм. Человек часто не отличает добра от зла, не получает культурного развития в любви, молодёжь сталкивается с грубым сексуализмом и не всегда надлежащим образом готовится к супружеской жизни как к ответственному исполнению долга. Общество проявляет всё меньше и меньше заботы о бесценном даре, который мы получили от Творца, - о даре жизни. Всё чаще и чаще мы слышим об эвтаназии... У истоков этих и им подобных негативных явлений находится отвержение человеком любви Творца и своего ближнего, а также ложное понятие свободы и её использования. Свобода понимается не как способность к реализации Божьего плана по отношению к браку и семье, а как автономная сила, стремящаяся к удовлетворению собственного эгоистического удовлетворения. Об этом говорит папа Иоанн Павел II. Как раз в плане семьи существует большое единство между католической церковью и церковью православной. Защита семьи и её силы, а также защита жизни человека являются основными истинами христианского учения, которое едино для всех нас».

Прокомментируйте высказывание известного представителя Римскокатолической Церкви. Согласны ли вы с приведёнными автором аргументами? Аргументируйте свою позицию.

58. Папа римский Иоанн Павел II в своём Приветствии участникам симпозиума «Семья и биоэтика» (Санкт-Петербург, 1998), отметив необходимость внесения ясности и понимания в «проблему семьи, проблематику защиты человеческой жизни, начиная от её зарождения, а также её защиты в конце», подчёркивал, что «дорога к святости, дорога к спасению обязательно ведёт через семью. Имея в виду прискорбные факты убийства ещё не рождённых людей, которые присутствуют во многих современных обществах, которые основываются на понятии жизни только в гедоническом аспекте, родители призваны открыть для себя всю глубину таинства брака, таинства защиты жизни и любви. Для этого нужно, чтобы они со всей ясностью понимали и исполняли все требования семьи, требования отцовства и материнства по сохранению семьи, отвергая всякое употребление средств контрацепции, которые в определённых условиях часто действуют как abortивные средства. Пастыри церкви должны разъяснять таинство брака, помогать идти

дорогой отцовства и материнства и предлагать, когда это действительно нужно, употреблять только естественные природные методы регуляции рождаемости, понимая, что всякая жизнь, которая только начинается, которая только зарождается, - это большой дар Божий».

Прокомментируйте фрагмент. Какие пути решения проблем, обозначенных в Приветствии папы Иоанна Павла II, вы видите? Аргументируйте свою позицию.

59. Поясните мысль великого русского учёного В.И. Вернадского: «Человечество, взятое в целом, становится мощной геологической силой. И перед ним, перед его мыслью и трудом ставится вопрос о перестройке биосферы в интересах свободно мыслящего человечества как единого целого. Это новое состояние биосферы, к которому мы, не замечая этого, приближаемся, и есть ноосфера. Истина, красота и добро едины в ноосфере».

Согласны ли вы с этим утверждением? Аргументируйте свою позицию.

60. Поясните мысль великого гуманиста XX века, немецкого врача и философа лауреата Нобелевской премии Альберта Швейцера: «Поистине нравственен человек тогда, когда он повинуется внутреннему убеждению помогать любой жизни, которой он может помочь, и удерживается от того, чтобы причинить живому какой-либо вред. Он не спрашивает также, может ли она и в какой степени ощутить его доброту. Для него священна жизнь как таковая».

В каких принципах биоэтики нашли отражение идеи А. Швейцера?

61. Как известно, Аристотель выделял два вида добродетели: мыслительную и нравственную. В «Никомаховой этике» он подчёркивает, что «мыслительная возникает и возрастает преимущественно благодаря обучению и именно поэтому нуждается в долгом упражнении, а нравственная рождается привычкой (*ex ethoys*), откуда и получила название. Добродетель, следовательно, есть некое обладание серединой; во всяком случае, она существует постольку, поскольку её достигает. Вот почему трудное это дело быть добропорядочным, ведь найти середину в каждом отдельном случае - дело трудное, как и середину круга не всякий определит, а тот, кто знает».

Прокомментируйте фрагмент. Какой принцип биоэтики обосновывает Аристотель?

62. В «Заключении» «Критики практического разума» И. Кант раскрывает суть и замысел всей своей философии: «Две вещи наполняют душу всегда новым и всё более сильным удивлением и благоговением, чем чаще и продолжительнее мы размышляем о них, - это *звёздное небо надо мной и моральный закон во мне*. И то и другое мне нет надобности искать и только предполагать как нечто окутанное мраком или лежащее за пределами моего кругозора; я вижу их перед собой и непосредственно связываю их с сознанием своего существования. Первое начинается с того места, которое я занимаю во внешнем, чувственно воспринимаемом мире, и в необозримую даль расширяет связь, в которой я нахожусь, с мирами над мирами и системами систем, в безграничном времени их периодического движения, их начала и продолжительности. Второй начинается с моего

невидимого Я, с моей личности, и представляет меня в мире, который поистине бесконечен.»

**Прокомментируйте высказывание великого философа. О каком «моральном законе» говорит И. Кант? Какие принципы биоэтики он обосновывает?**

## ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ КОНТРОЛЯ И САМОКОНТРОЛЯ

1. Термин «биоэтика» появился впервые:
  - а) в эпоху Античности;
  - б) в Средневековье;
  - в) в эпоху Ренессанса;
  - г) в эпоху Просвещения;
  - д) в последней трети XX века.
2. Автором термина «биоэтика» является:
  - а) Аристотель;
  - б) Ф. Аквинский;
  - в) Ф. Бэкон;
  - г) З. Фрейд;
  - д) В.Р. Поттер.
3. Термин «биоэтика» впервые был теоретически обоснован:
  - а) в эпоху Античности;
  - б) в Средние века;
  - в) в эпоху Просвещения;
  - г) в XIX веке;
  - д) в последней трети XX века.
4. Кто считал, что с помощью биоэтики удастся построить «мост в будущее» - мост, соединяющий «две культуры»: науку и гуманитарное знание:
  - а) Аристотель;
  - б) И. Кант;
  - в) В.С. Соловьёв;
  - г) В.Р. Поттер;
  - д) З. Фрейд.
5. Какое определение биоэтики в наибольшей степени соответствует этическим требованиям к поведению врача в условиях современной биомедицины:
  - а) наука о систематическом исследовании человеческого поведения в области наук о жизни и здравоохранении в свете моральных ценностей и принципов;

- б) наука о выживании человечества и качестве его жизни;
- в) наука о человеческом поведении;
- г) междисциплинарная область исследований и наука о нравственном отношении к природе;
- д) наука о моральных обязательствах врача.

**6.** В число факторов, обусловивших трансформацию медицинской этики в современную биоэтику, не входит:

- а) успешное использование в медицине новых биотехнологий, вызвавшее страх общества перед властью врачей;
- б) институционализация медицинской практики;
- в) осознание обществом проблемы социальной справедливости;
- г) развитие техники;
- д) правозащитное движение.

**7.** Ниже приведены варианты уровней моральной аргументации. Выберите правильный ответ:

- а) 1. Ощущения. 2. Суждения. 3. Правила. 4. Принципы;
- б) 1. Восприятия. 2. Действия. 3. Правила. 4. Этические теории;
- в) 1. Понятия. 2. Правила. 3. Принципы. 4. Этические теории;
- г) 1. Этические теории. 2. Категории. 3. Представления. 4. Мнения;
- д) 1. Индивидуальные суждения и действия. 2. Правила. 3. Принципы. 4. Этические теории.

**8.** К уровням моральной аргументации не относятся:

- а) этические категории;
- б) этические теории;
- в) принципы биоэтики;
- г) правила биоэтики;
- д) индивидуальные суждения и действия.

**9.** Какая из нижеперечисленных функций не является функцией биоэтики:

- а) функция экспертизы научных исследований в области биомедицины, клинических испытаний лекарственных средств, экспериментов на людях, инвазивных методов диагностики и оперативных вмешательств;
- б) культурно-просветительская;

- в) воспитательная;
- г) гуманистическая;
- д) иллюзорно-компенсаторная.

**10.** Кто автор следующего высказывания: «"Сверх-Я" формирует свои идеалы и требования, к которым относятся и объединяемые под именем этики требования к взаимоотношениям между людьми»:

- а) Х. Ортега-и-Гассет;
- б) Н. Бердяев;
- в) А. Швейцер;
- г) З. Фрейд;
- д) К. Ясперс.

**11.** Кто из мыслителей XX века сформулировал этический принцип «благоговения перед жизнью»:

- а) Н. Бердяев;
- б) З. Фрейд;
- в) В.Р. Поттер;
- г) А. Швейцер;
- д) В.М. Бехтерев.

**12.** Какая этическая традиция сформулировала нравственные принципы врачебной этики: милосердия, «не навреди», сохранения врачебной тайны, патернализма, а также определила отношение врача к абортам и эвтаназии:

- а) Аюрведа;
- б) Гиппократова традиция в медицине;
- в) буддийская;
- г) мусульманская;
- д) христианская.

**13.** «Жизнь есть дар Божий, и как таковая она является необходимой предпосылкой всех других физических, духовных и моральных ценностей... Защита и продолжение жизни являются ключевым аргументом в принятии правильного в моральном отношении решения», - утверждает религиозная этическая традиция:

- а) мусульманская;
- б) буддийская;

- в) конфуцианская;
- г) христианская;
- д) зороастрийская.

**14.** В каком этическом медицинском кодексе взаимоотношения врача и пациента впервые основываются на принципе патернализма, в то время как сам принцип никак не обозначен и не сформулирован:

- а) Аюрведа;
- б) Медицинский кодекс в законах Хаммурапи;
- в) клятва Гиппократата;
- г) Факультетское обещание русских врачей;
- д) Нюрнбергский кодекс.

**15.** В современную систему принципов биоэтики вошли: 1) терапевтический принцип, или принцип целостности; 2) принцип «двойного эффекта»; 3) принцип свободы и ответственности как врача, так и пациента; 4) принцип социальной общности, - разработанные в . этической традиции. Вставьте пропущенное:

- а) буддийская;
- б) православная;
- в) католическая;
- г) протестантская;
- д) мусульманская.

**16.** Центральным в протестантской этике является принцип:

- а) целостности;
- б) системности;
- в) ответственности;
- г) свободы;
- д) пропорциональности.

**17.** «Действие, связанное с вмешательством в человеческий организм, следует выполнять только в том случае, если оно имеет целью вызвать благой эффект, а зло (отрицательный эффект) будет непредусмотренным или побочным действием», - утверждает принцип биоэтики:

- а) уважения автономии личности;
- б) «не навреди»;

- в) «делай благо»;
- г) «двойного эффекта»;
- д) справедливости.

**18.** Какой из перечисленных ниже принципов биоэтики разработан в христианской католической этической традиции:

- а) «не навреди»;
- б) уважения права автономии личности;
- в) справедливости;
- г) «двойного эффекта»;
- д) общественного информированного согласия.

**19.** Продолжите мысль Элио Сгречча: «Принцип целостности, или терапевтический принцип, занимает центральное место в медицинской этике.»:

- а) православия;
- б) римского католичества;
- в) протестантства;
- г) буддизма;
- д) ислама.

**20.** Выберите правильный ответ: «Правильность поступка определяется, скорее, самой природой, чем законами и обычаями человеческого общества или предпочтениями индивидов», - утверждает.

- а) теория утилитаризма Дж. Ст. Милля и И. Бентама;
- б) теория естественного закона римского католичества;
- в) теория добродетели Аристотеля;
- г) деонтологическая теория И. Канта;
- д) теория справедливости Дж. Роулза.

**21.** Какой принцип является основанием утилитаризма:

- а) всеобщей связи;
- б) развития;
- в) полезности;
- г) целостности;
- д) «двойного эффекта».

**22.** «Поступки являются правильными (хорошими) соответственно, когда они имеют тенденцию содействовать счастью, неправильными (дурными), когда они имеют тенденцию приносить противоположное счастью», - утверждал Дж. Ст. Милль. Какой этический принцип он сформулировал в этом высказывании:

- а) «делай благо»;
- б) «не навреди»;
- в) информированного согласия;
- г) полезности;
- д) справедливости.

**23.** Какой из перечисленных этических принципов называют также принципом наибольшего счастья Бентама и Милля:

- а) уважения автономии;
- б) «не навреди»;
- в) полезности;
- г) правдивости;
- д) общественного информированного согласия.

**24.** Дж. Ст. Милль в работе «Утилитаризм» утверждает: «только удовольствие и отсутствие страдания желательны сами по себе, как цель. всё прочее желательное, желательно или потому, что заключает в себе удовольствие, или потому, что составляет средство для получения удовольствия и устранения страдания». Сущность какой разновидности утилитаризма выражена в этих словах:

- а) утилитаризм действия;
- б) утилитаризм правила;
- в) утилитаризм гедонистический;
- г) утилитаризм плюралистический;
- д) утилитаризм предпочтения.

**25.** «Перечень вещей, ценных сами по себе, следует расширить, включив: знание, красоту, любовь, дружбу, здоровье, внимание, жизнь и т.п.», - утверждает:

- а) гедонистический утилитаризм;
- б) утилитаризм действия;
- в) плюралистический утилитаризм;
- г) утилитаризм правила;

д) утилитаризм предпочтения.

**26.** Какая из религиозных этических традиций возлагает ответственность на личность, поощряя её руководствоваться собственным разумом и совестью при ослаблении роли других моральных авторитетов:

а) иудейская;

б) католическая;

в) протестантская;

г) православная;

д) мусульманская.

**27.** Все утилитаристы принимают принцип полезности в качестве стандарта морального оправдания действий личности. На какие две группы они подразделяются по вопросу применения принципа полезности, в частности применения идеи максимизации блага:

а) утилитаризм гедонистический и утилитаризм плюралистический;

б) утилитаризм действия и утилитаризм предпочтения;

в) утилитаризм гедонистический и утилитаризм правила;

г) утилитаризм действия и утилитаризм правила;

д) утилитаризм правила и утилитаризм предпочтения.

**28.** К какому виду утилитаризма относятся следующие утверждения: а) принцип полезности следует применять к индивидуальным действиям в индивидуальных обстоятельствах; б) что действие является в моральном отношении правильным, если невозможно другое действие, которое принесло бы большую пользу в данных обстоятельствах:

а) утилитаризм правила;

б) утилитаризм действия;

в) утилитаризм плюралистический;

г) утилитаризм предпочтения;

д) утилитаризм гедонистический.

**29.** «Принцип полезности следует использовать для тестирования моральных правил, которые, в свою очередь, можно использовать для морального оправдания индивидуальных действий», - утверждает:

а) утилитаризм предпочтения;

б) утилитаризм гедонистический;

в) утилитаризм плюралистический;

- г) утилитаризм правила;
- д) утилитаризм действия.

**30.** Схему восходящих уровней морального оправдания «индивидуальные суждения и действия → принцип полезности» использует:

- а) утилитаризм гедонистический;
- б) утилитаризм предпочтения;
- в) утилитаризм действия;
- г) утилитаризм правила;
- д) утилитаризм плюралистический.

**31.** Схему возрастающих уровней этического оправдания «индивидуальные суждения и действия → моральные правила (или нормы) → принцип полезности» использует:

- а) утилитаризм действия;
- б) утилитаризм предпочтения;
- в) утилитаризм правила;
- г) утилитаризм гедонистический;
- д) утилитаризм плюралистический.

**32.** «Индивидуальные действия морально оправданны, если они соответствуют определенным правилам (моральным нормам)», - утверждает:

- а) утилитаризм гедонистический;
- б) утилитаризм плюралистический;
- в) утилитаризм действия;
- г) утилитаризм правила;
- д) утилитаризм предпочтения.

**33.** Какая из разновидностей утилитаризма утверждает, что «моральная приемлемость или неприемлемость индивидуальных действий определяется их соответствием тем моральным правилам, которые входят в моральный кодекс (т.е. в систему моральных правил)»:

- а) утилитаризм действия;
- б) утилитаризм правила;
- в) утилитаризм предпочтения;
- г) утилитаризм морального кодекса;

д) утилитаризм гедонистический.

**34.** «Наилучшим действием будет действие, которое оптимально сочетает удовлетворение предпочтений с другими хотя бы минимально приемлемыми условиями (например, финансовыми издержками или риском для жизни)», - утверждает:

- а) утилитаризм действия;
- б) утилитаризм правила;
- в) утилитаризм предпочтения;
- г) утилитаризм морального кодекса;
- д) утилитаризм гедонистический.

**35.** Теории утилитаризма обосновывают принципы биоэтики:

- а) милосердия («делай благо»);
- б) справедливости;
- в) автономии;
- г) «не навреди»;
- д) информированного согласия.

**36.** Какая этическая теория утверждает, что поступок является нравственным, если его совершают не ради своих личных интересов или ради его реальных последствий, но из чувства долга:

- а) утилитаристская;
- б) деонтологическая;
- в) добродетели;
- г) либертарианская;
- д) теория справедливости.

**37.** «Поступай только согласно такой максиме, руководствуясь которой ты в то же время можешь пожелать, чтобы она стала всеобщим законом». Кто автор этих слов:

- а) Дж. Ст. Милль;
- б) И. Бентам;
- в) Аристотель;
- г) И. Кант;
- д) Дж. Роулз.

**38.** Четыре характерные черты одной из этических теорий имеют особое значение при решении этических проблем в медицине: 1) Неважно, какие могут быть последствия,

всегда неправильно лгать. 2) Мы всегда должны относиться к людям (включая себя) как к цели и никогда только как к средству. 3) Поступок является правильным, когда он удовлетворяет категорическому императиву. 4) Совершенные и несовершенные обязательства дают основание для признания определённых прав. Назовите эту теорию:

- а) теория утилитаризма Дж. Ст. Милля и И. Бентама;
- б) теория добродетели Аристотеля;
- в) теория моральных обязательств *Prima facie* У.Д. Росса;
- г) деонтологическая теория И. Канта;
- д) концепция нравственной философии В.С. Соловьёва.

**39.** Какие принципы биоэтики обосновывает этика И. Канта:

- а) уважения достоинства личности;
- б) милосердия («делай благо»);
- в) справедливости;
- г) уважения автономии личности и индивидуальной ответственности;
- д) «не навреди» + «двойного эффекта».

**40.** Приоритетность моральной правильности над благом является центральной особенностью:

- а) теории добродетели;
- б) утилитаризма правила;
- в) деонтологических теорий;
- г) нравственной философии В.С. Соловьёва;
- д) теории справедливости.

**41.** «Практическим императивом, таким образом, будет следующий: поступай так, чтобы ты всегда относился к человечеству и в своём лице, и в лице всякого другого так же, как к цели, и никогда не относился бы к нему только как к средству». Кто автор этих слов:

- а) Ф. Бэкон;
- б) И. Бентам;
- в) В.С. Соловьёв;
- г) И. Кант;
- д) Н.А. Бердяев.

**42.** Кто является автором понятия «автономная устанавливающая законы воля»:

- а) Аристотель;

- б) Гиппократ;
- в) И. Кант;
- г) Дж. Ст. Милль;
- д) В.С. Соловьёв.

**43.** Среди всех добродетелей Аристотель выделяет *одну*, в которой сосредоточены все прочие добродетели:

- а) справедливость;
- б) мужество;
- в) рассудительность;
- г) мудрость;
- д) щедрость.

**44.** Кому принадлежит высказывание: «внутренние признаки добра как такового: его чистота, или самозаконность (автономия, поскольку оно ничем внешним не обусловлено); его полнота, или всеединство, поскольку оно всё собой обуславливает; его сила, или действенность, поскольку она через всё осуществляется»:

- а) Дж. Ст. Милль;
- б) В.С. Соловьёв;
- в) Н.А. Бердяев;
- г) И. Кант;
- д) П.А. Флоренский.

**45.** Автором нравственной философии, которая фактически включает в себя проблему человека и человеческой природы, философию религии и философскую теологию, особую социальную философию и философию истории, является:

- а) В.С. Соловьёв;
- б) И. Бентам;
- в) Н.Ф. Фёдоров;
- г) И. Кант;
- д) П.А. Флоренский.

**46.** Кто является автором трактата «Оправдание добра»:

- а) П.Я. Чаадаев;
- б) Н.Ф. Фёдоров;

- в) В.С. Соловьёв;
- г) И.А. Ильин;
- д) Н.А. Бердяев.

**47.** Концепцию нравственной философии, основанную на оправдании добра, создал:

- а) И. Кант;
- б) Дж. Ст. Милль;
- в) В.С. Соловьёв;
- г) Н.А. Бердяев;
- д) П.А. Флоренский.

**48.** Какую этическую теорию называют теорией золотой середины? Добродетель в ней рассматривается как род умеренности, удерживающий нас от ошибок и от проклятий, к которым нас влекут страсти:

- а) утилитаризм гедонистический;
- б) утилитаризм правила;
- в) деонтологическая теория И. Канта;
- г) нравственная философия В.С. Соловьёва;
- д) теория добродетели Аристотеля.

**49.** «Высшее благо и счастье, доступное человеку, - в совершенствовании себя как личности. Способность к совершенствованию и отличает человека от всех прочих существ», - утверждает:

- а) Ж.-Ж. Руссо;
- б) Аристотель;
- в) Сократ;
- г) В.С. Соловьёв;
- д) И. Кант.

**50.** По мнению русских космистов, болезнь и смерть преодолеваются путём достижения:

- а) счастья;
- б) добродетели;
- в) мудрости;
- г) бессмертия;
- д) умеренности.

**51.** Какой принцип биоэтики обосновывает теория добродетели Аристотеля и современные теории добродетели:

- а) автономии личности пациента;
- б) «не навреди» + «двойного эффекта»;
- в) общественного информированного согласия;
- г) милосердия («делай благо»);
- д) справедливости.

**52.** Кто является автором теории моральных обязательств *Prima facie*:

- а) И. Бентам;
- б) Дж. Роулз;
- в) У.Д. Росс;
- г) Дж. Э. Мур;
- д) С. Франк.

**53.** Попытка соединить достоинства утилитаризма с достоинствами деонтологической теории И. Канта предпринята:

- а) в либертарианской теории Р. Нозика;
- б) в нравственной философии В.С. Соловьёва;
- в) в философии жизни С. Франка;
- г) в теории справедливости Дж. Роулза;
- д) в теории моральных обязательств *Prima facie* У.Д. Росса.

**54.** В какой этической теории моральные обязательства подразделяются на два вида: фактические и *Prima facie*:

- а) в теории добродетели Аристотеля;
- б) в современных теориях добродетели;
- в) в теориях утилитаризма;
- г) в философии жизни С. Франка;
- д) в теории моральных обязательств *Prima facie* У.Д. Росса.

**55.** Перечень моральных обязательств включает:

- 1) моральное обязательство верности;
- 2) моральное обязательство возмещения ущерба;
- 3) моральное обязательство благодарности;

- 4) моральное обязательство справедливости;
- 5) моральное обязательство благодеяния (милосердия);
- 6) моральное обязательство «не навреди»;
- 7) моральное обязательство самоусовершенствования. Кто автор этого списка?
  - а) Аристотель;
  - б) Дж. Ст. Милль;
  - в) С. Франк;
  - г) В.С. Соловьёв;
  - д) У.Д. Росс.

Как называются эти обязательства?

**56.** В своей практической деятельности врач очень часто оказывается в ситуации выбора моральных обязательств. Возникающие в этих случаях моральные дилеммы помогает разрешить:

- а) деонтологическая теория И. Канта;
- б) утилитаризм Дж. Ст. Милля и И. Бентама;
- в) теория оправдания добра В.С. Соловьёва;
- г) теория справедливости Р. Нозика;
- д) теория моральных обязательств *Prima facie* У.Д. Росса.

**57.** Как называется гипотетическая ситуация, к которой прибегает Дж. Роулз для выбора принципов справедливости:

- а) постулат;
- б) гипотеза;
- в) исходное положение «вуаль неведения»;
- г) аксиома;
- д) дилемма.

**58.** Какие два принципа лежат в основе теории справедливости Дж. Роулза:

- а) равное распределение благ;
- б) равные права в отношении наиболее общей системы равных основных свобод;
- в) распределение по потребности;
- г) социальные и экономические виды неравенства должны быть организованы таким образом, чтобы они одновременно: 1) вели к наибольшей выгоде наименее преуспевших и

- 2) делали доступными для всех должности и статусные положения в условиях честного равенства возможностей;
- д) распределение, способствующее суммарному увеличению благ.

**59.** Гарантией соблюдения принципа уважения достоинства личности в теории справедливости Дж. Роулза является:

- а) распределение социальных благ;
- б) общество;
- в) принцип справедливости;
- г) естественные обязанности;
- д) исходное положение.

**60.** Какой из известных вам этических принципов в теории справедливости Дж. Роулза рассматривается как долг перед самим собой:

- а) принцип «не навреди»;
- б) принцип целостности;
- в) принцип уязвимости личности;
- г) принцип патернализма;
- д) принцип достоинства личности.

**61.** Какие два вида справедливости выделяет Дж. Роулз в своей теории:

- а) индивидуальная;
- б) групповая;
- в) классовая;
- г) институциональная;
- д) социальная.

**62.** Принципы справедливости в теории Дж. Роулза касаются прежде всего:

- а) индивидуальных действий;
- б) социальных групп;
- в) социальных институтов;
- г) общества;
- д) объектов природы.

**63.** Определите значение теории справедливости Дж. Роулза в медицинском контексте:

- а) подтверждает законность патернализма в отношении некомпетентных пациентов;

б) возлагает ответственность за реализацию социальной справедливости в медицине на институты здравоохранения (министерства, департаменты и т.п.);

в) исключает принудительные эксперименты на людях;

г) обязывает общество инвестировать свои ресурсы таким способом, чтобы выгоды получали наименее преуспевшие (инвалиды, дети, пенсионеры и т.п.);

д) возлагает ответственность за реализацию справедливости главным образом на медицинских работников.

**64.** «В ситуациях морального конфликта следует взвесить два или больше моральных обязательств *Prima facie*». Кто является автором этого утверждения:

а) И. Кант;

б) Дж. Ст. Милль;

в) Дж. Роулз;

г) У.Д. Росс;

д) Р. Нозик.

**65.** Какая концепция справедливости основывается на идее свободного и честного обмена на рынке:

а) утилитаристская;

б) эгалитаристская;

в) теория справедливости Дж. Роулза;

г) либертарианская теория справедливости Р. Нозика;

д) социалистическая.

**66.** Выделите характерные черты автономной личности:

а) способность эффективно обдумать ситуацию;

б) свобода выбора;

в) свобода действия;

г) способность к общению;

д) способность к производительному труду.

**67.** Дж. Ст. Милль считал, что власть государства может быть опасной, когда она используется против индивида, поэтому нужно запретить правительствам и их институтам (полиции, например) вмешиваться в частную жизнь человека. С этой целью он сформулировал эмпирическое правило, которое называют принципом вреда.

Для ограничения какого принципа биоэтики используется принцип вреда в современной медицине:

- а) милосердия;
- б) справедливости;
- в) уважения автономии личности;
- г) общественного информированного согласия;
- д) достоинства личности.

**68.** Классические принципы биоэтики (так называемая «джорджтаунская мантра») Т.Бичампа и Дж.Чилдресса включают принцип:

- а) уважения автономии личности;
- б) «не навреди»;
- в) «делай благо» (милосердия);
- г) справедливости;
- д) уязвимости.

**69.** Основные этические принципы европейской биоэтики и биоправа - принципы П. Кемпа - включают принцип:

- а) справедливости;
- б) автономии личности;
- в) человеческого достоинства;
- г) целостности и уязвимости человека;
- д) защиты будущих поколений.

**70.** В концепции информированного согласия (классические принципы биоэтики) Т. Бичампа и Дж. Чилдресса центральным является принцип:

- а) «делай благо» (милосердия);
- б) «не навреди»;
- в) уважения автономии личности;
- г) справедливости;
- д) достоинства.

**71.** В концепции европейской биоэтики - принципы П. Кемпа - центральным является принцип:

- а) человеческого достоинства;

- б) целостности;
- в) уязвимости;
- г) автономии;
- д) «делай благо».

**72.** Ниже приведены формулировки одного из принципов биоэтики. «Автономные действия не должны подвергаться контролирующим ограничениям».

«Ни один человек именно как человеческая личность не имеет права и не должен иметь власть над другим человеком». О каком принципе биоэтики идёт речь:

- а) «не навреди»;
- б) целостности;
- в) уважения достоинства человека;
- г) уважения автономии личности в негативной форме;
- д) уважения автономии личности в позитивной форме.

**73.** В области биомедицинского исследования и здравоохранения принцип порождает позитивную и утвердительную обязанность уважительного обращения с пациентом, предоставления ему исчерпывающей информации и благоприятных условий для принятия автономного решения. О каком принципе биоэтики идёт речь в этом высказывании:

- а) милосердия («делай благо»);
- б) «двойного эффекта»;
- в) уважения автономии личности в позитивной форме;
- г) уважения автономии личности в негативной форме;
- д) уязвимости.

**74.** Выберите правильное определение терапевтической привилегии:

- а) это привилегия утаивания информации, когда врач уверен в отказе пациента от лечения при сообщении ему всей информации;
- б) это привилегия утаивания информации, когда врач уверен, что пациент будет встревожен её содержанием;
- в) это привилегия умолчания информации от пациента, когда врач убеждён, что раскрытие информации окажет вредное воздействие на состояние пациента или его здоровье;
- г) это привилегия искажения существенных фактов ради блага больного;
- д) это привилегия утаивания всей информации ради блага больного.

**75.** Назовите принцип, согласно которому врач или другой профессионал в области здравоохранения принудительно вмешивается, ограничивая свободу действия пациента ради его же блага или непричинения вреда:

- а) уважения автономии пациента;
- б) милосердия («делай благо»);
- в) «не навреди»;
- г) патернализма;
- д) справедливости.

**76.** Как называется принцип, согласно которому врач отвергает пожелания и игнорирует мнение компетентного пациента:

- а) слабый патернализм;
- б) кооперативный или сотрудничающий патернализм;
- в) сильный патернализм;
- г) милосердия («делай благо»);
- д) «не навреди».

**77.** Как называется принцип, согласно которому врач отвергает мнение некомпетентного или сомнительно компетентного пациента:

- а) сильный патернализм;
- б) «не навреди»;
- в) слабый патернализм;
- г) милосердия («делай благо»);
- д) уважение автономии.

**78.** Как называется принцип, согласно которому врач игнорирует или отвергает желание некомпетентного или сомнительно компетентного пациента с целью восстановления компетентности личности, чтобы пациент смог дать информированное согласие:

- а) уважения достоинства личности;
- б) уважения автономии личности;
- в) кооперативный или сотрудничающий патернализм;
- г) уязвимости личности;
- д) милосердия («делай благо»).

**79.** В российском законодательстве лица, уполномоченные в соответствии с законом принимать решения в интересах пациента, когда он некомпетентен или сомнительно компетентен, называются:

- а) родители;
- б) дети;
- в) коллеги;
- г) представители;
- д) заместители.

**80.** Принцип, согласно которому врач должен содействовать здоровью пациентов и использовать активные средства, чтобы предотвратить или устранить всевозможные риски:

- а) достоинства личности;
- б) уязвимости личности;
- в) «делай благо» (милосердия);
- г) целостности;
- д) справедливости.

**81.** Какой принцип утверждает: «Только такое действие следует совершать, которое имеет целью произвести хороший результат, а плохой будет непредусмотренным или побочным действием»:

- а) «не навреди»;
- б) «делай благо» (милосердия);
- в) «двойного эффекта»;
- г) уязвимости;
- д) целостности.

**82.** Реализация какого принципа биоэтики требует соблюдения четырех условий?

1. Само действие должно быть в моральном отношении хорошим или морально индифферентным.
2. Вред, который мы вынужденно принимаем, не должен быть средством достижения хорошего результата.
3. Мотивом должно быть только достижение хорошего результата.
4. Должна иметься соразмерная причина, чтобы осуществить действие, несмотря на отрицательное последствие, которое несёт сам поступок. Положительное следствие должно быть соразмерным отрицательному либо превалировать над ним.

- а) «не навреди» + «двойного эффекта»;
- б) уважения автономии личности;
- в) милосердия («делай благо»);
- г) справедливости;
- д) информированного согласия.

**83.** «Должно существовать пропорциональное благо, оправдывающее негативные последствия (или их риск), чтобы предусмотренное действие не шло вразрез с достоинством личности», - утверждает принцип:

- а) «не навреди»;
- б) милосердия («делай благо»);
- в) справедливости;
- г) автономии личности;
- д) пропорциональности.

**84.** Этические нормы: правдивости (*veracity*), неприкосновенности частной жизни (*privacy*), конфиденциальности (*confidentiality*), соблюдение прав пациента, выраженное в добровольном информированном согласии (*fidelity*), - входят в состав:

- а) четырёх правил биомедицинской этики концепции информированного согласия Т. Бичампа и Дж. Чилдресса;
- б) принципов биоэтики П. Кемпа;
- в) принципов медицинской этики;
- г) 15 принципов ЮНЕСКО;
- д) принципов клятвы Гиппократова.

**85.** Этические принципы: человеческое достоинство и права человека; благо и вред; автономия и индивидуальная ответственность; согласие лица, не обладающего правоспособностью давать согласия - входят в систему принципов:

- а) клятвы Гиппократова;
- б) медицинской этики;
- в) классических принципов биомедицинской этики («джорджтаунская мантра»);
- г) принципов биоэтики П. Кемпа (принципы Совета Европы);
- д) 15 принципов биоэтики ЮНЕСКО.

**86.** Этические принципы: признание уязвимости человека и уважение целостности личности; неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность; равенство,

справедливость и равноправие; недопущение дискриминации и стигматизации; уважение культурного разнообразия и плюрализма относятся к системе принципов:

- а) 15 принципов биоэтики ЮНЕСКО;
- б) клятвы Гиппократата;
- в) Факультетского обещания русских врачей;
- г) классических принципов биомедицинской этики («джорджтаунская мантра»);
- д) принципов биоэтики П. Кемпа (Совет Европы).

**87.** Этические принципы: солидарность и сотрудничество; социальная ответственность и здоровье; совместное использование благ; защита будущих поколений; защита окружающей среды, биосферы и биоразнообразия - входят в систему принципов:

- а) клятвы Гиппократата;
- б) 15 принципов биоэтики ЮНЕСКО;
- в) принципов биоэтики П. Кемпа (Совет Европы);
- г) классических принципов биоэтики («джорджтаунская мантра»);
- д) медицинской этики.

**88.** В современной медицине вмешательство врача довольно часто вызывает противоположные следствия: негативное и позитивное. Возникающие в этом случае моральные дилеммы позволяют разрешить принцип биоэтики:

- а) автономии;
- б) милосердия («делай благо»);
- в) «не навреди» + «двойного эффекта»;
- г) справедливости;
- д) достоинства.

**89.** «Избегай зла и вредных последствий, пока у тебя нет пропорциональной причины, чтобы рисковать или допустить их», - гласит принцип:

- а) милосердия («делай благо»);
- б) справедливости;
- в) «не навреди» + «двойного эффекта»;
- г) уважения автономии;
- д) целостности.

**90.** «Делай добро, пока последствия осуществления добра не производят непропорциональное зло», - гласит принцип:

- а) справедливости;
- б) целостности;
- в) милосердия («делай благо»);
- г) «не навреди»;
- д) уважения автономии.

**91.** «Заботиться о своем здоровье, если только, принимая во внимание все обстоятельства, это не производит больше вреда, чем пользы», - утверждает принцип:

- а) пропорциональности;
- б) милосердия («делай благо»);
- в) «не навреди»;
- г) благожелательности пациента;
- д) равенства.

**92.** Обязанность использовать ординарные, но не экстраординарные средства для поддержания и восстановления своего здоровья утверждает принцип:

- а) справедливости;
- б) уважения автономии;
- в) ординарных/экстраординарных средств пациента;
- г) милосердия («делай благо»);
- д) медицинских показаний.

**93.** «Признанный информированным согласием врач должен делать то, что приносило бы с медицинской точки зрения больше пользы, чем вреда», - утверждает принцип:

- а) справедливости;
- б) медицинских показаний;
- в) благожелательности пациента;
- г) уважения автономии пациента;
- д) пропорциональности.

**94.** Выберите этический принцип, который является исключительно моральной обязанностью врача:

- а) принцип благожелательности пациента;
- б) принцип медицинских показаний;
- в) принцип уважения человеческого достоинства;

г) принцип защиты окружающей среды, биосферы и разнообразия;

д) принцип недопущения дискриминации и стигматизации.

**95.** Действовать в наилучших интересах пациента, игнорируя интересы других заинтересованных лиц, включая интересы семьи, общества, государства и представителя требует принцип:

а) милосердия;

б) равенства, справедливости и равноправия;

в) наилучших интересов пациента;

г) уважения человеческого достоинства;

д) защиты будущих поколений.

**96.** Выберите этические принципы, которые являются моральными обязательствами представителя пациента:

а) принцип милосердия;

б) принцип медицинских показаний;

в) принцип наилучших интересов пациента;

г) принцип рационального выбора;

д) принцип пропорциональности.

**97.** Автором классической типологии этических моделей отношения врач-пациент является:

а) Р. Витч;

б) Т. Бичамп;

в) П. Кемп;

г) Б.Г. Юдин;

д) Дж. Чилдресс.

**98.** Традиционный этический принцип «приноси пользу пациенту и не причиняй вреда» является главным во взаимоотношениях врача и пациента в модели, основанной на ошибке обобщенной экспертизы. В этой модели врач обладает превосходством над пациентом: он эксперт не только в медицине, но и в жизни.

Выберите правильный ответ:

а) патерналистская модель;

б) техническая, или инженерная, модель;

в) сакральная, или пасторская, модель;

- г) контрактная модель;
- д) коллегиальная, или партнёрская, модель.

**99.** Модель отношения врач-пациент, которая делает врача прикладным учёным, техником или инженером. Врач в этой модели склонен интересоваться фактами, а не ценностями. Он озабочен лечением, а не уходом за пациентом.

Выберите правильный ответ: а) патерналистская модель;

- б) техническая, или инженерная, модель;
- в) коллегиальная, или партнёрская, модель;
- г) контрактная модель;
- д) договорная модель.

**100.** Как называется модель взаимоотношений врача и пациента, в которой врач и пациент выступают как коллеги, сотрудничающие в достижении общей цели: сохранение здоровья, исцеление болезни, ослабление страданий умирающего человека:

- а) сакральная;
- б) техническая, или инженерная;
- в) коллегиальная, или партнёрская;
- г) контрактная;
- д) договорная.

**101.** Модель, которая определяет взаимоотношения между врачом и пациентом как деловое отношение, регулируемое контрактом или свободным соглашением, закрепляющим обмен услуг за вознаграждение:

- а) договорная;
- б) контрактная;
- в) техническая, или инженерная;
- г) партнёрская, или коллегиальная;
- д) патерналистская.

**102.** Эта модель налагает на врача и других медицинских работников обязательства быть идеалом в своей профессии. Эти обязательства подразумевают, что врач обязан помогать больному и вне рамок контракта. В этой модели отношения предполагают ответственность пациента за соблюдение регламента лечения и договорённостей с врачом. Как она называется:

- а) контрактная;
- б) техническая;

- в) партнёрская;
- г) договорная;
- д) патерналистская.

**103.** Какому понятию биоэтики соответствует приведённое ниже определение: «... есть принудительное вмешательство, ограничение или присвоение свободы действия пациента, обусловленное заботой о его здоровье»:

- а) справедливость;
- б) милосердие;
- в) благожелательность;
- г) конфиденциальность;
- д) патернализм.

**104.** На каких критериях смерти мозга основана действующая сегодня в РФ Инструкция по констатации смерти мозга? Выберите правильный ответ:

- а) Гарвардские критерии смерти мозга (1968);
- б) Миннесотские критерии смерти мозга (1971);
- в) Критерии Неговского-Гурвича (1975);
- г) Критерии ствола смерти мозга в Великобритании (1976);
- д) Критерии President's Comission (1981) по этическим проблемам в медицине при президенте США, уточнённые на основе доказательной медицины и известные как Критерии Американской академии неврологии (2007).

**105.** В настоящее время общепризнано, что основные критерии смерти мозга - это глубокая кома, стволовая арефлексия и апноэ. Они должны наблюдаться у пациента в течение определённого времени на фоне исключённой интоксикации, гипотермии и других состояний с потенциально похожей картиной. Однако время наблюдения, минимальное число врачей и обязательность подтверждающих и разрешённых к применению тестов различаются в разных государствах. Ниже приведено несколько вариантов диагностики смерти мозга. Выберите вариант, применяемый в России:

- а) минимальное наблюдение - 12 часов; минимум врачей - 1; подтверждающие тесты - при необходимости; тесты, разрешённые к применению, - ЭЭГ, ТКД, ЦА;
- б) минимальное наблюдение - 8 часов; минимум врачей - 3; подтверждающие тесты - обязательно; тесты, разрешённые к применению, - ЭЭГ, ЦА, сцинтиграфия;
- в) минимальное наблюдение - 6 часов (аноксия - 24); минимум врачей - 1; подтверждающие тесты - обязательно; тесты, разрешённые к применению, - трёхкратно ЭЭГ;

г) минимальное наблюдение - 6 часов (аноксия - 24); минимум врачей - 2; подтверждающие тесты - не обязательно; разрешённые к применению тесты - ЦА, ЭЭГ;

д) минимальное наблюдение - 2 часа; минимум врачей - 2; подтверждающие тесты - обязательно; разрешённые к применению тесты - ЦА.

**106.** Наука о методах и способах социального, биологического и медицинского контроля с целью исправления и улучшения расовых качеств будущих поколений:

а) генетика;

б) социобиология;

в) биопсихология;

г) евгеника;

д) генная инженерия.

**107.** Термин, означающий лёгкую, спокойную, безболезненную смерть:

а) танатология;

б) этология;

в) евгеника;

г) эсхатология;

д) эвтаназия.

**108.** К какому виду эвтаназии относится преднамеренное действие врача с целью прервать жизнь пациента:

а) пассивная эвтаназия;

б) добровольная эвтаназия;

в) насильственная эвтаназия;

г) активная эвтаназия;

д) самоубийство при помощи врача.

**109.** Отказ врача от жизнеподдерживающего лечения пациента (случаи, когда врач либо не начинает лечение, либо прекращает его):

а) активная эвтаназия;

б) насильственная эвтаназия;

в) самоубийство при помощи врача;

г) убийство из сострадания;

д) пассивная эвтаназия.

**110.** Социальное учреждение, оказывающее умирающему особую помощь - пройти через границу жизни и смерти:

а) больница;

б) дом инвалидов;

в) клиника;

г) хоспис;

д) диспансер.

## КЛЮЧИ К ТЕСТАМ

01	д	42	в	83	д
02	— д	43	— а	84	— а
03	— д	44	— б	85	— д
04	г	45	а	86	а
05	а	46	в	87	б
06	— г	47	— в	88	— в
07	д	48	д	89	в
08	а	49	б	90	в
09	д	50	г	91	г
10	— г	51	— г	92	— в
11	г	52	в	93	б
12	б	53	д	94	б
13	— г	54	— д	95	— в
14	в	55	д, <i>Prima facie</i>	96	в, г
15	в	56	д	97	а
16	в	57	в	98	а, в
17	— г	58	— б, г	99	— б
18	г	59	в	100	в
19	б	60	г	101	б
20	— б	61	— а, г	102	— г
21	— в	62	— в	103	— д
22	г	63	а, б, г	104	д
23	в	64	г	105	г
24	— в	65	— а, в, г	106	— г
25	в	66	а, б, в	107	д
26	в	67	в	108	г
27	г	68	а, б, в, г	109	д
28	— б	69	— б, в, г	110	— г
29	г	70	в		
30	в	71	а		
31	— в	72	— г		
32	г	73	в		
33	г	74	в		
34	в	75	г		
35	— а, б, г	76	— в		
36	б	77	в		
37	г	78	в		
38	— г	79	— г		
39	— а, г	80	— в		
40	в	81	в		
41	г	82	а		

## Приложение 1. ЭТИЧЕСКИЕ КОДЕКСЫ В МЕДИЦИНЕ

### КЛЯТВА ГИППОКРАТА

Не много известно о жизни Гиппократе. Греческий врач родился около 460 года до н.э. Мы знаем, что он был очень популярным, пользующимся известностью и влиятельным исцелителем, который прожил, по разным данным, 85, 90, 104 или 109 лет. Сборник документов, известный как «Сочинения Гиппократе» (с большой вероятностью написанные в I-IV веках до н.э.), по предположениям исследователей, представляет сохранившиеся произведения гиппократовой школы в медицине. Некоторые из них приписывают самому Гиппократу. Тем не менее считается, что клятва, приведённая здесь, была создана философским течением, известным как течение пифагорейцев, в конце IV века до н.э. На протяжении Средних веков и позже клятва Гиппократе воплощала высшие стремления врача. Она формулирует две группы моральных обязательств: 1) моральные обязательства по отношению к пациенту; 2) моральные обязательства по отношению к другим работникам медицинского цеха (профессии). Она содержит ряд абсолютных запретов (например, против аборта и эвтаназии), а также формулировку обязательства врача приносить пользу и не вредить пациенту.

*Клянусь Аполлоном врачом, Асклеием, Гигией и Панакеей и всеми богами и богинями, беря их в свидетели, исполнять честно, соответственно моим силам и моему разумению, следующую присягу и письменное обязательство: считать научившего меня врачебному искусству наравне с моими родителями, делиться с ним своими достоинствами и в случае надобности помогать ему в его нуждах; его потомство считать своими братьями, и это искусство, если они захотят его изучать, преподавать им безвозмездно и без всякого договора; наставления, устные уроки и всё остальное в учении сообщать своим сыновьям, сыновьям своего учителя и ученикам, связанным обязательством и клятвой по закону медицинскому, но никому другому. Я направлю режим больных к их выгоде согласно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости. Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла: точно так же я не вручу никакой женщине абортивного пессария. Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и своё искусство. Я ни в коем случае не буду делать сечения у страдающих каменной болезнью, предоставив это людям, занимающимся этим делом. В какой бы дом я ни вошёл, я войду туда для пользы больного, будучи далёк от всего намеренного, неправедного и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами.*

*Что бы при лечении - а также и без лечения - я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной. Мне, нерушимо выполняющему клятву, да будет дано счастье в жизни и в искусстве и слава у всех людей на вечные времена; преступающему же и дающему ложную клятву да будет обратное этому.*

(Текст Клятвы перепечатан из книги: Гиппократ. Избранные книги / Пер. с греч. В.И. Руднева. - Репринт. воспроиз. изд. 1936 г. - М.: СВАРОГ, 1994. - С. 87-88.)

## ФАКУЛЬТЕТСКОЕ ОБЕЩАНИЕ

*Факультетское обещание русских врачей в XIX-XX веках, после удовлетворительной защиты диссертации и провозглашения диссертанта доктором, читалось деканом факультета, и новый доктор его подписывал. Оно же печаталось на обратной стороне диплома. Обещание имело своим первоисточником Гиппократов сборник.*

Принимая с глубокой признательностью даруемые мне наукой права врача и постигая всю важность обязанностей, возлагаемых на меня сим званием, я даю обещание в течение всей своей жизни ничем не помрачать чести сословия, в которое ныне вступаю. Обещаю во всякое время помогать, по лучшему моему разумению, прибегающим к моему пособию страждущим, свято хранить вверяемые мне семейные тайны и не употреблять во зло оказываемого мне доверия. Обещаю продолжать изучать врачебную науку и способствовать всеми силами её процветанию, сообщая учёному свету всё, что открою. Обещаю не заниматься приготовлением и продажей тайных средств. Обещаю быть справедливым к своим сотоварищам-врачам и не оскорблять их личности; однако же, если бы того потребовала польза больного, говорить правду прямо и без лицемерия. В важных случаях обещаю прибегать к советам врачей, более меня сведущих и опытных; когда же сам буду призван на совещание, буду по совести отдавать справедливость их заслугам и стараниям.

(Текст Обещания перепечатан из книги: Гиппократ. Избранные книги / Пер. с греч. В.И. Руднева. - Репринт. воспроиз. изд. 1936 г. - М.: СВАРОГ, 1994. - С. 89.)

## ПРИСЯГА ВРАЧА СОВЕТСКОГО СОЮЗА

Получая высокое звание врача и приступая к врачебной деятельности, я торжественно клянусь:

- все знания и силы посвятить охране и улучшению здоровья человека, лечению и предупреждению заболеваний, добросовестно трудиться там, где этого требуют интересы общества;
- быть всегда готовым оказать медицинскую помощь, внимательно и заботливо относиться к больному, хранить врачебную тайну;
- постоянно совершенствовать свои медицинские познания и врачебное мастерство, способствовать своим трудом развитию медицинской науки и практики;
- обращаться, если этого требуют интересы больного, за советом к товарищам по профессии и самому никогда не отказывать им в совете и помощи;
- беречь и развивать благородные традиции отечественной медицины, во всех своих действиях руководствоваться принципами коммунистической морали, всегда помнить о высоком призвании советского врача, об ответственности перед народом и Советским государством.

Верность этой присяге клянусь пронести через всю свою жизнь.

(Утверждена указом Президиума Верховного Совета СССР от 26 марта 1971 г. № 1364-VIII)

## **О ПРИНЯТИИ ВЫПУСКНИКАМИ ВЫСШИХ МЕДИЦИНСКИХ ЗАВЕДЕНИЙ ОБЕЩАНИЯ ВРАЧА РОССИИ**

Коренная ломка политического уклада и экономических отношений в России, восстановление приоритета общечеловеческих ценностей позволяют вернуть медицине её гуманную роль защитницы здоровья каждого человека, создают условия для возрождения нравственных устоев российского врача.

В связи с этим начиная с 1992 года ввести Обещание врача России как свод обязательных условий его деятельности на территории Российской Федерации. За основу Обещания взяты тексты древней клятвы Гиппократова и Факультетского обещания выпускников российских университетов с устранением в них очевидных анахронизмов. Обещание врача России принимается окончившими высшие медицинские учебные заведения. Текст Обещания един на всей территории страны.

**(Министр здравоохранения России А. Воробьёв, министр науки, высшей школы и технической политики России Б. Салтыков)**

### **ОБЕЩАНИЕ ВРАЧА РОССИИ**

Перед лицом своих Учителей и собратьев по великой науке врачевания, принимая с глубокой признательностью даруемые мне права Врача,

#### **ТОРЖЕСТВЕННО ОБЕЩАЮ:**

- считать научившего меня врачебному искусству наравне с родителями, помогать ему в его делах и нуждах;
- наставления, устные уроки и всё остальное в учении сообщать своим ученикам, связанным обязательством по закону медицинскому, но никакому другому;
- чисто и непорочно буду проводить я свою жизнь и своё искусство, творя милосердие и не причиняя зла людям;
- никогда и никому не откажу я во врачебной помощи и буду оказывать её с одинаковым старанием и терпением больному всякого достатка, национальности, вероисповедания и убеждений;
- в какой бы дом я ни вошёл, я войду туда для пользы больного, будучи далёк от всего намеренно несправедного и пагубного, особенно от любовных дел;
- направлять режим и лечение больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости;
- никогда не обращу я мои знания и умения во вред здоровью человека, даже врага;
- я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла;

- что бы при лечении, а также без лечения, я ни увидел и ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной;
- обещаю продолжать изучать врачебную науку и способствовать всеми своими силами её процветанию, сообщая учёному свету всё, что открою;
- обещаю не заниматься приготовлением и продажей тайных средств;
- обещаю быть справедливым к своим сотоварищам-врачам и не оскорблять их личности; однако же, если бы того потребовала польза больного, говорить правду прямо и без лицеприятия;
- в важных случаях обещаю прибегать к советам врачей, более меня сведущих и опытных; когда же сам буду призван на совещание, буду по совести отдавать справедливость их заслугам и стараниям.

Мне, нерушимо выполняющему это Обещание, да будет дано счастье в жизни и в искусстве. Преступившему и дающему ложное Обещание да будет обратное этому.

### КЛЯТВА И ЭТИЧЕСКИЙ КОДЕКС РОССИЙСКОГО ВРАЧА

Согласно определению Европейского форума медицинских ассоциаций и ВОЗ медицинская ассоциация есть «свободное, независимое, неправительственное объединение врачей, избирающее своих должностных лиц, назначающее свой штат и определяющее свой устав, деятельность которого охватывает самые различные аспекты профессиональной практики». Сегодня юридической базой врачебного ассоциированного движения в России являются Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан и Закон о медицинском страховании. Согласно этим правовым актам профессиональные медицинские ассоциации должны заключать с государством и страховыми компаниями трёхсторонние соглашения о тарифах на медицинские услуги и держать под контролем весь спектр проблем профессионального совершенствования.

С целью консолидации усилий ассоциации врачей, созданные более чем на половине территорий субъектов Российской Федерации, объединились на конфедеративной основе в Ассоциацию врачей России (АВР). В ноябре 1994 года АВР на IV Конференции приняла Клятву и кодекс российского врача, тексты которых воспроизводятся ниже.

#### **Клятва российского врача**

Добровольно вступая в медицинское сообщество, я торжественно клянусь и даю письменное обязательство посвятить себя служению жизни других людей, всеми профессиональными средствами стремясь продлить её и сделать лучше; здоровье моего пациента всегда будет для меня высшей наградой. Клянусь постоянно совершенствовать мои медицинские познания и врачебное мастерство, отдать все знания и силы охране здоровья чело-

века и ни при каких обстоятельствах я не только не использую сам, но и никому не позволю использовать их в ущерб нормам гуманности.

Я клянусь, что никогда не позволю соображениям личного, религиозного, национального, расового, этнического, политического, экономического, социального и иного немедицинского характера встать между мной и моим пациентом. Клянусь безотлагательно оказывать неотложную медицинскую помощь любому, кто в ней нуждается, внимательно, заботливо, уважительно и беспристрастно относиться к своим пациентам, хранить секреты доверившихся мне людей даже после их смерти, обращаться, если этого требуют интересы врачевания, за советом к коллегам и самому никогда не отказывать им ни в совете, ни в бескорыстной помощи, беречь и развивать благородные традиции медицинского сообщества, на всю жизнь сохранить благодарность и уважение к тем, кто научил меня врачебному искусству.

Я обязуюсь во всех своих действиях руководствоваться Этическим кодексом российского врача, этическими требованиями моей ассоциации, а также международными нормами профессиональной этики, исключая не признаваемое Ассоциацией врачей России положение о допустимости пассивной эвтаназии.

Я даю эту клятву свободно и искренне. Я исполню врачебный долг по совести и с достоинством.

### **Этический кодекс российского врача**

Руководствуясь клятвой Гиппократата, принципами гуманизма и милосердия, документами Всемирной медицинской ассоциации по этике и законодательством РФ в части права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь, декларируя определяющую роль врача в системе здравоохранения, учитывая особый характер взаимоотношений врача с пациентом и необходимость дополнить механизмы правового регулирования этих отношений нормами врачебной этики, декларируя, что каждый врач несёт моральную ответственность перед медицинским сообществом за свою врачебную деятельность, а медицинское сообщество несёт ответственность за своих членов перед обществом в целом, Ассоциация врачей России принимает настоящий Этический кодекс российского врача.

### **Раздел 1. Общие положения**

**Статья 1.** Главная цель профессиональной деятельности врача - сохранение жизни человека и улучшение её качества путём оказания ургентной, плановой и превентивной медицинской помощи. Врач обязан быть постоянно готов оказать ургентную медицинскую помощь любому человеку вне зависимости от пола, возраста, расовой и национальной принадлежности пациента, его социального статуса, религиозных и политических убеждений, а также иных немедицинских факторов, включая материальное положение. Предложение безвозмездной помощи неимущему этично и оправданно.

Врач должен всеми легальными способами способствовать делу охраны здоровья населения, в том числе осуществляя просветительскую деятельность по вопросам медицины, гигиены, экологии и культуры общения.

Врач не может присутствовать при смертной казни и пытке, ни, тем более, участвовать в них. Врач не может ни санкционировать, ни оставить без внимания любые формы проявления жестокости или унижения человеческого достоинства.

**Статья 2.** Необходимое условие врачебной деятельности - профессиональная компетентность врача: его специальные знания и искусство врачевания.

Врач должен активно стремиться к углублению своих знаний, памятуя, что качество медицинской помощи не может быть выше полученного образования.

Именно профессиональная компетентность, наряду с гуманистической нравственной позицией, предполагающей высокую требовательность к себе, способность признавать и исправлять собственные ошибки, даёт врачу право на самостоятельное принятие медицинских решений.

**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.

Лекарство не должно быть горше болезни. 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.

**Статья 4.** Злоупотребление знаниями и положением врача несовместимо с врачебной профессией.

Врач не вправе:

- использовать свои знания и возможности в негуманных целях;
- без достаточных оснований применять медицинские меры или отказывать в них;
- использовать методы медицинского воздействия на пациента с целью его наказания, а также в интересах третьих лиц.

Врач не вправе навязывать пациенту свои философские, религиозные и политические взгляды. Личные предубеждения врача и иные непрофессиональные мотивы не должны оказывать воздействия на диагностику и лечение.

Врач, пользуясь своим положением лечащего или психической несостоятельностью пациента, не имеет права заключать с ним имущественные сделки, использовать в личных целях его труд, вступать с пациентом в интимную связь, а также заниматься вымогательством и взяточничеством.

Врач вправе принять благодарность от пациента и его близких, если она выражена в приемлемой форме.

**Статья 5.** Врач обязан быть свободным.

Право и долг врача - хранить свою профессиональную независимость. Во время войны и мира, оказывая медицинскую помощь новорождённым и старикам, военнослужащим и гражданским лицам, руководителям высшего ранга и лицам, содержащимся под стражей, врач принимает на себя всю полноту ответственности за профессиональное решение, а потому обязан отклонить любые попытки давления со стороны администрации, пациентов или иных лиц.

Врач должен отказаться от сотрудничества с любым физическим или юридическим лицом, если оно требует от него действий, противоречащих этическим принципам, профессиональному долгу или закону.

Участвуя в экспертизах, консилиумах, комиссиях, консультациях и т.д., врач обязан ясно и открыто заявлять о своей позиции, отстаивать свою точку зрения, а в случаях давления на него - прибегать к юридической и общественной защите.

**Статья 6.** Врач отвечает за качество медицинской помощи.

Врач должен приложить все усилия, чтобы качество оказываемой им помощи было на самом высоком уровне.

Оценивать качество оказываемой врачом медицинской помощи могут только коллеги, уполномоченные на это врачебной ассоциацией или государством.

**Статья 7.** Врач имеет право отказаться от работы с пациентом. Врач может отказаться от работы с пациентом, перепоручив его другому специалисту в следующих случаях:

- если чувствует себя недостаточно компетентным, не располагает необходимыми техническими возможностями для оказания должного вида помощи;
- данный вид медицинской помощи противоречит нравственным принципам врача;
- врач не в состоянии установить с пациентом терапевтическое сотрудничество.

**Раздел 2.** Врач и права пациента

**Статья 8.** Врач и право пациента на свободу и независимость личности.

Врач должен уважать честь и достоинство пациента. Грубое и негуманное отношение к пациенту, унижение его человеческого достоинства, а также любые проявления превосходства или выражение комулибо из пациентов предпочтения или неприязни со стороны врача недопустимы.

Врач должен оказывать медицинскую помощь в условиях минимально возможного стеснения свободы пациента, а в случаях, по медицинским показаниям требующих

установления контроля за поведением пациента, строго ограничивать вмешательство рамками медицинской необходимости.

При возникновении конфликта интересов пациент-общество, пациент-семья и т.п. врач обязан отдать предпочтение интересам пациента, если только их реализация не причиняет прямого ущерба самому пациенту или окружающим.

**Статья 9.** Врач и право пациента на адекватную информацию о своём состоянии.

Врач должен строить отношения с пациентом на основе взаимного доверия и взаимной ответственности, стремясь к «терапевтическому сотрудничеству», когда пациент становится терапевтическим союзником врача. В оптимистичном ключе и на доступном для пациента уровне следует обсуждать проблемы его здоровья, разъяснять план медицинских действий, дать объективную информацию о преимуществах, недостатках и цене существующих методов обследования и лечения, не приукрашивая возможностей и не скрывая возможных осложнений. Врач не должен обещать невыполнимое и обязан выполнять обещанное.

Если физическое или психическое состояние пациента исключает возможность доверительных отношений, их следует установить с его законным представителем, родственником или другим близким лицом, позиция которого, с точки зрения врача, в наибольшей степени соответствует интересам пациента.

**Статья 10.** Врач и право пациента на получение медицинской помощи, не ограниченной какими-либо посторонними влияниями. При оказании медицинской помощи врач должен руководствоваться исключительно интересами пациента, своими знаниями и личным опытом. Никакие вмешательства во взаимоотношения врач-пациент вообще и в лечебный процесс в частности, иначе чем по просьбе врача, недопустимы.

Не может быть никаких ограничений права врача на выписку любых препаратов и назначение любого лечения, адекватного, с точки зрения врача, и не противоречащего современным медицинским стандартам. Если необходимый, с точки зрения врача, вид помощи в настоящий момент недоступен по каким-либо причинам, врач обязан известить об этом больного или его родственников и в обстановке «терапевтического сотрудничества» принять решение о дальнейшей лечебной тактике.

При возникновении профессиональных затруднений врач обязан немедленно обратиться за помощью.

**Статья 11.** Врач и право пациента согласиться на лечение или отказаться от него.

Информированное, осознанное и добровольное согласие пациента на медицинскую помощь вообще и любой конкретный её вид в частности есть не спонтанное волеизъявление пациента, а результат эффективного «терапевтического сотрудничества».

Поведение врача должно способствовать развитию у пациента чувства ответственности за свои поступки. Отказ вменяемого пациента от медицинской помощи, как правило, есть

результат отсутствия «терапевтического сотрудничества» между врачом и пациентом, а потому всегда остаётся на совести врача.

Добровольный отказ пациента от медицинской помощи или отдельного её вида должен быть столь же осознанным, как и согласие на неё.

Никакое медицинское вмешательство не может быть произведено без согласия пациента, кроме особых случаев, когда:

- тяжесть физического или психического состояния не позволяет пациенту принять осознанное решение;
- пациент является источником опасности для окружающих. В таких случаях применение врачом недобровольных мер необходимо и этично.

В случаях когда на врача возлагается осуществление принудительного обследования или лечения, он может осуществлять эти меры только в строгом соответствии с требованиями законодательства. Врач не имеет права выполнять лечебные действия с использованием мер принуждения, если не находит к этому медицинских показаний. О мотивах своего отказа он обязан информировать орган, принявший решение о принудительном лечении.

**Статья 12.** Врач и право пациента на физическую и психическую целостность личности. Во всех случаях неоспоримо право пациента на физическую и психическую целостность личности, а посягательство на него недопустимо.

Только в интересах лечения пациента этично и допустимо осуществлять вмешательства, способные повлечь ухудшение его физического или психического состояния.

Изъятие с недиагностической и нелечебной целью любых протезов, органов, тканей и сред организма, включая абортный материал, ткани и среды, отторгаемые в процессе родов, может производиться только с письменного согласия пациента или его законного представителя. Это положение действует и после смерти пациента.

**Статья 13.** Врач и право пациента на соблюдение врачебной тайны. Пациент вправе рассчитывать на то, что врач сохранит в тайне всю медицинскую и доверенную ему личную информацию. Врач не вправе разглашать без разрешения пациента или его законного представителя сведения, полученные в ходе обследования и лечения, включая и сам факт обращения за медицинской помощью. Врач должен принять меры, препятствующие разглашению медицинской тайны. Смерть пациента не освобождает от обязанности хранить медицинскую тайну.

зглашением тайны не являются случаи предоставления или передачи медицинской информации:

- с целью профессиональных консультаций;

- с целью проведения научных исследований, оценок эффективности лечебно-оздоровительных программ, экспертизы качества медицинской помощи и учебного процесса;
- когда у врача нет иной возможности предотвратить причинение серьёзного ущерба самому пациенту или окружающим лицам;
- по решению суда.

Во всех перечисленных случаях врач должен информировать пациента о неизбежности раскрытия информации и, по возможности, получить на это его согласие.

**Статья 14.** Врач и право пациента на достойную смерть.

Эвтаназия, как акт преднамеренного лишения жизни пациента по его просьбе или по просьбе его близких, недопустима, в том числе и в форме пассивной эвтаназии, когда врач прекращает активно препятствовать наступлению естественного exitus letalis умирающего больного.

Врач обязан облегчить страдания умирающего всеми доступными и легальными способами.

Врач обязан гарантировать пациенту право по его желанию воспользоваться духовной поддержкой служителя любой религиозной конфессии или отклонить её.

Секционное исследование разрешается только в том случае, если семья умершего активно не возражает против его проведения, за исключением случаев, требующих судебно-медицинской экспертизы.

**Статья 15.** Врач и право пациента на свободный выбор врача.

Врач не вправе препятствовать пациенту, решившему доверить своё дальнейшее лечение другому врачу.

Самореклама в любой форме несовместима с врачебной этикой.

### Раздел 3. Отношения с коллегами

**Статья 16.** Врач обязан поддерживать честь и благородные традиции медицинского сообщества. В течение всей жизни врач обязан сохранять уважение, благодарность и обязательства по отношению к тому, кто научил его врачебному искусству.

Врач обязан делать всё от него зависящее для консолидации врачебного сообщества, активно участвовать в работе врачебных ассоциаций, защищать честь и достоинство коллег, как свои собственные, не применять диагностические и лечебные методы, осуждённые ассоциацией врачей.

Моральная обязанность врача - блюсти чистоту рядов врачебного сообщества, беспристрастно анализировать ошибки своих коллег как свои собственные, активно

препятствовать практике бесчестных и некомпетентных коллег, а также различного рода непрофессионалов, наносящих ущерб здоровью пациентов.

**Статья 17.** По отношению к коллегам врач должен вести себя так, как хотел бы, чтобы они вели себя по отношению к нему. Во взаимоотношениях с коллегами врач обязан быть честен, справедлив, доброжелателен, порядочен, должен с уважением относиться к их знаниям и опыту, а также быть готовым бескорыстно передать им свой опыт и знания.

Моральное право руководства другими врачами и персоналом даёт не административное положение, а более высокий уровень профессиональной и нравственной компетентности.

Критика в адрес коллеги должна быть аргументированной и неоскорбительной. Критике подлежат профессиональные действия, но не личность коллег. Недопустимы попытки укрепить собственный авторитет путём дискредитации коллег. Врач не имеет права допускать негативные высказывания о своих коллегах и их работе в присутствии пациентов и их родственников.

Врач не может переманивать пациентов у своих коллег. Предложение безвозмездной медицинской помощи коллегам и их близким родственникам - этично и гуманно.

#### **Раздел 4. Врач и прогресс медицины**

**Статья 18.** Любое исследование с участием пациента может проводиться только с его согласия и при условии одобрения этического комитета. Планируя эксперимент с участием пациента, врач обязан тщательно сопоставить степень риска причинения ущерба пациенту и возможность достижения предполагаемого положительного результата.

Врач, проводящий исследование, обязан руководствоваться приоритетом блага пациента над общественной пользой и научными интересами.

Испытания и эксперименты могут проводиться лишь при условии получения добровольного согласия пациента после предоставления полной информации.

Проводящий исследование врач обязан гарантировать право пациента на отказ от участия в исследовательской программе на любом её этапе и по любым мотивам. Этот отказ ни в коей мере не должен отрицательно влиять на отношение к пациенту и оказание ему в дальнейшем медицинской помощи.

**Статья 19.** Врач должен соблюдать крайнюю осторожность при практическом применении новых для него методов. Новые медицинские технологии или препараты могут применяться во врачебной практике только после одобрения медицинской ассоциацией.

Врач должен избегать рекламирования открытий или новых методов лечения через непрофессиональные каналы.

#### **Раздел 5. Порядок пересмотра**

Этического кодекса и ответственность за его нарушения

**Статья 20.** 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 положения действующего законодательства Российской Федерации, врач несёт ответственность по закону.

**Статья 21.** Пересмотр и толкование Этического кодекса.

Право пересмотра Этического кодекса и толкования его положений принадлежит Ассоциации врачей России. Порядок пересмотра Кодекса определяется решением Совета Ассоциации врачей России. В конкретных ситуациях может выясниться, что те или иные положения Кодекса допускают неоднозначное толкование. Столкнувшись с этим ассоциация врачей оформляет своё толкование решением этического комитета или конференции. Толкование приобретает законную силу после утверждения его в качестве дополнения к Этическому кодексу Ассоциацией врачей России.

## НЮРНБЕРГСКИЙ КОДЕКС

*(Принят в ходе Нюрнбергского процесса, печатается по тексту, опубликованному в журнале «Врач», 1993, № 7)*

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, чётко определёнными рамками. Защитники этой практики отстаивают свои взгляды на том основании, что результаты таких экспериментов полезны всему обществу, но достичь их с помощью других методов невозможно. Таким образом, все согласны, что необходимо соблюдать определённые базовые принципы, удовлетворяющие соображениям морали, этики и закона.

1. Прежде всего необходимо добровольное согласие объекта эксперимента, которое означает, что лицо, вовлечённое в эксперимент, имеет законное право дать такое согласие и свободу выбора без какого-либо элемента насилия, обмана, мошенничества, хитрости или других скрытых форм принуждения; обладает достаточными знаниями, чтобы понять сущность предмета эксперимента и принять осознанное решение. Последнее требует, чтобы до принятия утвердительного решения объект эксперимента был информирован о его характере, продолжительности и цели; методе и способах, с помощью которых он будет проводиться; обо всех возможных неудобствах и рисках; о последствиях для его здоровья или личности, которые могут возникнуть в результате участия в эксперименте.

2. Эксперимент должен приносить обществу положительные результаты, недостижимые другими методами или способами исследования; они не должны быть случайными или по сути своей ненасущными.

3. Эксперимент должен основываться на данных, полученных в исследованиях на лабораторных животных, знании естественной истории болезни или других вопросов, имеющих к нему прямое отношение. Он должен быть организован таким образом, чтобы предполагаемые результаты оправдали саму постановку эксперимента.

4. При проведении эксперимента необходимо максимально избегать всех физических и психических страданий и повреждений.

5. Ни один эксперимент не должен проводиться в том случае, если а priori есть основания предполагать возможность смерти или инвалидизирующего ранения, за исключением тех случаев, когда врач-исследователь сам служит объектом своих исследований.

6. Степень допустимого риска никогда не должна превышать гуманных соображений важности проблемы, которая решается в ходе эксперимента.

7. Должна быть проведена соответствующая подготовка и обеспечено необходимое оборудование для защиты объекта эксперимента от даже отдалённой возможности ранения, инвалидности или смерти.

8. Эксперимент должен проводиться только лицами, имеющими научную квалификацию. На всех стадиях эксперимента необходимо требовать от тех, кто проводит его или занят в нём, высшей степени внимания и профессионализма.

9. Во время проведения эксперимента объект должен иметь право остановить его, если его физическое или психическое состояние, по его мнению, делает продолжение эксперимента невозможным.

10. Во время проведения эксперимента исследователь должен быть готов прекратить его на любой стадии, если, по его мнению, высшие профессиональные соображения и добросовестная оценка дают основания полагать, что продолжение эксперимента приведёт к ранению, инвалидности или смерти объекта эксперимента.

### **ЖЕНЕВСКАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ**

*(Принята 2-й Генеральной ассамблеей Всемирной медицинской ассоциации, Женева, Швейцария, сентябрь 1948 года; дополнена 22-й Всемирной медицинской ассамблеей, Сидней, Австралия, август 1968 года, и 35-й Всемирной медицинской ассамблеей, Венеция, Италия, октябрь 1983 года)*

Вступая в медицинское сообщество, я добровольно решаю посвятить себя нормам гуманности и клянусь:

- на всю жизнь сохранить благодарность и уважение к своим учителям;
- исполнять свой профессиональный долг по совести и с достоинством;
- что здоровье моего пациента будет моим первейшим вознаграждением;
- уважать доверенные мне секреты даже после смерти моего пациента;
- делать всё, что в моих силах, для поддержания чести и благородных традиций медицинского сообщества;
- что коллеги будут мне братьями;
- не позволить соображениям религиозного, национального, расового, партийно-политического и социального характера встать между мной и моим пациентом;
- что я буду проявлять абсолютное уважение к человеческой жизни с момента зачатия и никогда, даже под угрозой, не использую своих медицинских знаний в ущерб нормам гуманности.

Я принимаю эти обязательства обдуманно, свободно и честно.

### **МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОДЕКС МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ**

*(Принят 3-й Генеральной ассамблеей Всемирной медицинской ассоциации, Лондон, Великобритания, октябрь 1949 года, дополнен 22-й Всемирной медицинской ассамблеей, Сидней, Австралия, август 1968 года, и 35-й Всемирной медицинской ассамблеей, Венеция, Италия, октябрь 1983 года)*

## Общие обязанности врачей

Врач обязан всегда поддерживать наивысшие профессиональные стандарты.

Принимая профессиональные решения, врач должен исходить из соображений блага для пациента, а не из собственных материальных интересов.

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

Врач должен быть честен с пациентом и коллегами. Он не имеет права покрывать коллег, обманывающих своих пациентов. С нормами медицинской этики несовместимы:

- а) самореклама, если она специально не предусмотрена законами страны и этическим кодексом Национальной медицинской ассоциации;
- б) выплата врачом комиссионных за направление к нему пациента либо получение платы или иного вознаграждения из любого источника за направление пациента в определённое лечебное учреждение, к определённому специалисту или назначение определённого вида лечения без достаточных медицинских оснований.

Врач должен уважать права пациента, коллег, других медицинских работников, а также хранить врачебную тайну.

Врач может осуществить вмешательство, способное ухудшить физическое или психическое состояние пациента, лишь в интересах последнего.

Врач должен быть крайне осторожен, давая информацию об открытиях, новых технологиях и методах лечения через непрофессиональные каналы.

Врач должен утверждать лишь то, что проверено им лично. Обязанности врача по отношению к больному

С целью сохранения здоровья и жизни пациента врач должен использовать весь свой профессиональный потенциал. Если необходимое обследование или лечение выходит за уровень возможностей врача, он должен обратиться к более компетентным коллегам.

Смерть больного не освобождает врача от обязанности хранить врачебную тайну.

Оказание ургентной помощи - человеческий долг врача. Обязанности врача по отношению друг к другу

По отношению к своим коллегам врач должен вести себя так, как он хотел бы, чтобы они вели себя по отношению к нему.

Врач не должен переманивать пациентов у своих коллег.

Врач обязан соблюдать принципы Женевской декларации, одобренной Всемирной медицинской ассоциацией.

## **ДВЕНАДЦАТЬ ПРИНЦИПОВ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЛЮБОЙ СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

*(Приняты 17-й Всемирной медицинской ассамблеей, Нью-Йорк, США, октябрь 1963 года, дополнены 35-й Всемирной медицинской ассамблеей, Венеция, Италия, октябрь 1983 года)*

### **Преамбула**

На планете работают различные системы здравоохранения - от полностью автономных до исключительно государственных.

В одних странах помощь оказывается лишь остро в ней нуждающимся, в других существует развитая система медицинского страхования, третьи существенно продвинулись в организации комплексной охраны здоровья. Различные степени сочетания частной инициативы и государственной политики в области здравоохранения порождают множество вариантов систем предоставления медицинской помощи.

В идеале необходимо обеспечить наиболее современный уровень медицинской помощи при полной свободе выбора как для врача, так и для пациента.

Однако эта формула носит слишком общий характер и, к сожалению, мало помогает при решении конкретных проблем здравоохранения в конкретной стране.

Всемирная медицинская ассоциация считает своим долгом встать на защиту основных принципов медицинской практики и свободы медицинской профессии, а потому, не вдаваясь в оценку ни одной из национальных систем здравоохранения, декларирует условия, соблюдение которых необходимо для эффективного сотрудничества медицинского сообщества с государственной системой здравоохранения.

### **Принципы**

I. В любой системе здравоохранения условия работы медиков должны определяться с учётом позиции общественных врачебных организаций.

II. Любая система здравоохранения должна обеспечить пациенту право выбора врача, а врачу - право выбора пациента, не ущемляя при этом прав ни врача, ни пациентов. Принцип свободного выбора должен соблюдаться и в тех случаях, когда медицинская помощь оказывается в медицинских центрах. Профессиональная и этическая обязанность врача - оказывать любому человеку неотложную медицинскую помощь без каких-либо исключений.

III. Любая система здравоохранения должна быть открыта для всех врачей, имеющих право практики: ни медиков вообще, ни одного врача в частности нельзя принуждать к работе на неприемлемых для них условиях.

IV. Врач должен быть свободен в выборе места своей практики и ограничен лишь пределами своей специализации. Медицинское сообщество должно помогать государству, ориентируя молодых врачей на работу в тех регионах, где они наиболее необходимы.

Врачам, соглашающимся работать в менее престижных районах, должна быть оказана такая помощь, чтобы оснащение практики и уровень жизни врача соответствовали статусу его профессии.

V. Медицинское сообщество должно быть адекватно представлено во всех государственных институтах, имеющих отношение к проблемам охраны здоровья.

VI. Все, кто принимает участие в лечебном процессе или контролирует его, должны осознавать, уважать и сохранять конфиденциальность взаимоотношений врача и пациента.

VII. Необходимы гарантии моральной, экономической и профессиональной независимости врача.

VIII. Если размер гонорара за медицинские услуги не определён прямым договором между пациентом и врачом, организации, финансирующие предоставление медицинских услуг, обязаны адекватно компенсировать труд врача.

IX. Объём гонорара врача должен зависеть от характера медицинской услуги. Цена медицинских услуг должна определяться соглашением с участием представителей медицинского сообщества, а не односторонним решением организаций, финансирующих предоставление медицинских услуг, или правительства.

X. Оценку качества и эффективности медицинской помощи, оказываемой врачом, объёма, цены и количества предоставляемых им услуг должны осуществлять только врачи, руководствуясь в большей степени региональными, нежели национальными стандартами.

XI. В интересах больного не может быть никаких ограничений права врача на выписку любых препаратов и назначение любого лечения, адекватного с точки зрения современных стандартов.

XII. Врач должен активно стремиться к углублению своих знаний и повышению профессионального статуса.

## **ДЕКЛАРАЦИЯ ЛИССАБОНА**

*(Принята 34-й Всемирной медицинской ассамблеей, Лиссабон, Португалия, сентябрь-октябрь 1981 года)*

Признавая, что могут существовать затруднения практического, этического или юридического характера, врач должен всегда действовать в соответствии с его/её совестью и в интересах пациента. В данной Декларации определены некоторые основные права, которые медицинская профессия стремится предоставить своим пациентам.

Если законодательные или правительственные действия отрицают эти права пациентов, врачи должны с помощью подходящих средств обеспечить или восстановить данные права.

1. Пациент имеет право выбора врача.

2. Пациент имеет право на получение помощи от врача, который свободно может принимать клинические и этические решения, не прибегая к внешней помощи.

3. Пациент имеет право соглашаться или отказываться от предлагаемого лечения после получения необходимой информации.

4. Пациент имеет право на уверенность в том, что врач будет уважать тайну всех его медицинских и личностных проблем.

5. Пациент имеет право умереть достойно.

6. Пациент имеет право соглашаться или отказываться от духовного и морального утешения (включая помощь представителя соответствующей религии).

## **ХЕЛЬСИНКСКАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ ВСЕМИРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АССОЦИАЦИИ**

Рекомендации для врачей по проведению биомедицинских исследований на людях  
*(Принята 18-й Всемирной медицинской ассамблеей, Хельсинки, Финляндия, июнь 1964 года, пересмотрена 29-й Всемирной медицинской ассамблеей, Токио, Япония, октябрь 1975 года, 35-й Всемирной медицинской ассамблеей, Венеция, Италия, октябрь 1983 года, 41-й Всемирной медицинской ассамблеей, Гонконг, сентябрь 1989 года, и 48-й Генеральной ассамблеей, Сомерсет Уэст, ЮАР, октябрь 1996 года)*

### **Введение**

Миссия врача - охрана здоровья людей. Его знания и совесть посвящены выполнению этой задачи.

Женевская декларация Всемирной медицинской ассоциации закрепила обязанности врача словами: «Здоровье пациента - мой главный долг», а в Международном кодексе медицинской этики говорится: «Применяя лечение, которое может вызвать ухудшение физического или психического состояния больного, врач должен действовать исключительно в интересах больного». Биомедицинские исследования на людях должны быть направлены на улучшение диагностики, лечения и профилактики, а также на понимание этиологии и патогенеза болезней.

В современной медицинской практике большинство диагностических, лечебных и профилактических процедур связаны с риском. Это особенно касается биомедицинских исследований.

Прогресс в медицине основан на исследованиях, которые в конечном счёте должны отчасти опираться на эксперименты на людях.

В области биомедицинских исследований необходимо признать принципиальное различие между медицинскими исследованиями, целью которых является в первую очередь диагностика или лечение, и медицинскими исследованиями, основная цель которых чисто научная и

которые не имеют непосредственного диагностического или терапевтического значения для лиц, вовлечённых в исследование. Особые меры предосторожности должны применяться при проведении исследований, которые могут повлиять на окружающую среду. Необходимо гарантировать, что животным, используемым в испытании, не будет нанесён вред.

Поскольку для дальнейшего развития науки и для помощи страдающему человечеству необходимо, чтобы результаты лабораторных экспериментов были применимы к человеку, Всемирная медицинская ассоциация подготовила следующие рекомендации для всех врачей, проводящих биомедицинские исследования на людях. В будущем они могут пересматриваться. Необходимо подчеркнуть, что разработанные в этом документе нормы для врачей всего мира являются не более чем общими

положениями для проведения испытаний. Врачи не освобождаются от уголовной, гражданской и этической ответственности в соответствии с законами их стран.

## **I. Основные принципы**

1. Биомедицинские исследования на людях должны подчиняться общепринятым научным принципам и основываться на правильно выполненных лабораторных опытах и экспериментах на животных, а также на полном знании научной литературы. План и выполнение каждой экспериментальной процедуры на людях должны быть ясно сформулированы в протоколе, который должен быть передан для рассмотрения, комментирования и рекомендаций в специально назначенный комитет, независимый от исследователя и спонсора и действующий в соответствии с законами и правилами страны, в которой проводится исследование.

2. Биомедицинское исследование на людях должно проводиться исключительно квалифицированным научным персоналом и под наблюдением компетентного врача. Ответственность за испытуемого должна всегда лежать на враче и ни в коем случае не может быть возложена на испытуемого, даже если испытуемый дал своё согласие. Биомедицинское исследование на людях не может считаться оправданным, если значимость цели несоразмерна неизбежному риску для испытуемого.

3. Каждому биомедицинскому исследованию на людях должно предшествовать тщательное сопоставление возможного риска с ожидаемыми выгодами для испытуемого или для прочих лиц. Забота об интересах испытуемого должна всегда превалировать над интересами науки и общества. Право испытуемого на охрану своего здоровья должно всегда соблюдаться. Должны быть приняты все меры предосторожности для сохранения личной тайны испытуемого и для сведения к минимуму влияния исследования на его физическое и психическое здоровье, а также на его личность.

4. Врачи должны воздерживаться от проведения исследований на людях, если они не убеждены в том, что риск, связанный с исследованием, может быть определён заранее. Врачи обязаны прекратить любое исследование, если окажется, что риск перевешивает потенциальные выгоды.

5. При публикации результатов исследования врач обязан обеспечить точность отчёта. Статьи об исследованиях, проведённых не в соответствии с принципами, изложенными в настоящей Декларации, не должны приниматься для опубликования. В любом исследовании на людях каждый потенциальный испытуемый должен быть достаточно информирован о целях, методах, ожидаемых выгодах и потенциальном риске исследования, а также о неудобствах, которые оно может повлечь за собой. Испытуемый должен быть информирован о своём праве воздержаться от участия в исследовании или в любой момент отозвать своё согласие. Врач должен получить у испытуемого добровольное согласие на основе полной информации, предпочтительно в письменном виде.

6. При получении согласия на участие в исследовании врач должен быть особенно осторожен, если субъект находится в зависимом положении от него и/или может дать

согласие под давлением. В этом случае согласие должно быть получено врачом, не участвующим в исследовании и полностью независимым от этих официальных отношений. В случае юридической неспособности согласие на основе полной информации должно быть получено от законного опекуна в соответствии с национальным законодательством. Если физическая или психическая неспособность делает невозможным получение согласия или если больной не достиг совершеннолетия, разрешение отвечающего за него родственника заменяет согласие испытуемого в соответствии с национальным законодательством. Если несовершеннолетний фактически в состоянии дать своё согласие, оно должно быть получено в дополнение к согласию опекуна.

7. Протокол исследования должен всегда содержать указание на принятые во внимание этические соображения, а также подтверждение того, что принципы, сформулированные в настоящей Декларации, выполнены.

### **I. Медицинские исследования, связанные с оказанием медицинской помощи (клинические исследования)**

1. При лечении больного врач должен иметь право применять новые диагностические и терапевтические воздействия, если, по его мнению, они дают надежду на спасение жизни, восстановление здоровья или могут облегчить страдания.

2. Потенциальные выгоды, риск и неудобства нового метода должны быть оценены по отношению к лучшим из существующих диагностических и терапевтических методов. В любом медицинском исследовании каждому пациенту, включая пациентов контрольной группы, должно быть гарантировано применение лучших из проверенных диагностических и лечебных методов. Это не исключает использование неактивного плацебо в исследованиях, когда проверенного диагностического или лечебного метода не существует.

3. Отказ больного от участия в исследовании никогда не должен влиять на его отношения с врачом. Если врач считает, что для проведения испытания важно не получать от больного согласия на основе полной информации, то конкретные основания для этого должны быть изложены в протоколе исследования, который передаётся независимому комитету.

4. Врач может сочетать оказание помощи больному с медицинским исследованием ради получения новых медицинских знаний только в том случае, когда это медицинское исследование оправданно с точки зрения потенциального диагностического или лечебного значения для больного.

### **III. Медицинские исследования, не связанные с оказанием медицинской помощи (неклинические биомедицинские исследования)**

1. При проведении чисто научных исследований на людях врач обязан оставаться защитником их жизни и здоровья. Испытуемые должны быть добровольцами: либо здоровыми людьми, либо пациентами с заболеванием, отличным от изучаемого.

2. Исследователь или исследовательская группа должны прекратить исследование, если, по его/её мнению, при продолжении оно может принести вред испытуемому.

3. В исследовании на людях интересы науки и общества никогда не должны ставиться выше соображений, связанных с благополучием испытуемого.

**КОНВЕНЦИЯ О ЗАЩИТЕ ПРАВ И ДОСТОИНСТВА ЧЕЛОВЕКА В СВЯЗИ С  
ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДОСТИЖЕНИЙ БИОЛОГИИ И МЕДИЦИНЫ  
(КОНВЕНЦИЯ О ПРАВАХ ЧЕЛОВЕКА В БИОМЕДИЦИНЕ) СОВЕТА ЕВРОПЫ  
(извлечения)**

*(Принята 19 ноября 1996 года)*

**Часть I. Общие положения**

**Статья 1. Цели и задачи**

В области использования достижений современной биологии и медицины

Стороны обязуются защищать достоинство и индивидуальную целостность каждого человека, гарантировать всем без исключения уважение целостности личности, основных прав и свобод.

Стороны обязуются также предпринять необходимые шаги по совершенствованию своего внутреннего законодательства с тем, чтобы оно отражало положения настоящей Конвенции.

**Статья 2. Приоритет человека**

Интересы и благо отдельного человека превалируют над интересами общества и науки.

**Статья 3. Равная доступность здравоохранения**

Исходя из потребности в медицинской помощи и имеющихся в наличии ресурсов, Стороны обязуются предпринять необходимые меры в целях обеспечения (в соответствии со своей юрисдикцией) равной доступности медицинской помощи надлежащего качества для всех членов общества.

**Статья 4. Профессиональные стандарты**

В сфере здравоохранения всякое вмешательство, включая вмешательство с исследовательскими целями, должно осуществляться в соответствии с существующими профессиональными требованиями и стандартами.

**Часть II. Согласие**

**Статья 5. Общее правило**

Медицинское вмешательство должно осуществляться лишь после того, как лицо, подвергающееся такому вмешательству, даёт на это добровольное информированное согласие.

Это лицо должно быть заранее проинформировано как о целях и характере предлагаемого вмешательства, так и о его возможных последствиях и связанном с ним риске.

Это лицо имеет право в любое время отозвать данное ранее согласие.

#### **Статья 6. Защита лиц, не способных дать согласие**

1. В соответствии со статьями 17 и 20 настоящей Конвенции медицинское вмешательство в отношении лица, не способного давать согласие, может осуществляться исключительно в непосредственных интересах такого лица.

2. В случаях, когда речь идёт о проведении медицинского вмешательства в отношении несовершеннолетнего лица, по закону не способного давать своё согласие, подобное вмешательство может быть осуществлено только с разрешения законного представителя такого лица, органа власти или учреждения, определённых законом.

Мнение самого несовершеннолетнего следует рассматривать как фактор, значение которого возрастает с возрастом и степенью его зрелости.

3. В случаях, когда речь идёт о проведении медицинского вмешательства в отношении взрослого человека, по закону признанного недееспособным или не способным давать своё согласие по состоянию здоровья, подобное вмешательство может быть осуществлено только с разрешения законного представителя такого человека, органа власти или учреждения, определённых законом. Соответствующее лицо должно по мере возможности привлекаться к процессу получения согласия на проведение вмешательства.

#### **Статья 7. Защита лиц, страдающих психическим расстройством**

В отношении лиц, страдающих серьёзным психическим расстройством, медицинское вмешательство, направленное на его лечение, может проводиться без согласия данного лица только в тех случаях, когда отсутствие такого вмешательства чревато серьёзным ущербом для здоровья этого лица, и при соблюдении условий защиты, предусмотренных законом (включающих процедуры наблюдения, контроля и обжалования).

#### **Статья 8. Чрезвычайная ситуация**

В экстренных случаях, когда невозможно получить надлежащее согласие соответствующего лица, любое медицинское вмешательство, необходимое для улучшения его состояния, может быть осуществлено немедленно.

### **Часть III. Частная жизнь и право на информацию**

#### **Статья 10. Частная жизнь и право на информацию**

1. Каждый человек имеет право рассчитывать на уважение собственной частной жизни, в том числе и того, что касается сведений о его здоровье.

2. Каждый человек имеет право ознакомиться со всей собранной информацией о состоянии его здоровья. Необходимо, однако, уважать желание человека не быть информированным на этот счёт.

3. В исключительных случаях - только по закону и только в интересах пациента - осуществление прав, изложенных в пункте 2, может быть ограничено.

#### **Часть IV. Геном человека**

##### **Статья 11. Запрет дискриминации**

Запрещается любая форма дискриминации по признаку генетического наследия того или иного лица.

##### **Статья 12. Генетическое тестирование**

Проведение тестов на наличие генетического заболевания или на наличие генетической предрасположенности к тому или иному заболеванию может осуществляться только в целях охраны здоровья или связанных с ними целях медицинской науки и при условии надлежащей консультации специалиста-генетика.

##### **Статья 13. Вмешательство в геном человека**

Вмешательство в геном человека, направленное на его модификацию, может быть осуществлено только в профилактических, терапевтических или диагностических целях и только при условии, что подобное вмешательство не направлено на изменение генома наследников данного человека.

##### **Статья 14. Запрет выбора пола**

Не допускается использование вспомогательных медицинских технологий деторождения в целях выбора пола будущего ребёнка, за исключением случаев, когда это делается с тем, чтобы предотвратить наследование этим ребёнком заболевания, связанного с полом.

#### **Часть V. Научные исследования**

##### **Статья 16. Защита лиц, выступающих в качестве испытуемых**

Проведение исследований на людях разрешается только при соблюдении следующих условий:

- 1) не существует альтернативных методов исследования, сопоставимых по своей эффективности;
- 2) риск, которому может быть подвергнут испытуемый, не превышает потенциальной выгоды от проведения данного исследования;
- 3) проект предлагаемого исследования был утверждён созданным на междисциплинарной основе компетентным органом, осуществляющим независимую экспертизу научной

обоснованности данного исследования (включая важность его цели), а также оценку его приемлемости с этической точки зрения;

4) лицо, выступающее в качестве испытуемого, проинформировано об имеющихся у него правах и гарантиях защиты, предусмотренных законом;

5) получено явно выраженное, конкретное письменное согласие, предусмотренное статьёй 5 настоящей Конвенции. Названное согласие может быть беспрепятственно отозвано в любое время.

#### **Статья 18.** Исследования на эмбрионах, проводимые *in vitro*

1. В случаях, когда закон разрешает проведение исследований на эмбрионах *in vitro*, законом же должна быть предусмотрена адекватная защита эмбрионов.

2. Запрещается создание эмбрионов человека в исследовательских целях.

### **Часть VI. Изъятие органов и тканей у живых доноров с целью трансплантации**

#### **Статья 19.** Общее правило

1. Изъятие у живого донора органов или тканей для их трансплантации может производиться исключительно с целью лечения реципиента, а также при условии отсутствия соответствующего органа или ткани, полученных от трупа, и невозможности проведения столь же эффективного альтернативного метода лечения.

2. Должно быть получено явно выраженное и конкретное согласие, предусмотренное статьёй 5 настоящей Конвенции. Такое согласие должно даваться либо в письменной форме, либо в соответствующей официальной инстанции.

### **Часть VII. Запрещение извлечения финансовой выгоды и торговли частями человеческого тела**

#### **Статья 21.** Запрещение извлечения финансовой выгоды

Тело человека и его части не должны в качестве таковых являться источником получения финансовой выгоды.

### **Часть VIII. Нарушение положений настоящей Конвенции**

#### **Статья 23.** Нарушение прав или принципов

Стороны должны обеспечить соответствующую юридическую защиту против незаконных нарушений прав и принципов, провозглашённых в настоящей Конвенции.

#### **Статья 24.** Компенсация причинённого ущерба

Лицо, которому в результате вмешательства был нанесён ущерб, имеет право на справедливую компенсацию, условия и процедуры которой предусматриваются законом.

#### **Статья 25.** Санкции

Стороны должны предусмотреть соответствующие санкции за нарушение положений, содержащихся в настоящей Конвенции.

#### **Часть X. Публичное обсуждение**

##### **Статья 28. Публичное обсуждение**

Стороны должны позаботиться о том, чтобы фундаментальные проблемы, связанные с прогрессом в области биологии и медицины (в особенности их социально-экономические, этические и юридические аспекты), были подвергнуты широкому общественному обсуждению и стали предметом надлежащих консультаций; то же самое касается и проблем, связанных с практическим использованием достижений биомедицины.

## **ВСЕОБЩАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ О БИОЭТИКЕ И ПРАВАХ ЧЕЛОВЕКА\***

*(Принята 33-й сессией Генеральной конференции ЮНЕСКО, Париж, 3-21 октября 2005 года (Резолюции ООН по вопросам образования и культуры. - Т. 1. - С. 88-93)*

*Генеральная конференция, рассмотрев документ 33 С/22, постановив на своей 32-й сессии в резолюции 32 С/24, что всеобщий правовой акт по биоэтике должен иметь форму декларации, которая должна быть представлена на её 33-й сессии,*

1) *принимает* Всеобщую декларацию о биоэтике и правах человека, содержащуюся в Приложении к настоящей резолюции;

2) *призывает* государства-члены:

(а) предпринимать все усилия для принятия мер законодательного, административного или иного характера в целях реализации принципов, изложенных в этой Декларации, в соответствии с международными нормами в области прав человека; такие меры следует дополнять соответствующей деятельностью в сфере образования, профессиональной подготовки и общественной информации;

(б) регулярно направлять Генеральному директору всю соответствующую информацию о принятых ими мерах по реализации провозглашенных в Декларации принципов;

(в) развивать образование и профессиональную подготовку в области этики на всех уровнях и поощрять осуществление программ распространения информации и знаний о биоэтике;

3) *предлагает* Генеральному директору:

\* Резолюция принята по докладу Комиссии III на 18-м пленарном заседании 19 октября 2005 года.

(а) принять соответствующие меры по обеспечению осуществления Декларации, в том числе её распространения и перевода на многие языки;

(б) принять необходимые меры, позволяющие Международному комитету ЮНЕСКО по биоэтике (МКБ) и Межправительственному комитету по биоэтике (МПКБ) содействовать деятельности ЮНЕСКО по популяризации и распространению провозглашённых в Декларации принципов;

(в) представить Генеральной конференции на её 34-й сессии доклад о выполнении настоящей резолюции.

### **Приложение**

#### **Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека**

*Генеральная конференция, сознавая, что человек обладает уникальной способностью анализировать своё бытие и окружающую его действительность, ощущать несправедливость, избегать опасности, брать на себя ответственность, стремиться к*

сотрудничеству и давать нравственную оценку происходящему, на основе которой формируются этические принципы, *отмечая*, что стремительный научно-технический прогресс оказывает всё большее влияние на наше понимание жизни и саму жизнь и настоятельно требует принятия глобальных мер в связи с этическими последствиями таких изменений, *признавая*, что этические проблемы, порождаемые стремительным научным прогрессом и соответствующими технологическими разработками, следует рассматривать, обеспечивая должное уважение достоинства человеческой личности и всеобщее уважение и соблюдение прав человека и основных свобод, *будучи твёрдо убеждена* в необходимости и своевременности провозглашения международным сообществом всеобщих принципов, призванных заложить основу для принятия человечеством мер в связи с нарастающими проблемами и противоречиями, с которыми сталкиваются человечество и окружающая среда в результате научно-технического прогресса, *ссылаясь* на Всеобщую декларацию прав человека от 10 декабря 1948 г., Всеобщую декларацию о геноме человека и правах человека, принятую Генеральной конференцией ЮНЕСКО 11 ноября 1997 г., и Международную декларацию о генетических данных человека, принятую Генеральной конференцией ЮНЕСКО 16 октября 2003 г., *принимая во внимание* Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах и Международный пакт о гражданских и политических правах, которые были приняты Организацией Объединённых Наций 16 декабря 1966 г., Международную конвенцию Организации Объединённых Наций о ликвидации всех форм расовой дискриминации от 21 декабря 1965 г., Конвенцию Организации Объединённых Наций о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин от 18 декабря 1979 г., Конвенцию Организации Объединённых Наций о правах ребенка от 20 ноября 1989 г., Конвенцию Организации Объединённых Наций о биологическом разнообразии от 5 июня 1992 г., Стандартные правила Организации Объединённых Наций в отношении обеспечения равенства возможностей для инвалидов, принятые Генеральной Ассамблеей Организации Объединённых Наций в 1993 г., Рекомендацию ЮНЕСКО о статусе научно-исследовательских работников от 20 ноября 1974 г., Декларацию ЮНЕСКО о расе и расовых предрассудках от 27 ноября 1978 г., Декларацию ЮНЕСКО об ответственности нынешних поколений перед будущими поколениями от 12 ноября 1997 г., Всеобщую декларацию ЮНЕСКО о культурном разнообразии от 2 ноября 2001 г., Конвенцию МОТ № 169 о коренных и племенных народах в независимых странах от 27 июня 1989 г., Международный договор о генетических ресурсах растений для производства продуктов питания и ведения сельского хозяйства, принятый Конференцией ФАО 3 ноября 2001 г. и вступивший в силу 29 июня 2004 г., Соглашение о связанных с торговлей аспектах прав интеллектуальной собственности (ТРИПС), содержащееся в приложении к Марракешскому соглашению о создании Всемирной торговой организации, которое вступило в силу 1 января 1995 г., Декларацию о Соглашении о ТРИПС и общественном здравоохранении, принятую в Дохе 14 ноября 2001 г., и другие соответствующие международные документы, принятые Организацией Объединённых Наций и специализированными учреждениями системы Организации Объединённых Наций, в частности Продовольственной и сельскохозяйственной организацией Объединённых

Наций (ФАО) и Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), *принимая также во внимание* международные и региональные документы в области биоэтики, включая Конвенцию о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины (Конвенцию о правах человека и биомедицине), принятую Советом Европы в 1997 г. и вступившую в силу в 1999 г., и дополнительные протоколы к ней, а также национальные законодательные нормы и правила в области биоэтики, международные и региональные кодексы поведения и руководящие принципы и другие документы в области биоэтики, такие как Хельсинкская декларация Всемирной медицинской ассоциации об этических принципах проведения медицинских исследований, объектом которых является человек, принятая в 1964 г., с поправками, внесёнными в 1975, 1989, 1996 и 2000 гг., и Международные руководящие принципы этики для биомедицинских исследований на человеке, принятые Советом международных научно-медицинских организаций в 1982 г., с поправками, внесёнными в 1993 и 2002 гг., *признавая*, что настоящую Декларацию следует рассматривать с учетом внутреннего законодательства и международного права в соответствии с нормами в области прав человека, *ссылаясь* на Устав ЮНЕСКО, принятый 16 ноября 1945 г., *учитывая* роль ЮНЕСКО в определении всеобщих принципов на основе общих этических ценностей, призванных служить ориентиром для научно-технического прогресса и социальных преобразований, в целях выявления новых проблем в сфере науки и техники, принимая во внимание ответственность нынешних поколений перед будущими поколениями и то, что вопросы биоэтики, неизбежно имеющие международный аспект, следует рассматривать в их совокупности, руководствуясь теми принципами, которые уже провозглашены во Всеобщей декларации о геноме человека и правах человека и в Международной декларации о генетических данных человека, и принимая во внимание не только нынешние условия научной деятельности, но и тенденции дальнейшего развития, *сознавая*, что люди являются неотъемлемой частью биосферы и играют важную роль в защите друг друга и других форм жизни, в частности животных, *признавая*, что научно-технический прогресс, основанный на свободе науки и научных исследований, приносит и может приносить человечеству значительные блага, в частности увеличивая продолжительность и улучшая качество жизни, и *подчеркивая*, что такой прогресс всегда должен быть направлен на повышение благосостояния отдельных лиц, семей, групп или общин и человечества в целом и опираться на признание достоинства человеческой личности и всеобщее уважение и соблюдение прав человека и основных свобод, *признавая*, что здоровье зависит не только от прогресса науки и технологических исследований, но и от психосоциальных и культурных факторов, *признавая также*, что решения, касающиеся этических вопросов в области медицины, наук о жизни и связанных с ними технологий, могут оказывать воздействие на отдельных лиц, семьи, группы или общины и человечество в целом, *учитывая*, что культурное разнообразие, являющееся источником обменов, инноваций и творчества, необходимо человечеству и в этом смысле представляет собой общее наследие человечества, но при этом *подчеркивая*, что оно не может использоваться в качестве предлога для ущемления прав и основных свобод человека, *учитывая также*, что индивидуальность человека имеет биологические,

физиологические, социальные, культурные и духовные аспекты, *признавая*, что неэтическое поведение в области науки и технологии оказывает особое воздействие на коренные и местные общины, *будучи убеждена* в том, что моральная ответственность и анализ этических проблем должны быть неотъемлемой частью научно-технического прогресса и что биоэтика должна играть главенствующую роль в выборе необходимых решений по вопросам, возникающим в связи с таким прогрессом, *учитывая* желательность выработки новых подходов к вопросам социальной ответственности для гарантирования того, чтобы наудотехнический прогресс способствовал обеспечению справедливости, равноправия и интересов человечества, *признавая*, что для оценки социальной реальности и достижения справедливости важно уделять внимание положению женщин, *подчёркивая* необходимость укрепления международного сотрудничества в области биоэтики с учётом, в частности, особых потребностей развивающихся стран, коренных общин и уязвимых слоёв населения, *считая*, что ко всем без исключения людям следует применять одни и те же этические нормы в медицине и исследованиях в области наук о жизни, *провозглашает* нижеследующие принципы и *принимает* настоящую Декларацию.

## **Общие положения**

### ***Статья 1. Сфера применения***

1. Декларация затрагивает этические вопросы, касающиеся медицины, наук о жизни и связанных с ними технологий применительно к человеку, с учётом их социальных, правовых и экологических аспектов.
2. Декларация обращена к государствам. Когда это необходимо и целесообразно, она также устанавливает ориентиры для решений или практических действий отдельных лиц, групп, общин, учреждений и корпораций, как государственных, так и частных.

### ***Статья 2. Цели***

Настоящая Декларация преследует следующие цели:

- (а) обеспечение универсального комплекса принципов и процедур, которыми могут руководствоваться государства при выработке своих законодательных норм, политики или других инструментов в области биоэтики;
- (б) установление ориентиров для действий отдельных лиц, групп, общин, учреждений и корпораций, как государственных, так и частных;
- (в) поощрение уважения человеческого достоинства и защиты прав человека путём обеспечения уважения человеческой жизни и основных свобод в соответствии с международными нормами в области прав человека;
- (г) 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;

(д) содействие многодисциплинарному и плюралистическому диалогу по биоэтическим проблемам между всеми заинтересованными сторонами и в рамках общества в целом;

(е) поощрение обеспечения справедливого доступа к медицинским, научным и техническим достижениям, максимально широкого распространения знаний о таких достижениях и быстрого обмена этими знаниями, а также совместного использования благ с уделением особого внимания потребностям развивающихся стран;

(ж) обеспечение защиты и реализации интересов нынешних и будущих поколений;

(з) уделение особого внимания значимости биоразнообразия и необходимости того, чтобы всё человечество заботилось о его сохранении.

### **Принципы**

В рамках сферы применения настоящей Декларации в решениях или практических мерах, принимаемых или осуществляемых теми, к кому она обращена, должны соблюдаться следующие принципы.

#### ***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.

#### ***Статья 4. Благо и вред***

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.

#### ***Статья 5. Самостоятельность и индивидуальная ответственность***

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.

#### ***Статья 6. Согласие***

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.

**Статья 7.** *Лица, не обладающие правоспособностью давать согласие* 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.

**Статья 8.** *Признание уязвимости человека и уважение неприкосновенности личности*

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.

***Статья 9. Неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность***

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.

***Статья 10. Равенство, справедливость и равноправие***

Должно обеспечиваться соблюдение основополагающего принципа равенства всех людей в том, что касается их достоинства и прав, для целей справедливого и равноправного обращения с ними.

***Статья 11. Недопущение дискриминации и стигматизации***

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.

***Статья 12. Уважение культурного разнообразия и плюрализма***

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.

***Статья 13. Солидарность и сотрудничество***

С этой целью должны поощряться солидарность между людьми и международное сотрудничество.

***Статья 14. Социальная ответственность и здоровье***

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;
- (в) улучшению условий жизни и состояния окружающей среды;
- (г) недопущению маргинализации и отчуждения лиц на каких бы то ни было основаниях;
- и
- (д) сокращению масштабов нищеты и неграмотности.

#### ***Статья 15. Совместное использование благ***

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:

- (а) оказание специальной и долговременной помощи и выражение признательности лицам и группам, участвовавшим в исследованиях;
- (б) доступ к качественным медицинским услугам;
- (в) применение новых диагностических и терапевтических методик или продуктов, разработанных в результате исследований;
- (г) поддержка служб здравоохранения;
- (д) доступ к научно-техническим знаниям;
- (е) укрепление потенциала в области проведения исследований;
- (ж) блага в других формах, соответствующие принципам, изложенным в настоящей Декларации.

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

***Статья 16. Защита будущих поколений.*** Следует уделять должное внимание воздействию наук о жизни на будущие поколения, в том числе на их генетические характеристики. ***Статья 17. Защита окружающей среды, биосферы и биоразнообразия*** 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.

Применение принципов

#### ***Статья 18. Принятие решений и рассмотрение биоэтических проблем***

1. Следует поощрять профессионализм, честность, добросовестность и транспарентность в принятии решений, в частности объявление обо всех случаях конфликта интересов, и соответствующий обмен знаниями. Следует предпринимать все усилия для использования самых прогрессивных научных знаний и методологий при рассмотрении и периодическом обзоре биоэтических проблем.
2. Следует побуждать соответствующих лиц и профессиональных работников, а также общество в целом к диалогу на регулярной основе.
3. Следует расширять возможности для проведения информированных общественных обсуждений на плюралистической основе при обеспечении выражения всех соответствующих мнений.

#### ***Статья 19. Комитеты по этике***

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;
- (в) оценки научно-технического прогресса, выработки рекомендаций и содействия подготовке руководящих принципов по вопросам, относящимся к сфере применения настоящей Декларации;
- (г) содействия обсуждению, просвещению и информированию общественности по вопросам биоэтики и её привлечения к их решению.

#### ***Статья 20. Оценка и регулирование рисков***

Следует содействовать соответствующей оценке и надлежащему регулированию рисков, касающихся медицины, наук о жизни и связанных с ними технологий.

#### ***Статья 21. Транснациональные виды практики***

1. Государствам, государственным и частным учреждениям и специалистам, связанным с транснациональной деятельностью, следует прилагать усилия к тому, чтобы любая деятельность в рамках сферы применения настоящей Декларации, которая осуществляется, финансируется или тем или иным образом обеспечивается полностью или частично в различных государствах, соответствовала принципам, изложенным в настоящей Декларации.

2. Когда исследования или та или иная связанная с ними работа осуществляются в одном или нескольких государствах (государство (государства) проведения исследований) и финансируются из источника, находящегося в другом государстве, такие исследования должны подвергаться этическому обзору на соответствующем уровне в государстве (государствах) проведения исследований и в том государстве, в котором находится

источник финансирования. Такой обзор должен основываться на этических и правовых нормах, которые соответствуют принципам, изложенным в настоящей Декларации.

3. Транснациональные исследования, касающиеся здоровья, должны учитывать потребности тех стран, в которых они проводятся, и следует признавать важность того, чтобы исследования способствовали снижению остроты насущных глобальных проблем в области здравоохранения.

4. При проведении переговоров по соглашению об исследованиях следует оговаривать условия сотрудничества и заключать соглашения о полезных результатах таких исследований при равном участии сторон в таких переговорах.

5. Государствам следует принимать как на национальном, так и на международном уровнях надлежащие меры для борьбы с биотерроризмом и незаконным оборотом органов, тканей, образцов, генетических ресурсов и генетических материалов.

Содействие реализации Декларации

#### ***Статья 22. Роль государств***

1. Государствам следует принимать все надлежащие меры законодательного, административного или иного характера для реализации принципов, изложенных в настоящей Декларации, в соответствии с международными нормами в области прав человека. Такие меры следует дополнять соответствующей деятельностью в сфере образования, профессиональной подготовки и общественной информации.

2. Государствам следует поощрять создание независимых многодисциплинарных и плюралистических комитетов по этике, о которых говорится в статье 19.

#### ***Статья 23. Образование, профессиональная подготовка и информация в области биоэтики***

1. В целях содействия реализации принципов, изложенных в настоящей Декларации, и обеспечения более глубокого понимания этических последствий научно-технического прогресса, в частности для молодёжи, государствам следует прилагать усилия по содействию образованию и профессиональной подготовке в области биоэтики, а также поощрению осуществления программ распространения информации и знаний о биоэтике.

2. Государствам следует поощрять участие в этих усилиях международных и региональных межправительственных организаций, а также международных, региональных и национальных неправительственных организаций.

#### ***Статья 24. Международное сотрудничество***

1. Государствам следует расширять распространение научной информации на международном уровне и поощрять беспрепятственный обмен научно-техническими знаниями и их совместное использование.

2. В рамках международного сотрудничества государствам следует расширять взаимодействие в сфере культуры и науки и заключать двусторонние и многосторонние соглашения, дающие развивающимся странам возможность укреплять собственный потенциал для участия в производстве и совместном использовании научных знаний, соответствующего ноу-хау и связанных с ними благ.

3. Государствам следует поддерживать и развивать отношения солидарности между государствами, а также отдельными лицами, семьями, группами и общинами с уделением особого внимания интересам тех, кто оказался в уязвимом положении вследствие болезни или инвалидности или в результате воздействия личностных, общественных или экологических факторов, а также наименее обеспеченных лиц.

#### ***Статья 25. Последующая деятельность ЮНЕСКО***

1. ЮНЕСКО поощряет реализацию принципов, изложенных в настоящей Декларации, и распространяет информацию о них. При этом ЮНЕСКО следует опираться на помощь и поддержку Межправительственного комитета по биоэтике (МПКБ) и Международного комитета по биоэтике (МКБ).

2. ЮНЕСКО подтверждает свою приверженность решению биоэтических проблем и поощрению взаимодействия между МПКБ и МКБ.

#### **Заключительные положения**

***Статья 26. Взаимосвязанность и взаимодополняемость принципов*** Настоящую Декларацию следует воспринимать как единое целое, а принципы - как взаимодополняющие и взаимосвязанные. Каждый принцип должен рассматриваться в контексте других принципов, насколько это необходимо и уместно в соответствующих обстоятельствах.

***Статья 27. Ограничение действия принципов*** В случае необходимости ограничения применения принципов настоящей Декларации это следует делать на основании законов, в том числе законов, принятых в интересах обеспечения общественной безопасности, расследования и выявления уголовных правонарушений и преследования за них, охраны общественного здоровья или защиты прав и свобод других лиц. Любые такие законы должны соответствовать международным нормам в области прав человека.

***Статья 28. Недопущение действий, ущемляющих права человека, основные свободы и человеческое достоинство.*** Ничто в настоящей Декларации не может быть истолковано как дающее тому или иному государству, группе или отдельному лицу какие-либо основания заниматься любой деятельностью или совершать любые действия, ущемляющие права человека, основные свободы и человеческое достоинство.

## ОСНОВЫ СОЦИАЛЬНОЙ КОНЦЕПЦИИ РУССКОЙ ПРАВОСЛАВНОЙ ЦЕРКВИ

### ХП. Проблемы биоэтики

**ХП.1.** Бурное развитие биомедицинских технологий, активно вторгающихся в жизнь современного человека от рождения до смерти, а также невозможность получить ответ на возникающие при этом нравственные проблемы в рамках традиционной медицинской этики вызывают серьёзную озабоченность общества. Попытки людей поставить себя на место Бога, по своему произволу изменяя и «улучшая» Его творение, могут принести человечеству новые тяготы и страдания. Развитие биомедицинских технологий значительно опережает осмысление возможных духовно-нравственных и социальных последствий их бесконтрольного применения, что не может не вызывать у Церкви глубокой пастырской озабоченности. Формулируя своё отношение к широко обсуждаемым в современном мире проблемам биоэтики, в первую очередь к тем из них, которые связаны с непосредственным воздействием на человека, Церковь исходит из основанных на Божественном Откровении представлений о жизни как бесценном даре Божиим, о неотъемлемой свободе и богоподобном достоинстве человеческой личности, призванной «к почести высшего звания Божия во Христе Иисусе» (Флп. 3. 14), к достижению совершенства Небесного Отца (Мф. 5. 48) и к обожению, то есть причастию Божеского естества (2 Пет. 1. 4).

**ХП.2.** С древнейших времён Церковь рассматривает намеренное прерывание беременности (аборт) как тяжкий грех. Канонические правила приравнивают аборт к убийству. В основе такой оценки лежит убеждённость в том, что зарождение человеческого существа является даром Божиим, поэтому с момента зачатия всякое посягательство на жизнь будущей человеческой личности преступно. Псалмопевец описывает развитие плода в материнской утробе как творческий акт Бога: «Ты устроил внутренности мои и соткал меня во чреве матери моей... Не сокрыты были от Тебя кости мои, когда я созидаем был в тайне, образуем был во глубине утробы. Зародыш мой видели очи Твои» (Пс. 138. 13, 15-16). О том же свидетельствует Иов в словах, обращённых к Богу: «Твои руки трудились надо мною и образовали всего меня кругом... Не Ты ли влил меня, как молоко, и, как творог, сгустил меня, кожей и плотью одел меня, костями и жилами скрепил меня, жизнь и милость даровал мне, и печение Твоё хранило дух мой... Ты вывел меня из чрева» (Иов 10. 8-12, 18). «Я образовал тебя во чреве... и прежде нежели ты вышел из утробы, Я освятил тебя» (Иер. 1. 5-6), - сказал Господь пророку Иеремии. «Не убивай ребёнка, причиняя выкидыш» - это повеление помещено среди важнейших заповедей Божиих в «Учении двенадцати апостолов», одном из древнейших памятников христианской письменности. «Женщина, учинившая выкидыш, есть убийца и даст ответ перед Богом. Ибо... зародыш во утробе есть живое существо, о коем печётся Господь», - писал апологет II века Афинагор. «Тот, кто будет человеком, уже человек», - утверждал Тертуллиан на рубеже II и III веков. «Умышленно погубившая зачатый во утробе плод подлежит осуждению смертоубийства... Дающие врачество для извержения зачатого в утробе суть убийцы, равно и приемлющие де-тоубийственные отравы», - сказано во 2-м и 8-м правилах святителя Василия Великого, включённых в

Книгу правил Православной Церкви и подтверждённых 91 правилом VI Вселенского Собора. При этом святой Василий уточняет, что тяжесть вины не зависит от срока беременности: «У нас нет различия плода образовавшегося и ещё не образованного». Святитель Иоанн Златоуст называл делающих аборт «худшими, нежели убийцы». Широкое распространение и оправдание аборт в современном обществе Церковь рассматривает как угрозу будущему человечеству и явный признак моральной деградации. Верность библейскому и святоотеческому учению о святости и бесценности человеческой жизни от самых её истоков несовместима с признанием «свободы выбора» женщины в распоряжении судьбой плода. Помимо этого аборт представляет собой серьёзную угрозу физическому и душевному здоровью матери. Церковь также неизменно почитает своим долгом выступать в защиту наиболее уязвимых и зависимых человеческих существ, коими являются нерождённые дети. Православная Церковь ни при каких обстоятельствах не может дать благословение на производство аборта. Не отвергая женщин, совершивших аборт, Церковь призывает их к покаянию и к преодолению пагубных последствий греха через молитву и несение епитимии с последующим участием в спасительных Таинствах. В случаях, когда существует прямая угроза жизни матери при продолжении беременности, особенно при наличии у неё других детей, в пастырской практике рекомендуется проявлять снисхождение. Женщина, прервавшая беременность в таких обстоятельствах, не отлучается от евхаристического общения с Церковью, но это общение обуславливается исполнением ею личного покаянного молитвенного правила, которое определяется священником, принимающим исповедь. Борьба с абортами, на которые женщины подчас идут вследствие крайней материальной нужды и беспомощности, требует от Церкви и общества выработки действенных мер по защите материнства, а также предоставления условий для усыновления детей, которых мать почему-либо не может самостоятельно воспитывать. Ответственность за грех убийства нерождённого ребёнка, наряду с матерью, несёт и отец в случае его согласия на производство аборта. Если аборт совершён женой без согласия мужа, это может быть основанием для расторжения брака (см. X.3). Грех ложится и на душу врача, производящего аборт. Церковь призывает государство признать право медицинских работников на отказ от совершения аборта по соображениям совести. Нельзя признать нормальным положение, когда юридическая ответственность врача за смерть матери несопоставимо более высока, чем ответственность за погубление плода, что провоцирует медиков, а через них и пациентов на совершение аборта. Врач должен проявлять максимальную ответственность за постановку диагноза, могущего подтолкнуть женщину к прерыванию беременности; при этом верующий медик должен тщательно сопоставлять медицинские показания и веления христианской совести.

**ХП.3.** Религиозно-нравственной оценки требует также проблема контрацепции. Некоторые из противозачаточных средств фактически обладают abortивным действием, искусственно прерывая на самых ранних стадиях жизнь эмбриона, а посему к их употреблению применимы суждения, относящиеся к аборт. Другие же средства, которые не связаны с пресечением уже зачатой жизни, к аборту ни в какой степени приравнять нельзя. Определяя отношение к неabortивным средствам контрацепции, христианским супругам следует помнить, что продолжение человеческого рода является

одной из основных целей богоустановленного брачного союза (см. Х.4). Намеренный отказ от рождения детей из эгоистических побуждений обесценивает брак и является несомненным грехом. Вместе с тем супруги несут ответственность перед Богом за полноценное воспитание детей. Одним из путей реализации ответственного отношения к их рождению является воздержание от половых отношений на определённое время. Впрочем, необходимо помнить слова апостола Павла, обращённые к христианским супругам: *«Не уклоняйтесь друг от друга, разве по согласию, на время, для упражнения в посте и молитве, а потом опять будьте вместе, чтобы не искушал вас сатана невоздержанием вашим»* (1 Кор. 7. 5). Очевидно, что решения в этой области супруги должны принимать по обоюдному согласию, прибегая к совету духовника. Последнему же надлежит с пастырской осмотрительностью принимать во внимание конкретные условия жизни супружеской пары, их возраст, здоровье, степень духовной зрелости и многие другие обстоятельства, различая тех, кто может «вместить» высокие требования воздержания, от тех, кому это не «дано» (Мф. 19. 11), и заботясь прежде всего о сохранении и укреплении семьи. Священный Синод Русской Православной Церкви в определении от 28 декабря 1998 года указал священникам, несущим духовническое служение, на «недопустимость принуждения или склонения пасомых, вопреки их воле, к... отказу от супружеской жизни в браке», а также напомнил пастырям о необходимости «соблюдения особого целомудрия и особой пастырской осторожности при обсуждении с пасомыми вопросов, связанных с теми или иными аспектами их семейной жизни».

**ХП.4.** Применение новых биомедицинских методов во многих случаях позволяет преодолеть недуг бесплодия. В то же время расширяющееся технологическое вмешательство в процесс зарождения человеческой жизни представляет угрозу для духовной целостности и физического здоровья личности. Под угрозой оказываются и отношения между людьми, издревле лежащие в основании общества. С развитием упомянутых технологий связано также распространение идеологии так называемых репродуктивных прав, пропагандируемой ныне на национальном и международном уровнях. Данная система взглядов предполагает приоритет половой и социальной реализации личности над заботой о будущем ребенка, о духовном и физическом здоровье общества, о его нравственной устойчивости. В мире постепенно вырабатывается отношение к человеческой жизни как к продукту, который можно выбирать согласно собственным склонностям и которым можно распоряжаться наравне с материальными ценностями. В молитвах чина венчания Православная Церковь выражает веру в то, что чадородие есть желанный плод законного супружества, но вместе с тем не единственная его цель. Наряду с «плодом чрева на пользу» супругам испрашиваются дары непреходящей взаимной любви, целомудрия, «единомыслия душ и телес». Поэтому пути к деторождению, не согласные с замыслом Творца жизни, Церковь не может считать нравственно оправданными. Если муж или жена не способны к зачатию ребенка, а терапевтические и хирургические методы лечения бесплодия не помогают супругам, им следует со смирением принять своё бесчадие как особое жизненное призвание. Пастырские рекомендации в подобных случаях должны учитывать возможность усыновления ребёнка по обоюдному согласию супругов. К допустимым средствам

медицинской помощи может быть отнесено искусственное оплодотворение половыми клетками мужа, поскольку оно не нарушает целостности брачного союза, не отличается принципиальным образом от естественного зачатия и происходит в контексте супружеских отношений. Манипуляции же, связанные с донорством половых клеток, нарушают целостность личности и исключительность брачных отношений, допуская вторжение в них третьей стороны. Кроме того, такая практика поощряет безответственное отцовство или материнство, заведомо освобождённое от всяких обязательств по отношению к тем, кто является «плотью от плоти» анонимных доноров. Использование донорского материала подрывает основы семейных взаимосвязей, поскольку предполагает наличие у ребёнка помимо «социальных» ещё и так называемых биологических родителей. Суррогатное материнство, то есть вынашивание оплодотворённой яйцеклетки женщиной, которая после родов возвращает ребёнка «заказчикам», противоестественно и морально недопустимо даже в тех случаях, когда осуществляется на некоммерческой основе. Эта методика предполагает разрушение глубокой эмоциональной и духовной близости, устанавливающейся между матерью и младенцем уже во время беременности. Суррогатное материнство травмирует как вынашивающую женщину, материнские чувства которой попираются, так и дитя, которое впоследствии может испытывать кризис самосознания. Нравственно недопустимыми с православной точки зрения являются также все разновидности экстракорпорального (внетелесного) оплодотворения, предполагающие заготовку, консервацию и намеренное разрушение «избыточных» эмбрионов. Именно на признании человеческого достоинства даже за эмбрионом основана моральная оценка аборта, осуждаемого Церковью (см. XII.2). Оплодотворение одиноких женщин с использованием донорских половых клеток или реализация «репродуктивных прав» одиноких мужчин, а также лиц с так называемой нестандартной сексуальной ориентацией лишает будущего ребёнка права иметь мать и отца. Употребление репродуктивных методов вне контекста благословенной Богом семьи становится формой богоборчества, осуществляемого под прикрытием защиты автономии человека и превратно понимаемой свободы личности.

**XII.5.** Значительную часть общего числа недугов человека составляют наследственные заболевания. Развитие медико-генетических методов диагностики и лечения может способствовать предотвращению таких болезней и облегчению страданий многих людей. Однако важно помнить, что генетические нарушения нередко становятся следствием забвения нравственных начал, итогом порочного образа жизни, в результате коего страдают и потомки. Греховная повреждённость человеческой природы побеждается духовным усилием; если же из поколения в поколение порок властвует в жизни потомства с нарастающей силой, сбываются слова Священного Писания: *«Ужасен конец неправедного рода»* (Прем. 3. 19). И наоборот: *«Блажен муж, боящийся Господа и крепко любящий заповеди Его. Сильно будет на земле семя его; род правых благословится»* (Пс. 111. 1-2). Таким образом, исследования в области генетики лишь подтверждают духовные закономерности, много веков назад открытые человечеству в слове Божиим. Привлекая внимание людей к нравственным причинам недугов, Церковь вместе с тем приветствует усилия медиков, направленные на врачевание наследственных болезней. Однако целью

генетического вмешательства не должно быть искусственное «усовершенствование» человеческого рода и вторжение в Божий план о человеке. Поэтому генная терапия может осуществляться только с согласия пациента или его законных представителей и исключительно по медицинским показаниям. Генная терапия половых клеток является крайне опасной, ибо связана с изменением генома (совокупности наследственных особенностей) в ряду поколений, что может повлечь непредсказуемые последствия в виде новых мутаций и дестабилизации равновесия между человеческим сообществом и окружающей средой. Успехи в расшифровке генетического кода создают реальные предпосылки для широкого генетического тестирования с целью выявления информации о природной уникальности каждого человека, а также его предрасположенности к определённым заболеваниям. Создание «генетического паспорта» при разумном использовании полученных сведений помогло бы своевременно корректировать развитие возможных для конкретного человека заболеваний. Однако имеется реальная опасность злоупотребления генетическими сведениями, при котором они могут послужить различным формам дискриминации. Кроме того, обладание информацией о наследственной предрасположенности к тяжким заболеваниям может стать непосильным душевным грузом. Поэтому генетическая идентификация и генетическое тестирование могут осуществляться лишь на основе уважения свободы личности. Двойственный характер имеют также методы пренатальной (дородовой) диагностики, позволяющие определить наследственный недуг на ранних стадиях внутриутробного развития. Некоторые из этих методов могут представлять угрозу для жизни и целостности тестируемого эмбриона или плода. Выявление неизлечимого или трудноизлечимого генетического заболевания нередко становится побуждением к прерыванию зародившейся жизни; известны случаи, когда на родителей оказывалось соответствующее давление. Пренатальная диагностика может считаться нравственно оправданной, если она нацелена на лечение выявленных недугов на возможно ранних стадиях, а также на подготовку родителей к особому попечению о больном ребёнке. Правом на жизнь, любовь и заботу обладает каждый человек, независимо от наличия у него тех или иных заболеваний. Согласно Священному Писанию Сам Бог является «заступником немощных» (Июд. 9. 11). Апостол Павел учит «*поддерживать слабых*» (Деян. 20. 35; 1 Фес. 5. 14); уподобляя Церковь человеческому телу, он указывает, что «*члены... которые кажутся слабейшими, гораздо нужнее*», а менее совершенные нуждаются в «*большем попечении*» (1 Кор. 12. 22, 24). Совершенно недопустимо применение методов пренатальной диагностики с целью выбора желательного для родителей пола будущего ребёнка.

ХII.6. Осуществлённое учеными клонирование (получение генетических копий) животных ставит вопрос о допустимости и возможных последствиях клонирования человека. Реализация этой идеи, встречающей протест со стороны множества людей во всём мире, способна стать разрушительной для общества. Клонирование в ещё большей степени, чем иные репродуктивные технологии, открывает возможность манипуляции с генетической составляющей личности и способствует её дальнейшему обесцениванию. Человек не вправе претендовать на роль творца себе подобных существ или подбирать для них генетические прототипы, определяя их

личностные характеристики по своему усмотрению. Замысел клонирования является несомненным вызовом самой природе человека, заложенному в нём образу Божию, неотъемлемой частью которого являются свобода и уникальность личности. Тиражирование людей с заданными параметрами может представляться желательным лишь для приверженцев тоталитарных идеологий. Клонирование человека способно извратить естественные основы деторождения, кровного родства, материнства и отцовства. Ребёнок может стать сестрой своей матери, братом отца или дочерью деда. Крайне опасными являются и психологические последствия клонирования. Человек, появившийся на свет в результате такой процедуры, может ощущать себя не самостоятельной личностью, а всего лишь копией кого-то из живущих или ранее живших людей. Необходимо также учитывать, что «побочными результатами» экспериментов с клонированием человека неизбежно стали бы многочисленные несостоявшиеся жизни и, вероятнее всего, рождение большого количества нежизнеспособного потомства. Вместе с тем клонирование изолированных клеток и тканей организма не является посягательством на достоинство личности и в ряде случаев оказывается полезным в биологической и медицинской практике.

**ХП.7.** Современная трансплантология (теория и практика пересадки органов и тканей) позволяет оказать действенную помощь многим больным, которые прежде были бы обречены на неизбежную смерть или тяжёлую инвалидность. Вместе с тем развитие данной области медицины, увеличивая потребность в необходимых органах, порождает определённые нравственные проблемы и может представлять опасность для общества. Так, недобросовестная пропаганда донорства и коммерциализация трансплантационной деятельности создают предпосылки для торговли частями человеческого тела, угрожая жизни и здоровью людей. Церковь считает, что органы человека не могут рассматриваться как объект купли и продажи. Пересадка органов от живого донора может основываться только на добровольном самопожертвовании ради спасения жизни другого человека. В этом случае согласие на эксплантацию (изъятие органа) становится проявлением любви и сострадания. Однако потенциальный донор должен быть полностью информирован о возможных последствиях эксплантации органа для его здоровья. Морально недопустима эксплантация, прямо угрожающая жизни донора. Наиболее распространённой является практика изъятия органов у только что скончавшихся людей. В таких случаях должна быть исключена неясность в определении момента смерти. Неприемлемо сокращение жизни одного человека, в том числе через отказ от жизнеподдерживающих процедур, с целью продления жизни другого. На основании Божественного Откровения Церковь исповедует веру в телесное воскресение умерших (Ис. 26. 19; Рим. 8. 11; 1 Кор. 15. 42-44, 52-54; Флп. 3. 21). В обряде христианского погребения Церковь выражает почитание, подобающее телу скончавшегося человека. Однако посмертное донорство органов и тканей может стать проявлением любви, простирающейся и по ту сторону смерти. Такого рода дарение или завещание не может считаться обязанностью человека. Поэтому добровольное прижизненное согласие донора является условием правомерности и нравственной приемлемости эксплантации. В случае если волеизъявление потенциального донора не известно врачам, они должны выяснить волю умирающего или умершего

человека, обратившись при необходимости к его родственникам. Так называемую презумпцию согласия потенциального донора на изъятие органов и тканей его тела, закреплённую в законодательстве ряда стран, Церковь считает недопустимым нарушением свободы человека. Донорские органы и ткани усваются воспринимающему их человеку (реципиенту), включаясь в сферу его личностного душевно-телесного единства. Поэтому ни при каких обстоятельствах не может быть нравственно оправданна такая трансплантация, которая способна повлечь за собой угрозу для идентичности реципиента, затрагивая его уникальность как личности и как представителя рода. Об этом условии особенно важно помнить при решении вопросов, связанных с пересадкой тканей и органов животного происхождения. Безусловно недопустимым Церковь считает употребление методов так называемой фетальной терапии, в основе которой лежат изъятие и использование тканей и органов человеческих зародышей, абортированных на разных стадиях развития, для попыток лечения различных заболеваний и омоложения организма. Осуждая аборт как смертный грех, Церковь не может найти ему оправдания и в том случае, если от уничтожения зачатой человеческой жизни некто, возможно, будет получать пользу для здоровья. Неизбежно способствуя ещё более широкому распространению и коммерциализации аборт, такая практика (даже если её эффективность, в настоящее время гипотетическая, была бы научно доказана) являет пример вопиющей безнравственности и носит преступный характер.

**ХП.8.** Практика изъятия человеческих органов, пригодных для трансплантации, а также развитие реанимации порождают проблему правильной констатации момента смерти. Ранее критерием её наступления считалась необратимая остановка дыхания и кровообращения. Однако благодаря совершенствованию реанимационных технологий эти жизненно важные функции могут искусственно поддерживаться в течение длительного времени. Акт смерти превращается таким образом в процесс умирания, зависимый от решения врача, что налагает на современную медицину качественно новую ответственность. В Священном Писании смерть представляется как разлучение души от тела (Пс. 145. 4; Лк. 12. 20). Таким образом, можно говорить о продолжении жизни до тех пор, пока осуществляется деятельность организма как целого. Продление жизни искусственными средствами, при котором фактически действуют лишь отдельные органы, не может рассматриваться как обязательная и во всех случаях желательная задача медицины. Оттягивание смертного часа порой только продлевает мучения больного, лишая человека права на достойную, «непостыдную и мирную» кончину, которую православные христиане испрашивают у Господа за богослужением. Когда активная терапия становится невозможной, её место должна занять паллиативная помощь (обезболивание, уход, социальная и психологическая поддержка), а также пастырское попечение. Всё это имеет целью обеспечить подлинно человеческое завершение жизни, согретое милосердием и любовью. Православное понимание «непостыдной» кончины включает подготовку к смертному исходу, который рассматривается как духовно значимый этап жизни человека. Больной, окружённый христианской заботой, в последние дни земного бытия способен пережить благодатное изменение, связанное с новым осмыслением пройденного пути и покаянным предстоянием перед вечностью. А для

родственников умирающего и медицинских работников терпеливый уход за больным становится возможностью служения Самому Господу, по слову Спасителя: «Так как вы сделали это одному из братьев Моих меньших, то сделали Мне» (Мф. 25. 40). Соккрытие от пациента информации о тяжёлом состоянии под предлогом сохранения его душевного комфорта нередко лишает умирающего возможности сознательного приуготовления к кончине и духовного утешения, обретаемого через участие в Таинствах Церкви, а также омрачает недоверием его отношения с близкими и врачами. Предсмертные физические страдания не всегда эффективно устраняются применением обезболивающих средств. Зная это, Церковь в таких случаях обращает к Богу молитву: «Разреши раба Твоего нестерпимая сея болезни и содержащая его горькая немощи и упокой его, идеже праведных Дуси» (Требник. Молитва о долгострадающем). Один Господь является Владыкой жизни и смерти (1 Цар. 2. 6). «*В Его руке душа всего живущего и дух всякой человеческой плоти*» (Иов. 12. 10). Поэтому Церковь, оставаясь верной соблюдению заповеди Божией «*не убивай*» (Исх. 20. 13), не может признать нравственно приемлемыми распространённые ныне в светском обществе попытки легализации так называемой эвтаназии, то есть намеренного умерщвления безнадежно больных (в том числе по их желанию). Просьба больного об ускорении смерти подчас обусловлена состоянием депрессии, лишаящим его возможности правильно оценивать своё положение. Признание законности эвтаназии привело бы к умалению достоинства и извращению профессионального долга врача, призванного к сохранению, а не к пресечению жизни. «Право на смерть» легко может обернуться угрозой для жизни пациентов, на лечение которых недостаёт денежных средств. Таким образом, эвтаназия является формой убийства или самоубийства, в зависимости от того, принимает ли в ней участие пациент. В последнем случае к эвтаназии применимы соответствующие канонические правила, согласно которым намеренное самоубийство, как и оказание помощи в его совершении, расцениваются как тяжкий грех. Умышленный самоубийца, который «соделал сие от обиды человеческой или по иному какому случаю от малодушия», не удостоивается христианского погребения и литургического поминовения (Тимофея Алекс. прав. 14). Если самоубийца бессознательно лишил себя жизни «вне ума», то есть в припадке душевной болезни, церковная молитва о нём допускается по исследовании дела правящим архиереем. Вместе с тем необходимо помнить, что вину самоубийцы нередко разделяют окружающие его люди, оказавшиеся неспособными к действительному состраданию и проявлению милосердия. Вместе с апостолом Павлом Церковь призывает: «*Носите бремена друга друга, и таким образом исполните закон Христов*» (Гал. 6. 2). XII.9. Священное Писание и учение Церкви недвусмысленно осуждают гомосексуальные половые связи, усматривая в них порочное искажение богозданной природы человека. «*Если кто ляжет с мужчиною, как с женщиною, то оба они сделали мерзость*» (Лев. 20. 13). Библия повествует о тяжком наказании, которому Бог подверг жителей Содомы (Быт. 19. 1-29), по толкованию святых отцов, именно за грех мужеложства. Апостол Павел, характеризуя нравственное состояние языческого мира, называет гомосексуальные отношения в числе наиболее «постыдных страстей» и «непотребств», оскверняющих человеческое тело: «*Женщины их заменили естественное*

употребление противоестественным; подобно и мужчины, оставив естественное употребление женского пола, разжигались похотью друг на друга, мужчины на мужчинах делая срам и получая в самих себе должное возмездие за своё заблуждение» (Рим. 1. 26-27). «Не обманывайтесь... ни малакии, ни мужеложники... Царства Божия не наследуют», - писал апостол жителям развращённого Коринфа (1 Кор. 6. 9-10). Святоотеческое предание столь же ясно и определённо осуждает любые проявления гомосексуализма. «Учение двенадцати апостолов», творения святителей Василия Великого, Иоанна Златоуста, Григория Нисского, блаженного Августина, каноны святого Иоанна Постника выражают неизменное учение Церкви: гомосексуальные связи греховны и подлежат осуждению. Вовлечённые в них люди не имеют права состоять в церковном клире (Василия Вел. пр. 7, Григория Нис. пр. 4, Иоанна Постн. пр. 30). Обращаясь к запятнавшим себя грехом содомии, преподобный Максим Грек взывал: «Познайте себя, окаянные, какому скверному наслаждению вы предались!.. Постарайтесь скорее отстать от этого сквернейшего вашего и смраднейшего наслаждения, возненавидеть его, а кто утверждает, что оно невинно, того предайте вечной анафеме, как противника Евангелия Христа Спасителя и развращающего учение оною. Очистите себя искренним покаянием, тёплыми слезами и посильною милостынею и чистою молитвою... Возненавидьте от всей души вашей это нечестие, чтобы не быть вам сынами проклятия и вечной пагубы». Дискуссии о положении так называемых сексуальных меньшинств в современном обществе клонятся к признанию гомосексуализма не половым извращением, но лишь одной из «сексуальных ориентаций», имеющих равное право на публичное проявление и уважение. Утверждается также, что гомосексуальное влечение обусловлено индивидуальной природной предрасположенностью. Православная Церковь исходит из неизменного убеждения, что богоустановленный брачный союз мужчины и женщины не может быть сопоставлен с извращёнными проявлениями сексуальности. Она считает гомосексуализм греховным повреждением человеческой природы, которое преодолевается в духовном усилии, ведущем к исцелению и личностному возрастанию человека. Гомосексуальные устремления, как и другие страсти, терзающие падшего человека, врачуются Таинствами, молитвой, постом, покаянием, чтением Священного Писания и святоотеческих творений, а также христианским общением с верующими людьми, готовыми оказать духовную поддержку. Относясь с пастырской ответственностью к людям, имеющим гомосексуальные наклонности, Церковь в то же время решительно противостоит попыткам представить греховную тенденцию как норму, а тем более как предмет гордости и пример для подражания. Именно поэтому Церковь осуждает всякую пропаганду гомосексуализма. Не отказывая никому в основных правах на жизнь, уважение личного достоинства и участие в общественных делах, Церковь, однако, полагает, что лица, пропагандирующие гомосексуальный образ жизни, не должны допускаться к преподавательской, воспитательной и иной работе среди детей и молодёжи, а также занимать начальственное положение в армии и исправительных учреждениях. Порой извращения человеческой сексуальности проявляются в форме болезненного чувства принадлежности к противоположному полу, результатом чего становится попытка изменения пола (транссексуализм). Стремление отказаться от принадлежности к тому

полу, который дарован человеку Создателем, может иметь лишь пагубные последствия для дальнейшего развития личности. Смена пола посредством гормонального воздействия и проведения хирургической операции во многих случаях приводит не к разрешению психологических проблем, а к их усугублению, порождая глубокий внутренний кризис. Церковь не может одобрить такого рода «бунт против Творца» и признать действительной искусственно изменённую половую принадлежность. Если смена пола произошла с человеком до Крещения, он может быть допущен к этому Таинству, как и любой грешник, но Церковь крестит его как принадлежащего к тому полу, в котором он рождён. Рукоположение такого человека в священник и вступление его в церковный брак недопустимо. От транссексуализма надлежит отличать неправильную идентификацию половой принадлежности в раннем детстве в результате врачебной ошибки, связанной с патологией развития половых признаков. Хирургическая коррекция в данном случае не носит характера изменения пола.

## **Приложение 2. ДЕЙСТВУЮЩЕЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

### **I. КОНСТИТУЦИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (извлечения)**

*(Принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 года)*

#### **Статья 17**

1. В Российской Федерации признаются и гарантируются права и свободы человека и гражданина согласно общепризнанным принципам и нормам международного права и в соответствии с настоящей Конституцией.
2. Основные права и свободы человека неотчуждаемы и принадлежат каждому от рождения.
3. Осуществление прав и свобод человека и гражданина не должно нарушать права и свободы других лиц.

#### **Статья 18**

Права и свободы человека и гражданина являются непосредственно действующими. Они определяют смысл, содержание и применение законов, деятельность законодательной и исполнительной власти, местного самоуправления и обеспечиваются правосудием.

#### **Статья 19**

1. Все равны перед законом и судом.
2. Государство гарантирует равенство прав и свобод человека и гражданина независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств. Запрещаются любые формы ограничения прав граждан по признакам социальной, расовой, национальной, языковой или религиозной принадлежности.
3. Мужчина и женщина имеют равные права и свободы и равные возможности для их реализации.

#### **Статья 20**

1. Каждый имеет право на жизнь.

#### **Статья 21**

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.

## **Статья 22**

1. Каждый имеет право на свободу и личную неприкосновенность. Статья 23

1. Каждый имеет право на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну, защиту своей чести и доброго имени.

2. Каждый имеет право на тайну переписки, телефонных переговоров, почтовых, телеграфных и иных сообщений. Ограничение этого права допускается только на основании судебного решения.

## **Статья 24**

1. Сбор, хранение, использование и распространение информации о частной жизни лица без его согласия не допускаются.

2. Органы государственной власти и органы местного самоуправления, их должностные лица обязаны обеспечить каждому возможность ознакомления с документами и материалами, непосредственно затрагивающими его права и свободы, если иное не предусмотрено законом.

## **Статья 41**

1. Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счёт средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

3. Соккрытие должностными лицами фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей, влечёт за собой ответственность в соответствии с федеральным законом.

## **Статья 45**

1. Государственная защита прав и свобод человека и гражданина в Российской Федерации гарантируется.

2. Каждый вправе защищать свои права и свободы всеми способами, не запрещёнными законом.

## **Статья 46**

1. Каждому гарантируется судебная защита его прав и свобод.

2. Решения и действия (или бездействие) органов государственной власти, органов местного самоуправления, общественных объединений и должностных лиц могут быть обжалованы в суд.

3. Каждый вправе в соответствии с международными договорами Российской Федерации обращаться в межгосударственные органы по защите прав и свобод человека, если исчерпаны все имеющиеся внутригосударственные средства правовой защиты.

## **Статья 52**

Права потерпевших от преступлений и злоупотреблений властью охраняются законом. Государство обеспечивает потерпевшим доступ к правосудию и компенсацию причинённого ущерба.

### **Статья 53**

Каждый имеет право на возмещение государством вреда, причинённого незаконными действиями (или бездействием) органов государственной власти или их должностных лиц.

### **Статья 55**

1. Перечисление в Конституции Российской Федерации основных прав и свобод не должно толковаться как отрицание или умаление других общепризнанных прав и свобод человека и гражданина.
2. В Российской Федерации не должны издаваться законы, отменяющие или умаляющие права и свободы человека и гражданина.
3. Права и свободы человека и гражданина 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.

### **Статья 60**

Гражданин Российской Федерации может самостоятельно осуществлять в полном объёме свои права и обязанности с 18 лет.

## **II. ОСНОВЫ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОБ ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН (извлечения)**

*(Приняты ВС РФ 22 июля 1993 года) (Вред. Федеральных законов от 02.03.1998 № 30-ФЗ, от 20.12.1999 № 214-ФЗ, от 02.12.2000 № 139-ФЗ, от 10.01.2003 № 15-ФЗ, от 27.02.2003 № 29-ФЗ, от 22.08.2004 № 122-ФЗ (ред. 29.12.2004), от 01.12.2004 № 151-ФЗ, от 21.12.2005 № 170-ФЗ, от 24.07.2007 № 214-ФЗ, от 23.07.2008 № 160-ФЗ, от 30.12.2008 № 309-ФЗ)*

### **Статья 1.** Охрана здоровья граждан.

Охрана здоровья граждан - это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья. Гражданам Российской Федерации гарантируется право на охрану здоровья в соответствии с Конституцией Российской Федерации, общепризнанными принципами и международными нормами и международными договорами Российской Федерации, Конституциями (уставами) субъектов Российской Федерации.

*(Часть вторая в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)*

### **Статья 2.** Основные принципы охраны здоровья граждан.

Основными принципами охраны здоровья граждан являются:

- 1) соблюдение прав человека и гражданина в области охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- 2) приоритет профилактических мер в области охраны здоровья граждан;
- 3) доступность медико-социальной помощи;
- 4) социальная защищённость граждан в случае утраты здоровья;
- 5) ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности, должностных лиц за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья.

*(В ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)*

### **Статья 15.** Лицензирование медицинской и фармацевтической деятельности.

*(В ред. Федерального закона от 10.01.2003 № 15-ФЗ)* Лицензирование медицинской и фармацевтической деятельности осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации.

### **Статья 17.** Право граждан Российской Федерации на охрану здоровья.

Граждане Российской Федерации обладают неотъемлемым правом на охрану здоровья. Это право обеспечивается охраной окружающей среды, созданием

благоприятных условий труда, быта, отдыха, воспитания и обучения граждан, производством и реализацией доброкачественных продуктов питания, а также предоставлением населению доступной медико-социальной помощи. *(В ред. Федерального закона от 30.12.2008 № 309-ФЗ)* Государство обеспечивает гражданам охрану здоровья независимо от пола, расы, национальности, языка, социального происхождения, должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств. Государство гарантирует гражданам защиту от любых форм дискриминации, обусловленной наличием у них каких-либо заболеваний. Лица, виновные в нарушении этого положения, несут установленную законом ответственность.

Гражданам Российской Федерации, находящимся за её пределами, гарантируется право на охрану здоровья в соответствии с международными договорами Российской Федерации.

#### **Статья 20.** Право граждан на медико-социальную помощь.

При заболевании, утрате трудоспособности и в иных случаях граждане имеют право на медико-социальную помощь, которая включает профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую и зубопротезную помощь, а также меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, включая выплату пособия по временной нетрудоспособности.

Медико-социальная помощь оказывается медицинскими, социальными работниками и иными специалистами в учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, а также в учреждениях системы социальной защиты населения.

Граждане имеют право на бесплатную медицинскую помощь в государственной и муниципальной системах здравоохранения в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов Российской Федерации и нормативными правовыми актами органов местного самоуправления.

*(В ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)* Гарантированный объём бесплатной медицинской помощи предоставляется гражданам в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

*(В ред. Федеральных законов от 02.12.2000 № 139-ФЗ, от 22.08.2004 № 122-ФЗ)*

Граждане имеют право на дополнительные медицинские и иные услуги на основе программ добровольного медицинского страхования, а также за счёт средств предприятий, учреждений и организаций, своих личных средств и иных источников, не запрещённых законодательством Российской Федерации.

Граждане имеют право на льготное обеспечение протезами, ортопедическими, корригирующими изделиями, слуховыми аппаратами, средствами передвижения и иными специальными средствами. Категории граждан, имеющих это право, а также условия и порядок их обеспечения льготной протезно-ортопедической и зубопротезной помощью

определяются законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов Российской Федерации.

*(В ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)*

Граждане имеют право на медицинскую экспертизу, в том числе независимую, которая производится по их личному заявлению в специализированных учреждениях в соответствии со статьёй 53 настоящих Основ.

### **Статья 30. Права пациента.**

При обращении за медицинской помощью и её получении пациент имеет право на:

- 1) уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;
- 2) выбор врача, в том числе врача общей практики (семейного врача) и лечащего врача, с учётом его согласия, а также выбор лечебнопрофилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;

*(В ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)*

- 3) обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- 4) проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов;
- 5) облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;
- 6) сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, в соответствии со статьёй 61 настоящих Основ;
- 7) информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в соответствии со статьёй 32 настоящих Основ;
- 8) отказ от медицинского вмешательства в соответствии со статьёй 33 настоящих Основ;
- 9) получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья в соответствии со статьёй 31 настоящих Основ, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;
- 10) получение медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования;
- 11) возмещение ущерба в соответствии со статьёй 68 настоящих Основ в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи;
- 12) допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав;
- 13) допуск к нему священнослужителя, а в больничном учреждении на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, в том числе на предоставление

отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок больничного учреждения.

В случае нарушения прав пациента он может обращаться с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу лечебно-профилактического учреждения, в котором ему оказывается медицинская помощь, в соответствующие профессиональные медицинские ассоциации либо в суд.

*(В ред. Федерального закона от 10.01.2003 № 15-ФЗ)*

**Статья 31.** Право граждан на информацию о состоянии здоровья.

Каждый гражданин имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

Информация о состоянии здоровья гражданина предоставляется ему, а в отношении лиц, не достигших возраста, установленного частью второй статьи 24 настоящих Основ, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, - их законным представителям лечащим врачом, заведующим отделением лечебно-профилактического учреждения или другими специалистами, принимающими непосредственное участие в обследовании и лечении.

*(В ред. Федерального закона от 01.12.2004 № 151-ФЗ)*

Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена гражданину против его воли. В случаях неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину и членам его семьи, если гражданин не запретил сообщать им об этом и (или) не назначил лицо, которому должна быть передана такая информация.

Гражданин имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать консультации по ней у других специалистов. По требованию гражданина ему предоставляются копии медицинских документов, отражающих состояние его здоровья, если в них не затрагиваются интересы третьей стороны.

Информация, содержащаяся в медицинских документах гражданина, составляет врачебную тайну и может предоставляться без согласия гражданина только по основаниям, предусмотренным статьёй 61 настоящих Основ.

**Статья 32.** Согласие на медицинское вмешательство.

Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебнопрофилактического учреждения.

Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста, установленного частью второй статьи 24 настоящих Основ, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители после сообщения им сведений, предусмотренных частью первой статьи 31 настоящих Основ. При отсутствии законных представителей решение о медицинском вмешательстве принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения и законных представителей.

*(В ред. Федерального закона от 01.12.2004 № 151-ФЗ)*

### **Статья 33.** Отказ от медицинского вмешательства.

Гражданин или его законный представитель имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных статьёй 34 настоящих Основ.

При отказе от медицинского вмешательства гражданину или его законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается гражданином либо его законным представителем, а также медицинским работником.

При отказе родителей или иных законных представителей лица, не достигшего возраста, установленного частью второй статьи 24 настоящих Основ, либо законных представителей лица, признанного в установленном законном порядке недееспособным, от медицинской помощи, необходимой для спасения жизни указанных лиц, больничное учреждение имеет право обратиться в суд для защиты интересов этих лиц.

*(В ред. Федерального закона от 01.12.2004 № 151-ФЗ)*

### **Статья 34.** Оказание медицинской помощи без согласия граждан.

Оказание медицинской помощи (медицинское освидетельствование, госпитализация, наблюдение и изоляция) без согласия граждан или их законных представителей допускается в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, лиц, страдающих тяжёлыми психическими расстройствами, или лиц, совершивших общественно опасные деяния, на основаниях и в порядке, установленных законодательством Российской Федерации.

Решение о проведении медицинского освидетельствования и наблюдения граждан без их согласия или согласия их законных представителей принимается врачом (консилиумом), а

решение о госпитализации граждан без их согласия или согласия их законных представителей - судом.

Оказание медицинской помощи без согласия граждан или согласия их законных представителей, связанное с проведением противоэпидемических мероприятий, регламентируется санитарным законодательством.

Освидетельствование и госпитализация лиц, страдающих тяжёлыми психическими расстройствами, проводятся без их согласия в порядке, устанавливаемом Законом Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании».

В отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния, могут быть применены принудительные меры медицинского характера на основаниях и в порядке, установленных законодательством Российской Федерации.

Пребывание граждан в больничном учреждении продолжается до исчезновения оснований, по которым проведена госпитализация без их согласия, или по решению суда.

### **Статья 35.** Искусственное оплодотворение и имплантация эмбриона.

Каждая совершеннолетняя женщина детородного возраста имеет право на искусственное оплодотворение и имплантацию эмбриона.

Искусственное оплодотворение женщины и имплантация эмбриона осуществляются в учреждениях, получивших лицензию на медицинскую деятельность, при наличии письменного согласия супругов (одинокой женщины).

*(В ред. Федерального закона от 10.01.2003 № 15-ФЗ)* Сведения о проведённых искусственном оплодотворении и имплантации эмбриона, а также о личности донора составляют врачебную тайну.

Женщина имеет право на информацию о процедуре искусственного оплодотворения и имплантации эмбриона, о медицинских и правовых аспектах её последствий, о данных медико-генетического обследования, внешних данных и национальности донора, предоставляемую врачом, осуществляющим медицинское вмешательство.

Незаконное проведение искусственного оплодотворения и имплантации эмбриона влечёт за собой уголовную ответственность, установленную законодательством Российской Федерации.

### **Статья 36.** Искусственное прерывание беременности.

Каждая женщина имеет право самостоятельно решать вопрос о материнстве. Искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при сроке беременности до 12 недель, по социальным показаниям - при сроке беременности до 22 недель, а при наличии медицинских показаний и согласия женщины - независимо от срока беременности.

Искусственное прерывание беременности проводится в рамках программ обязательного медицинского страхования в учреждениях, получивших лицензию на медицинскую деятельность, врачами, имеющими специальную подготовку.

*(В ред. Федерального закона от 10.01.2003 № 15-ФЗ)*

Перечень медицинских и социальных показаний для искусственного прерывания беременности определяется уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти.

*(Часть третья в ред. Федерального закона от 23.07.2008 № 160-ФЗ)* Незаконное проведение искусственного прерывания беременности влечёт за собой уголовную ответственность, установленную законодательством Российской Федерации.

### **Статья 37. Медицинская стерилизация.**

Медицинская стерилизация как специальное вмешательство с целью лишения человека способности к воспроизводству потомства или как метод контрацепции может быть проведена только по письменному заявлению гражданина не моложе 35 лет или имеющего не менее двух детей, а при наличии медицинских показаний и согласии гражданина - независимо от возраста и наличия детей.

Перечень медицинских показаний для медицинской стерилизации определяется федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения. *(В ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)* Медицинская стерилизация проводится в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения, получивших лицензию на медицинскую деятельность.

*(В ред. Федерального закона от 10.01.2003 № 15-ФЗ)* Незаконное проведение медицинской стерилизации влечёт за собой уголовную ответственность, установленную законодательством Российской Федерации.

### **Статья 43.**

Порядок применения новых методов профилактики, диагностики, лечения, лекарственных средств, иммунобиологических препаратов и дезинфекционных средств и проведения биомедицинских исследований.

В практике здравоохранения используются методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешённые к применению в установленном законом порядке.

Не разрешённые к применению, но находящиеся на рассмотрении в установленном порядке методы диагностики, лечения и лекарственные средства могут использоваться в интересах излечения пациента только после получения его добровольного письменного согласия.

Не разрешённые к применению, но находящиеся на рассмотрении в установленном порядке методы диагностики, лечения и лекарственные средства могут использоваться для лечения лиц, не достигших возраста, установленного частью второй статьи 24 настоящих Основ, только при непосредственной угрозе их жизни и с письменного согласия их законных представителей.

*(В ред. Федерального закона от 01.12.2004 № 151-ФЗ)* Порядок применения указанных в частях второй и третьей настоящей статьи методов диагностики, лечения и лекарственных средств, иммунобиологических препаратов и дезинфекционных средств, в том числе используемых за рубежом, устанавливается федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения.

*(В ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)* Проведение биомедицинского исследования допускается в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения и должно основываться на предварительно проведённом лабораторном эксперименте.

*(В ред. Федеральных законов от 27.02.2003 № 29-ФЗ, от 22.08.2004 № 122-ФЗ)*

Любое биомедицинское исследование с привлечением человека в качестве объекта может проводиться только после получения письменного согласия гражданина. Гражданин не может быть принуждён к участию в биомедицинском исследовании.

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

Пропаганда, в том числе средствами массовой информации, методов профилактики, диагностики, лечения и лекарственных средств, не прошедших проверочных испытаний в установленном законом порядке, запрещается. Нарушение указанной нормы влечёт ответственность, установленную законодательством Российской Федерации.

Реклама медикаментов, изделий медицинского назначения, медицинской техники, а также реклама методов лечения, профилактики, диагностики и реабилитации осуществляется в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о рекламе.

*(Часть девятая введена Федеральным законом от 02.03.1998 № 30-ФЗ)*

**Статья 44.** Обеспечение населения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, иммунобиологическими препаратами и дезинфекционными средствами.

Контроль за качеством лекарственных средств, иммунобиологических препаратов, дезинфекционных средств и изделий медицинского назначения осуществляется

федеральным органом исполнительной власти, в компетенцию которого входит осуществление государственного контроля и надзора в сфере обращения лекарственных средств, и федеральным органом исполнительной власти по контролю и надзору в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия человека.

*(В ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)*

**Статья 45.** Запрещение эвтанази.

Медицинскому персоналу запрещается осуществление эвтаназии - удовлетворение просьбы больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или средствами, в том числе прекращением искусственных мер по поддержанию жизни.

Лицо, которое сознательно побуждает больного к эвтаназии и (или) осуществляет эвтаназию, несёт уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

**Статья 46.** Определение момента смерти человека.

Констатация смерти осуществляется медицинским работником (врачом или фельдшером). Критерии и порядок определения момента смерти человека, прекращения реанимационных мероприятий устанавливаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативноправовое регулирование в сфере здравоохранения, и согласованы с Министерством юстиции Российской Федерации.

*(В ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)*

**Статья 47.** Изъятие органов и (или) тканей человека для трансплантации.

Допускается изъятие органов и (или) тканей человека для трансплантации в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Органы и (или) ткани человека не могут быть предметом купли, продажи и коммерческих сделок.

Не допускается принуждение к изъятию органов и (или) тканей человека для трансплантации.

Лица, участвующие в указанных коммерческих сделках, купле и продаже органов и (или) тканей человека, несут уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

**Статья 48.** Проведение патолого-анатомических вскрытий. Патолого-анатомическое вскрытие проводится врачами в целях получения данных о причине смерти и диагнозе заболевания. Порядок проведения патолого-анатомических вскрытий определяется федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения.

*(В ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)*

По религиозным или иным мотивам в случае наличия письменного заявления членов семьи, близких родственников или законного представителя умершего либо

волеизъявления самого умершего, высказанного при его жизни, патолого-анатомическое вскрытие при отсутствии подозрения на насильственную смерть не производится, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации.

Заключение о причине смерти и диагнозе заболевания выдаётся членам семьи, а при их отсутствии - близким родственникам или законному представителю умершего, а также правоохранительным органам по их требованию.

Членам семьи, близким родственникам или законному представителю умершего предоставляется право на приглашение специалиста соответствующего профиля, с его согласия, для участия в патологоанатомическом вскрытии. По требованию членов семьи, близких родственников или законного представителя умершего может быть произведена независимая медицинская экспертиза в порядке, предусмотренном статьёй 53 настоящих Основ.

### **Статья 60.** Клятва врача.

*(В ред. Федерального закона от 20.12.1999 № 214-ФЗ)* Лица, окончившие высшие медицинские образовательные учреждения Российской Федерации, при получении диплома врача дают клятву врача следующего содержания:

«Получая высокое звание врача и приступая к профессиональной деятельности, я торжественно клянусь:

- честно исполнять свой врачебный долг, посвятить свои знания и умения предупреждению и лечению заболеваний, сохранению и укреплению здоровья человека;
- быть всегда готовым оказать медицинскую помощь, хранить врачебную тайну, внимательно и заботливо относиться к больному, действовать исключительно в его интересах независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств;
- проявлять высочайшее уважение к жизни человека, никогда не прибегать к осуществлению эвтаназии;
- хранить благодарность и уважение к своим учителям, быть требовательным и справедливым к своим ученикам, способствовать их профессиональному росту;
- доброжелательно относиться к коллегам, обращаться к ним за помощью и советом, если этого требуют интересы больного, и самому никогда не отказывать коллегам в помощи и совете;
- постоянно совершенствовать своё профессиональное мастерство, беречь и развивать благородные традиции медицины».

Клятва врача даётся в торжественной обстановке. Факт дачи клятвы врача удостоверяется личной подписью под соответствующей отметкой в дипломе врача с указанием даты.

Врачи за нарушение клятвы врача несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

### **Статья 61.** Врачебная тайна.

Информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Гражданину должна быть подтверждена гарантия конфиденциальности передаваемых им сведений.

Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей, кроме случаев, установленных частями третьей и четвёртой настоящей статьи.

С согласия гражданина или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения пациента, для проведения научных исследований, публикации в научной литературе, использования этих сведений в учебном процессе и в иных целях.

Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается:

- 1) в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;
- 2) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;
- 3) по запросу органов дознания и следствия и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;

*(В ред. Федерального закона от 24.07.2007 № 214-ФЗ)*

- 4) в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте, установленном частью второй статьи 24 настоящих Основ, для информирования его родителей или законных представителей;

*(В ред. Федерального закона от 01.12.2004 № 151-ФЗ)*

- 5) при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинён в результате противоправных действий;

- б) в целях проведения военно-врачебной экспертизы в порядке, установленном положением о военно-врачебной экспертизе, утверждаемым уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

*(Пункт 6 введен Федеральным законом от 21.12.2005 № 170-ФЗ, в ред. Федерального закона от 23.07.2008 № 160-ФЗ)*

Лица, которым в установленном законом порядке переданы сведения, составляющие врачебную тайну, наравне с медицинскими и фармацевтическими работниками с учётом причиненного гражданину ущерба несут за разглашение врачебной тайны дисциплинарную, административную или уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов Российской Федерации.

*(В ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)*

**Статья 62.** Профессиональные медицинские и фармацевтические ассоциации.

Медицинские и фармацевтические работники имеют право на создание профессиональных ассоциаций и других общественных объединений, формируемых на добровольной основе для защиты прав медицинских и фармацевтических работников, развития медицинской и фармацевтической практики, содействия научным исследованиям, решения иных вопросов, связанных с профессиональной деятельностью медицинских и фармацевтических работников.

Профессиональные медицинские и фармацевтические ассоциации принимают участие:

- 1) в разработке норм медицинской этики и решении вопросов, связанных с нарушением этих норм;
- 2) в разработке стандартов качества медицинской помощи, федеральных программ и критериев подготовки и повышения квалификации медицинских и фармацевтических работников, в присвоении медицинским и фармацевтическим работникам квалификационных категорий;
- 3) исключён *(Федеральным законом от 10.01.2003 № 15-ФЗ)*;
- 3) в соглашениях по тарифам на медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования и деятельности фондов обязательного медицинского страхования.

**Статья 68.** Ответственность медицинских и фармацевтических работников за нарушение прав граждан в области охраны здоровья.

В случае нарушения прав граждан в области охраны здоровья вследствие недобросовестного выполнения медицинскими и фармацевтическими работниками своих профессиональных обязанностей, повлекшего причинение вреда здоровью граждан или их смерть, ущерб возмещается в соответствии с частью первой статьи 66 настоящих Основ.

Возмещение ущерба не освобождает медицинских и фармацевтических работников от привлечения их к дисциплинарной, административной или уголовной ответственности в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов Российской Федерации.

*(В ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ) Статья 69.* Право граждан на обжалование действий государственных органов и должностных лиц, ущемляющих права и свободы граждан в области охраны здоровья.

Действия государственных органов и должностных лиц, ущемляющие права и свободы граждан, определённые настоящими Основами, в области охраны здоровья могут быть обжалованы в вышестоящие государственные органы, вышестоящим должностным лицам или в суд в соответствии с действующим законодательством.

## ПРИМЕРНЫЕ ТЕМЫ КУРСОВЫХ РАБОТ

1. Центральные ценности врачебной профессии.
2. Деонтологическая теория И. Канта как философское основание биомедицинской этики.
3. Нравственная философия В.С. Соловьёва как методологическое основание биоэтики.
4. Русская религиозная философия как основание биомедицинской этики.
5. Русский космизм как философское основание биоэтики (В.И. Вернадский, А.Л. Чижевский, Н.Ф. Фёдоров, К.Э. Циолковский).
6. «Записки врача» В.В. Вересаева в свете биомедицинской этики.
7. «Этика благоговения перед жизнью» А. Швейцера и актуальные проблемы современной биоэтики.
8. Врач и общество в современной России.
9. Врач и пациент: моральные обязательства врача и права пациента.
10. Права и ответственность врача в современной России.
11. Права и ответственность пациента в современной России.
12. Врач, семья и социальное окружение пациента.
13. Биоэтические проблемы прокреации.
14. Моральные проблемы аборта.
15. Биоэтические проблемы умирания и смерти. Критерии смерти.
16. Хоспис: история, философия и организационные принципы.
17. Проблема ошибки и ятрогении в деятельности врачей.
18. Проблема эвтаназии: «за» и «против». Хосписы как альтернатива эвтаназии.
19. Биоэтические проблемы самодеструкции личности (самоубийство, «поддерживаемое врачом самоубийство», эвтаназия).
20. Биоэтические проблемы паллиативной медицины в России.
21. Биоэтические проблемы трансплантологии. 22. Биоэтические проблемы ксенотрансплантологии.
22. Этические проблемы психиатрии и психотерапии.
23. Этика биомедицинского исследования.
24. Моральные проблемы генетики.

25. Моральные проблемы клонирования. 27. Биоэтические проблемы эпидемиологии.
26. Этические аспекты помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом.
27. Нравственные проблемы в деятельности семейного врача.
28. Этические проблемы неврологии и нейрохирургии.
29. Моральные проблемы онкологии.
30. Биоэтические проблемы акушерства и гинекологии.
31. Принципы и правила биоэтики: особенности их реализации в медицине (терапии, хирургии, неврологии, психиатрии и т.д.)
32. Биоэтические проблемы медицины катастроф.
33. Бизнес и мораль в медицине.
34. Моральные проблемы распределения дефицитных ресурсов в медицине.
35. Нравственная ответственность бизнеса в медицине и здравоохранении.
36. Принцип справедливости и его реализация в здравоохранении России медицинским сообществом.
37. Принцип справедливости и его реализация в здравоохранении России соответствующими социальными институтами.
38. Нравственная ответственность социальных институтов и отечественного бизнеса за состояние здравоохранения и здоровье народа.

## ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ПРОВЕРКИ ЗНАНИЙ

1. Предмет и функции биоэтики.
2. Моральная аргументация, её содержание и уровни.
3. Характер и основные виды этических конфликтов.
4. Исторические корни биомедицинской этики и наиболее значительные этические традиции в медицине.
5. Иудейская этическая традиция в медицине.
6. Православная этическая традиция в медицине.
7. Католическая этическая традиция в медицине.
8. Протестантская этическая традиция в медицине.
9. Мусульманская этическая традиция в медицине.
10. Буддийская этическая традиция в медицине.
11. Гиппократова этическая традиция в медицине.
12. Светские этические традиции в медицине.
13. Утилитаризм. Принцип полезности.
14. Утилитаризм. Теории ценности: гедонизм, плюрализм, утилитаризм предпочтения в биомедицинском контексте.
15. Утилитаризм действия в биомедицинском контексте.
16. Утилитаризм правила в биомедицинском контексте.
17. Деонтологическая теория И. Канта. Понятие долга. Совершенный и несовершенный долг врача.
18. Категорический императив И. Канта. Максимы категорического императива в биомедицинском контексте.
19. Этика И. Канта в биомедицинском контексте.
20. Теория моральных обязательств *Prima facie* У.Д. Расса.
21. Фактические моральные обязательства и *Prima facie* моральные обязательства врача.
22. Теория моральных обязательств *Prima facie* в биомедицинском контексте.
23. Теория справедливости Дж. Роулза. Исходное положение и принципы справедливости.
24. Теория справедливости Дж. Роулза в биомедицинском контексте.

25. Либертарианская теория Р. Нозика в биомедицинском контексте.
26. Этика добродетели в биомедицинском контексте.
27. Принцип уважения человеческого достоинства.
28. Принцип уважения автономии личности. Понятие и основные смыслы автономии.
29. Принцип автономии в биомедицинском контексте - правило информированного согласия.
30. 30 Принцип милосердия («твори добро и не причиняй зла»).
31. Принцип «не навреди» и принцип «двойного эффекта» в биомедицинском контексте.
32. Принцип справедливости. Индивидуальная и институциональная справедливость.
33. Принцип справедливости в биомедицинском контексте.
34. Правило правдивости в биомедицинском контексте.
35. Правило неприкосновенности частной жизни и его методологическое значение для медицины.
36. Правило добровольного информированного согласия в биомедицинском контексте.
37. Правило конфиденциальности. Истории болезней, исследования и конфиденциальность. Пределы конфиденциальности.
38. Права пациентов.
39. Типология исторически сложившихся моделей взаимоотношения и взаимодействия врача и пациента по Р. Витчу.
40. Традиционные и современные модели взаимоотношения и взаимодействия врача и пациента.
41. Клятва Гиппократа.
42. Факультетское обещание русских врачей.
43. Клятва российского врача.
44. Современные медицинские этические кодексы.
45. Международный кодекс медицинской этики.
46. Кодекс врачебной этики (одобренный II Всероссийским Пироговским съездом врачей 7 июня 1997 года).
47. Медико-социальная хартия РФ.
48. Нюрнбергский кодекс и его значение для современной медицины.
49. Женевская декларация.

50. Двенадцать принципов предоставления медицинской помощи в любой национальной системе здравоохранения.
51. Лиссабонская декларация о правах пациента.
52. Заявление ВМА о профессиональной ответственности за качество медицинского обслуживания (1996).
53. Хельсинкская декларация ВМА: этические принципы проведения биомедицинских исследований на людях.
54. Врач и общество.
55. Врач и пациент.
56. Этические аспекты оказания основных видов медицинской помощи.
57. Этические принципы профессионального поведения врача на основных этапах врачебного процесса.
58. Проблемы ошибки и ятрогении в деятельности врачей и других медицинских работников.
59. Этические проблемы умирания и смерти. Этика лечения, поддерживающего жизнь.
60. Проблема критерия смерти.
61. Эвтаназия и её виды. Активная добровольная эвтаназия: «за» и «против».
62. Этические проблемы «поддерживаемого врачом самоубийства». Доктор Кеворкян и помощь в смерти. Проблема «скользкого склона».
63. Хосписное движение как альтернатива эвтаназии и «смерти с участием врача».
64. Биоэтические проблемы паллиативной медицины в России.
65. Биоэтические проблемы прокреации.
66. Этические проблемы новых репродуктивных технологий.
67. Биоэтические проблемы аборта, стерилизации и контрацепции.
68. Биоэтические проблемы трансплантологии.
69. Биоэтические проблемы психиатрии и психотерапии.
70. Этика биомедицинского исследования.
71. Моральные проблемы медицинской генетики.
72. Биоэтические проблемы эпидемиологии.
73. Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины... (Совет Европы, 1997).
74. Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека (ЮНЕСКО,

75. 2005).
76. Действующее законодательство в области охраны здоровья в Российской Федерации. Конституция Российской Федерации. Статьи: 17- 24, 41, 45, 46, 52, 53, 55, 60.
77. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (приняты ВС РФ 22 июля 1993 года). Статьи: 1, 2, 15-17, 20, 30-37, 43-48, 60-62, 68, 69.
78. 20, 30-37, 43-48, 60-62, 68, 69.
79. Этические комитеты, их структура и функции.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Амосов Н.М.* Записки военного хирурга. - К.: Радянський письменник, 1975.
2. *Амосов Н.М.* Книга о счастье и несчастьях. - М.: Молодая гвардия,
3. 1984.
4. *Аристотель.* Никомахова этика. Собр. соч.: в 4 т. - Т. 4. - М.: Мысль, 1984.
5. *Бартко А.Н., Михаловска-Карлова Е.П.* Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. Ч. 2. - М.: ММСИ, 1999. - 275 с.
6. *Белицкий М.* Забытый мир шумеров. - М.: Наука, 1980.
7. *Белявский М.Т., Сорокин В.В.* Наш первый, наш московский, наш российский. - М.: Изд-во Моск. ун-та, 1970. - С. 18-20.
8. Биомедицинская этика / Под ред. В.И. Покровского. - М.: Медицина, 1997. - С. 224.
9. Биомедицинская этика / Под ред. В.И. Покровского и Ю.М. Лопухина. - М.: Медицина, 1998. - 226 с.
10. Биоэтика: вопросы и ответы / Под ред. Б.Г. Юдина, П.Д. Тищенко. - М.: Прогресс-Традиция, 2005.
11. *Бородий Н.К.* Д. Самойлович. - М.: Медицина, 1985.
12. *Бородулин В.И.* История клинической медицины от истоков до середины 19-го века. Лекции. - М.: ОАО «Медицина», 2008.
13. *Бэкон Ф.* О достоинстве и приумножении наук. Собр. соч.: в 2 т. - Т. 1. - М.: Мысль, 1971. - 590 с.
14. *Бэкон Ф.* Опыты или наставления нравственные и политические. Собр. соч.: в 2 т. - Т. 2. - М.: Мысль, 1972. - 582 с.
15. *Бэшем А.* Чудо, которым была Индия. - М.: Вост. лит., 2000. - С. 527.
16. *Вагнер Е.А.* Раздумья о врачебном долге. - Пермь: Пермское кн. изд-во, 1986.
17. *Вересаев В.В.* Записки врача. Собр. соч.: в 4 т. - Т. 1. - М.: Правда, 1985.
18. *Винер Н.* Творец и робот. - М., 1959. - С. 78-79.
19. *Водопьянов В.И., Саблина Н.А.* Оценка трансплантационной практики в контексте христианства: Методологические и социальные проблемы медицины и биологии / Под ред. Е.П. Михаловска-Карловой. - Вып. 14. - М.: ИД «Медпрактика-М», 2006. - С. 219-221.
20. *Геродот.* История в девяти книгах. - Л.: Наука, 1972. - С. 74.
21. *Гиппократ.* О благоприличном поведении / Гиппократ. Клятва. Закон о враче. Наставления. - Мн.: Современный литератор, 1998.

22. Гиппократ и морально-этические проблемы медицины. - М.: Изд-во I ММИ, 1983. - С. 40.
23. Глязер Г. Драматическая медицина. - М.: Молодая гвардия, 1962.
24. Горелова Л.Е. История медицины, история отечества и культурология / Под ред. А.М. Сточика. - М.: Издательский дом «Русский врач», 2009. - 232 с.
25. 2009. - 232 с.
26. Грандо А.А. Врачебная этика и медицинская деонтология. - К.: Вища школа, 1982. - С. 136.
27. Губерт В.О. Оспа и оспопрививание. - СПб., 1896. - С. 316317.
28. Гутер Р.С. Д. Кардано. - М.: Знание, 1977. - С. 55.
29. Деонтология в педиатрии / Под ред. С.Д. Носова. - М.: Медицина, 1977.
30. Диагностика смерти мозга / Под ред. И.Д. Стулина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 112 с.
31. Жбанков Д.Н. О врачах. - М., 1903. - С. 40.
32. Законы Ману. - М., 1960. - Гл. 4.
33. Иванюшкин А.Я. Профессиональная этика в медицине. - М.: Медицина, 1990. - 224 с.
34. Иванюшкин А.Я. Этика сестринского дела. - М.: Ассоциация медсестер России, 1998.
35. Иванюшкин А.Я., Бушмина О.Д., Лях К.Ф. Биомедицинская этика. - Мурманск: МОЦПК СЗ, 2008. - 266 с.
36. Иоанн Павел II. Мысли о земном / Пер. с польск. и итал. - М.: Изд-во «Новости», 1992. - 424 с.
37. Кант И. Метафизика нравов. Собр. соч.: в 6 т. - Т. 4, ч. 2. - М.: Мысль, 1965.
38. Кант И. Критика практического разума. Собр. соч.: в 6 т. - Т. 4, чч. 1. - М.: Мысль, 1965.
39. Карлов В.А., Бурд С.Г., Михаловска-Карлова Е.П. Современность и эпилепсия. Социальные аспекты эпилепсии / В.А. Карлов. Эпилепсия у детей и взрослых, женщин и мужчин: Руководство для врачей. Гл. 45. - М.: ОАО «Медицина», 1991. - 718 с.
40. Ковнер С.Г. История медицины: медицина Востока, медицина в Древней Греции. - К., 1882. - 688 с.
41. Кони А.Ф. Фёдор Петрович Гааз. Собр. соч. - Т. 5. - М., 1986.
42. Копелев Л. Святой доктор Фёдор Петрович. - СПб.: ПетроРИФ, 1993. - 191 с.

43. *де Крюи П.* Охотники за микробами. - М., 1928. - С. 213.
44. *Кэмпбелл А., Джиллетт Г., Джонс Г.* Медицинская этика / Под ред. Ю.М. Лопухина, Б.Г. Юдина. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. - 400 с.
45. *Лурия Р.А.* Внутренняя картина болезней и ятрогенные заболевания. - М.: Медицина, 1977. - 117 с.
46. *Лихтенштейн Е.И.* Помнить о больном. - К.: Высшая школа, 1978. - 176 с.
47. *Лопатин П.В., Карташова О.В.* Биоэтика / Под ред. П.В. Лопатина - М.: ГОЭТАР-Медиа, 2005.
48. Медицина и права человека. - М.: Прогресс, 1992. - 216 с.
49. *Милль Дж.С.* О свободе. - СПб., 1906.
50. *Михайлов А.Н.* Культурология в текстах и комментариях: Учебное пособие. - М.: Книжный сад, 1999. - 320 с.
51. *Михайлов А.Н., Михайлова Л.Б.* Культурологический практикум:
52. Учебное пособие. - М.: МГМСУ, 2000. - 48 с.
53. *Михайлова Л.Б.* Исламская традиция и проблемы биомедицинской этики: Методологические и социальные проблемы медицины и биологии / Под ред. Е.П. Михаловска-Карловой. - М.: РАЕН, МГМСУ, 2000. - Вып. 12. - С. 30-36.
54. *Михайлова Е.П., Бартко А.Н.* Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. Ч. 1. - М.: ММСИ, 1995. - 239 с.
55. *Михаловска-Карлова Е.П.* О типологии моделей отношения «врач-пациент» в американской стоматологии: Методологические и социальные проблемы медицины и биологии / Под ред. Е.П. Михаловска-Карловой. - М.: ИД «Медпрактика-М», 2006. - Вып. 14. - С. 197-201.
56. *Михаловска-Карлова Е.П., Петрухин А.С.* Этика и деонтология / Клиническая детская неврология: Руководство для врачей / Под ред. А.С. Петрухина. - М.: ОАО «Медицина», 2008. - Гл. 2.
57. *Михаловска-Карлова Е.П.* Принципы биоэтики и эпилептология // Журнал неврологии и психиатрии. - 2010. - № 3. - Вып. 2. - С. 4-8.
58. *Михаловска-Карлова Е.П.* Биоэтические проблемы психиатрии и неврологии / Психиатрия и современное общество. Материалы III съезда психиатров и наркологов Республики Беларусь. - Минск, 2009. - С. 55-57.
59. *Михаловска-Карлова Е.П.* Самоубийство как психоаналитическая и биоэтическая проблема / Психиатрия и современное общество. Материалы съезда психиатров и наркологов Республики Беларусь. - Минск, 2009. - С. 224-225.

60. Михаловска-Карлова Е.П., Михайлова О.Н., Михайлов А.Н. Психодинамические аспекты самоубийства и самодеструкции: Методологические и социальные проблемы медицины и биологии / Под ред. Е.П. Михаловска-Карловой. - М.: ИД «Медпрактика-М», 2006. - Вып. 14. - С. 37-55.
61. Михаловска-Карлова Е.П., Михайлова О.Н. Клиническая работа с суицидальным пациентом: Методологические и социальные проблемы медицины и биологии / Под ред. Е.П. Михаловска-Карловой. - М.: ИД «Медпрактика-М», 2006. - Вып. 14. - С. 232-244.
62. Михаловска-Карлова Е.П., Саблина Н.А. Этическое измерение возможностей современной медицины: Методологические и социальные проблемы медицины и биологии / Под ред. Е.П. Михаловска-Карловой. - М.: ИД «Медпрактика-М», 2006. - Вып. 14. - С. 211-214.
63. Мишаткина Т.В., Фоновта Э.А. и др. Биомедицинская этика / Под ред. Т.В. Мишаткиной. - Минск: ТетраСистемс, 2003. - 320 с.
64. Мудров М.Я. Слово о способе учить и учиться медицине практической или деятельному врачебному искусству при постелях больных // Избр. произведения. - М.: АМН СССР, 1949. - С. 201-255.
65. Мудров М.Я. Слово о благочестии и нравственных качествах гиппократова врача. Избр. произведения. - М.: Изд-во АМН СССР, 1949. - С. 167-199.
66. Неговский В. Смерть, умирание и оживление: этические аспекты // Врач. - 1992. - № 8. - С. 33-35; № 9. - С. 31-33.
67. Новая философская энциклопедия. - Т. 1-4. - М.: Мысль, 2000-2001.
68. Об Иппократе и его учении. Прагматическое сочинение Семёна Вольского. - СПб., 1840. - С. 25.
69. Описание моровой язвы, бывшей в столичном городе Москве с 1770 по 1772 г. - М., 1775. - С. 125.
70. Островский В.Ю. Борьба с болью. - М.: Знание, 1983.
71. Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. - М.: Изд-во Московской Патриархии, 2000. - Гл. XII.
72. Православие и проблемы биоэтики / Отв. ред. И.В. Силуянова. - М., 2009. - 144 с.
73. Петров Н.Н. Вопросы хирургической деонтологии. - 2-е. изд.- Л.: Медгиз, 1956.
74. Пирогов Н.И. Вопросы жизни. Дневник старого врача. - М.: Книжный клуб, 2010. - 440 с.
75. Плутарх. Сравнительные жизнеописания. Собр. соч.: в 3 т. - Т. 1. - М., 1965. - С. 25.
76. Поттер В.Р. Биоэтика: мост в будущее: Пер. с англ. / Под ред. С.В. Вековещиной, В.Л. Куличенко. - К., 2002.

77. Практическая медицина эпохи Возрождения // Врач. - 1884. - № 46. - С. 918.
  78. Семья и биоэтика // Материалы международного симпозиума. - СПб., 20-23 мая 1998 г. - СПб.: Высшая духовная семинария. Изд-во «Март», 1998. - 288 с.
  79. Ситуационные задачи по курсу «Биомедицинская этика» / Под ред. И.В. Силуяновой. - М.: РГМУ, 2005. - 88 с.
  80. *Солженицын А.И.* Раковый корпус. - М.: Новый мир, 1991. - 416 с.
  81. *Сорокина Т.С.* История медицины: учебник. - 9-е изд. - М.: Академия, 2009. - 560 с.
  82. *Сточик А.М., Затравкин С.Н.* Формирование естественнонаучных основ медицины в процессе научных революций 17-19 века: Учебное пособие. - М.: Шико, 2011. - 144 с.
  83. *Сточик А.М., Пальцев М.А., Затравкин С.Н.* Патологическая анатомия и ее становление в Московском университете. - М.: Шико, 2009. - 280 с.
  84. *Стучевский И.А.* Научная мысль в Древнем Египте. Медицина. Культура Древнего Египта. - М., 1976. - С. 254, 258.
  85. *Толстой Л.Н.* Смерть Ивана Ильича. Собр. соч. - Т. 10. - М.: Гос. зд-во худож. литературы, 1952. - С. 269-322.
  86. *Тищенко П.Д.* Био-власть в эпоху био-технологий. - М.: ИФ РАН, 2001.
  87. *Углов Ф.Г.* Сердце хирурга. - СПб.: Журнал «Защита и безопасность», 1997. - 445 с.
  88. *Улицкая Л.* Казус Кукоцкого. - М.: Эксмо, 2003. - 464 с.
  89. *Фуко М.* Психиатрическая власть. - СПб., 2007. - 450 с.
  90. *Харди И.* Врач, сестра, больной. - Будапешт: Изд-во АН Венгрии, 1972. - 286 с.
  91. Хартия работников здравоохранения. Папский совет по апостольству для работников здравоохранения. - Ватикан-Москва, 1996.
  92. *Шамов И.А.* Двое за чертой здоровья. - Махачкала: Дагест. кн. изд-во, 1983.
  93. *Швейцер А.* Культура и этика / А. Швейцер. Упадок и возрождение культуры. Избранное. - М.: Прометей, 1993. - 512 с.
  94. *Яровинский М.Я.* Медицинская этика (биоэтика) / Под ред. А.М. Сточика. - М.: ОАО «Издательство "Медицина"», 2006. - 448 с.
  95. *Beauchamp T.L., Childress J.F.* Principles of Biomedical Ethics. - N.Y., Oxford: Oxford University Press, 1989. - 546 p.
  96. Contemporary Issues in Bioethics / Ed. by T.L. Beauchamp et al. - 7<sup>th</sup> ed. - USA: Thomson Wadsworth, 2008. - 806 p.
- Merham B.* Bioethics. An Introduction for the Biosciences. - 2<sup>nd</sup> ed. - N.Y., Oxford: Oxford University Press, 2008. - 418 p.