

МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН  
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН  
ПЕРВЫЙ ТАШКЕНТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
КАФЕДРА ФИЛОСОФИИ И ИСТОРИИ УЗБЕКИСТАНА



***ВВЕДЕНИЕ В БИОЭТИКУ***

Ташкент-2004

МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО  
ОБРАЗОВАНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН  
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ  
УЗБЕКИСТАН  
ПЕРВЫЙ ТАШКЕНТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
КАФЕДРА ФИЛОСОФИИ И ИСТОРИИ УЗБЕКИСТАНА

## ВВЕДЕНИЕ В БИОЭТИКУ



ТАШКЕНТ — 2004

## Аннотация.

«Введение в биоэтику»- первый опыт в РУз обращения к данной остро- дискуссионной проблеме современности в виде учебного пособия, предполагающий рассмотреть актуальные проблемы новой формирующейся области знания. Пособие не претендует на всестороннее освещение многогранных проблем биоэтики, задача его куда более скромная – ввести в курс основных современных проблем, принципов биоэтики, способствовать воспитанию у будущих врачей чувства социальной и нравственной ответственности, милосердия, формированию их гуманистического мировоззрения, гражданской активности. Пособие предназначено для студентов, магистров медицинских вузов и всех, кто интересуется проблемами прогресса биомедицинской науки и внедрения новейших технологий в практику здравоохранения в контексте биоэтики.

Составитель : доц. к.ф.и. Мухамедова З.М.

Рецензенты : д.ф.н. Шермухамедова Н.А., к.м.п.Исаева Р.А.

РАССМОТРЕНО И РЕКОМЕНДОВАНО К ИЗДАНИЮ  
протокол

№ от 2004,

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ центральной методической  
комиссии

Д.м.н., проф. АТАХАНОВ Ш.Э.



РАССМОТРЕНО И УТВЕРЖДЕНО УЧЕНЫМ СОВЕТОМ  
1 ТашГосМИ от 31.03.2004-01-28

« Возрождение духовных ценностей означает также их адаптацию к ценностям современного мира и информационной цивилизации».

И.А.Каримов. Узбекистан на пороге XXI века.

## Введение

В современном мире медицина претерпевает процесс цивилизационных преобразований. Она становится качественно иной. Большое влияние на этот процесс оказывает продолжающееся бурное развитие фундаментальных медико-биологических наук, начавшееся во второй половине прошлого века. В череде выдающихся достижений в этом направлении особо отметим изучение структуры генома человека, открытие новых граней генетики: геномики, протеомики, создание соответствующих банков данных. В ряду крупных успехов открытия в клеточной биологии. В науку вошла новая молекулярная иммунология, расшифрованы механизмы клеточной кооперации, структура и функции медиаторов иммунной системы. Быстро прогрессируют фармакология, компьютерные методы синтеза лекарственных препаратов. Расшифровано множество механизмов нейро-эндокринной регуляции физиологических функций организма. Величайшие открытия современной теоретической науки сопровождаются активным, а нередко и агрессивным внедрением в клиническую медицину. В 60-х годах прошлого века на стыке иммунологии и генетики родилась трансплантология. В последние годы быстро развивались реаниматология и анестезиология, что стало одним из благоприятных условий появления новых глав современной хирургии - сердечной, сосудистой, восстановительной, пластической, легочной и др. Возникла иммунофармакология, были разработаны методы и средства иммуномодуляции и иммуносупрессии. Вслед за гемодиализом были созданы другие экстракорпоральные методы очистки или замены жидких сред организма: гемосорбция, плазмоферез, гемокоррекция и т.д. Сделаны решительные шаги на пути использования эмбриональных клеток для выращивания дифференцированных тканей и, вероятно, даже отдельных органов для целей трансплантации. Начато клиническое применение костномозговых клеток, прежде всего стволовых, полученных из пуповинной крови новорожденных, для лечения болезней крови. Появилась генная фармакология; успешно разрабатываются искусственные вакцины. Со многими новыми технологиями связаны неопределенность последствий их применения или явная опасность внедрения в практику. (2)

Современная медицинская практика все более тесно переплетается с научными экспериментами и испытанием новых лекарственных

препаратов и медицинских технологий на человеке. Она становится все более изощренной и могущественной, непрерывно расширяя возможности эффективного воздействия на самые глубинные структуры человеческого организма на процессы репродукции человека, на его психику, генетику, на процессы умирания. Не без оснований говорят о том, что многие медицинские воздействия, которым подвергается сегодня человек оказываются агрессивными. Со многими новыми технологиями связаны неопределенность последствий их применения или явная опасность внедрения в практику. Бурное развитие биомедицинской науки и биотехнологий поставило на повестку дня исключительно сложные с этической и моральной точки зрения вопросы. Медицина становится не только более технологически оснащенной, но и более чувствительной к этическим и правовым аспектам врачевания. Этические принципы для новой медицины хотя и не отменяют полностью, но радикально преобразуют основные положения «Клятвы Гиппократ», которая была эталоном врачебного морального сознания на протяжении многих веков. Традиционные этические ценности медицины: милосердие, нанесение вреда пациенту, благотворительность и другие получают в новой культурной ситуации новое значение и новое звучание. В современной клинической практике существует множество болезненных и спорных моральных проблем. В какой момент начинается жизнь и наступает смерть? Есть ли пределы в поддержании жизни смертельно больного человека? Этические проблемы трансплантологии и клонирования, искусственного оплодотворения и эвтаназии. Эти и многие другие моральные проблемы и моральные дилеммы, связанные с новой медициной определяют содержание новой области знаний, получившей название биоэтики, которая стремительно развивается во всем мире. И если профессиональная этика врачей касается медицинских профессионалов и на них рассчитана, то биоэтика — достояние широкой общественности, стоящая скорее на страже интересов пациентов, а не профессионалов. Биоэтика фиксирует новые моральные проблемы, возникающие в сфере практического здравоохранения, новых медицинских технологий и новые принципы их решения. Эти принципы — не непосредственные указания к практическим действиям врачей, а некоторые основы, из которых затем можно выводить конкретные решения. Эти принципы фиксируют не столько права и обязанности врачей, сколько права и обязанности пациентов. Отсюда, биоэтика это этика пациентов, т.е. правила, учитывающие и защищающие интересы каждого человека, когда он выступает в роли больного. (3).

Одним из главных ориентиров процесса совершенствования качества гуманизации и гуманитаризации в контексте Национальной программы подготовки кадров РУЗ является интеграция ценностей духовности и образования. Нарастающая тенденция проникновения наук теоретического уровня в практику предъявляет высокие требования к адекватности, оперативности их отражения в учебном процессе в

контексте единства профессиональной и социально-гуманитарной подготовки, органического сопряжения современных биолого-медицинских и гуманитарных знаний. В этом аспекте знакомство студентов с биоэтикой — новой, стремительно развивающейся областью междисциплинарных исследований этических, философских, антропологических проблем на стыке медицины, биологии, права, религиоведения, психологии, социологии и других наук, возникающих в связи с прогрессом биомедицинской науки и внедрением новейших технологий в практику здравоохранения, является весьма актуальным. Представляются закономерными и адекватными рекомендации ВОЗ(1994) о введении во всех медицинских школах мира курса биоэтики. Являясь составной частью общей гуманитарной подготовки студентов и основываясь на логике современных этических и правовых теорий, биоэтика дает критерии для правильной оценки конкретных проблемных ситуаций современной медицинской практики, для поиска оптимальных решений возникающих при этом этико-правовых дилемм, знакомит с различными моральными дилеммами, которые возникают под воздействием научно-технического прогресса в самых драматических точках человеческой жизни — при ее начале и завершении.

В сферу интересов биоэтики включаются также проблемы создания и интродукции в биосферу трансгенных растений и животных, использование пищевых продуктов, создаваемых из генетически модифицированных организмов. При этом вопросы ставятся не только в аспекте токсичности-безвредности продуктов, но и с учетом традиционных, религиозных и других прав человека, так же как и прав охраны окружающей среды.

Озабоченное будущим, мировое научное сообщество в последней декаде ушедшего столетия проявляло огромный интерес к проблемам биоэтики. В поисках ответов на актуальные проблемы биоэтики, было проведено шесть всемирных конгрессов и пять европейских конференций, в работе которых приняли участие ученые не только медико-биологического профиля, но и других специальностей: философы, представители юриспруденции, общественных и религиозных организаций. Защиту прав и достоинства человека в области охраны здоровья взяли на себя биоэтические комитеты. ЮНЕСКО сформулировала глобальные задачи биоэтики более 10 лет тому назад. По инициативе генерального директора ЮНЕСКО Федерико Майора было создано специальное подразделение ЮНЕСКО, в рамках которого работает Международный комитет по биоэтике (IBS International Bioethics Committee). Этику в области науки и технологий ЮНЕСКО сделала одним из приоритетов своей стратегии на 2002-2007 годы. В большинстве стран Европы и Америки, странах СНГ были созданы национальные комитеты по биоэтике. В США и Франции они организованы при президентах этих государств. Практически все международные организации — ЮНЕСКО, Всемирная организация

здравоохранения, Всемирная медицинская ассоциация, Совет Европы - имеют в своем составе комитеты или комиссии, постоянно занимающиеся этими проблемами. Во многих странах существует сеть соподчиненных комитетов по биоэтике: центральные, региональные и местные (больничные или институтские). Созданы: Национальный этический комитет при Российской медицинской ассоциации, Комитет по биоэтике Министерства здравоохранения, Междисциплинарный комитет по этике. Создан Форум комитетов по этике стран СНГ, работающий в тесном сотрудничестве с международными организациями. Создаются и локальные этические комиссии при клиниках, проводящих испытания лекарств. Комитет по биоэтике создан при МЗ РУз, который возглавляет академик Абдуллаходжаева М.С. (4) Организован Национальный Комитет по Биоэтике Республики Узбекистан при Международном Фонде Ибн Сино в соответствии с предложением Национальной Комиссии Республики Узбекистан по делам ЮНЕСКО и Решением Правления Международного Фонда Ибн Сино. Национальный Комитет по Биоэтике Республики Узбекистан Международной программы ЮНЕСКО создан в целях содействия обеспечению принципа этических норм при проведении научно-исследовательских работ в медицине, биологии и фармацевтической отрасли промышленности, координации деятельности заинтересованных министерств и ведомств в решении этих проблем на региональном и международном уровнях.

Процветание общества могут обеспечить лишь специалисты гармонично сочетающие глубокие специальные знания с высокой моралью и культурой. Сегодня развитие духовно богатой личности выступает не только как одна из самых актуальных проблем и основ образования, но и как фактор достижения национальной безопасности, как средство становления правового, гражданского открытого общества, как условие достижения устойчивости его развития.

В пособии используется опыт известных авторов, которые одними из первых в СНГ обратились к актуальным проблемам биоэтики и в своих публикациях использовали опыт зарубежных исследователей и международных организаций: Юдин Б.Г., Лопухин Ю.М., Силуянова И.В., Коновалова Л.В., Павлова Т.Н., Тищенко П.Д., Игнатьев В.Н., Власов В.В. и др.

#### Литература:

1. И.А. Каримов. Узбекистан на пороге XXI века. Т. 1997.
2. Ю.М. Лопухин. «Биоэтика в России». ВЕСТНИК РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ НАУК том 71, №9, с. 771-774 (2004)
3. Коновалова Л.В. Прикладная этика. МИФРАН. 1998.
4. И.Э. Атаханов, Э.М. Мухамедова. Биоэтика в контексте гуманизации образования и профессиональной медицинской деятельности. O'ZBEKISTON TIBBIYOT JURNALI №1. 2003.

## ГЛАВА I. ПРЕДПОСЫЛКИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ БИОЭТИКИ.

### 1. Биоэтика как прикладная этика.

Исторически одним из первых механизмов, регулирующих человеческое поведение и взаимоотношения между людьми, явилась мораль. Мораль является предметом изучения особой научной дисциплины - этики, родоначальником которой в европейской мысли традиционно считается Аристотель. По мере усложнения общественных отношений в человеческом коллективе возникала насущная необходимость конкретизации тех или иных нравственных норм, правил применительно к реальным сферам повседневной жизни человека. Так стали появляться этико-прикладные исследования, формироваться различные направления прикладной этики: политическая этика, журналистская этика, этика бизнеса и т. д. Появилась острая необходимость нового исследования старых проблем этики, пересмотра многих традиционных проблем, связанные с жизнью (ее зарождением, поддержанием и продлением) и смертью и др. Этими вопросами занимается современная прикладная этика. В наше время прикладная этика переступила пороги больниц и родильных домов, она вторгается в сферу бизнеса и политики, непосредственно подключается к проблемам отношения к природе, защиты прав животных, борьбы с голодом.

Именно в сфере прикладных проблем возник этический бум. В чем его причины?

Причины - в росте человеческих знаний и технологических возможностей. Например, с тех пор как возникла генетика, появились вопросы, которые никогда раньше не возникали перед человечеством: следует ли рожать искусственным способом? Должно ли общество пытаться создать сверхживотных и сверхлюдей средствами генной инженерии?

В связи с возникновением компьютерных технологий, встали проблемы использования роботов вместо рабочих и отношения людей к роботам. Наряду с прочими существуют и такие проблемы, как распределение мировых пищевых и сырьевых ресурсов, рост народонаселения и др. Поэтому этика становится предметом интереса для многих людей.

Еще одна причина - опасность глобальных катастроф, вызванных вмешательством человека в природную среду и требующая нетрадиционных решений. Новые проблемы, новые масштабы проблем требуют новых решений.

Прикладная этика в широком смысле слова - это применение этических понятий и теорий к конкретным, сложным и часто очень драматическим ситуациям. Можно рассматривать ее как казунстику (от слова casus - случай), то есть рассмотрение бесконечных случаев или прецедентов. Однако есть все основания рассматривать ее шире - новое направление, имеющее глубокий философский смысл и формирующее принципиально новые представления о человеке.

В узком смысле прикладная этика - событие, возникшее под давлением практики и приведшее к появлению отдельных видов прикладной этики (политической этики, экоэтики, биоэтики, журналистской этики и т.п.). Биоэтика, как новое направление, отличающееся от классической

медицинской этики, появилась во второй половине XX века и стала бурно развиваться.

(Термин «биоэтика» был введен в научный оборот Ван Ранселер Поттер (1911-2001) - известным американским врачом онкологом, ученым и гуманистом.) Перед Второй мировой войной он окончил биологический факультет (по специальности биохимия) Университета в Южной Дакоте (г. Брукинге), а затем - магистратуру в Висконсинском университете (г. Мадисон). После получения докторской степени, проводил научные исследования в Стокгольмском институте биохимии, в Шеффилдском университете вместе с проф. Х.А. Кребсом, а затем в Чикагском университете. Многие годы Поттер работал в Висконсинском университете сначала профессором онкологии, а затем - ассистентом директора Лаборатории Мак Ардла. В 50-х годах Поттер одним из первых продемонстрировал положительный терапевтический эффект комбинации ингибиторов клеточного роста и химиотерапии при лечении рака.

В течение своей научной деятельности Поттер много раз выбирался членом различных научных сообществ: Американской академии гуманитарных и естественных наук, Американской ассоциации по развитию науки, Национальной академии наук; был Президентом Американской ассоциации по исследованию рака и т.д. За достижения в области биохимии, исследования проблемы рака и развития биоэтики был удостоен наград: Поля-Левиша, Бергнера, Клоуса, Нобелевского фонда, Бристоль-Мейра, Международного общества по биоэтике.

Автор более чем 350 работ в области биохимии и исследований рака и 50 статей и книг по биоэтике. Основные книги: «Ферменты, рост клеток и рак» (1950), «Биоэтика - мост в будущее» (1971), «Структурная модель ДНК» (1959), «Ресурсы и решения» (в соавторстве) (1974), «Очерки о нуклеиновой кислоте» (1960), «Глобальная биоэтика» (1988). В своих работах он охватывает широкий круг проблем, относящихся не только к биохимии, но и к физиологии, экологии, философии, социологии. Книгу «Биоэтика - мост в будущее» сегодня можно отнести к классическим произведениям. Именно здесь В. Р. Поттер впервые вводит свой знаменитый термин «Биоэтика», столь широко известный сегодня в мире, закладывает основы современного представления о биоэтике, обсуждает необходимость создания междисциплинарных этических комитетов, ставших в наши дни международной практикой. Основная идея В.Р.Поттера сводилась к необходимости объединения усилий гуманитарных и биологических наук для решения проблем сохранения жизни на земле, учета долгосрочных последствий научно-технического прогресса (особенно в области биомедицинских технологий). Долгосрочное выживание человечества как вида в нормальной и устойчивой цивилизации требует развития и поддержки системы этических норм. Такую систему этических норм В.Р.Поттер назвал глобальной биоэтикой.<sup>(1)</sup> В сферу глобальной биоэтики включена система этических норм медицинской этики, биоэтики, этики окружающей среды во всемирном масштабе, в условиях которой будет возможным

долгосрочное выживание человечества как вида в нормальной и устойчивой цивилизации. Биоэтика, по мысли В.Р.Поттера должна быть тем связующим звеном (мостом), который соединит медицинскую этику и этику окружающей среды (экоэтику) во всемирном масштабе, чтобы обеспечить выживание человечества, и сохранить здоровье всего человеческого сообщества.

Само понятие «биоэтика» подразумевает область вопросов, рассматривающих отношение человека ко всему живому. Прогресс биологического и медицинского знания, развитие новых возможностей медицины привели к возникновению проблем, с которыми не сталкивалась традиционная этика. В результате развития в биоэтике сложилось два направления. Первое направление касается вопросов, рассматривающих нравственное отношение к человеческим существам, и здесь оно смыкается с медицинской этикой. Второе - этическое поведение человека по отношению к животным, а именно: вопросов использования животных в различных целях (как источник питания, сырье для промышленности, модель для медико-биологических исследований, объект для развлечения), здесь оно смыкается с этикой окружающей среды во всемирном масштабе. В настоящее время в биоэтике пристальное внимание, особую тревогу вызвала первая тенденция. Смысл понятия значительно сузился. Фактически биоэтика трансформировалась в прикладную этику, сфокусировав свое внимание на этических дилеммах медицинской практики. Круг вопросов, рассматриваемых ею, сводится к нравственным аспектам взаимоотношений врача и пациента, к эвтаназии и определению смерти, трансплантации органов, аборт, клонированию, генной инженерии и т. п. Именно в этом смысле употребляется понятие «биоэтика» в академических кругах. При этом часто понятие медицинской этики заменяется деонтологией. Последняя же означает раздел этики, изучающий проблемы долга и должного (термин введен английским философом Бентамом в XIX веке).

Во второй половине XXв начинают развиваться трансплантология, генетическая диагностика, генная инженерия, клонирование. Медицинская техника достигла такого уровня своего развития, когда врач может искусственно поддерживать жизнеобеспечение больных, ранее обреченных на неизбежное умирание. Технические достижения сопровождаются все более изощренными юридическими обоснованиями прав больных, умирающих и инвалидов. Расширилось участие этики в других проблемах - политики чаще апеллируют к этике, общественность требует этического контроля над бизнесом и рекламой, экология ратует за применение этических норм в регулировании взаимоотношений с окружающей средой. Тот же критерий - соответствие моральным нормам - выдвигается как основа не только легитимности, но и успешности банковской деятельности.

В широком смысле прикладная этика - это особый вид этики, потому что она дает новое понимание проблем морали, осуществляет новые подходы к этим проблемам, дает новое понимание этики.

Исследуя самые актуальные проблемы, касающиеся каждого человека (и простирающиеся до драматического вопроса: что же такое человек), этика

становится совсем другой наукой. Изменялись законы взаимоотношений между людьми, изменилось проблемное поле этики - сегодня она больше интересуется не социальными и политическими, а медицинскими, биологическими, экологическими вопросами.

Прикладная этика возникает в контексте глобализма, в том числе с появлением реальной угрозы жизни и существованию человечества, опасности ущемления неотъемлемых прав человека - будь то сфера медицинского обслуживания или экологического выживания. Там, где предпринимались попытки обойтись «без этики», отодвинуть этические соображения на второй план, там возникала новая опасность для жизни и страх смерти. Необходимость вновь защитить интересы человека, напомнить о его достоинстве и является общей причиной возникновения прикладной этики. Прикладная этика отличается от традиционной так же, как биоэтика от медицинской. Прежде чем рассмотреть некоторые направления прикладной этики, обратимся к традиционной этике.

## 2. Проблемы традиционной этики.

Прежде всего выделяют традиционную и современную этику, как различающиеся по проблематике и методологии. (2) В традиционной этике выделяют различные направления в зависимости от того, какая категория выступает центральной, доминирующей: этика счастья (эвдемонизм, фелогитология), этика добродетели (аретология, арете - добродетель), этика долга (деонтология), этика любви, этика сострадания, этика справедливости и т.д.

Главная характерная черта традиционной этики - ее нормативный характер. Рационально осмысленный разговор о ценностях обычно сопровождался попытками реализации этих ценностей, стремлением их превращения в нравственную норму. Рациональное обоснование нравственной ценности содержало намерение превратить эту ценность в норму поведения. В основе традиционной этики лежит идея должного, поиск идеала, который можно и нужно воплотить в жизнь.

Рассматривая окружающую действительность, философы задавали такие вопросы:

«А какой должна быть социальная действительность, каким должно быть идеальное общество (утопия Платона)? Каким должен быть человек? В чем его предназначение? Какое поведение является правильным? Что такое счастье, добро, справедливость?»

Ответы на этические вопросы содержали императивные элементы, т.е. выступали в качестве нравственных требований, стремящихся к реализации в действительности. Ценность добра в том, чтобы стать добрым, счастья - чтобы стать счастливым, любви - чтобы научиться любить и быть любимым, справедливости - в ее практической реализации.

Таким образом, в традиционной этике моральные ценности выступают в качестве императивов (нравственных требований), а также в качестве идеалов и норм. Поэтому традиционная этика называется нормативной наукой. Классические философы - (этики Сократ, Аристотель, Спиноза,

Кант) были одновременно великими просветителями и моралистами, которые учили человечество, как надо жить. Например, всем известна формула «счастливой жизни» Спинозы: «Не плакать, не смеяться, а понимать». Другой специфический признак классификации этико-философских систем - качественная определенность предлагаемых нормативных программ. По этому критерию выделяются этика удовольствия (гедонизм), этика счастья (эвдемонизм), этика опрощения (кинизм), этика созерцания, этика долга, этика любви, этика сострадания, этика пользы (утилитаризм), этика героизма, этика разумного эгоизма, этика ненасилия, этика благоговения перед жизнью и др.

Нормативность этики нельзя путать с морализированием, моральной проповедью. Этико-нормативные программы апеллируют к опыту и логике, являясь предметом рационального дискурса. Этим философская этика резко отличается от религиозной проповеди.

Стремление к рационализации, выраженное в афористической форме Спинозой, было характерно и для этики Нового времени (Modern time) и может быть описано как форма модернизации этики. Максимальной рационализации этика достигла в трудах И. Канта и Г. Гегеля.

Кант принадлежит к этическому абсолютизму, поскольку он считал мораль самодостаточной сферой, (высшей культурной ценностью, не требующей обоснования и не выводимой ни из каких других областей жизни), но выступающей основанием для всех других сфер культуры (права, религии, искусства, политики).

В противоположность этой позиции этический релятивизм пытается вывести мораль из других сфер: из природы, социальной действительности, из каких-либо авторитетных источников (заповедей, заветов), генетической предрасположенности, культуры и т.д.

В начале 19 века немецкий философ А.Шопенгауэр высказал радикальные сомнения по поводу классических представлений о человеке и подверг резкой критике основные идеи традиционной этики, положив начало новому иррационалистическому направлению. Против каких идей выступил Шопенгауэр? Против идеи человеческой рациональности (основанной на вере в то, что человек обладает разумом и способен контролировать свои действия; против мнения, что в сознании и повелениях человека доминируют рациональные цели и мотивы).

Против идеи добродетельности человека (основанной на вере в то, что человек стремится к благополучию других людей). Он также выступил против идеи должного как достижимой цели (человечество существует уже несколько тысяч лет, но за этот промежуток люди, по мнению Шопенгауэра не стали добрее или разумнее, поэтому вряд ли они станут такими на протяжении следующих тысячелетий).

Переворот в этике, осуществленный Шопенгауэром, основывается на открытии им сферы бессознательного (которую он называет «волей»), а также на убеждении, что эта воля является «злой», «эгоистичной» и «порочной». Главная идея Шопенгауэра - миром правит не разум, а воля. В работе «Мир

как воля и представление» философ утверждает, что мир дан человеку не в виде представления, а в виде воли. Именно воля объединяет все живое, она является иррациональным и злым началом мира. Воля порождает все живое, и она же убивает. Она пожирает сама себя, ибо, кроме нее, нет ничего, а она - голодная воля. Например, воля проявляется в половом инстинкте, коварство которого состоит в том, что это влечение угасает сразу после своего удовлетворения, а затем оно снова возникает, но уже по отношению к другому объекту.

Мировая воля сильнее всего проявляется в человеке. Поэтому человек самое страдающее из всех существ.

Воля находится вне морали. Поэтому человек - аморален. В основе его поведения лежат не рациональные аргументы, а иррациональные мотивы. Все красивые слова, которые он произносит, являются прикрытием аморальных, эгоистических мотивов.

Шопенгауэр основал новый подход к человеку и обществу: не идеализировать человека, не стремиться его переделать, а посмотреть на него таким, каков он есть. Идеализация упрощает образ человека. Действительно, многие представления об идеальном человеке, так же как и представления об идеальном обществе, создают пародию.

Однако мрачная картина, нарисованная Шопенгауэром, а также его ближайшим учеником Ницше, создает исключительно отрицательный образ человека - чудовища и монстра, изображая его злым, агрессивным и несчастным существом, обреченным на страдания.

Концепция А. Шопенгауэра была более подробно развита Ф. Ницше и З. Фрейдом, которые также акцентировали внимание на скрытых, бессознательных мотивах человеческого поведения, свидетельствующих против казавшихся наивными и утопическими традиционных представлений о человеке. Обострившееся внимание к сфере бессознательного привело к развитию такого важного направления в этике как психология морали. Стремление выйти за рамки традиционных представлений о человеке и культуре и наполнить этику новым содержанием, выразилось в создании социологии морали. Наиболее известным представителем этого направления был Макс Вебер, который в работе «Протестантская этика и дух капитализма» осуществил гениальный анализ роли хозяйственной этики протестантизма в формировании капиталистической экономики.

В начале XX века произошел еще один важный переворот в этике, который ознаменовался появлением нового направления - метаэтики, основателем которой явился английский философ Д. Мур, отделивший теоретическую этику от нормативной. Мур показал, что моральные суждения (суждения ценности) не выводятся из суждений о фактах, следовательно, этика не имеет объективных оснований для предпочтения одних моральных суждений другим и формулирования определенного нормативного идеала. Поэтому предлагалось отделить этику как учение о нормах и правилах от научной этики. Метаэтика - научная этика, предметом которой является логический анализ языка морали. Метаэтика отказалась от нормативной

функции, отказываясь и от моральной ответственности за свои выводы, и от какой-либо вообще связи с практическими потребностями и жизнью реального человека. Многие современные этики отказываются от традиционной роли моралиста и просветителя (на которую претендовали и Сократ, и Аристотель, и Спиноза, и Кант), сегодня этически ориентированные философы рассуждают не от имени человечества, а как обычные, простые люди, страдающие как все остальные, от несовершенства мира, но не предлагающие собственных универсальных спасительных рецептов.

Часть этики носит чисто дескриптивный характер (являясь эмпирическим описанием нравов и ничего не предписывая). Дескрипция (от англ. describe - описывать, рисовать) - простое описание нравов, традиций, принятых в разных культурах в разные исторические периоды. Современная этика опирается на такие науки, как социология, психология, выступая соответственно в роли социологии морали или психологии морали. И, наконец, прикладная этика характеризуется стремлением к максимальной конкретизации и к соединению с практикой. Сегодня наиболее активно разрабатываются такие направления прикладной этики, как: компьютерная этика, этика бизнеса, деловая этика, экоэтика, медицинская этика, биоэтика, и др.

#### Вопросы для самопроверки

1. Почему стали появляться этико-прикладные исследования?
2. Кто вошел в научный оборот термин «биоэтика»?
3. Какие два направления в результате развития сложились в биоэтике?
4. Чем отличается прикладная этика от традиционной?
5. Каковы основные направления традиционной этики?
6. Как вы понимаете нормативный характер традиционной этики?
7. В чем отличия философской этики от религиозной проповеди?
8. Что такое этический абсолютизм?
9. Что такое этический релятивизм?
10. Какова роль Шопенгауэра в этике?
11. Против каких идей традиционной этики выступил Шопенгауэр?
12. Какие открытия сделал Шопенгауэр?
13. Какова главная идея Шопенгауэра?
14. Почему человек аморален?
15. Какой образ человека нарисовал Шопенгауэр?
16. Кто были учениками Шопенгауэра?
17. Что такое социология морали?
18. Что такое метаэтика?
19. Что такое дескриптивная этика?

#### Литература

1. М.Я. Яровинский. Лекции по курсу «Медицинская этика» М.2001
2. Алексина Т.А. Курс лекций: «Этика» Мн.1998.

### 3. Биоэтика - новое мировоззрение, новая наука о милосердии.

В результате научно - технического прогресса сформировалось такое мировоззрение, когда человек и весь живой мир рассматриваются как средства или объекты манипулирования для достижения каких - либо научных целей. Опасность такого мировоззрения подтверждается такими примерами из истории, когда «во имя науки, общества» приносились в



жертву человеческие жизни, здоровье. Сегодня очевидно, что необходимо новое мировоззрение, которое бы не противопоставляло человека природе, а способствовало бы формированию этического отношения к окружающему миру. В мире все более обостряется противоречие между использованием достижений научных знаний и интересами отдельных людей, сообществ. Формирование биоэтики явилось закономерной реакцией на сложившуюся ситуацию.

Биоэтика понимается как философское понятие, касающееся нравственной стороны поведения человека в контексте прикладной этики, рассматривающей отношение человека к различным живым формам, животным, как ответственность человека перед окружающими, как поведение и отношение человека к человеку. Рассматривая этичность поведения и отношения человека к человеку, биоэтика смыкается с медицинской этикой – деонтологией. Как мировоззрение, биоэтика означает отношение человека к окружающему миру в целом, его представление об окружающем мире и своем месте в нем.

Вводя в научный оборот термин «биоэтика», В.Р.Поттгер указывал на необходимость особого варианта экологической этики, которая смогла бы противостоять научно-техническому прогрессу, иногда весьма далекому от гуманности.

Термин «биоэтика» используется для обозначения междисциплинарных исследований моральных проблем биомедицины, прежде всего связанных с необходимостью защиты достоинства и прав пациентов, как часть прикладной этики, которая также представляет форму регуляции деятельности профессии не изнутри, а извне. (1)

В течение многих веков царил мнение о том, что только человек представляет ценность как живое существо и имеет право использовать произвольно любые объекты живой и неживой природы (вопрос о том, что отношение к животным может и должно быть этическим, был окончательно решен сравнительно недавно.) Этот тип мировоззрения получил название **антропоцентризма**. Развитие этической философской мысли, особенно в конце XIX и в XX вв, протест лучшей части человечества против односторонности антропоцентризма привели человечество к необходимости пересмотреть взгляды своей этики на отношение в окружающем мире и выработать более гуманный и справедливый взгляд на свой статус, который выразился в **биоцентризме**.

В книге «Биоэтика и образование» (Сидней, Гамбург, 1990) Дж. Р. Мейер приводит схему различных типов мировоззрения, отличающихся пониманием идеи нравственного долга человека. Когда нравственный долг личности распространяется на всех членов группы, мы имеем дело с **социоцентризмом**. Если считается, что человек должен защищать все разумные существа на земле, такого рода этика называется **патоцентризмом**. Если в центре внимания находится человек и его потребности, признается, что только человек имеет ценность и,

следовательно, человек имеет нравственный долг только перед людьми, то такая философская концепция называется **антропоцентризмом**. Если, наконец, признается, что человек имеет нравственный долг перед всеми живыми существами на земле, призван оберегать все живое, животных и растения, то такого рода мировоззрение имеет название **биоцентризма**, т. е. в центре внимания находится «биос» - жизнь, живое. (2) Антропоцентризм был доминирующим мировоззрением человечества на протяжении многих веков. Человек противопоставлялся всем остальным существам на земле и считалось само собой разумеющимся, что только интересы и потребности человека имеют важность, все остальные существа не имеют самостоятельной ценности. Это мировоззрение передает крылатое выражение: «Все для человека». Философия, религия Запада поддерживали убеждение в уникальности человека и его места в центре вселенной, в его правах на жизнь всех остальных живых существ и саму планету.

Возникновение антропоцентризма как мировоззренческой концепции относится к античной эпохе. В Древней Греции существовало несколько философских школ, одна из которых, основанная Аристотелем, признавала правомерность неравенства между людьми, в частности, рабства, и усматривала пропасть между людьми и животными; считалось, что животные созданы для блага человека. Это учение Аристотеля было изложено в более примитивном виде последователем Аристотеля Ксенофонтом и другими. Антропоцентризм Ксенофонта был удобной философией, освобождавшей человека от угрызений совести по поводу судьбы других существ, и приобрел большую популярность. В настоящее время антропоцентризм начинает рассматриваться как негативная форма мировоззрения, как одна из разновидностей дискриминационных воззрений людей, не отвечающих требованиям истинной этики. (2)

Если наиболее низкому нравственному и духовному уровню человечества отвечала такая позиция, как эгоцентризм, близко к которой стоят расизм, национализм, то антропоцентризм недалеко отстоит от этих воззрений - считая правомерным удовлетворять только интересы человека и делать это за счет других биологических видов. Антропоцентризм показал себя несостоятельным и как философия, и как научный подход к определению статуса человека в природной среде, и как практическое руководство к действию, оправдывавшее любые поступки человека по отношению к другим живым формам. Антропоцентризм ориентировал общество на максимальное потребительство; человек рассматривал природную среду, животных как свою кладовую, как неисчерпаемый источник материальных благ.

Развитие технологии, расхищение природных богатств, уничтожение животных и растительности, загрязнение окружающей среды привело к истощению природных ресурсов и поставило человечество перед глобальным экологическим кризисом. Для человечества стало очевидно, что необходимы новые мировоззренческие ориентиры, которые бы не

противопоставляли человека природе. Появление новой области знаний - биоэтики, которая основывалась на нравственном отношении ко всему живому, успехи развития этической мысли в области взаимоотношений человека и других живых существ на земле, позволили укрепиться новой мировоззренческой концепции - биоцентризму. Философской основой биоцентризма являются стратегия ненасилия, принцип непричинения зла всему живому - ахимсы. Ахимса один из основных этических принципов ямы, входящих в йогу. Наиболее полная формулировка ахимсы звучит так: не причиняй вреда живым существам делами, словами, помыслами, чувствами и своими подсознательными импульсами. Можно увидеть, что этот принцип имеет много общего с древними моральными принципами Авесты, заключенными в триаде- «добрая мысль, доброе слово, доброе дело». Непосредственное следствие ахимсы - вегетарианское, а точнее яично-молочно-растительное питание. Принцип ахимсы в истории неоднократно дискутировался и «исправлялся». Например, Махатма Ганди говорил об ахимсе кшатрия (война), обязанного бесстрашно, без страха, гнева и ненависти добросовестно исполнять свой воинский долг. Даже в одном из основополагающих текстов йоги «Бхагавадгите» Кришна вдохновляет кшатрия Арджуну на участие в битве. В действительности, вопрос не так прост. И введение поправок было бы необходимым почти по каждому поводу, чтобы соблюдать букву ахимсы. Что существенно, ахимсу надо, по возможности, выполнять как некий идеальный принцип. Однако, без ненужного фанатизма, который сам по себе непременно рождает нарушение ахимсы.

Биоцентризм предполагает, что не один вид или несколько видов, а все живое имеет право на существование, что именно биос, а не просто человек должен встать в центре внимания. Права биоса должны быть защищены в законодательных документах. Биоцентрический подход к пониманию роли и места человека в природе поможет правильно решать и вопросы экологического характера.

Одной из форм претворения в жизнь принципов биоцентризма должно стать изменение отношения к потреблению, поскольку концепция «все для человека» утрачивает силу. Иными словами, человек как потребитель обязан учитывать интересы и других видов, в частности: сохранение мест обитания животных, условий для их выживания; становится недопустимой жестокая эксплуатация земли, уничтожение лесов, связанные с удовлетворением потребностей человека.

#### Универсальная этика А. Швейцера.

Настоящую глубину биоэтическая мысль приобрела только в XX веке с обоснованием необходимости этического отношения ко всему, что его окружает, которую дал великий гуманист эпохи XXв доктор Альберт Швейцер (1875-1965 гг.) Он создал стройную этико-философскую систему - универсальную этику, ставшую частью современного мировоззрения. Швейцер говорил: «Ошибкой всех существующих этик было мнение о том, что надо рассматривать отношение человека к человеку, когда в

действительности речь идет о том, как относится человек ко всему, что его окружает»(2). Наиболее значимым событием в области создания альтернативных этических концепций был выход книги Альберта Швейцера «Культура и этика» в 1924 году, где он обосновывал новую этику - универсальную, «этику благоговения перед жизнью». Основным положением этой этической теории стало требование нравственного отношения ко всему живому, моральная ответственность человека за все, что живет. Универсальная этика А. Швейцера обосновывает принцип «благоговения перед жизнью».

Биография А. Швейцера - это история личного подвига, самоотвержения во имя страдающего человечества и всего живого. Чем выше в духовном отношении стоит человек, считает Швейцер, тем с большим благоговением он относится к любой жизни. А. Швейцер пришел к решению, что он должен посвятить себя помощи страдающему человечеству; он видел сосредоточие этих страданий в Африке, среди народа, угнетенного европейскими завоевателями. Он увидел свой моральный долг в служении именно этим людям, перед которыми испытывал чувство вины, как европеец. Принцип уважения к жизни, разработанный Швейцером, характеризуется тремя моментами: во-первых, этот принцип всеобъемлющ. Швейцер не считает благоговение перед жизнью одним из принципов, пусть даже одним из наиболее важных. Он считает, что это единственный принцип, лежащий в основе нравственности. Швейцер считает, что даже любовь и сострадание, хотя это чрезвычайно важные понятия, - лишь составная часть понятия благоговения перед жизнью. Сострадание, которое представляет собой интерес к страданиям живого существа, - слишком узкое понятие для того, чтобы представлять всю суть этики. Этика благоговения перед жизнью рассматривает также и чувства живых существ, условия их существования, радости живого существа, его стремление жить и стремление к самосовершенствованию.

Во-вторых, этот принцип является универсальным. Швейцер считает, что принцип благоговения перед жизнью относится ко всем формам жизни: к людям, к зверям, к насекомым, к растениям. Этичный человек не спрашивает, в какой степени то или иное существо заслуживает сочувствия или является ценным, или в какой степени оно способно чувствовать. «Жизнь как таковая священна для него», - утверждает Швейцер. Этичный человек не отрывает листка с дерева, не срывает цветка и стремится не наступать на насекомых. Летом, работая при свете, он предпочитает держать окна закрытыми и дышать душным воздухом, но не смотреть, как одно насекомое за другим падает с опаленными крылышками ему на стол. Если он гуляет по дороге после сильного дождя и видит, как вылезают из недр дождевые черви, то он испытывает беспокойство, что они слишком сильно высохнут на солнце и погибнут, прежде чем успеют снова зарыться в землю. И он поднимает их и кладет на траву. Если он видит насекомое, попавшее в лужу, то он останавливается и достает его листком или

травинкой для того, чтобы спасти его. И он не боится, что над ним будут смеяться из-за того, что он сентиментален. Швейцер говорит: «Это судьба любой истины - быть предметом насмешек до тех пор, пока эта истина не будет общепризнанной».

Третий принцип - безграничность. Швейцер не вступает ни в какие дискуссии относительно того, как широко распространяется этика, на кого она распространяется. Он говорит: «Этика это безграничная ответственность перед всем, что живет».

#### Основы этичного отношения к миру и биоэтика

Этичное поведение личности предполагает заботу о другом лице, сопереживание с другим лицом, действия в интересах этого лица. Такого рода установка личности, чувствующей ответственность за другого, называется альтруистической, в противоположность эгоистической, когда на первое место выступают личные интересы, или даже эгоцентрической, когда личные интересы исключают возможность действовать в пользу кого-либо другого. Готовность поступиться своими интересами во имя справедливости или в силу сострадания всегда расценивалась как наиболее важное качество этичной личности. Хотя в эволюции этики человеческого общества играли роль и прагматические моменты - поскольку этичность поведения отдельного члена общества была в интересах всего общества - основной причиной развития этики в историческом плане был духовный рост человека.

Этичное или нравственное отношение к миру есть отражение духовных и интеллектуальных потенций человека. Этика отношения к окружающим зависит от способности человека использовать личный жизненный опыт и опыт человечества, способность анализировать действия и эмоции других людей, переносить себя мысленно на место другого. Способность умозрительно пережить ситуацию, в которой оказывается другое лицо, требует развитого воображения. Высшим же даром, который обрело человечество в ходе эволюции, является способность переживать чувства другого - т. е. сопереживать ему. Эта способность требует развития таких качеств личности, как милосердие, сострадание, доброта. По мере развития этой способности человек научился сопереживать не только другому человеку, но любым живым существам, которые могут испытывать боль и страдания, иными словами, восприятие мира у человека стало не только этичным, но и биоэтичным.

Этичное и биоэтичное мироощущение - это свойство высокоразвитой психики и в основном доступно только человеку. Однако, некоторые высоко организованные виды животных, особенно находившиеся длительное время в контактах с человеком, способны сопереживать. Основа этичного поведения людей имеет эмоциональную природу, однако, для многих людей необходим также рациональный подход, который подкреплял бы их эмоциональные порывы. Такие люди используют в качестве аргумента принцип справедливости; в этом случае они опираются на общепризнанные нравственные нормы - так как

справедливость является обязательным требованием к поступкам нравственного человека.

#### Биоэтика — новая наука о милосердии.

Биоэтика стала наиболее развитой и разработанной частью прикладной этики. Более того, высказывается точка зрения, что биоэтика вполне может претендовать на статус самостоятельной науки (а не просто одной из частей этики или прикладной этики), настолько богат и разнообразен круг ее проблем; настолько высок уровень их анализа, настолько актуальны и животрепещущи решаемые ею вопросы. Поэтому сегодня особенно актуально обращение к ценностям и нормам, которые войдут в основу современной биоэтической парадигмы и будут служить основой для принятия решений в нестандартных ситуациях. В любой стране трансплантация, реанимация, искусственное оплодотворение, гештальт терапия - это конкретные направления современной врачебной практики. Научное знание, в частности медико-биологическое, по самому своему определению универсально. Универсальность научного знания заключается в том, что наука, и прежде всего естествознание, изучающее законы объективного мира, не связана в своем содержании с теми или иными особенностями отдельных наций. Особенности стран и регионов определяют лишь разный вклад в уровень ее развития. Всеобщность научного знания заключается в общем пользовании результатами науки и недопущении монополизации знания. Общее пользование и обмен результатами-условия существования и развития научного знания. Э.Пеллегрини справедливо полагает, что «биоэтические проблемы не имеют национальных и культурных границ» И первое основание этому - универсальность и всеобщность биомедицинского знания.(3)

Корни большинства проблем биоэтики уходят далеко вглубь истории. По своей сути эти проблемы, унаследованные от прошлого, современны, актуальны и остры, их решения приходится переосмысливать заново, искать новые выходы. Непосредственным же источником проблем, рассматриваемых в биоэтике, является стремительный прогресс биомедицинских наук и технологий, столь характерный для последней трети прошлого столетия. Сам по себе этот тезис может показаться нелепым: именно то, что замышляется и делается с единственной и безусловно благой целью - облегчить страдания человека, повысить качество и продолжительность его жизни, оказывается источником проблем.

Проблемы эти, как правило, вызывают в обществе серьезные дискуссии и разногласия. При их решении люди руководствуются не только лишь рациональными аргументами, но и тем, что диктуется традициями, ценностными установками, наконец, эмоциями. Рост социальной «чувствительности» по отношению к новшествам и достижениям современной науки приобрел общечивилизационный феномен - реальность отрицательных последствий научно-технической практики и для отдельного человека, и для общества в целом - ставит ряд

практических задач по социальному регулированию научной деятельности как на уровне экспериментальных исследований, так и на уровне практического внедрения и использования. В проблемном спектре современной культуры устойчивое место заняли проблемы социального признания, социализации научных открытий и социальной ответственности ученых-исследователей. (3)

Первым международным документом, который поставил проблему социальной ответственности ученых на уровень социально-значимых общечивилизационных проблем, стал Нюрнбергский кодекс (1947), который был принят Международным военным трибуналом на основании материалов и протоколов медицинских опытов на человеке в нацистской Германии.

Биоэтика как область исследований, как поле общественных дискуссий и моральных решений делает в нашей стране первые шаги. Многие выдающиеся интеллектуалы мира провозгласили, что если человечество хочет выжить в следующем тысячелетии, оно должно проложить путь от разрушительных традиций и разделения к новому общепланетарному мировоззрению. Они выразили свою позицию в гуманистическом манифесте 2000, выпущенном Международной Академией Гуманизма. Он утверждает, что новое мировоззрение является «тем, что должно защитить права человека и возвысить человеческую свободу и достоинство, а также подчеркнуть наши обязанности перед человечеством как целым»(4). Частью этого нового мировоззрения становится биоэтика, которая является составной частью глобальной биоэтики. Современная биоэтика имеет синкретический характер, она базируется на идеалах демократии и гуманизма, традиционных ценностях европейской культуры, западных и восточных религиях. Биоэтика открыта для обсуждения различных точек зрения и стремится показать, что каждый человек несет личную ответственность за сохранение Жизни на Земле. Одним из достижений демократических усилий современной культуры является признание равноправия различных мировоззрений. В то же время признание равноправия не освобождает от реальной опасности мировоззренческой разъединенности человечества и даже в определенном смысле закрепляет ее. Существование биоэтики в двух формах - либеральной и консервативной - определяется реальностью типологической несовместимости морально-мировоззренческих традиций. Их противостояние, и именно в пограничных вопросах жизни и смерти, делает эту несовместимость особенно драматичной. (3)

Непосредственным источником проблем, которые рассматривает биоэтика, является стремительный прогресс науки и технологий не только в медикобиологической сфере, но также в промышленности и сельском хозяйстве. Глобальная биоэтика провозглашает необходимость гуманного и уважительного отношения одного человека к другому, животным, природе и живому вообще. Целью биоэтики среди прочих является воспитание нравственности, формирование мировоззрения,

культуры в контексте биоцентризма, отказа от антропоцентристской слагающей в развитии науки. Научно-технический прогресс представляет собой не только источник цивилизационных благ, но и зачастую угрожает существованию человека, разрушая природную среду его обитания. Велением времени становится гуманизация образования, ее направленность на новое миропонимание, целостное видение мира, новых мировоззренческих ориентиров, воспитание гуманистического мышления. В этот процесс свой вклад вносит биоэтика. Сегодня как никогда человек должен мыслить глобально, осознавать свою ответственность за окружающий мир, гармонизировать свои отношения с природой, осознавать, что человечество, несмотря на государственные, национальные, социальные, культурные различия едино, что сегодня нужна общая, единая концепция выживания, совместные усилия для спасения и развития природы, культуры, жизни. Первостепенное значение приобретает задача формирования у будущих специалистов мировоззренческой культуры, богатого духовного мира, восприятия общечеловеческих, нравственных ценностей, этики индивидуальной ответственности, самостоятельного и творческого мышления, выработки ясных целей и задач на будущее.

#### Вопросы для самопроверки

1. В чем опасность мировоззрения, когда человек и весь живой мир рассматриваются как средства или объекты манипулирования для достижения каких-либо научных целей?
2. В чем смысл философского понятия биоэтики?
3. В чем сущность и односторонность антропоцентризма? Когда и где возникла концепция этого мировоззрения?
4. Почему биоцентристское мировоззрение более гуманно и справедливо, чем антропоцентристское?
5. Какие схемы типов мировоззрения приводит Дж. Р. Мейер?
6. Что позволило укрепиться новой мировоззренческой концепции - биоцентризму?
7. Стратегия философской основы биоцентризма?
8. Основное положение универсальной этической теории Альберта Швейцера?
9. Суть новой науки о милосердии?

#### Литература.

1. Коновалова Л.В. Прикладная этика. (по материалам Западной литературы.) М. ИФРАН 1998г
2. Т. Павлова. Биоэтика в высшей школе. М. 1998)
3. Силуанова И.В. Биоэтика в России: ценности и законы М. 2001
4. Гуманистический манифест 2000. Теоретический журнал CREDO N 20 2000 год.

#### 4 Основные принципы и модели биоэтики.

##### Принципы биоэтики.

Как известно, биоэтика возникла из соединения философии и медицины, превратилась в практическую философию (прикладную этику), дающую возможность мудрому врачу подняться до божественных высот при решении вопросов о жизни и смерти. Биоэтика как научная дисциплина впитала в себя наработки методик социологии, психологии, социальной психологии, религиоведения, юриспруденции, менеджмента, педагогики и других

медицинских и немедицинских дисциплин, имея свой объект- этические дилеммы медицинской практики, нравственные аспекты взаимоотношений врача и пациента.

Долгое время в нашей стране медицинскую этику в основном рассматривали как всю совокупность моральных критериев, которыми руководствуется медицинский работник в повседневной профессиональной работе. Однако, в настоящее время акцент сместился: вместо гуманистического (любви к человеку, т.е. по сути дела антропоцентризма) на биологический (почитание, восхищение неповторимостью и красотой, поддержка всего живого) - биоэтику, и многие авторы сейчас употребляют эти понятия как синонимы. В России даже возник гибрид понятий - биомедицинская этика (1)

Согласно определению Страсбургского симпозиума по биоэтике 1990 г., биоэтика - это область знаний, изучающая моральные, юридические, социальные проблемы, возникающие по мере развития медицины и биологии. Иными словами, это наука о критериях нравственного отношения к живому, это институт, защищающий интересы общества от агрессии науки, а также методология решения нравственных дилемм в области медицины, нашедшая применение в ежедневной практике медицинского работника и исследователя. Основная цель биоэтики - защита человека от возможных негативных воздействий медицины и биологии на его жизнь и здоровье.

Если медицинская этика касалась только врачей, то комитеты по биоэтике формируются их философов, экологов, юристов, представителей общественности, городских властей. Медицинская этика говорит об обязанностях врача, биоэтика стоит на страже прав пациентов. Кратко рассмотрим основные этапы развития медицинской этики так как о биоэтике мы имеем право говорить, рассматривая явления в медицине после 1970г. (2)

1.Этап -начался с " формирующейся медицины"(опора на основные моральные ценности- понятия о Добре и Зле, например в Авесте, принцип ахимса и т.п. ) Этап завершился появлением трудов греческих философов (Сократ, Платон, Аристотель), особенно «Корпуса Гиппократата».

2.Этап- начался с появлением монотеистических религий и проходил в рамках их формирования в иудаизме,буддизме, христианстве, исламе. Заметный след в истории медицинской этики оставили труды исповедовавших ислам арабских ученых-медиков эпохи Возрождения в Центральной Азии: "Практическая этика врача" Аль-Рухави, "Приказ медицины" Ибн-Абу Усейби, "Канон медицины" и "Фируз нома" Ибн Сины, который содержит немало этических принципов, например, требование к врачу, больному и здоровому сосредоточить усилия на предупреждении болезней, учитывать индивидуальные особенности и уникальность каждого человека. Многие выдержки из названных трудов стали афоризмами, переводились на латынь и европейские языки.

3.Этап - появление в X-XIII в и в последующие, корпораций врачей. Светская медицинская школа в Салерно, достигшая расцвета в XIII, занималась переводами медицинских книг с арабского на латынь. Итог этому этапу

развития медицинской этики подводили труды Т.П.Персиваля («Медицинская этика» 1803г), обсуждается принцип «делай благо».

4.Этап- " деонтологический". И.Бентам- английский философ и правовед в книге "Деонтология или наука о морали" (1834) с позиций утилитаризма утверждает о необходимости деонтологии для любой профессии. Обсуждается принцип пользы, принцип долга.

5.Этап- начался с принятия в 1948г на 2-ой сессии ВМА в Женеве декларации (Клятва Гиппократата XXв) и Международного кодекса медицинской этики(1949г). На этом этапе неизмеримо возросла общественная роль врача, а морально-этическое регулирование медицинских работников поднялось на новую ступень, обретая статус международных соглашений. Термин «биоэтика» в 1970г вводится в научный оборот В.Поттером (статья "Биоэтика, наука выживания" в "Perspectives in biology and medicine").

**Принципы и модели медицинской этики.**

Медицинская этика - одна из наиболее развитых видов прикладной этики на протяжении тысячелетий, стремилась регулировать сложные взаимоотношения, возникавшие между врачами и больными, испытывавшими страдания и нуждавшимися в особой заботе и внимании, и часто, не только в лечении болезни, но и в спасении жизни.

Один из создателей медицинской этики - великий Гиппократ сформулировал основные принципы поведения врача в «клятве Гиппократата». Отношения врач-пациент всегда носили драматический характер, обусловленный их не симметричностью: врач обладает знанием и властью, больной доверяет ему самое ценное, что у него есть (свою жизнь). Именно поэтому эти отношения должны быть жестко регламентированы моралью и правом. Медицинская этика -это совокупность связанных между собой индивидуальных и социальных принципов, призванных оказывать влияние на действия врача. Врач обычно всегда рассматривался как главное лицо при принятии решений о том, что нужно пациенту для его же блага (принцип патернализма), о стратегии лечения (врачебная тайна).

Одна из первых моделей медицинской этики- патернализм. Это такая модель отношений, когда врач выступает по отношению к больному не только как любящий отец, но как царь и бог, ибо в его руках - жизнь, здоровье, свобода, полноценность, счастье человека. Содержание профессиональной медицинской этики определяется такими принципами, как «приносить пользу», «не навреди», «вызывать доверие пациента», то есть направлено на регуляцию деятельности врача и называется «медицинской деонтологией».

Медицина - область, требующая высокого профессионализма и предполагающая четкую систему этических принципов. На индивидуальном уровне медицинская этика включает профессиональную автономию врача и благодеяние. Профессиональная автономия - это право определять курс лечения без вмешательства других лиц. Она ограничена правом пациента на информацию о своем здоровье.

Благодеяние - наиболее известное положение из «клятвы Гипократа» - это профессиональная обязанность врача оказывать помощь другим в случае необходимости. В рамках медицинской этики требуется найти баланс между благодеянием и предотвращением дальнейшего вреда (например, необходимостью прекратить боль). Этот этический диалог между принципом блага и предотвращением вреда иногда рассматривают как противостояние святости жизни и качества жизни.

На социальном уровне медицинская этика касается проблем распределения медицинских ресурсов, их доступность и социальную справедливость. Доступность медицины - это право каждого пациента на получение врачебной помощи, возможность оплатить медицинские услуги. Предполагается, что эту обязанность должно взять на себя общество.

Справедливость - это право пациента получать медицинскую помощь, свободную от предубеждений и фаворитизма. Не смотря на то, что каждый человек имеет абстрактное право на охрану здоровья, в реальной практике возникают трагедии и конфликты из-за халатности, некомпетентности и неграмотности медиков, а также по причине правовой неграмотности.

В отношениях врач - пациент изначально заложено неравенство: знания, которыми обладает врач, дают ему власть над пациентом в той сфере, которая представляет для пациента особую ценность. Что касается пациента, то он перед врачом обнажен и физически, и эмоционально. Больной обеспокоен и растерян, он рассчитывает на помощь, находится в крайне зависимом положении, связанном, в том числе, с неопределенностью и риском. Мораль и право призваны выровнять это неравенство, связав врача определенными обязательствами и защитив пациента определенными правами. Сегодня существуют международные принципы медицинской этики, в том числе изложенные в Декларации о защите от пыток и других форм унижения человеческого достоинства (принята в 1982 году Ассамблеей ООН). Основные принципы медицинской этики, относящиеся к роли врачей в защите заключенных от пыток и других видов обращения и наказания, унижающих человеческое достоинство, сводятся к следующим:

1) Работники здравоохранения обязаны охранять физическое и психическое здоровье заключенных, обеспечивая их лечением такого же качества, что и лицам, не являющимся заключенными.

2) Врачи совершают преступление, если они участвуют или соучаствуют в пытках или других жестоких видах обращения и наказания.

3) Работники здравоохранения или врачи совершают преступление, если они:

применяют свои знания и опыт для содействия допросу заключенных таким образом, что это может повлиять на их здоровье; удостоверяют, что состояние здоровья заключенных позволяет подвергать их любой форме обращения или наказания, которое может оказать отрицательное воздействие на их физическое или психическое здоровье.

4) Участие врача в любой процедуре смиренного характера является нарушением медицинской этики, если только оно не продиктовано необходимостью охраны здоровья и безопасности заключенного.

5) Не может быть никаких отклонений от вышеизложенных принципов, ни на каких основаниях, включая чрезвычайное положение.

Итак, основные принципы в медицинской этике выражаются в обязанностях врача. Главный акцент медицинской деонтологии связан с соблюдением врачом своих обязанностей перед больным, перед другими врачами, перед родственниками и близкими больного. Эти обязанности можно свести к следующим:

а) оказывать всем нуждающимся квалифицированную помощь; б) делать это с чувством сострадания и уважения к человеческому достоинству; в) сохранять врачебную тайну; принимать самостоятельные решения исходя из принципа патернализма; г) не навреди; д) честно относиться к своим коллегам и добиваться разоблачения тех врачей, которые прибегают к обману и жульничеству; е) совершенствовать свои знания; ж) не проводить опыты на людях (на заключенных); з) обеспечивать медицинское обслуживание заключенных такого же качества, как и других людей; и) не принимать соучастия активного или пассивного - в пытках или других жестоких или унижающих человеческое достоинство мероприятиях; к) не участвовать в процедурах смиренного характера в отношении заключенного или задержанного.

Основные принципы биоэтики выражаются не в обязанностях врача (как в медицинской этике), а в формулировке прав пациента:

1. Право на информацию, изложенную в понятном виде, письменно. Пациент должен иметь информацию о риске. Этот принцип отличается от врачебной тайны, поскольку предполагает информированность пациента.

2. Больной имеет право принимать решение относительно своей судьбы, участвовать в принятии решения.

3. Вместо патернализма, как основного принципа медицинской этики, вводится принцип автономии личности, основанный на уважении человеческого достоинства и свободного выбора больного;

4. Главный принцип биоэтики: информированное согласие (informed consent).

5. Милосердие.

Информированное согласие означает, что пациенту рассказывается в доступной для него форме его состояние и он участвует в принятии решения относительно предстоящего лечения. Этот принцип отличается от принципа медицинской этики, призывающего к соблюдению врачебной тайны. Биоэтика как новое направление столкнулась со следующими опасностями, угрожающими сегодня человечеству: появление новых форм тоталитаризма и насилия (опыты над людьми, манипуляция органами), селекция людей, вырождение естественной способности к размножению, распад семьи, разрушение фундаментальной оппозиции мужского и женского, появление новых биологических существ (монстров),

угрожающих всему живому, появление новых болезней (связанных с опытами над микроорганизмами), дегуманизация человеческих отношений, связанная с коммерциализацией медицины.

Предпосылками появления биоэтики являются: упорная борьба против коммерциализации медицины, за соблюдение прав пациентов, а также интересов медиков, введение страховой медицины, законодательство, духовенство и другие религиозные управления и организации, этические кодексы, которые создавались в разных странах. Необходимость создания международных комитетов биоэтики, которые поставили бы преграду всем попыткам использовать достижения современной медицины в неблагоприятных целях, использование бактериологического, химического, ядерного оружия и др.

Начиная изложение принципов биоэтики, следует обратить внимание на такое обстоятельство. Учитывая многообразие существующих этических теорий, легко понять, что было бы наивно рассчитывать на отыскание такого принципа или набора принципов, который удовлетворял бы всех без исключения. Поэтому здесь нет намерения ставить подобную задачу. В существующей литературе по биоэтике предлагается много вариантов ее решения, как с точки зрения выбора тех или иных принципов в качестве основополагающих, так и с точки зрения взаимоотношений между этими принципами. (3)

#### Принцип «не навреди»

Этот принцип является старейшим в медицинской этике. В латинской формулировке он выглядит так: *primum non nocere*, что переводится на русский как «прежде всего - не навреди (или - не повреди)», где слова «прежде всего» могут быть истолкованы и в том смысле, что этот принцип является наиболее важным в деятельности врача. Нередко в принципе «не навреди» усматривают суть врачебной этики Гиппократ, однако на самом деле в его трудах такого утверждения нет. В клятве Гиппократ, впрочем, говорится: «Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости», но в контексте всей клятвы эти слова трудно признать ее основным мотивом, хотя бы потому, что на первое место и по последовательности изложения, и по смыслу - в клятве поставлены чрезвычайно сильные обязательства вступающего в профессию по отношению к своему учителю.

Первый вопрос, возникающий в связи с этим принципом, как определить, что именно понимается под вредом применительно к сфере биоэтики, прежде всего применительно к деятельности врача, к его взаимоотношениям с пациентами. В этом смысле, если подходить к ситуации со стороны врача, можно различить такие формы вреда:

- вред, вызванный бездействием, неоказанием помощи тому, кто в ней нуждается;

- вред, вызванный недобросовестностью, злым или корыстным умыслом;

- вред, вызванный неверными, нерасчетливыми или неквалифицированными действиями;

- вред, вызванный объективно необходимыми в данной ситуации действиями.

Каждая из этих разновидностей вреда, очевидно, будет оцениваться по-своему. Что касается первой не оказания помощи, то в некоторых, но только в некоторых случаях мы будем здесь иметь дело с правонарушением, т. е. с невыполнением такого обязательства, которое налагается законом либо иным нормативным документом. Поэтому, строго говоря, в таких ситуациях проблема является не столько моральной, сколько юридической или административной.

Положим, врач, который находится на дежурстве, не выполняет тех действий, которые он должен осуществить в отношении данного пациента. Тогда он будет ответственным, во-первых, в силу самого факта невыполнения обязанностей и, во-вторых, в зависимости от тех последствий, которые повлекло его бездействие. (Заметим, что первая ответственность будет деонтологической, а вторая - утилитаристской природы.) При этом если по первому обстоятельству ответственность будет безусловной, то по второму она может быть в какой-то мере снята - в том, например, случае, если врачу пришлось потратить время и силы на помощь другому пациенту, находящемуся в более тяжелом состоянии. Тем не менее пациент, которому не была оказана помощь, либо его родственники могут, вообще говоря, предъявить врачу претензии вплоть до судебного иска. Иное дело когда врач не находится при исполнении своих служебных обязанностей. В художественной литературе, в кино нередко обыгрывается такой сюжет, когда скажем, в поезде или самолете возникает необходимость экстренного медицинского вмешательства, и экипаж обращается к пассажирам примерно таким образом: «Если среди вас есть врач, просим его оказать помощь». В этой ситуации, врач, оказавшийся среди пассажиров, может самоустраниться, и привлечь его к уголовной ответственности, даже если окружающие каким-то путем узнают о его профессии, будет весьма непросто (скажем, по американским законам врач частной практики в подобном случае вообще не подлежит юридической ответственности). Однако в моральном отношении такое бездействие явно будет предосудительным, и, к примеру, профессиональная ассоциация американских врачей вполне может лишит совершившего этот поступок лицензии, дающей право заниматься медицинской практикой.

Вторая разновидность вреда, причиненный вследствие недобросовестности (т. е. ненадлежащего исполнения своих прямых обязанностей когда врач, допустим, просто поленился выполнить какую-либо полагающуюся в данном случае процедуру) или умышленно, преднамеренно тоже является объектом скорее административно-юридического, чем этического интереса, хотя, конечно, и заслуживает безусловного морального осуждения.

Не вызывает особых затруднений с точки зрения этического анализа и следующая разновидность вреда - вред, обусловленный недостаточной квалификацией, неумением врача качественно выполнить свои обязанности. В этой связи, однако, важно отметить, что само понятие квалификации врача имеет не только сугубо техническое, но и моральное содержание: тот, кто, став врачом, не умеет делать того, что обычно делает врач, достоин морального осуждения. Здесь, впрочем, многое зависит от того, как понимается слово «обычно»: одно дело - если речь идет о рядовом, «среднем» враче, и совсем другое - если о специалисте высокой квалификации. Во втором случае вполне обоснованно может применяться и такой критерий, как умение делать все то, что относится сегодня к переднему краю медицинской науки и практики. Это значит, что к врачу высокой квалификации предъявляются повышенные требования, причем не только в специальном, но и в моральном отношении.

Наконец, четвертая из перечисленных разновидностей - это объективно необходимый вред. На первый взгляд сама постановка вопроса о таком вреде может показаться парадоксальной: как же так, ведь пациент и обращается-то к врачу, предполагая получить некоторое благо, скажем, избавление от боли, при чем же здесь вред? Однако при более внимательном рассмотрении выясняется, что едва ли не каждое такое обращение к врачу несет в себе и тот или иной вред для пациента. Если взглянуть на ситуацию с этой стороны - со стороны пациента, то можно будет увидеть самые разные виды вреда.

Начать с того, что сам по себе визит к врачу требует затрат времени (а теперь нередко и денег), которое пациент вполне мог посвятить чему-то другому, более приятному для него, либо из-за этого визита не смог сделать какие-то важные для себя дела. А если, скажем, врач предписывает ему какой-то определенный режим, то здесь вред выражается в некотором, и порой весьма существенном, ограничении возможностей пациента, его свободы. В случае же госпитализации этот вред, связанный с ограничением возможностей, становится особенно значительным.

Еще одна форма вреда связана с информированием пациента о том, что касается его состояния и прогноза его заболевания. В этом случае вред может быть связан как с утаиванием информации, с обманом пациента, так и с сообщением ему правдивой информации. С одной стороны, обманывая кого-либо, мы этим сами по себе наносим ему вред, поскольку унижаем его достоинство, не говоря уже о том, что человек, делающий что-то на основе недостаточной или неверной информации, может невольно нанести ущерб и себе, и окружающим. Но, с другой стороны, вред может быть нанесен и в том случае, если пациенту дается правдивая, но обескураживающая информация о состоянии его здоровья, особенно когда это делается в жестких формах, без учета его психического состояния.

Вред пациенту, далее, может проистекать и из того, что врач или любой другой работник лечебного учреждения сообщает медицинскую информацию о данном пациенте третьим лицам (нарушает правило конфиденциальности). Вообще говоря, раскрытие этой информации является нарушением закона, защищающего врачебную тайну, и в таких случаях мы не можем говорить о том, что данный вред неизбежен. Но и в тех ситуациях, когда закон допускает или даже требует раскрытия этой информации (но только строго определенному кругу лиц!), пациенту тем не менее может быть нанесен вред - который теперь уже оказывается неизбежным, хотя бы тем самым и была предотвращена опасность нанесения вреда другим людям, скажем, посредством их инфицирования. Отметим, что в этом случае, как и в случае с обманом пациента, речь идет о причинении ему не физического, а морального вреда. Говоря о взаимоотношениях врача и пациента, необходимо иметь в виду обе эти категории вреда.

Далее, лечение, назначенное врачом, может включать болезненные процедуры - получается, что врач (разумеется, с благой целью - ради излечения болезни) причиняет пациенту физические боли. А в определенных ситуациях врач оказывается перед необходимостью нанести и более серьезный ущерб, скажем, увечье, которое сделает пациента инвалидом.

Наконец, возможен и такой вариант, когда пациент страдает от смертельного, неизлечимого недуга, к тому же сопровождающегося сильнейшими болями в этом случае пациент может решить, что скорая и безболезненная смерть для него будет представлять меньший вред, чем продолжение тяжелых и безнадежных мучений.

Такова градация некоторых форм вреда, которого может ожидать пациент от врача. Очевидно, если истолковывать принцип «прежде всего не навреди» буквально, т. е. в смысле избегания вообще какого бы то ни было вреда, то врачу следовало бы в принципе отказаться от какого бы то ни было вмешательства. Но, конечно, смысл принципа не в этом.

В отличие от всех других перечисленных нами ранее разновидностей вреда, которого можно и нужно избегать, в данном случае и это стоит подчеркнуть еще раз речь идет о таком вреде, который неизбежен, коль скоро предполагается, что пациент получит от врача некое благо. И здесь важно, во-первых, чтобы причиняемый вред не превышал того блага, которое приобретается в результате медицинского вмешательства, и, во-вторых, чтобы при выбираемом варианте действий сам по себе этот вред был минимальным по сравнению со всеми другими возможными вариантами.

Конечно, вред, наносимый врачом, может относиться не только непосредственно к пациенту. Скажем, в ситуации, когда есть угроза жизни беременной женщины, может возникнуть необходимость аборта, т. е. нанесения непоправимого вреда невинному человеческому существу. Или другой пример: жизнеподдерживающее лечение для одного больного



может обернуться вредом для других, которые не смогут в силу нехватки соответствующих ресурсов получить доступ к аппаратуре, способной сохранить им жизнь. В такого рода ситуациях, хотя принцип «не навреди» и сохраняет силу, однако одного его оказывается не достаточно для взвешенного и морально оправданного выбора.

Таким образом, принцип «не навреди» имеет смысл понимать в том ключе, что вред, исходящий от врача, должен быть только вредом объективно неизбежным и минимальным, что ситуации морального выбора в деятельности врача не есть нечто исключительное и редкое, напротив, они (независимо от того, насколько сам врач чуток и восприимчив в моральном отношении) - неотъемлемая составная часть этой его повседневной деятельности.

Отметим, наконец, и такое обстоятельство. Вред, который могут принести пациенту действия врача, бывает намеренным либо ненамеренным. О намеренном вреде мы можем говорить в случаях бездействия, умышленного причинения вреда и объективно неизбежного вреда. Его можно предвидеть заранее и оценить его возможные масштабы. Но часто люди, в том числе и врачи, своими действиями причиняют ненамеренный вред. И здесь также возможны два варианта - когда вред не был предусмотрен из-за нежелания задуматься о возможных последствиях, либо когда он происходит из неконтролируемых внешних обстоятельств.

#### Принцип «делай благо».

Этот принцип является расширением и продолжением предыдущего, так что некоторые специалисты по биоэтике даже склонны объединять оба принципа в один. Есть, однако, между ними и серьезные различия, оправдывающие их раздельное рассмотрение, особенно применительно к биоэтике. Принцип «не навреди» известен далеко за пределами медицины, и хотя рассматривали его на примерах из медицинской практики, нередко его вполне оправданно считают минимально необходимым, т. е. исходным требованием всех вообще моральных взаимоотношений между людьми. Если я не в качестве врача, а в качестве просто индивида опасаясь, что мой поступок может причинить вред другому, то, наверно, мне будет лучше воздержаться от действия. Принцип же «делай благо (или твори добро)» это не запрет, а такая норма, которая требует некоторых позитивных действий. Его смысл передается иногда с помощью таких слов, как благодеяние, благотворительность, милосердие, филантропия. Эти действия предполагают в первую очередь не столько рациональные соображения, сколько такие чувства и эмоции, как сострадание, жалость. Слабость, боль и страдание это, к сожалению, не временные, присущие только определенным этапам истории, а неискоренимые спутники человеческого существования в этом мире... Принцип «делай благо» акцентирует необходимость не просто избегания вреда, но активных действий по его предотвращению и (или) исправлению. При этом имеется в виду не только и не столько тот вред,

который вольно или невольно причинен врачом, а, вообще говоря, любой вред, который врач в состоянии предотвратить либо исправить, будь это боль, страдание, недееспособность, наконец, смерть пациента.

Существуют определенные сложности в понимании и обосновании принципа «делай благо». Так, в самой крайней форме он может истолковываться в смысле обязательного самопожертвования и крайнего альтуизма. Некто, скажем, действуя в соответствии с этим принципом, мог бы счесть себя обязанным предложить для пересадки любому, даже незнакомому человеку свою почку, а то и обе почки, иначе говоря, отдать собственную жизнь. Но, очевидно, было бы неразумно и, более того, безнравственно требовать от человека такой степени самопожертвования. Поэтому иногда принцип «делай благо» понимается как моральный идеал, а не моральное обязательство - хотя следование ему и заслуживает одобрения, но вместе с тем нельзя считать аморальным и осуждать того, кто отказывается делать добро другому. Таким образом, обоснование этого принципа сводится к непростому вопросу о том можно ли и если да, то в каких случаях, говорить об обязанности делать благо? Можем ли мы, к примеру, требовать от того, кто плохо плавает, чтобы он бросился спасать человека, тонущего в полусотне метров от берега? И, с другой стороны, если этому плохому пловцу надо проплыть лишь два-три метра, чтобы передать тонущему спасательный круг, можно ли считать, что он морально не обязан сделать этого?

В разных этических теориях обязанность делать добро обосновывается по-разному. Так, утилитаристы считают ее непосредственным следствием принципа пользы: делая добро другим, мы увеличиваем общее количество блага в мире, тогда как в деонтологической этике Канта она является требованием, вытекающим из категорического императива - если ты хочешь, чтобы делание добра другим было всеобщей нормой и чтобы другие делали тебе добро, делай и сам добро другим. Д. Юм обосновывал необходимость делать добро другим природой социальных взаимодействий: живя в обществе, я получаю блага от того, что делают другие, а потому и я обязан действовать в их интересах. (3)

До сих пор мы обсуждали принцип «делай благо» применительно к таким ситуациям, в которых обе участвующие стороны не связаны между собой какими-либо специальными отношениями. Однако в тех случаях, когда такие отношения существуют, обязательство делать добро становится более весомым. Скажем, если человеку предлагают пожертвовать свою почку для пересадки, которая может спасти жизнь кому-то, кто не является его родственником, то нельзя сказать, что для этого человека такое самопожертвование является обязанностью (а наше законодательство просто запрещает такой род донорства). Если же донором почки будет родитель, а реципиентом его ребенок, то в этом случае такой акт благодеяния будет представляться много более обязательным. Здесь отношения являются специальными в том смысле,

что быть родителем значит выступать в определенной социальной роли, которая налагает достаточно серьезные обязательства.

Другой тип специальных отношений это отношения, определяемые каким-либо соглашением, договором, контрактом (причем далеко не всегда зафиксированным в виде документа), которым могут обуславливаться действия, направленные на обеспечение блага участвующих сторон.

Еще один тип специальных отношений, предполагающих определенные обязательства по обеспечению блага это отношения между профессионалом, с одной стороны, и клиентом, пациентом, потребителем оказываемых этих профессионалом услуг с другой. Профессионал - это, скажем, врач, юрист, милиционер, преподаватель, тренер и т. п., тот, кто обладает специфическими знаниями и умениями и выступает в соответствующей социальной роли. Социальный смысл, предназначение его деятельности и состоит в том, чтобы делать благо для людей, которые к нему обращаются за помощью.

Трудно представить отдельного врача, а тем более всю систему здравоохранения и медицины, которая бы ограничивалась лишь задачей непричинения вреда пациентам. В таком случае у общества просто не было бы оснований поддерживать эту систему. Поэтому целью всего здравоохранения является не просто избегание вреда, а обеспечение блага пациентов, а значит, и всех людей и общества в целом. Когда были изобретены методы предотвращения таких болезней, как желтая лихорадка или чума, вполне естественным было осуществление позитивных действий, т. е. принятие специальных программ профилактики этих тяжелых заболеваний, осуществляемых в общенациональных масштабах. Напротив, не предпринимать эти меры было бы морально безответственным.

В целом то благо, которое обязаны преследовать врачи и другие медицинские профессионалы это обеспечение здоровья пациентов. Задача здравоохранения предупредить потерю здоровья, если это возможно, восстановить утраченное здоровье пациента, коль скоро есть разумная надежда на его излечение, хотя в ряде случаев приходится довольствоваться и меньшим, например, тем, чтобы приостановить прогрессирующее развитие болезни или даже в случае паллиативной медицины облегчить боли и страдания умирающего.

В клятве Гиппократов обязанность делать добро в качестве безусловного долга распространяется на отношение вступающего во врачебное сословие к своему учителю и даже к его семье. Что же касается отношения к пациентам, то в этом смысле клятва оказывается далеко не столь категорически обязывающей здесь он выступает скорее как представитель гильдии или цеха, т. е. корпорации, добровольно вступающий в контакт с теми, кто хочет и может обратиться к нему за помощью. Его социальная роль в отношениях с ними - это в буквальном смысле слова роль благодетеля, т. е. того, кто делает благо.

В современной же медицине на первый план выступают обязательства врача по отношению к обществу и к своим пациентам, как прошлым, так и нынешним. В целом, в отличие от времен Гиппократов, для современного врача обязанность делать благо для пациентов является намного более императивной.

Еще одна проблема, связанная с принципом «делай благо», касается того, кто определяет содержание того блага или добра, которое должно быть сделано. (3)

#### Патернализм

В клятве Гиппократов есть такие слова: «Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением...»). Многовековая традиция медицинской практики состоит в том, что в каждом конкретном случае именно врач решает, в чем состоит благо пациента. Такой подход принято называть патерналистским (от лат. *pater* - отец), поскольку врач при этом выступает как бы в роли отца, который не только заботится о благо своего неразумного ребенка, но и сам определяет, в чем состоит это благо. Термин «патернализм» по своему происхождению относится к языку социально-политических теорий и характеризует такой тип отношений государства, с одной стороны, и подданных либо граждан - с другой, при котором государство изначально считает себя безусловным представителем и выразителем их блага и их интересов, т. е. принимает решения и действует от их имени, нисколько не беспокоясь о выявлении и учете их мнений. Сами же они, в свою очередь, исходят из того, что государство само полномерно решать за них, в чем состоит их благо, но в то же время обязано заботиться о них, опекать их. Тем самым происходит отчуждение прав и свобод граждан, которые в этом случае фактически оказываются не столько гражданами в строгом смысле этого слова, сколько подданными, в пользу государства. Кант считал сутью патерналистского правительства (*imperium patemale*) великодушное ограничение свободы его субъектов, т. е. подданных, и характеризовал его как наихудший мыслимый деспотизм.

Будучи явлением социальной и политической культуры общества, патернализм распространяется не только на взаимоотношения государства и граждан, но и на все те сферы жизни общества, где так или иначе проявляются отношения власти, т. е. господства одних и подчинения других. Одной из таких сфер является и сфера здравоохранения.

В этике Гиппократов отношения «врач - пациент» строились на основе «сильного» и «слабого», закладывая модель патерналистского подхода в медицине. Дилемма патерналистского и непатерналистского является «сквозной» для всей биоэтики. Патерналистская модель основывается на асимметричности характера моральных взаимоотношений врача и пациента и всю (или почти всю) полную ответственность за принятие клинических решений врач берет на себя. Напротив, непатерналистская модель взаимоотношений врача и пациента исходит из приоритета моральной автономии пациента, в силу чего ключевой категорией такого

подхода становится категория прав пациента. В СССР, а сейчас и в СНГ подавляющая масса врачей пока придерживается традиционно-патерналистской модели взаимоотношений с пациентами, в частности, исповедуя убеждение в этической оправданности в условиях врачевания доктрины «святой (спасительной) лжи». Когда Зигмунд Фрейд узнал от врача, что у него рак, он прошептал: «Кто вам дал право говорить мне об этом?». Великий борец против всякого самообмана в области секса не нашел в себе силы взглянуть в глаза другой биологической истине - неизбежной смерти. Можно ли открыть больному или родным «страшный» диагноз или надо сохранить его в тайне? (4) Целесообразно ли сообщить больному менее травмирующий диагноз, и какой должна быть мера правды? Мы часто предпочитаем не знать подробностей предстоящего нам лечения и связанного с ним риска. По данным опросов, число пациентов, не заинтересованных в получении информации на эти темы, достигает в России 60 %. Впрочем, даже в Америке, где для большинства людей знание правды о своем состоянии является само собой разумеющимся правом, врачи учитывают культурные факторы. Медицинский патернализм предполагает, что врач может опираться лишь на собственные суждения о потребности пациента в лечении, информировании, консультировании. Позиция патернализма позволяет оправдывать принуждение пациентов, их обман или сокрытие от них информации, коль скоро это делается во имя их блага. И здесь необходимо сказать о том, что в СССР традиции патернализма вообще и медицинского патернализма в частности имеют глубокие корни. Они были в высшей степени характерны и для царской России. Сопределенными модификациями эти традиции были продолжены и в чем-то даже усилены в советский период. Во всем мире в сфере здравоохранения патерналистские позиции оставались преобладающими и не ставились под сомнение вплоть до середины XX столетия. Начавшийся же в это время резкий, чуть ли не скачкообразный отход от них обусловлен действием целого ряда причин, включая быстрый рост грамотности населения и осознание того обстоятельства, что в плюралистическом обществе, где по необходимости сосуществуют разные системы ценностей, ценности врача, а следовательно, его представления о благе пациента, могут и не совпадать, порой весьма существенно, с ценностями самого пациента и его представлениями о собственном благе.

#### Принцип уважения автономии пациента

В отличие от двух рассмотренных, этот принцип становится одним из основополагающих в биоэтике лишь в последние десятилетия, именно тогда, когда ставится под сомнение безусловная и исключительная компетентность врача в определении блага пациента.

Понятие автономии является одним из ключевых в этике, поскольку только автономная личность может делать свободный выбор, и только там, где есть такой выбор, можно говорить об ответственности, вообще применять какие бы то ни было этические категории. Действие можно

считать автономным лишь в том случае, если тот, кто его осуществляет, действует:

- а) преднамеренно (на философском языке - интенционально), т. е. в соответствии с некоторым собственным замыслом, планом;
- б) с пониманием того, что именно он делает;
- в) без таких внешних влияний, которые определяли бы ход и результат действия.

В соответствии с первым условием действие, которое носит чисто реактивный характер, которое мы осуществляем не задумываясь, хотя бы и понимали его смысл, не будет считаться автономным. Второе и третье условие, в отличие от первого, могут реализовываться в большей или меньшей степени. Если, доктор предлагает пациенту какую-либо серьезную хирургическую операцию, то пациенту вовсе не обязательно иметь все те специальные знания, которыми располагает доктор, для того, чтобы сделать автономный выбор: ему достаточно понимать лишь существо дела, а отнюдь не все те детали, которые включает данная ситуация. Пациент может обратиться в этом случае за советом к кому-то из своих близких, и их мнения будут влиять на его выбор. Но если он воспринимает эти мнения не как приказ, а только как дополнительную информацию для принятия решения, то его окончательный выбор будет автономным. В конечном счете, он может согласиться или не согласиться с предложением, принять или не принять замысел доктора, но и в том случае, когда он соглашается, он, по сути авторизует намерение доктора, т. е. делает его своим собственным решением. Тем самым удовлетворяется и первое условие автономного выбора. Вполне возможно, что, делая свой выбор, пациент будет руководствоваться в первую очередь авторитетом доктора. Но и в этой ситуации выбор, на котором остановится пациент, будет именно его собственным и, значит, автономным решением.

Рассматриваемый принцип, не ограничивается признанием автономии. Он предполагает и нечто большее, а именно уважение автономии пациента, в частности, того, что именно выбор, делаемый пациентом, как бы он ни расходился с позицией доктора, должен определять дальнейшие действия последнего.

Принцип уважения автономии опирается на представление о том, что человеческая личность самоценна независимо от каких бы то ни было привходящих обстоятельств. Одновременно он является и конкретным выражением этого представления. Согласно деонтологической этике Канта, уважение автономии проистекает из признания того, что каждый человек есть безусловная ценность и, следовательно, он в состоянии сам определять собственную судьбу. Тот, кто рассматривает данного человека только как средство для достижения своих целей безотносительно к целям (здесь можно добавить к желаниям, намерениям, устремлениям) самого этого человека, ограничивает его свободу, а тем самым и отказывает ему в автономии.

В этой связи Кант высказывает такое соображение, легшее сегодня в основу практически всех международных и национальных этических кодексов, деклараций и иных документов, регулирующих моральную и юридическую сторону медицинских вмешательств в физическое и психическое существование человека: «Каждая личность - самоцель и ни в коем случае не должна рассматриваться как средство для осуществления каких бы то ни было задач, хотя бы это были задачи всеобщего блага». Это чрезвычайно сильное требование, ведь речь идет о том, что благо отдельной личности не просто соразмерно, но даже более значимо, чем благо всего человечества. Оно может показаться чрезмерным, завышенным, но история дает массу примеров того, как принесение блага и интересов отдельного человека на алтарь всеобщего блага, пусть даже самого возвышенного, оборачивалось неисчислимыми бедами не только для отдельных людей, но и для общества в целом.

### Модели биоэтики

Модель I Гиппократ - патернализм	Модель II Парацельс - патернализм	Модель III Деонтологическая-патернализм
Гиппократ (460-377гг. до н.э.) Моральные принципы врачевания изложены им в «Клятве», «О законе», «О врачах» Принцип- «Не навреди».	Парацельс (1493-1541) В границах «модели Парацельса» формируется патернализм как тип взаимосвязи врача и пациента. Принцип- «Делай благо».	Термин «деонтология» от греческого «deontos» должное). Аристотель (384-322), Бентам И (1748-1832) о долго и должностном поведении, концепция утилитаризма «принцип пользы», «соблюдения долга».
	Модель IV Биоэтика-партнерская	Таблица 1.
	В.Р. Поттер (1911-2001) врач - онколог (США) вводит термин «биоэтика» в 1970 г в научный оборот Остро стоит вопрос об участии больного в принятии врачебного решения. Принцип «уважения прав и достоинства личности», принцип информированного согласия	

Итак, биоэтика как новое направление в этике, возникшее в конце XX века, связанная с медициной, но имеет гораздо более широкое мировоззренческое значение (меняющее представления о жизни и смерти). Она меняет взаимоотношения между врачом и пациентом и требует соблюдения новых этических принципов. Место патерналистской модели уступает партнерской модели, в которой основным становится принцип автономии личности, принцип информированного согласия. Новое направление, как уже отмечалось, явилось следствием открытий в биологии, ведущих к революции во всей системе ценностей, к революции в морали и культуре. Эта революция ставит проблемы, с которыми никогда раньше не

сталкивалось человечество, при этом затрагивает самые фундаментальные вопросы, которые всегда занимали центральное место в культурах всех народов и представляли величайшую тайну: вопросы нравственного отношения к зарождению новой жизни, концепции эротической любви и деторождения, проблему отношения к смерти и др.

Вопросы для самопроверки.

1. В чем отличие медицинской этики от биоэтики?
2. Какие этапы прошла в своем развитии медицинская этика?
3. Каковы принципы медицинской этики?
4. Смысл принципа «не навреди».
5. Смысл принципа «делай благо».
6. Смысл деонтологического принципа.
7. Каковы основные принципы биоэтики?
8. Назовите основные модели биоэтики?
9. Как изменилась модель патернализма в связи с развитием биомедицинских технологий?
10. Особенности партнерской модели биоэтики.

Литература

1. Алексина Т.А. Курс лекций: «Этика» Мн.: Литература, 1998,
2. Яровинский М.Я. Лекции по курсу «Медицинская этика». М.2001
3. Юдин Б.Г. Принципы биоэтики. В книге Биоэтика: принципы, правила, проблемы. М.1998
4. Введение в биоэтику/Под ред. Б.Г.Юдина и П.Д.Тищенко. М.: Прогресс-Традиция, 1998.

## ГЛАВА II. ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ БИОЭТИКИ.

### 1. Проведение экспериментов на людях и утверждение принципа информированного согласия.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и Всемирная медицинская ассоциация (ВМА), признавая сосуществование различных этико-медицинских позиций и морально-мировоззренческих ориентаций, регулируют это сосуществование с помощью международных медико-этических кодексов и соглашений. Принципиальный характер по проблеме информированного согласия носят Лиссабонская Декларация о правах пациента (ВМА, 1981) и Декларация о политике в области обеспечения прав пациента в Европе (ВОЗ, 1994).

Утверждению принципа информированного согласия в системе отношений между врачом и пациентом в значительной степени соответствуют не только демократические процессы в современной культуре, но и объективные тенденции развития медицинского знания. Например, в границах «прогностической медицины» с помощью внутриутробной диагностики возможно определить предрасположенность человека к определенным заболеваниям. Как получить согласие на лечение при отсутствии у пациента традиционных, например, болевых симптомов заболевания? Как должна обеспечиваться конфиденциальность? Какой должна быть процедура информирования?

Очевидно, что эти факторы, определяющие сегодня медицинское знание, актуализируют проблему «информации» и «согласия», превращая информированное согласие в форму взаимоотношения между врачом и пациентом, наиболее соответствующую происходящим в медицине изменениям.

Исторически понятие «информированное согласие» начало формироваться в ходе работы 1-го Военного Трибунала США в Германии, который наряду с Приговором по делу «медиков» в 1947 году подготовил документ, получивший название «Нюрнбергский Кодекс», который стал первым международным «Сводом правил о проведении экспериментов на людях». В пункте первом данного Кодекса впервые используется понятие «добровольное согласие» лица, вовлеченного в медицинский эксперимент.

#### Уроки Нюрнберга.

В 1947г, 20 августа завершил свою работу Нюрнбергский трибунал, подсудимыми на котором стали 23 ведущих немецких ученых-медика.

Обвинителей и судей, участвовавших в процессе, повергла в шок та планомерная и хладнокровная жестокость, с которой врачи-ученые проводили медицинские эксперименты на людях, умерщвление новорожденных с «неправильным развитием», больных туберкулезом или злокачественными новообразованиями, инвалидов, стариков вопреки клятве Гиппократу, людей с физическими недостатками и душевнобольных, проведение опытов на военнопленных и депортированных из оккупированных стран. Была создана специальная индустрия умерщвления в виде газовых камер, душегубок, крематориев и т. д. Международный военный трибунал в Нюрнберге квалифицировал эти действия как преступления против человечества. Нюрнбергский процесс 1947г впервые продемонстрировал, как хрупка и ненадежна морально-этическая преграда, отделяющая добро от зла. Клятва Гиппократу не была препятствием для немецких врачей в проведении жестоких бесчеловечных опытов над военнопленными. Одним из важнейших положений Нюрнбергского кодекса стал запрет на производство опытов на человеке без его добровольного согласия.

Многочисленные свидетельские показания испытуемых (точнее было бы сказать - жертв), а также собиравшиеся и обобщавшиеся с подлинно немецкой педантичностью результаты экспериментов, оказавшиеся в распоряжении суда, выстраивались в жуткую картину. Никогда за всю историю проведения экспериментов на людях они не проводились с таким садизмом, как это имело место во времена нацизма.

Вот лишь несколько фактов, приведенных во вступительной речи Главного обвинителя на процессе, американского прокурора Телфорда Тэйлора.(1)

Проводившиеся с одобрения Гимmlера опыты, в которых изучались реакции организма на большие высоты и разреженный воздух. В концлагере Дахау на заключенных евреях, поляках и русских имитировалось действие недостатка кислорода в атмосферных условиях, характерных для высоты 12 км. Обычно через полчаса испытуемый умирал; при этом в протоколе эксперимента тщательно фиксировались последовательные стадии его страданий (например, «спазматические конвульсии», «агоническое конвульсивное дыхание», «стоны»,

«пронзительные крики», «конвульсии рук и ног», «grimасы, кусание собственного языка», «неспособность реагировать на речь») и регистрировались данные электрокардиограммы. Эти эксперименты, которые имели цель помочь немецким летчикам, впоследствии были дополнены изучением переохлаждения, когда испытуемых в голом виде выдерживали на морозе до 29 градусов в течение 9-14 часов либо на несколько часов помещали в ледяную воду.

В том же концлагере проводились опыты, в ходе которых свыше 1200 здоровых людей (включая католических священников) было заражено малярией. Непосредственно от малярии умерло 30 испытуемых, от 300 до 400 - от вызванных ею осложнений, многие другие - от чрезмерных доз неосальварина и пирамидона. В Заксенхаузене, Натцвейлере и других лагерях проводились эксперименты с горчичным газом. Испытуемым преднамеренно наносились ранения, а затем раны инфицировались горчичным газом. Других этот газ заставляли вдыхать или принимать внутрь в сжиженном виде. «Экспериментаторы» сообщали о том, что при введении газа в раны на руках руки сильно опухают, и человек испытывает необычайные боли. В ходе экспериментов, проводившихся в основном на женщинах в лагере Равенсбрюк, изучались раневые инфекции, а также возможности регенерации костей, мышц и нервов и трансплантации костей. Так, на ногах испытуемых делались надрезы, а затем в раны вводились бактериальные культуры, кусочки древесной стружки или стекла. Лишь спустя несколько дней раны начинали лечить, проверяя те или иные способы. В иных случаях раны заражались гангреной, после чего одних испытуемых начинали лечить, а других из контрольных групп оставляли без лечения. Что касается экспериментов по трансплантации, то, например, в одном случае у узника в Равенсбрюке была изъята для пересадки лопаточная кость.

В Дахау изучались возможности использования морской воды для питья. При этом одной группе испытуемых вовсе не давали воды, другая пила обычную морскую воду, третья морскую воду, обессоленную солью, но лишенную соленого вкуса, а четвертая обессоленную морскую воду. Эксперимент проводился в течение 4 недель на 40 испытуемых. Специально обсуждался вопрос о том, на ком должны ставиться опыты на евреях или цыганах, поскольку некоторые сомневались, будут ли применимы к немцам данные, полученные в экспериментах на цыганах. В конце концов Гимmlер все-таки принял решение проводить опыты на цыганах.

В других экспериментах на узниках концлагерей изучалась инфекционная желтуха; разрабатывались методы дешевой, «нечувствительной» и быстрой стерилизации людей с тем, чтобы в будущем немцы смогли заселить территории, занимаемые поляками и русскими; проводилось массовое заражение людей тифом; изучались скорость и характер действия ядов, которые в Бухенвальде подмешивались в пищу русским военнопленным; проверялось

воздействие на организм соединений фосфора, содержащихся в английских зажигательных бомбах.

Для пополнения антропологической коллекции в университет Страсбурга в лагере Освенцим было отобрано 79 евреев, 30 евреек, 2 поляка и 4 азиата. Всего же «исследователи отобрали 1200 евреев. После фотографирования и антропологических измерений все они были умерщвлены, а их трупы переправлены в Страсбург.

Нюрнбергский трибунал не ограничился наказанием преступников. В приговор был включен раздел, названный «Допустимые медицинские эксперименты», впоследствии он получил известность как «Нюрнбергский кодекс» и приобрел самостоятельное значение, став первым в истории международным документом, регламентирующим проведение медицинских экспериментов на человеке. В его преамбуле отмечалось: «Тяжесть имеющихся у нас улик заставляет сделать вывод, что некоторые виды медицинских экспериментов на человеке отвечают этическим нормам медицинской профессии в целом лишь в том случае, если их проведение ограничено соответствующими, четко определенными рамками».

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

В «Нюрнбергском кодексе» впервые в истории человечества была выдвинута идея примата блага и интересов отдельного человека над интересами как науки, так и общества. При всей ее видимой простоте эту идею, безусловно, можно считать принципиальным достижением в моральном опыте человечества.

Конкретным механизмом защиты испытуемых и стала норма добровольного согласия, содержащаяся в первой статье «Нюрнбергского кодекса». В последующие годы было принято немало других документов, более детально и строго регламентирующих практику биомедицинских экспериментов (в частности, сейчас в юридических и этических установлениях принято говорить не о добровольном, а об информированном согласии, что является более жесткой нормой), но «Нюрнбергский кодекс» и по сей день сохраняет функцию основополагающей модели.

(1)

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

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

Еще несколько десятков лет назад традиционным идеалом для евро-американской цивилизации взаимоотношения врача и пациента был «патернализм». Эта «отцовская», или «родительская», модель предполагала тщательное изучение врачом состояния больного, выбор врачом для каждого конкретного случая лечения, направленного на устранение боли и ее причин. Согласие больного на планируемое вмешательство определялось тем выбором методов лечения, который делал врач.

Одна из причин отступления от патернализма во второй половине XX века – это практически революционные изменения в медицинской науке, приведшие к принципиально новым возможностям воздействия и

управления человеческой жизнью. Это отступление было особенно легким в США, где не существовало и не существует до сих пор юридического права на медицинское обслуживание, т.е. право на охрану здоровья не гарантируется государством (за исключением тех случаев, когда человек находится в острых, угрожающих жизни состояниях).

Вопросы для самопроверки.

1. Какие организации регулируют различные этические-медицинские позиции и морально-мировоззренческие ориентации международного сообщества?
2. Какие документы были приняты в области обеспечения прав пациента?
3. Когда и где был принят первый международный «Свод правил о проведении экспериментов на людях»?
4. В каком кодексе впервые в истории человечества была выдвинута идея примата блага и интересов отдельного человека над интересами как науки, так и общества?
5. Назовите принцип, который стал формой правовой защищенности больного?

Литература

1. Юдин Б.Г. Принципы биоэтики. В книге Биоэтика: принципы, правила, проблемы. М.1998

## 2. Биоэтика в фармации

Существенной предпосылкой формирования биоэтики является идеология экологического движения, которое возникает как ответ на угрозу для физического (природного) благополучия человека. Влияние экологического мышления на сферу биомедицины особенно усилилось после талидамидовой катастрофы 1966 (рождение детей без конечностей у матерей, принимавших во время беременности лекарственное средство талидамид в качестве снотворного). Эта трагедия способствовала радикальному изменению структуры взаимоотношений между наукой и практической медициной. Целью биомедицинской науки стала не только разработка новых терапевтически эффективных лекарственных средств или медицинских технологий, но и предотвращение их побочных негативных воздействий. Достижению последней цели уделяется не меньше, а подчас и значительно больше времени и средств. В результате, резко возросло время между синтезом новой терапевтически активной субстанции и началом ее клинического использования. Если в начале 60-х оно составляло несколько недель, то в начале 80-х подскочило до 10 лет. Одновременно цена разработки увеличилась в 20 и более раз.

Безопасность, т.е. предотвращение негативных эффектов действия лекарства, превратилась в одно из быстро развивающихся направлений развития медицинской науки- фармацевтическую биоэтику, которая изучает моральные, правовые, социальные, экологические и юридические проблемы, возникающие при создании, клинических испытаниях, регистрации, производстве, розничной реализации и доведении до потребителя лекарств и аптечной продукции. Среди факторов, формирующих фармацевтическую биоэтику – современное состояние и тенденции развития экономики, социологии и биологии, а также целый комплекс ситуаций, возникающих в процессе обращения лекарств и аптечных товаров, санитарно-эпидемиологической и медицинской деятельности, проведения научно-исследовательских работ и использования полученных результатов.

Построена модель влияния этих факторов на биоэтику, позволяющая системно решать проблемы, возникающие при формировании этических кодексов фармацевтических работников, и всех, кто участвует в системе обращения ЛС (лекарственных средств)

Лекарственная промышленность наиболее энергично развивалась в послевоенное время. Уже к 60-м годам на рынке появилось более 20 тыс. различных фармакологических препаратов. В 1958 г. случилась первая фармацевтическая трагедия, о которой уже упоминалось выше: в Германии родилось около 20 тыс. детей с уродствами от матерей, принимавших в качестве снотворного талидамид. В 1960 г. в Японии произошло массовое отравление лекарственным препаратом от расстройства кишечника, приведшее к развитию болезни - «смон». Тревогу забила Всемирная ассоциация медиков. В 1964 г. в Хельсинки она приняла декларацию, дополненную рядом положений через 11 лет в Токио (работа над положениями декларации продолжилась далее после 29-й Генеральной ассамблеи Всемирной ассоциации врачей, Токио, Япония, октябрь 1975 г.; 35-й Генеральной ассамблей Всемирной ассоциации врачей, Венеция, Италия, октябрь 1984 г.; 41-й Генеральной ассамблей Всемирной ассоциации врачей, Гонконг, октябрь 1989 г.; 48-й Генеральной ассамблей Всемирной ассоциации врачей, Сомерсет Уэст, ЮАР, октябрь 1996 г.; 52-й Генеральной ассамблей Всемирной ассоциации врачей, Эдинбург, Шотландия, октябрь 2000 г.)

В Хельсинско-Токийской декларации подчеркнута необходимость максимального ужесточения требований к испытаниям на человеке с целью получения новых данных по физиологии. В Рекомендациях по проведению клинических испытаний на человеке впервые предусмотрена также необходимость контроля независимыми комиссиями или комитетами протоколов исследования. Кроме того, ограничиваются права публикаций данных без соответствующей экспертизы первичных материалов. В дальнейшем были выработаны так называемые правила GCP (Good Clinical Practice- Надлежащая клиническая практика).

В конце 80-х годов в условиях бурного развития медико-биологических наук и опасности негативных последствий их практического применения Совет Европы принял решение о создании соответствующего общеевропейского документа. В 1993 г. Генеральная ассамблея Совета Европы приняла Конвенцию по защите прав и достоинства человека в связи с применением биологии и медицины. В настоящее время к этой конвенции присоединилось большинство европейских стран.

Тем не менее, фармпроизводство и фармрынок развиваются в соответствии с механизмами товарно-денежных отношений, определяющихся таким понятием, как “прагматизм”. Однако, поведение врача должно мотивироваться интересами и благом пациентов, а не его стремлением к личному обогащению. Проблемы связанные с существованием медицины как социального и экономического института являются актуальными и связанными с многочисленными вопросами, также входящими в руло

проблем биоэтики. Среди них назовем ужесточившийся на Западе негласный сговор фармацевтического бизнеса с врачебной практикой и маркетингом (заставление пациента необходимости применения новых, все более дорогих препаратов); эгоизм исследователя и коммерческое нетерпение фармацевтических гигантов, сплошь и рядом порождающие применение недостаточно проверенных препаратов; методологическая бедность химиотерапии, беззастенчивая эксплуатация человеческих фобий (диеты и пр.). Известны последствия применения герболайфа и других «био-пищевых добавок».

Одним из способов борьбы с этой тенденцией является вытеснение платной медицины системами ОМС (обязательное медицинское страхование) и национально-государственного здравоохранения. В последнее время этот процесс идет практически во всех развитых странах. В этих условиях биоэтика призвана защитить личность врача и пациента от негативных последствий воздействия современной медицины и фармации. (здесь уместно указать на роль доказательной медицины, о чем речь пойдет ниже.) Известно, что реклама является одним из основных инструментов продвижения лекарств на рынок. Крайне важно обеспечить их безопасное и эффективное применение в чем должна быть задействована этика продвижения аптечных товаров на рынок.

Озабоченность по поводу многих негативных тенденций, появившихся за последние годы на фармрынке в мире, необходимость защиты прав пациентов привело к проведению обязательной этической экспертизы участвующих в клинических испытаниях лекарств. Другими словами, фармдеятельность в XX веке наряду с позитивными результатами, имела такие негативные последствия, что появилась необходимость говорить и включать фармацевтическую этику как одну из сторон новой области научного познания – биоэтики. В этой связи отметим значение этической экспертизы клинических испытаний с участием человека, история которой ведет отсчет с Хельсинкской декларации. Этот документ стал реакцией общественности на потрясшие всех факты нацистских опытов над людьми и на факты дискриминации пациентов по расовому признаку в проводившихся исследованиях. Тогда для защиты прав пациентов, участвующих в испытаниях в США, Западной Европе, и начала складываться система экспертизы с помощью комитетов по этике. Они создавались как противовес интересам государства и компаний, которые могли бы ущемить интересы пациентов, участвующих в исследованиях. Ни в одной западной стране испытание без этической экспертизы проведено быть не может.

Комитет по биоэтике создан при МЗ РУз, который возглавляет академик Абдуллаходжаева М.С. Организован Национальный Комитет по Биоэтике Республики Узбекистан при Международном Фонде Ибн Сино в соответствии с предложением Национальной Комиссии Республики Узбекистан по делам ЮНЕСКО и Решением Правления Международного Фонда Ибн Сино. Национальный Комитет по Биоэтике Республики Узбекистан Международной программы ЮНЕСКО создан в целях

содействия обеспечению принципа этических норм при проведении научно-исследовательских работ в медицине, биологии и фармацевтической отрасли промышленности, координации деятельности заинтересованных министерств и ведомств в решении этих проблем на региональном и международном уровнях.

Комитет по биоэтике при МЗРУз руководствуется Конституцией Республики Узбекистан, Законами РУз «Об охране здоровья граждан» (1996, с изменениями и дополнениями 1999, 2001) и «О лекарственных средствах и фармацевтической деятельности» (1997), далее принципами Хельсинкской декларации (1996), доклада Бальмонта «Этические принципы и руководство по защите людей, подвергшихся исследованиям», Руководством по GCP (Good Clinical Practice), рекомендациями ВОЗ комитета по этике, проводящим экспертизу биомедицинских исследований (2000-2002 гг.), Законодательством РУз, а также положением о Комитете, утвержденным приказом РУз №370 от 10 июля 2000. Несмотря на демократический характер закона РУз «Об охране здоровья граждан» (1) и внесенные изменения и дополнения, правовая разработка в аспекте включения проблем биоэтики нуждается в более фундаментальном подходе. Необходимо ставить вопрос о правовых основах биоэтики и гарантиях ее обеспечения в РУз.

#### Проблемы безопасности и эффективности ЛС в контексте НДМ.

Работа этических комитетов, которые контролируют вопросы фармацевтической биоэтики, основываются на этических и правовых принципах, сформулированных в Хельсинкской декларации Всемирной ассоциации врачей (принятой 18-й Генеральной Ассамблеей Всемирной ассоциации врачей, Хельсинки, Финляндия, июнь 1964 г.). Дух и буква «Рекомендаций ВОЗ комитетам по этике» выражены в следующих словах: «В своем составе, процедурах и механизмах принятия решений комитеты по этике должны быть независимы от политических, административно-управленческих, ведомственных, профессиональных и финансово-экономических влияний». Проблемы безопасности и эффективности ЛС, диагностики, лечения, новых методов профилактики и т.п. связан с развитием новой области знаний в медицине и стремительным развитием информационных технологий – научно доказательной медициной (НДМ).

Развитию доказательной медицины за рубежом во многом способствовали успехи современных информационных технологий, и особенно биостатистики, благодаря чему стало возможным более оперативно и объективно оценивать качество медицинских решений и результатов научных исследований. Этому благоприятствовало и наличие многочисленных факультетов и отделений эпидемиологии и биостатистики в зарубежных медицинских вузах и центрах. (2)

Систематизация зачаточных представлений ДМ была сделана в 1972 г. британским врачом А. Кокрейном, которого можно назвать первым клиническим эпидемиологом. Основной целью доказательной медицины, что и следует из названия, является доказательство или опровержение предположения об эффективности какого либо лечебного или



диагностического метода у данной популяции больных. Вследствие того, что провести исследование с вовлечением всех членов популяции по техническим и многим другим причинам не представляется возможным, испытания обычно проводятся с участием выборки - исследуемой группы людей. (3)

В 1972 году, британский эпидемиолог Арчи Кокран обратил внимание, на то, что «общество пребывает в неведении относительно истинной эффективности лечебных вмешательств». Кокран пишет, что «очень стыдно, что медики до сих пор не создали системы аналитического обобщения всех актуальных рандомизированных клинических испытаний по всем дисциплинам и специальностям с периодическим обновлением обзоров». Кокран предложил создавать научные медицинские обзоры на основе систематизированного сбора и анализа фактов, а затем регулярно пополнять их новыми данными. Большое значение придаётся этике проведения исследования (лекарственных веществ, метода лечения и т.п.). В технологии проведения исследования рандомизированные клинические исследования (от *gandom* - случайный), управляемый случай; не полностью определенный другими факторами. Рандомизация- *randomization* разделение пациентов на группы случайным способом, например, на группы исследуемого и контрольного вмешательства.

Проведение клинических испытаний принципиально новых, ранее не применявшихся лекарственных средств, а также генерических препаратов (от *англ. generic* - калька, так называли копии воспроизведенных оригинальных препаратов) сопряжено с рядом вопросов этического характера. Они обусловлены тем, что субъектом изучения является человек. Допустимы ли клинические эксперименты на людях, и если да, то каковы должны быть ограничения и условия для их проведения? Что следует считать экспериментом в клинике? Как снизить возможный риск для пациента, обеспечить условия конфиденциальности? Как проводить испытания генерических препаратов на здоровых добровольцах? Как избежать возможных злоупотреблений при проведении научных исследований?

Проведение испытаний нового лекарственного средства или метода лечения на людях необходимо для предотвращения развития возможных опасных побочных реакций в процессе применения препарата. Для этого проводят многоцентровые клинические испытания, а в ряде случаев и межнациональные исследования. При этом также возникают проблемы этического характера, например, как правильно организовать рандомизированные исследования с учетом особенностей законодательства и социальных условий разных стран, а также соблюсти и защитить права лиц, принимавших в них участие? Эти и многие другие этические, юридические и социальные проблемы требуют внимания и обсуждаются во всем мире в контексте биоэтики, права, религиозных традиций и т.п. как профессионалами, так и представителями общественности.

В октябре 1992 года был открыт первый кокрановский центр в Оксфорде. В октябре 1993 года состоялся первый ежегодный кокрановский colloquium,

где 73 представителя из 9 стран стали соучредителями кокрановского сотрудничества. Основной задачей кокрановского сотрудничества является создание, обновление и распространение систематических обзоров результатов медицинских вмешательств, которые должны облегчить заинтересованным лицам принятие решений в различных областях медицины. Систематические обзоры регулярно публикуются в электронном виде под названием «The Cochrane Database of Systematic Reviews» (Кокрановская база данных систематических обзоров). Зачатки системы, которую теперь называют доказательной медициной, возникли еще в XIX веке и были связаны с борьбой передовых врачей с элементами схоластики и традиционности, бытовавшими в медицине с давних пор. Основные ее принципы были сформированы во Франции еще 150 лет назад. В то время медицинская практика имела слабую связь с наукой, а для врачей наибольший интерес представляли сведения о патофизиологических механизмах. Если удавалось выяснить причину болезни, то лечение заключалось в устранении этой причины. Такие методы позволяли успешно бороться с инфекциями и другими основными причинами заболеваемости и смертности того времени. Благодаря применению этого метода в СССР, США и в странах Европы в XX веке удалось значительно увеличить среднюю продолжительность жизни.

Термины клиническая эпидемиология и доказательная медицина многие исследователи уравнивают. Термин «научно-доказательная медицина» (НДМ) был введен в практику специалистами из университета Мак-Мастера (Канада) как интегрирование наилучших научных данных с клиническим опытом и ценностями пациента. Для врача, который хочет судить о надежности клинической информации, знания в области клинической эпидемиологии столь же необходимы, как и в области анатомии, патологии, биохимии, фармакологии. Клиническую эпидемиологию рассматривают как одну из фундаментальных наук, на которой зиждется здание современной медицины. (2) Современное определение термина научно- доказательная медицина (НДМ) можно сформулировать как: использование в диагностике, лечении и профилактике заболеваний только тех методов, эффективность которых доказана рационально организованным сравнительным объективным исследованием. ДМ-это реальная система действий, это интеграция собственного клинического опыта с опытом, отраженным в достоверных клинических обзорах, которая не должна внедряться насильственно. (4)

Основные причины, приведшие к распространению НДМ: 1) непредсказуемость клинической эффективности не только «новых» препаратов, но и препаратов, применяющихся многие годы, но не подвергавшихся строгой оценке из-за сложности методических подходов; 2) координация усилий ученых и настоятельная необходимость улучшения качества клинических решений, их достоверность и надежность, обеспечение экономически эффективного лечения, биоэтический контекст указанных вопросов, 3) появление компьютерных и информационных технологий и их

использование в качестве инструментария самой НДМ; 4) формирование новой парадигмы клинического мышления, критический анализ и переход от традиционного подхода и мировоззрения к новому, как закономерный результат развития науки, клинической практики и общих тенденций развития общества.(2)

Важной составляющей НДМ является экономический фактор. В ситуации нехватки средств, связанной с ростом расходов на здравоохранение, среди большого числа лекарственных препаратов необходимо выбрать именно те средства, которые обладают наиболее высокой эффективностью и лучшей переносимостью. Отметим, что новизна или высокая стоимость нового препарата не являются гарантией его более высокой эффективности. Профессиональному врачу, приверженному принципам достоверности, необходимо уметь отличать доказательную информацию об эффективности медицинских вмешательств от информации описательной или просто скрытой рекламы. Препараты, не получившие пока подтверждения своей эффективности, конечно, не должны исключаться из практики, однако если имеется надежная, доказательная информация по определенному методу лечения, то ей следует отдавать предпочтение. Ведь на внедрение в жизнь необоснованных рекомендаций тратятся огромные средства, причем в результате этого в лучшем случае возможно отсутствие положительного эффекта, а в худшем - отрицательный эффект. Очевидно, что нет смысла пытаться удешевить лечение путем использования недорогих, но мало эффективных препаратов, но столь же бессмысленно назначать дорогостоящие лекарственные средства в тех случаях, когда не меньший или даже больший эффект могут дать более дешевые средства. И то, и другое в конечном итоге приводит к увеличению расходов. Далее, медицина стала областью применения высоких технологий и, следовательно, дорогостоящего оборудования и препаратов. Даже в наиболее экономически развитых странах встали вопросы выбора оптимальных медицинских вмешательств - с высоким соотношением их эффективности (для пациентов) и стоимости (для системы здравоохранения). В связи с этим были разработаны критерии доказательности результатов исследований многочисленных методов лечения, профилактики и диагностики. Современная медицинская практика требует от врача, чтобы диагностика заболеваний, назначение эффективного лечения, минимизация неблагоприятных последствий вмешательств и составление индивидуального прогноза для больного основывались только на самой надежной информации. Для того чтобы этот простой принцип мог быть претворен в жизнь, его недостаточно было сформулировать. Должна была произойти информационная революция, дающая возможность быстрого поиска сведений, сама медицина должна была накопить достаточный объем достоверных данных об эффективности вмешательств. Будет большим преувеличением утверждать, что все лечебные вмешательства, широко применяемые в современной медицине, прошли проверку в ходе крупных рандомизированных клинических испытаний. По разным данным, такую проверку прошли только 30-50% вмешательств.(5)

Однако, с каждым годом объем надежно проверенной информации стремительно увеличивается.

Актуальность значения этической стороны ДМ, складывается из нескольких направлений. Первое - в связи с тем, что изменение структуры заболеваемости в пользу хронических заболеваний привело к тому, что длительность многих заболеваний стала сравнима со временем активной рабочей деятельности врача. Врач теряет четкие ориентиры, базируясь на которых он мог бы сказать, что назначенная им терапия приводит к улучшению прогноза для больного. В отношении терапии врач становится все более и более зависимым от вторичных источников информации, научных публикаций, которые преодолевают проблемы одновременным наблюдением за большим количеством пациентов и длительными сроками исследования. Вторая причина заключается в том, что лекарственная терапия и диагностика стали большим, много миллиардным бизнесом. Разработка новых лекарственных средств превратилась в высокочеловеческое и опасное предприятие. Вложение средств в разработку лекарства, которое оказывается неэффективным может обанкротить даже крупную корпорацию. Поэтому фармацевтические фирмы стараются «выжать» из препаратов все, что только можно. Третья причина: проводится агрессивная рекламная политика, специалисты по маркетингу стремятся представить лекарство в наиболее выгодном свете, используя для этого все новейшие разработки и психологические уловки. Врачи и медицинский персонал стали мишенью наиболее интересной в истории бизнеса рекламной компании - компании в которой целевой аудиторией являются люди, принимающие решение о покупке, но не финансирующие ее из собственного кармана. Пациенты стали значительно более образованными.(2)

Медицинский персонал, осуществляющий уход за пациентом, перестал быть единственным источником информации для него и его семьи. Журналы, газеты, телевидение, Интернет - все уделяют огромное внимание вопросам здоровья и лечению. Показательным является то, что средства массовой информации оказывают значительное влияние на восприятие пациентами назначаемого лечения и согласия их с терапией. Сложно переоценить опасность ситуации в которой пациент просит врача назначить лекарство о котором пациент уже нашел информацию, а врач не имел такой возможности или времени. Четвертая причина появления НДМ - связана с общей гуманизацией общества, акцентом на самостоятельность и самостоятельность личности. Необходимость получения информированного согласия на лечение предполагает, что врач предлагает пациенту информацию и помогает ему критически оценить ее. Вместе с тем и для самого врача становится все более и более важным самосовершенствование, которое должно базироваться на самостоятельном поиске новой информации, ее критической оценке и внедрении в практику. Не случайно НДМ появилась в университете Мак-Мастера, который еще в конце 60х годов рискнул полностью перестроить обучение на медицинском факультете так, чтобы усилить самостоятельную работу студентов через внедрение проблемно-ориентированного обучения.

Вопросы этики и права при проведении биомедицинских исследований взаимосвязаны и их следует рассматривать совместно. Этика распространяется не только на совокупность всех прав пациента, но само понятие «этика» намного шире понятия «право». (6) Если для соблюдения права достаточно строго следовать определенным правилам, то этика требует от врача порядочности, честности, бескорыстия в самом широком смысле слова, а это не может быть регламентировано никаким законом. Этика накладывает определенные обязательства на врача, а пациентам предоставляет гарантии безопасности еще до того, как они будут юридически сформулированы и закреплены законом. Путь развития международного права в области защиты прав человека вообще и в медицинской сфере в частности достаточно долгий. Существует ряд аспектов взаимоотношения врач — пациент, правовая регуляция которых еще не разработана. В этом случае высокие этические принципы, духовная культура, лежащие в основе действий врача, который участвует в проведении клинических испытаний, должны сыграть решающую роль.

Вопросы для самопроверки.

1. Причины актуализации биоэтики в фармации?
2. Основные вопросы фармацевтической биоэтики?
3. Какие события предварили принятие Всемирной Хельсинской декларации и в каком году?
4. Смысл Хельсинско-Токийской декларации?
5. В чем выразилась необходимость защиты прав пациентов участвующих в клинических испытаниях лекарств?
6. Для чего появились комитеты по этике?
7. Какими документами руководствуется Комитет по биоэтике при МЗРУз?
8. Цель организации Национального Комитета по Биоэтике Республики Узбекистан при Международном Фонде Ибн Сино?
9. Какова роль научно доказательной медицины (НДМ) в решении проблем фармацевтической биоэтики?
10. Этика проведение клинических испытаний принципиально новых, ранее не применявшихся лекарственных средств?
11. Когда и где был открыт первый кокраповский центр?
12. Основная задача кокраповского сотрудничества?
13. Основные причины, приведшие к распространению НДМ?
14. Актуальность значения этической стороны НДМ?
15. Необходимость получения информированного согласия?

Литература

1. Закон РУз «Об охране здоровья граждан» 1996 (с изменениями и дополнениями 1999г, 2001г)
2. В.В.Власов. Введение в доказательную медицину. М.2001
3. Г.А.Мельниченко, И.И.Бузнашвили, И.А.Г.Проскуряк. Доказательная медицина и международные мультицентровые клинические испытания в эндохринологии. Научный Центр экспертизы и государственного контроля лекарственных средств МЗ РФ, М., «Вестник НИЦЭГКЛС-сент. 1999» №1
4. А.Зильберг. Новое перо на старой шляпе? Доказательная медицина: реальная польза или исследовательская мода? М.В: Выпуск 12, 2002
5. А.Г.Чучалин. Предисловие к первому русскому изданию справочника «Доказательная медицина». Информация с сайта <http://www.medicina.tonisk.ru>
6. Ш.Э. Атаханов, З.М. Мухамедова. «Биоэтика в контексте гуманизации образования и медицинской практики». O'zbekiston tibbiyot qumali. N1 2003)

### 3. Этика геномики в международном контексте.

Благодаря бурному развитию во второй половине прошлого века фундаментальных медико биологических наук произошел ряд крупных

научных открытий и событий XX столетия, в том числе - практически закончено изучение структуры генома человека. Были открыты новые главы генетики - геномика и протеомика, созданы соответствующие банки данных. Появилась геновая фармакология; успешно разрабатываются искусственные вакцины. Со многими новыми технологиями связаны неопределенность последствий их применения или явная опасность внедрения в практику. Наиболее угрожающим с социальной точки зрения является основанное на современной генетике такое направление евгеники, как искусственное выращивание людей с заданными или желательными свойствами. В конце 80-х годов в условиях бурного развития медико-биологических наук и опасности негативных последствий их практического применения Совет Европы принял решение о создании соответствующего общеевропейского документа. В 1993 г. Генеральная ассамблея Совета Европы приняла Конвенцию по защите прав и достоинства человека в связи с применением биологии и медицины (после существенных изменений текст был утвержден на заседании Парламентской ассамблеи СЕ в ноябре 1996г)(1). Далее, Всеобщая Декларация о геноме человека и о правах человека, которая была утверждена (принята) на 29 - й сессии Генеральной конференции ЮНЕСКО 11 ноября 1997 г. единогласно всеми странами, входящими в эту организацию. Первый раздел Декларации «Человеческое достоинство и геном человека» открывается статьей 1:

«Геном человека лежит в основе изначальной общности всех представителей человеческого рода, а также признания их неотъемлемого достоинства и разнообразия. Геном человека знаменует собой достояние человечества». Философский непререкаемый смысл этой статьи обосновывает одновременно и равенство, и разнообразие всех людей и каждого человека в человеческом сообществе. Ибо все человечество в течение миллиона лет развивалось, пользуясь «единой корзиной» генов, которые переливались в нисходящем ряду поколений, формируя бесконечное разнообразие индивидуальностей. Геном человека состоит, по данным на 2001 год, из 30 000 генов. Варианты этих генов «общей корзины» миллионы лет формировали и формируют все многообразие равнодостоинных людей.(2) Геном каждого человека действительно является достоянием всего человечества. Никто не знает, от кого миллион лет тому назад пришла совокупность генов его тела. Никто также не знает, кому попадут его (или такие же) гены через тысячи лет. Геном каждого есть богатство всех. Логическим следствием первой статьи является вторая: «Каждый человек имеет право на уважение его достоинства и его прав вне зависимости от его генетических характеристик».

Чрезвычайную важность несет статья 4: «Геном человека в его естественном состоянии не должен служить источником извлечения доходов». Из этого следует прямо, что описанный («открытый») тем или иным исследователем или исследовательской компанией участок генома не может быть запатентован и тем самым стать предметом коммерции, наживы и т. п. Именно такую концепцию подтвердили лидеры «восьмерки» на

Окинавской встрече 2000 года. В своем письме обращаясь к участникам встречи "Восьмерки" (G-8) на Окинаве (Япония, в июле 2000) Генеральный директор ЮНЕСКО Коитиро Мацуура, потребовал принятия специального заявления, подтверждающего приверженность ведущих стран мира принципу свободного доступа для мирового научного сообщества к результатам исследований в области генома человека. Этот принцип служит интересам всего человечества и позволит использовать последние данные биохимической науки в интересах здоровья человека. Генеральный директор ЮНЕСКО считает "и важным и срочным делом обеспечение свободного доступа всего международного сообщества к основным исходным данным по геному человека на основе принципов Всеобщей декларации о геноме человека и правах человека, принятой Генеральной конференцией ЮНЕСКО 11 ноября 1997 г. и затем Генеральной Ассамблеей ООН в 1998 г. (резолюция A/RES/53/152)". По мнению К. Мацууры, принцип свободного доступа к этой научной информации служит "ориентиром и для исследований и для применения на практике научных результатов при полном уважении достоинства и прав человека". Он подчеркнул, что его слова отражают мнение Международного комитета ЮНЕСКО по биоэтике, который возглавляет профессор Риюти Ида. И это абсолютно верно, ибо геном человека принадлежит всему человечеству. Им нельзя торговать!(2)

Специальный раздел "Права соответствующих лиц" завершается статьей 7 о конфиденциальности: "Конфиденциальность генетических данных, которые касаются человека, личность которого может быть установлена, и которые хранятся или подвергаются обработке в научных или любых других целях, должна охраняться в соответствии с законом".

В разделе С "Исследования, касающиеся генома человека", сформулированы принципы защиты прав человека при проведении научно-исследовательской работы. Речь идет как бы о симметрии прав – с одной стороны, – права обследуемого больного или здорового человека, а с другой стороны, право исследователя заниматься наукой. "Никакие исследования, касающиеся генома человека, равно как и никакие прикладные исследования в этой области... не должны превалировать над уважением прав человека, основных свобод и человеческого достоинства отдельных людей или, в соответствующих случаях, групп людей. Не допускается практика, противоречащая человеческому достоинству, такая, как практика клонирования в целях воспроизводства человеческой особи". Речь идет не о запрете научных работ в области клонирования, изучения возможностей, открывающихся перед биологией и медициной на этом пути. Речь идет о запрете создания человека данным биотехнологическим способом. Ряд стран уже издал законы, запрещающие клонирование человека. Другие (США, Россия) временно, сроком на 5 лет, наложили мораторий, с тем чтобы позже вернуться к рассмотрению проблемы.

Клонирование клеток и тканей человека – менее сложная биоэтическая проблема, но и она требует общественного и законодательного контроля. Парламент Великобритании, например, узаконил право работать по

клонированию стволовых клеток человеческих эмбрионов. При этом специально оговорены способы получения эмбрионов и их возраст не более 14 дней от момента слияния мужской и женской половых клеток. Специальный раздел D в Декларации регламентирует условия осуществления научной деятельности. Этот раздел состоит из статей, адресованных государствам, предписывает им принимать соответствующие меры, обеспечивающие рамки для беспрепятственного осуществления исследований с должным учетом принципов Декларации.

В большинстве областей медицины традиционно центральной этической проблемой является установление нравственно приемлемых норм взаимоотношений врача и больного, а этическая регуляция взаимоотношений между ними сводится к оценке того, что есть «добро», а что есть «зло» в их решениях, действиях, взаимных требованиях и обязательствах. Но есть две области медицины – инфекционные и наследственные болезни, – где врач взаимодействует не с единственным пациентом, а с лицами из группы повышенного риска заболеть одним и тем же недугом, передавая при этом беззастенчивое начало от одного члена группы риска другому (или другим).(3) Известно, что генетическая патология может передаваться от родителей детям и более отдаленным потомкам в процессе деторождения. Генетическая патология – область медицинской генетики. Особенность медицинской генетики состоит еще и в том, что врачу-генетику часто приходится сталкиваться с ситуацией, когда человек, пораженный наследственным недугом, по возрасту или состоянию здоровья не может принимать самостоятельных решений, и эта функция переходит к его родителям, опекунам или иным законным представителям больного. Многие формы генетической патологии развиваются еще внутриутробно и проявляются в виде врожденных дефектов и принимать решение об их предупреждении или лечении приходится не самим больным, а беременным женщинам или молодым родителям. Тем более, что в настоящее время уже имеются методы исследования генома человека, позволяющие выявлять нарушенные участки генома после зачатия. Кроме того, многие формы генетической патологии проявляются или сопровождаются нарушениями психики и интеллекта. В этих случаях бремя решения перекладывается с недееспособного больного на его опекунов. В этом отношении проблемы медико-генетической этики сближаются с аналогичными проблемами в гинекологии, акушерстве, неонатологии, педиатрии, психиатрии. Большой отпечаток на современные этические проблемы медицинской генетики накладывает и то обстоятельство, что генетика «впитала» в себя множество новых технологий обращения с биологическим и генетическим материалом, новых биотехнологий для диагностических и лечебных процедур. Доступность таких процедур дает возможность проводить массовое просеивание (скрининг) больших популяций для выявления патологических мутаций. Современные биотехнологии позволяют осуществить тестирование нарушений генома не только на этапе клинически выраженного заболевания, но и тогда, когда никаких признаков болезни еще нет и они еще не скоро

появятся (например, болезнь Альцгеймера, хорей Гентингтона, поражающие человека в возрасте старше 40, а то и 70 лет), до того как будущий больной будет зачат. Современные генноинженерные биотехнологии вторгаются не только в решение диагностических задач, но и в лечение болезней с помощью генотерапии, которая представляет собой своего рода молекулярное протезирование нарушенных участков генома. Эта ситуация вызывает две взаимосвязанные группы этического плана. С одной стороны, это вопрос о том, кто имеет право (или не имеет такового) знать (или не знать) о будущих генетически обусловленных чертах самого себя, своих детей, других потомков, родственников, работников, пациентов, клиентов и т.д. С другой стороны, это вопросы о том, кто имеет право и \ или обязанность принимать решения о разрешении или недопущении клинической реализации того или иного патологического генотипа, о его части в репродукции, а также о целенаправленном изменении данного генотипа, что может отразиться и на индивиде, и на его семье, роде и даже на генофонде популяции в целом. (3)

Бурное развитие биомедицинской науки и биотехнологий поставило на повестку дня исключительно сложные с этической точки зрения вопросы. Среди них еще раз отметим: клонирование человеческих клеток и тканей, генетическое тестирование, использование стволовых клеток, развитие генной инженерии и внедрение ее достижений, трансплантация человеческих органов и тканей и т.п. Трудно предвидеть генетические последствия подобных вмешательств в организм человека, поскольку стволовые клетки могут трансформироваться во что угодно. Теоретически из них через много лет может даже развиться раковая опухоль. Но это лишь теоретические предположения. Клинических исследований еще не достаточно, чтобы гарантировать безопасность подобных манипуляций.

В принципе, терапия стволовыми клетками может быть очень полезной для восстановления поврежденных функций печени, головного мозга. На сегодня уже накоплен большой опыт восстановления повреждений хрящевой ткани суставов при механических травмах. Перспектива прикладного применения таких исследований неплохая, но еще не отработаны многие аспекты, в частности, недостаточно изучены отдаленные последствия такой манипуляции. Существует мнение, что во время этой процедуры возможно перенесение чужого генетического материала, проникновение генома донора в геном реципиента. Какими будут последствия подобного вмешательства? Сегодня предвидеть это довольно сложно. Наиболее перспективным сегодня является направление в генетике, изменяющее генетические дефекты и избавляющее людей от наследственных болезней. Современные проблемы генной терапии, использование для лечебных целей эмбриональной ткани, увеличение продолжительности жизни, клонирование сильно усложнили старый, идущий от Гиппократов принцип "Не навреди". Диапазон врачебных вмешательств или, как теперь принято говорить, медицинских технологий невероятно расширился, естественно, возросла польза для больных. Но вместе с пользой увеличился и риск. Самому врачу часто не под силу решать эту извечную и очень ответственную проблему "риск - польза". Исследования

на стволовых эмбриональных клетках - самая острая сегодня тема дискуссий. Научный поиск в этой области должен привести к возможности искусственно создавать то, в чем сегодня особенно нуждаются больные - органы и ткани для пересадки. Мы стоим на пороге впечатляющих открытий в области лечения сложных либо пока еще неизлечимых заболеваний, таких как болезнь Паркинсона, Альцгеймера или рассеянный склероз. Однако стволовые клетки получают главным образом от человеческого эмбриона, и здесь встает вопрос - можно ли и нужно ли создавать искусственно эмбрионы для проведения исследований на стволовых клетках? А если же ограничиться только стволовыми клетками, полученными от эмбрионов, не предназначенных для воспроизводства детей конкретной родительской пары (замороженные эмбрионы после оплодотворения в пробирке - *in vitro*), то как определить результат такого исследования и как гарантировать соблюдение прав родителей - доноров? Подходы к вопросу о стволовых эмбриональных клетках различны. Как подчеркивается в докладе Международного комитета по биоэтике ЮНЕСКО Использование стволовых эмбриональных клеток в терапевтических целях (2):

«Этическая обоснованность исследований на стволовых эмбриональных клетках человека в большой степени зависит от статуса, который придается эмбриону». В этом документе называются три основных направления, которые признаются этически неприемлемыми: «а) ... использование эмбрионов человека для получения стволовых эмбриональных клеток в корне аморально; б) ... такое использование этически приемлемо лишь в определенных медицинских целях и при соблюдении ряда жестких условий; в) ... учитывая существующую опасность, связанную с этими исследованиями и возможными последствиями этического плана (в частности, опасность использования человеческого эмбриона в качестве инструмента исследований), исследования на стволовых эмбриональных клетках должны быть запрещены». Перспектива клонирования человека также весьма дебатруемая тема. Кое - кто все еще продолжает говорить о возможности клонирования в репродуктивных целях, в то время как оно было осуждено как Всеобщей декларацией по геному человека и правам человека ЮНЕСКО (1977г.) (2), квалифицирующей ее как практику, унижающую человеческое достоинство (ст.11), так и национальными законодательствами многих стран. Однако, если международное сообщество продемонстрировало свой отказ от клонирования человека в репродуктивных целях как неприемлемое использование человеческого организма, то в отношении клонирования в терапевтических целях ряд вопросов остаются не решенными. Приемлемо ли такое клонирование, если оно позволяет лечить тяжелые или неизлечимые заболевания? А если согласиться с терапевтическим клонированием человека (и появлением необходимых технологий), то не приведет ли это и к репродуктивному клонированию? И, в любом случае, мы сталкиваемся с той же проблемой эмбриона, поскольку так называемое терапевтическое клонирование с помощью переноса ядра клетки является созданием своего

рода «эмбриона», предназначенного исключительно для получения стволовых клеток.

Немало есть и других, не менее важных этических проблем. Одна из них - диагностика. Биоэтика уже занималась вопросом о преднатальной (в период беременности) диагностике, в частности, как избежать того, чтобы такая диагностика не использовалась вне медицинских целей, например, для практики так называемого «установления пола плода», т. е. для того, чтобы не получать плод женского пола? Развитие науки породило еще одну опасность, связанную с генетической предимплантной диагностикой, которая сегодня занимается выявлением тяжелых заболеваний, - опасность ее использования в евгенических целях, для селекции людей. Слишком велик соблазн на ее основе либо улучшить, либо убрать те или иные морфологические характеристики.

Еще один очень серьезный вопрос, порождаемый статусом генома человека, - кто является собственником генетической информации? Человек, предоставивший свой генетический материал? Ученый, открывший характеристику части этого материала? Исследователь, который нашел ему применение? Фирма, вложившая деньги в исследования? В принципе, можно патентовать лишь настоящие изобретения, имеющие явную пользу или перспективу промышленного применения, однако сегодня существует огромное число заявок на патенты в области генома человека и их применение, включая секвенции генома, будущее использование которых еще не определено.

Как подчеркивается в проекте доклада Международного симпозиума Этика, интеллектуальная собственность и геномика (2), в связи с бурным ростом числа патентов в этой области «стоимость лечения и генетических тестов становится недоступной для большинства людей и стран». Нужно ли защищать такие «открытия» и лишать людей той пользы, которую они обещают? Или же ограничить масштабы защиты интеллектуальной собственности, и тем самым оказаться перед опасностью сокращения инвестиций в неприбыльные медицинские производства? Открытия генетики придают новый масштаб этой проблеме, однако, она уже давно существует в том, что касается медикаментов от СПИДА, которые защищены патентами и потому слишком дорого во многих странах.

Сбор, обработка, хранение и использование генетических данных - область также вызывающая много вопросов этического плана. ЮНЕСКО намерена подготовить международный документ, регламентирующий ситуацию с генетическими данными. Международный комитет по биоэтике посвятил этому свой доклад (2) и рассмотрел, в частности, такие аспекты, как конечная цель сбора данных; информирование доноров; проблема добровольного и информированного согласия доноров; учет традиционного отношения к человеческому телу определенных социальных, религиозных или этнических групп; осторожность в проведении генетических тестов, включая тест на родственные связи, учитывая последствия тестов для самих

тестируемых и других лиц; конфиденциальность, а также будущее использование собранных данных.

Последний аспект вызывает серьезные опасения. Так, например, широкое применение практики создания банков генетических данных таит в себе угрозу различных форм дискриминации. Если, в частности, геномическая секвенция того или иного человека свидетельствует о генетической аномалии, связанной с существующим или возможным заболеванием, то этому человеку может грозить увольнение в результате политики предприятия по борьбе с профессиональными заболеваниями. Ему могут также отказать в страховании или вынудить платить за него больше других. Он также может оказаться «в черном списке» организаций, представляющих кредиты. По результатам генетических обследований дискриминации могут подвергнуться целые группы населения.

Генетические исследования могут выявить в различных группах населения миграцию или целую цепочку передачи заболеваний. Необходимо, чтобы группы населения участвовали в генетическом обследовании добровольно и имели о последнем полную информацию. Однако, имеет ли понятие индивидуального согласия, принятое в западном обществе, смысл в изолированной от цивилизации общине или среди коренных народов? На каком языке последние получают необходимую информацию, чтобы дать свое добровольное и «информированное» согласие? А в случае, если это обследование даст свои результаты в виде патентов и при этом община - донор не получит своей доли прибыли, не идет ли речь о «биологическом пиратстве»? (2)

В области пересадки органов и тканей этических проблем становится все больше. На уже стоящий перед биоэтикой вопрос о том, как избежать торговли человеческими органами (печень, почки, поджелудочная железа и пр.) и тканями (роговица, спинной мозг и др.), следует сегодня добавить и вопросы, связанные с пересадкой человеку чужеродных органов и тканей (в частности, органов генетически модифицированных животных) или проблемы трансгенеза животных, который позволяет пересаживать человеку совместимые органы.

Тема пересадки органов и тканей возвращает нас опять к проблеме патентов. Даже если удастся устранить существующее неравенство между спросом и предложением, эта победа для развивающихся стран обойдется дорого. Нет оснований считать, что удастся при этом добиться некоего равенства между теми, кто нуждается в человеческих органах и тканях. Речь идет о морально - этической проблеме более широкого плана - о солидарности. Согласно первой статье Всеобщей декларации о геноме человека и правах человека, геном является «достоянием человечества». Так не следует ли делить более справедливо доходы от исследований в этой области, ведущиеся в основном развитыми странами, но с использованием материала, поступающего зачастую из других стран? В этом плане Международный комитет по биоэтике выступил с предложением создать специальный международный механизм, который бы финансировал передачу технологий,

опираясь на часть доходов, которые получают частные и государственные предприятия от использования данных о геноме человека. К этим этическим, нередко взаимосвязанным проблемам, наука каждый день добавляет все новые. Даже если ограничиться только геномикой, то можно представить, что ее использование на практике, как в ближайшем будущем, так и в более отдаленном, будет иметь очень большое воздействие на здоровье людей, экономику (сельское хозяйство, промышленность), социальную сферу (образование, рынок труда, страхование) и на многое другое (личная жизнь людей, взаимоотношения между разными поколениями и пр.). Именно поэтому Этику в области науки и технологий ЮНЕСКО сделала одним из приоритетов своей стратегии на 2002 - 2007 годы. (4)

#### Вопросы для самопроверки

1. Когда, где и какие были приняты документы по защите прав и достоинства человека в связи с применением биологии и медицины?
2. Почему запрещено создание человека биотехнологическим способом?
3. Где узаконено право работать по клонированию стволовых клеток человеческих эмбрионов?
4. Почему исключительно сложные с этической точки зрения вопросы, связанные с генетическим вмешательством в организм человека?
5. Моральные проблемы генной терапии.
6. Каковы подходы к использованию стволовых эмбриональных клеток в терапевтических целях Международным комитетом по биотехнике ЮНЕСКО?
7. В чем угроза широкого применения практики создания банков генетических данных?
8. В чем смысл принципа информированного согласия при проведении генетических исследований?
9. Почему ЮНЕСКО сделала Этику в области науки и технологий одним из приоритетов своей стратегии на 2002 - 2007?

#### Литература

1. В.Н. Игнатьев, Ю.М. Лопухин, Б.Г. Юдин. Конвенция Совета Европы по биотехнике. Биомедицинская этика под ред. Покровского. М1997.сб
2. Р. ПЕТРОВ Острые прогресса - биотехника. Наука № 23 (5836) 6 - 12 июня 2001
3. В.И. Иванова, В.Л. Ижевская. Генетика человека: этические проблемы настоящего и будущего. Проблемы евгеники. Биомедицинская этика. под ред. Покровского. М1997. с98.
4. Доклады и Всеобщая декларация о геноме человека и правах человека получены с Интернет сайта [www.unesco.org/human\\_rights/hubs.htm](http://www.unesco.org/human_rights/hubs.htm).

#### 4. Евгеника и биотехника.

Термин «евгеника» был впервые предложен в 1883 году видным английским антропологом, психологом и основоположником биометрии Ф. Гальтоном. Вот какое определение евгеники он тогда дал: «Изучение подлежащих общественному контролю влияний, могущих улучшить или ухудшить как физические, так и умственные качества грядущих поколений». И при этом он добавил, что на первой стадии относящихся сюда вопросы будут подвергаться чисто научной разработке, причем дело не пойдет дальше пропаганды евгенических идей. На второй стадии уже можно будет принять ряд мероприятий практического характера и издать соответствующие законы. Наконец, на третьей стадии такие законы станут ненужными, потому что все люди осознают необходимость правил евгеники. Отец евгеники - Дж. Меллер (США) мечтал населять Землю гениальными людьми, для этого он предлагал отбор лучших и стерилизацию худших. Ему также принадлежит разработка проблемы критериев отбора, для чего он сформулировал следующие критерии:

- 1) интеллигентность,
- 2) кооперативность (способность к совместным с другими людьми действиям), альтруизм;
- 3) физическое и психическое здоровье.

С открытием законов расщепления наследственных признаков (Г. Мендель, 1900г.), одинаковых для всех растений и животных, и с утверждением хромосомной теории наследственности, стало ясно, что у всех живых существ имеется принципиально сходный генетический аппарат. Это относится и к человеку. Например, в семьях, где наблюдались какие-либо физические или умственные отклонения, они передаются по наследству. Из этих теорий были сделаны очень далеко идущие выводы о роли наследственности в определении биологических видов и рас.

Развитие евгеники имело драматические последствия для человечества. В США и Германии были приняты законы, утверждавшие о существовании принципиальных расхождений между расами в умственных и нравственных качествах. Эта теория стала основой фашизма, утверждавшего, что высокоодаренные расы - это североευропейская (англичане и немцы), а низшие расы - это негры, негроиды, цыгане, евреи и славяне. Цыгане и евреи, по мнению немецких расистов, подлежат полному уничтожению, другие «низшие расы» должны быть сохранены как рабочая сила. Аналогичные «евгенические» мероприятия были широко развернуты в США и других странах (Голландия). Современное человечество отказалось от расистских идей, встав на позиции культурного релятивизма - теории, утверждающей, что все качества личности обусловлены многочисленными факторами, среди которых главную роль играют наследственность и культурная среда, которые можно улучшать и совершенствовать. Поэтому не следует преувеличивать роли генетических факторов. Многие наследственные особенности человека, в первую очередь его умственные способности, не моногенны, а полигенны, т.е. определяются взаимодействием нескольких генов, проявление которых зависит от условий, в которых рос и воспитывался ребенок. Таким образом, «качество» потомства зависит от многих факторов, среди которых важное место занимают два - наследственность и культурная среда. Задача улучшения наследственности включает эти два направления - генетическое и культурное.

Генетическое улучшение наследственности может осуществляться двумя путями: запретительными мерами, то есть «негативной евгеникой» или стерилизацией; поощрительными мерами, то есть «позитивной евгеникой» или селекцией.

Негативная евгеника (стерилизация) имеет драматическую историю. Так, в США в 1907 г. был принят закон о принудительной стерилизации в штате Индиана. Стерилизации подлежали психически ненормальные, умственно отсталые, осужденные за половые преступления хронические

алкоголики, проститутки, круглые сироты, бродяги. В начале XX столетия евгеника выставлялась как моральный императив. Евгенические программы США и Германии включали почти исключительно мероприятия, относящиеся к «негативной евгенике». В конце XIX и начале XX столетия в США стала активно пропагандироваться идея: «наиболее ценную» англосаксонскую часть жителей вытесняют наследственно «гораздо худшие» иммигранты, приезжающие из южной и восточной Европы. В результате нажима, оказанного на сенат и правительство, в 1924 году появился закон, поощряющий въезд в США северян и англосаксов из Европы и резко затрудняющий въезд иммигрантов из южной и восточной Европы, в особенности евреев. Первый закон о принудительной стерилизации был принят в США в 1907 в штате Индиана, а последний - в 1937, в штате Джорджия. За время их действия в стране, согласно статистическим данным, было насильно стерилизовано свыше 100 тыс. человек, в том числе много негров. В большинстве штатов стерилизации подлежали психически ненормальные, умственно отсталые, осужденные за половые преступления; в некоторых, кроме того, - хронические алкоголики, эпилептики, проститутки, круглые сироты, бродяги. Никаких доказательств, что стерилизуемые - носители каких-то вредных генов, не было. Это относится и к тем, кому было отказано в иммиграции. Евгенические программы в Германии начались с появления в конце XIX и начале XX столетия статей и книг по «расовой гигиене», восхвалявших «истинно германскую высшую расу» и призывавших оградить ее от загрязнения «низшими» расами. Это расистское движение резко усилилось с приходом Гитлера к власти в 1933 году и превратилось во всемерно поддерживаемую и развиваемую государством программу. Началось с принудительной стерилизации психически больных, а также немногих метисов, рожденных немками от солдат-негров французской армии, оказавшихся в Германии в конце 1-ой мировой войны. Вслед за этим приступили к тотальному уничтожению в лагерях смерти 2-ой мировой войны всех цыган и евреев, независимо от пола и возраста. Число уничтоженных цыган неизвестно, а в ходе «окончательного решения еврейского вопроса» гитлеровцами было уничтожено свыше 6 млн евреев. Из тысяч военнопленных (захваченных, главным образом, в боях на территории СССР и Польши) сразу уничтожались раненые, больные, физически слабые, а прочие использовались как рабочая сила. Их содержали в тяжелых условиях до тех пор, пока они могли работать, а после этого тоже уничтожали. Сегодня известны факты наличия аналогичных законов (тайно проводившихся) в Голландии в середине XX века. Эти и другие трагические факты сегодня широко известны. Но часто забывают, что речь шла о достижении целей, поставленных «негативной» евгеникой - «очищение» популяций человека от вредных наследственных задатков. Причем, спекуляции на принципах, сформулированных основоположниками евгеники, дополнялись,

повторим, антинаучными положениями расизма и учением о наследственной передаче приобретенных признаков.(1).

Какова судьба позитивной евгеники (цель которой - обогатить популяцию человека ценными наследственными задатками)? Планы улучшения биологической и генетической наследственности принимают самые разнообразные формы. Так, американец Роберт Грэхем организовал банк для хранения спермы, полученной от лауреатов Нобелевской премии. Предполагалось, что она будет использоваться для добровольного осеменения женщин, обладающих исключительными интеллектуальными способностями.

Сейчас в США насчитывается более тысячи банков клеток и тканей человека. 343 банка специализируются на хранении половых клеток. 200 банков - на хранении эмбриональных клеток. Создаются транснациональные биологические банки - Euro skin bank. В 1976 году все банки США объединились в Ассоциацию и выработали единые стандарты. Таким образом, США обеспечили свою страну и нацию на случай радиационной катастрофы или непредвиденной эпидемии.

Осуществление целей «положительной» евгеники, были написаны выдающимися генетиками: А. С. Серебровским в России и Г. Дж. Меллером в США. Оба советовали организовать хранение замороженной спермы ценных доноров для осеменения ею женщин. Меллер мотивировал тем, что в случае мировой атомной войны большинство оставшихся в живых мужчин будут стерилизованы радиацией, и потребность в жизнеспособной сперме будет очень велика. Но оба автора готовили публикации в те годы, когда медицинская генетика и вообще генетика человека делали только первые шаги. Теперь положение кардинально изменилось. Накоплено много сведений, в частности, о генетических основах одаренности человека; эта основа оказалась полигенной состоящей, как уже говорилось, из случайного сочетания нескольких или многих генов, преимущественно или только рецессивных. У ребенка, одним из родителей которого является одаренная личность, комплекс генов, способствующих одаренности, распадается, а в последующих поколениях эти гены распределяются между разными потомками. Передачи одаренности от родителей детям обычно не происходит. Надо добавить, что любая одаренная личность, как и вообще всякий человек, имеет в скрытом состоянии несколько в той или иной степени «вредных» генов, некоторые из них могут быть и очень вредными, проявление их может вызвать серьезные физические и умственные дефекты. Генетика человека еще не достигла уровня, позволяющего с уверенностью определить: отсутствуют ли в генотипе человека нежелательные или вредные гены; это дело будущего, и здесь серьезные результаты должен дать международный проект «Геном человека». Но даже если мы и прочтем информацию, закодированную в генетической программе человека, то вряд ли поймем все до конца. А пока - эту программу мы не писали, не прочли, не поняли, а, значит, не



можем успешно корректировать. Итак, евгеника безусловно послужила одним из стимулов зарождения и развития генетики человека и ее важной части - медицинской генетики. Поставленные евгеникой цели - освободить генотип человека от вредных наследственных задатков и обогатить его ценными для физического и умственного развития генами - полностью актуальны и теперь. Общая задача, поставленная евгеникой - освободить человечество от вредной наследственности - не решена. Эта задача перешла в генетику и генную инженерию.<sup>(2)</sup> Однако для этого еще не наступило время. Академическая стадия развития евгеники, о которой говорили ее основоположники, еще не завершена. Нельзя, кроме того, забывать: евгеника, хотя и в извращенном виде, была использована, чтобы оправдать некоторые из наиболее страшных преступлений в истории человечества. Сегодня евгеника направлена на искоренение в человеческом роде наследственных заболеваний. Известно, что лечение и профилактика заболеваний сохраняют вредные гены, которые раньше исчезали со смертью больного. По словам выдающегося российского генетика Н.П. Дубинина, медицина, выхаживающая ростки жизни, подтачивает этим общую наследственность человека, т.е. забота о здоровье отдельной личности вступает в конфликт с заботой о здоровье рода. Совершенно очевидно, что прежде чем проводить в жизнь какую-либо положительную евгеническую программу, необходимо прийти к какому-то общему мнению относительно желательных особенностей. Обществу, состоящему из одних гениев, вероятно, не легко было бы существовать. Приспособляемость, эмоциональная устойчивость, здоровье и другие качества, вероятно, также желательны, как и умственная одаренность. Современное общество чрезвычайно сложно и требует выполнения разнообразнейших обязанностей, а следовательно, и нуждается в людях с разнообразнейшими темпераментами, умственными способностями, талантами и силами». Более важно другое возражение-вопрос: кто будет проводить в жизнь мероприятия по коррекции генофонда? Очевидно, что такой заказ не может быть ни классовым, ни профессиональным, он должен быть только общечеловеческим. Его может дать только то общество, для которого мерой ценностей будет отношение не к массе и не к избранной по идеологическим соображениям группе людей, а к каждому индивидууму. Возможно ли это? Сейчас евгеника - это прошлое, притом сильно запятнанное. А цели, поставленные перед евгеникой ее основателями и ею не достигнутые, перешли полностью в ведение медицинской генетики, быстро и успешно продвигающейся вперед. В наши дни основная задача медицинской генетики и медиков в целом - управлять проявлением наследственных изменений в ходе развития ребенка - создавать адаптивную среду (климат, диета, лекарства, профессиональные вредности) для исключения или снижения заболеваемости, нетрудоспособности и смертности, обеспечивать

высокое качество жизни для каждого человека в соответствии с его генотипом.

Стерилизация, предпринимаемая по решению государства и общества, — недопустимое вмешательство в жизнь человека, к тому же чреватое злоупотреблениями и произволом. Однако, например во всех скандинавских странах закон о стерилизации был принят в обстановке консенсуса, не встречая оппозиции ни в парламенте, ни в обществе, ни среди ученых и врачей. Поразительно и то, что главной движущей силой при разработке законопроекта и принятии его в парламенте были не правые, как в Америке и Германии, а социал-демократы. Более того, закон был составной частью их представлений о государстве всеобщего благоденствия, в котором слабым, больным и нуждающимся будет оказываться массивная социальная помощь. А планы социальной инженерии вдохновлялись ценностями рационально устроенного общества. Страх вырождения был одним из наиболее заметных феноменов европейской культуры второй половины XIX — первых десятилетий XX вв. В качестве своего рода «оборотной стороны» вырождение сопутствовало и питалось универсальной верой в эволюцию и прогресс. С другой стороны, увеличение числа душевнобольных и прогрессивная «порча» человеческой природы — психической, физической и нравственной — рассматривались как установленный наукой факт. После Второй мировой войны и во многом под воздействием разоблаченных зверств нацистов, евгенические решения стали дилеммой индивидуального выбора: иметь ли детей, если есть риск наследственного заболевания? Прерывать ли беременность, если заболевание плода установлено пренатальной диагностикой? Соглашаться ли на искусственное осеменение спермой донора? Угроза патологии часто выражена в виде определенной вероятности, что связано с самой природой наследственных заболеваний. При этом отмечалось, что практика генетического консультирования сопровождается стремлением исключить самую небольшую возможность любых, даже незначительных отклонений и нарушений. С этим связана и опасность того, что специалисты и общество смогут когда-нибудь прийти либо уже пришли к консенсусу относительно того, каким «должен быть» человек, а также вырабатывают новые, более эффективные методы евгенического воздействия.

Вопросы для самопроверки

1. Кто впервые ввел в научный оборот термин «евгеника»?
2. Какие признаки личности сформулировал Дж.Меллер для разработки проблемы критериев отбора?
3. Моральный императив евгеники?
4. История «негативной» евгеники?
5. Смысл «позитивной» евгеники?
6. В какие науки перешла главная задача евгеники?
7. В каких международных документах отражены этические проблемы генетики человека?

Литература

1.С.М. Гершензон, Т.И. Буживская. Евгенника:100 лет спустя материалы с интернетсайта <http://wargax.stogo.net/e-mail:wargax@stogo.net>  
 2.В.И.Иванов,В.Л. Ижевская. Генетика человека: этические проблемы настоящего и будущего.Проблемы евгеники. Биомедицинская этика,под ред Покровского.М1997. с98.

### 5.Проблемы эвтанази.

Право людей на жизнь и здоровье являются приоритетными и самыми значимыми среди всех других прав, гарантированных законами всех цивилизованных стран. Поэтому ничего удивительного в том, что большинство в обществе совершенно искренне полагает, что врач должен спасать погибающего безнадежно больного человека во всех случаях в силу своего профессионального долга и самого предназначения медицины, даже не задумываясь над тем: а можно ли считать разумным и гуманным стремление во что бы то ни стало возратить к жизни больного, умирающего от рака, когда болезнь достигла последней стадии, или оживить новорожденного, появившегося на свет в состоянии тяжелой продолжительной асфиксии, приведшей к необратимому нарушению функций коры головного мозга? Всегда ли оправдано проведение реанимационных мероприятий человеку, получившему травму, заведомо несовместимую с жизнью? Безусловно, такое оживление теряет всякий смысл. Что в таких случаях следует делать врачу, чтобы свести к минимуму нестерпимые страдания больного, если радикально помочь ему больше ничем нельзя и не нарушать при этом клятвы Гиппократата? Эвтаназия как новый способ медицинского решения проблемы смерти (прекращения жизни) входит в практику современного здравоохранения под влиянием двух основных факторов. Во-первых, прогресса медицины; в частности, под влиянием развития реаниматологии, позволяющей предотвратить смерть больного, т.е. работающей в режиме управления умирающим. Во-вторых, смены ценностей и моральных приоритетов в современной цивилизации, в центре которых стоит идея «прав человека». Происходит смена ценностных установок профессионального сознания медиков, которые, с одной стороны, сталкиваются с тупиковыми ситуациями на границе между жизнью и смертью, а с другой, являются соучастниками общих цивилизационных социальных процессов.

Проблема эвтаназии возникла не сегодня, и не вдруг. Свое летоисчисление она начинает в глубокой древности. Еще Тит Ливий описывал то величавое спокойствие, с которым галльские и германские варвары оканчивали жизнь самоубийством. В языческой Дании войны считали позором закончить свои дни от болезни в постели. Известна история и готская «Скала предков», с которой бросались вниз немощные старики. Об испанских кельтах, презирающих старость, известно, что как только кельт вступал в возраст, следующий за полным физическим расцветом, он кончал жизнь самоубийством. Старики острова Кеос пили цикуту. Немощных от старости японцев уносили умирать на гору Обасутэяма, что в переводе означает «гора, где оставляют бабушек». Эскимосы, чувствуя приближение старости, уходили замерзать в тундру. Этот обычай сохранился у некоторых

эскимосских родов до нашего времени. Известен пример из новой истории, когда христианскому миссионеру удалось уговорить их отказаться от такого варварского обычая. Когда же миссионер, спустя несколько лет вернулся к своей пастве, выяснилось, что весь род вымер. Новообращенным эскимосским христианам, увеличившим численность своей популяции за счет стариков, просто не хватило пропитания. Исследуя явление самоубийства в древних культурах, Э. Дюркгейм (1994) приходит к выводу о его чрезвычайной распространенности, при этом на первом месте среди всех возможных мотивов самоубийства стоит самоубийство по причине преклонного возраста и болезней. Но чем «сытнее» жила первобытная община, тем строже она относилась к эвтаназии. У племен Нигерии, Уганды, Кении самоубийство считали безусловным злом, причем отвечать за него приходилось родственникам усопшего, которые приносили жертву и сжигали жилище «преступника».

В Древней Греции самоубийство санкционировал орган власти — ареопаг. В городах Эллады имелись даже специальные запасы ядов для этих целей. Тех же, кто ушел из жизни «самовольно», без разрешения ареопага, карали посмертным поношением. В Афинах и Фивах труп самоубийцы отсекали руку, которую хоронили отдельно.

Несмотря на это против эвтаназии выступал отец медицины Гиппократ (600 г. до н.э.). В его «Клятве» прямо сказано: «...я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути к осуществлению подобного замысла». Его современники, Платон, Сократ и Аристотель, наоборот, полагали, что умерщвление слабых, нежизнеспособных и безнадежных путем «легкой смерти» — естественно и полезно.

В Римском праве запрет на самоубийство свободных граждан был закреплен законодательно, но признавались обстоятельства, оправдывающие его. Законным считали уход из жизни в случае — «горя, болезни, скорби» или «невыносимости жизни».

В буддизме, где отречение от жизни само по себе считается «образовым», возрастные и физиологические «критерии» для самоубийства практически отсутствуют. Самоубийство в буддийской культуре является видом религиозного обряда, и это не удивительно, ибо высшее блаженство и желанная цель жизни находятся вне этой жизни — в «небытии» (нирвана). Виды самоубийства, принятые в буддийской культуре, различны. Их выбор зависит от конкретной секты, страны, эпохи. Это и голодная смерть, и утопление в водах «священных рек», и испаривание живота своим собственными руками.

После распространения современных религий (христианство, иудаизм, ислам) закрепился запрет на любые формы эвтаназии. В основе христианства (в законах Моисеевых) лежит постулат о том, что жизнь священна и неприкосновенна. На нее никто не имеет права посягать, в том числе ни врач, ни сам человек. Именно в этом смысл библейской заповеди «Не убий!» Многочисленные споры среди медиков, юристов, социологов, психологов в отношении к умышленному ускорению наступления смерти неизлечимо

больного, даже с целью прекращения его страданий никогда не было однозначным. Английский философ Фрэнсис Бэкон (1561-1626) для обозначения легкой безболезненной смерти ввел термин - «эвтаназия» (от греч. euthanasia, eu - хорошо, thanatos - смерть), то есть хорошая, спокойная и легкая смерть, без мучений и страданий. Проблема эвтаназии практически никогда целенаправленно не обсуждалась широкой общественностью в СССР, хотя у специалистов она всегда вызывала самые жаркие споры. Движение за разрешение эвтаназии началось с 1935 г., когда С.К. Миллардом в США было организовано «Общество Эвтаназии» (1)

В начале XX столетия юрист Биндинг и психиатр Гохе предложили называть эвтаназией уничтожение так называемых «неполноценных» жизней. Возникшее через 30 лет фашистское государство реализовало их планы. Мало того, идеология фашизма очень быстро совершила шаг от «эвтаназии из милосердия» к «эвтаназии по идеологическим соображениям», массово уничтожая «неполноценные народы». Начав с одобрения эвтаназии как привилегии для неизлечимо больных арийцев, в сентябре 1939 года Гитлер подписал секретный указ, согласно которому эвтаназии следовало подвергнуть все «формы жизни, которые недостойны жизни». Вопрос о «недостойности» в каждом конкретном случае решался врачебной «тройкой». В результате в течение 2 лет было уничтожено по разным источникам от 100 000 человек до 275 000. Программа была формально закрыта после того, как 3 августа 1941 года епископ Клеменс фон Гален в своей проповеди назвал нацистскую эвтаназийную программу «чистейшим убийством». Международный военный трибунал в Нюрнберге квалифицировал эти действия как преступления против человечества. Таким образом, идея любой эвтаназии была очень серьезно скомпрометирована немецкими национал-социалистами. С тех пор один из главных аргументов противников эвтаназии - возможность злоупотреблений, вплоть до уничтожения всех недееспособных. Именно в этом общественность практически всего мира видит главную опасность активной эвтаназии (1)

В 60-е годы XX столетия проблема эвтаназии вновь была поднята перед обществом уже в совершенно ином аспекте. В 70-е годы XX века П. Адмирал — врач-анестезиолог онкологического отделения католической больницы г. Делфте (Нидерланды) открыто высказал, что: «...эвтаназия может быть заключительным актом в процессе лечения». По его прогнозам: «Уже следующее поколение будет глубоко озадачено тем долгим сроком, который понадобится нашему поколению, чтобы прийти к безусловному признанию эвтаназии в качестве естественного права человека». Он же впервые открыто оценил частоту эвтаназии в Нидерландах — до 3000 случаев в год (это при населении страны в 15 млн. жителей).

Надо сказать, что сам термин «эвтаназия» отличается крайней противоречивостью, что затрудняет однозначное толкование, вызывает терминологическую путаницу. В зависимости от определения термина меняется и подход к проблеме эвтаназии. Различают пассивную и активную

отложенного шприца) выражается в том, что прекращается оказание направленной на продление жизни медицинской помощи, что ускоряет наступление естественной смерти - что на практике достаточно часто встречается и у нас в стране. Чаще всего, когда говорят об эвтаназии, то имеют в виду активную эвтаназию. Под активной эвтаназией (или как ее еще называют «метод наполненного шприца») понимают введение умирающему каких-либо лекарственных или иных средств либо другие действия, влекущие за собой быстрое и безболезненное наступление смерти.

Активная эвтаназия может выражаться в следующих формах:

1) «Убийство из милосердия» - происходит в тех случаях, когда врач, видя мучительные страдания безнадежно больного человека и будучи не в силах их устранить, например, вводит ему сверхдозу обезболивающего препарата, в результате чего наступает желанный смертельный исход.

2) «Самоубийство, ассистируемое врачом» - происходит, когда врач только помогает неизлечимо больному человеку покончить с жизнью.

3) Собственно активная эвтаназия может происходить и без помощи врача. Пациент сам включает устройство, которое приводит его к быстрой и безболезненной смерти, как бы сам накладывает на себя руки.

Таким образом, суть проблемы активной эвтаназии заключается в умышленном причинении врачом смерти больному из сострадания или по просьбе самого умирающего либо его близких. Такая активная эвтаназия резко и безоговорочно осуждается не только в нашей стране, но и в других государствах. Подавляющее большинство зарубежных врачей и юристов считают ее совершенно недопустимой, более того, уголовно наказуемой, даже если она предпринимается исключительно «из сострадания», по настойчивому требованию больного, которому в любом случае предстоит в скором времени умереть. И тем не менее есть страны, в которые эвтаназия получила даже юридические права. Чем это было обусловлено? Противоречивые взгляды на эвтаназию с медицинской и морально-этической точек зрения породили и противоречивую юридическую оценку этого явления, что нашло отражение в законодательствах ряда стран.

В Голландии за проведение эвтаназии мера наказания определяется сроком до 12 лет, если врач не получил согласия больного, не проконсультировался с другими врачами и не доказал, что пациент болен так, что болезнь неизлечима и приносит ему невероятные страдания. Различают следующие виды эвтаназии:

**АКТИВНАЯ** — это, по сути дела, истинная эвтаназия, когда для ускорения или облегчения смерти неизлечимого больного применяют какие-либо лекарства или действия.

**ПАССИВНАЯ**, когда врач отказывается от борьбы за жизнь неизлечимого больного, но не предпринимает никаких мер для ускорения смерти.

**ПРЯМАЯ** — когда врач имеет намерение сократить жизнь пациента,

**НЕПРЯМАЯ** — когда смерть больного ускоряется как косвенное (побочное) следствие действий врача, направленных к другой цели

**ДОБРОВОЛЬНАЯ** - имеется в виду соответствующая просьба самого больного.

**ПРИНУДИТЕЛЬНАЯ** - умерщвление пациента, который компетентен попросить об этом акте или дать для него согласие, но этого не делает.

Наряду с различением многими учеными и юристами понятий активной и пассивной эвтаназии, прямой и непрямой эвтаназии, добровольной эвтаназии, делаются попытки выделить ряд пограничных понятий — дистаназию, ортотаназию, ятротаназию. Дистаназия в этимологическом значении — отрицание смерти. Практически в это понятие вкладывают требование максимальных мер спасения (героических усилий) для каждого больного, находящегося в терминальном состоянии.

**ОРТОТАНАЗИЯ** — понятие, близкое к понятию пассивной эвтаназии. Этим понятием обозначают такое явление, когда врач не предпринимает максимальных усилий для спасения больного, но и не вводит средств, укорачивающих его жизнь, а ограничивается лишь мерами облегчения его состояния (уменьшает невыносимую боль, страдания и т.д.). В настоящее время в нашей стране официально принята дистаназия. Всем больным, находящимся в терминальном состоянии, применяются максимально возможные в данных условиях меры, какими бы дорогостоящими они ни были.

**ЯТРОТАНАЗИЯ** (от слов ятро — врач, и танатос — смерть) — казалось бы, это то же самое понятие, что и активная эвтаназия, когда врач способствует смерти больного, стараясь облегчить его страдания, но при ятротаназии врач, признавая больного неизлечимым, не предпринимает никаких действий к его спасению.

В Голландии после длительной дискуссии в законодательство официально внесено разрешение пассивной эвтаназии, конечно, с определенными оговорками, предусматривающими исключение каких-либо злоупотреблений. В Англии, напротив, после долгих обсуждений принят закон о безусловном запрещении любой эвтаназии в медицинской практике. Вместе с тем, под предлогом обеспечения прав человека во многих странах в той или иной мере свободно применяется эвтаназия даже вопреки существующим нормам закона.

Все это создает большие сложности в юридической оценке прав человека на достойную смерть, хотя в некоторых странах это право получило законодательное оформление. Например, в соответствии с законодательством штата Индиана (США) действует так называемое прижизненное завещание, в котором пациент официально подтверждает свою волю на то, чтобы его жизнь не продлевалась искусственным образом при определенных обстоятельствах. В 1977 году в штате Калифорния (США) после долгих лет обсуждений на референдумах был принят первый в мире закон «О праве человека на смерть», по которому неизлечимо больные люди могут оформить документ с изъявлением желания отключить реанимационную аппаратуру. Однако до сих пор этим законом официально никому не удалось воспользоваться, так как одним из условий осуществления эвтаназии должно

быть заключение психиатра о вменяемости пациента (а Американская ассоциация психиатров запрещает своим членам участие в подобных процедурах), а другое обязательное условие состоит в том, что проводить эвтаназию должен врач, что также невозможно, поскольку Американская медицинская ассоциация приняла решение о запрещении своим членам участие в эвтаназии, выдвинув лозунг: «Врачи не должны быть палачами». Многие ученые полагают, что формулировка «право на смерть» как это сформулировано в законодательствах зарубежных стран, неудачна, поскольку обладающий правом на смерть человек будет обладать и правом настаивать на исполнении своего желания третьими лицами, что фактически легализует убийство из милосердия, а это в свою очередь может повлечь и определенные злоупотребления. Предлагается использовать выражение «право человека умереть достойно». С этим трудно не согласиться.

Несмотря на противоречивость мнений во многих странах пассивная эвтаназия постепенно легализуется морально общественным мнением, а в некоторых странах законом.

Так, в Швеции и Финляндии пассивная эвтаназия путем прекращения бесполезного поддержания жизни не считается противозаконной. Однако основой для принятия врачом решения о прекращении лечения является свободное и осознанное волеизъявление пациента. Аналогичные просьбы от ближайших родственников пациента, находящегося в бессознательном состоянии, являются юридически недействительными.

В 1990 году в Австралии в штате Виктория были приняты дополнения к Закону 1988 года по вопросу о назначении специального агента для решения вопроса от имени терминального больного о прекращении поддержания его жизни. Активная эвтаназия карается законом всех стран, хотя практическое применение законов наблюдается редко. Многие наверняка слышали имя врача из США Джека Кеворкяна, который изобрел даже «машину смерти» - аппарат, вводящий в организм пациента смертельный раствор. В дальнейшем он усовершенствовал «суицидальную» (убийственную) машину, снабдив ее маской с автоматической подачей смертельной дозы углекислого газа. Уже многие безнадежно больные люди воспользовались этим аппаратом в присутствии его автора и при его консультации. В США это вызвало негодование общественности. Беспокойство это связано, прежде всего, с тем, что бывший патологоанатом единолично, без консилиума врачей-специалистов определяет фатальность болезни и assisteрует в подобных делах. Как не вспомнить тут замечательные слова из Клятвы Гиппократова: «Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла». Несмотря на то, что «Доктору Смерти», как назвали Джека Кеворкяна многие газеты, судебные инстанции предъявили обвинение, он продолжает свою деятельность.

Самым страшным за всю историю медицины убийцей считают британского врача Гарольда Шипмена, который убил 265 человек. К такому выводу пришла специальная комиссия Министерства здравоохранения Великобритании, изучившая медицинские записи за его 20-летнюю

деятельность. Комиссию возглавлял профессор Лестерского университета Ричард Бейкер. Особенностью деятельности Г. Шипмена было то, что он заставлял пациентов изменять завешание в свою пользу. Налицо состав для квалификации преступления как умышленного убийства из корыстных побуждений.

Намного сложнее проблема пассивной эвтаназии, т.е. прекращения поддерживающего жизнь лечения (намеренное отключение поддерживающего оборудования или отказ от каких-либо поддерживающих жизнь медицинских процедур), особенно если в перспективе теоретически прогнозируется лишь биологическая, а не социальная реабилитация вследствие гибели клеток мозга. Эта проблема сложна и потому, что тяжело и мучительно больной человек нередко не в состоянии адекватно оценить свое положение. А как может выразить свою волю пациент, жизнь которого поддерживают с использованием специальной аппаратуры? В таких случаях речь может идти только о решении, исходящем от других лиц, что привело к появлению термина «эвтаназия принудительная» (euthanasia compulsory). Чем же отличается она от умышленного убийства? Всегда ли это решение безальтернативно? Не кроется ли за таким решением преступный умысел родственников, персонала или, к примеру, специалистов трансплантологов?

Классическим примером является опыт лечения и попытки эвтаназии Карен Анн Квинлал, которая в автокатастрофе получила тяжелую травму головы, приведшую к гибели головного мозга. Родители пациентки, после отказа врачей прекратить искусственную вентиляцию легких, через суд добились разрешения на отключение аппаратуры. После отключения аппарата искусственной вентиляции легких пациентка прожила 8 лет.

За время судебных разбирательств возник и был многократно обсужден вопрос «О праве на смерть». В результате Верховный суд штата Калифорния (впоследствии его поддержали Верховные суды еще 9 штатов) юридически обосновал право не только больного, но даже еще здорового человека, дать распоряжение врачам на случай развития у него терминального состояния.

Текст этого заявления гласит: «...Я, будучи в ясном уме и твердой памяти, добровольно без какого либо принуждения выражаю твердое желание, чтобы моя смерть не была искусственно отсрочена при возникновении условий, описанных ниже, о чем я делаю настоящее заявление. Если когда-либо я получу травму, несовместимую с жизнью, или заболею неизлечимой болезнью с развитием критического состояния, которое будет подтверждено двумя врачами, лично осмотревшими меня (одним из них должен быть мой лечащий врач), и если врачи определят, что я умру независимо от того, будет проведено лечение или нет, что моя жизнь может выражаться лишь в искусственной отсрочке моей смерти, я даю указание такие процедуры не проводить, и позволить мне умереть естественной смертью, вводя лишь те лекарства, что необходимы для уменьшения моих мучений. Если же я сам буду не в состоянии дать такие указания, то настоящее заявление должно быть выполнено моей семьей или врачами, как моя последняя воля и право на естественное лечение со всеми вытекающими из

этого последствием. Я полностью осознаю значение этого заявления и делаю его, будучи эмоционально и умственно полностью компетентным» (1). Такое заявление подлежит обновлению каждые 5 лет.

Бросается в глаза элитарный подход общества в оценке эвтаназии. Так, с одобрением была принята эвтаназия 37-го президента США Ричарда Никсона. После первого инсульта он написал обращение к лечащим врачам с просьбой не прибегать к искусственным методам продления его жизни в случае повторения кровоизлияния в мозг, когда он не сможет выразить свою волю.

Сознательно прекратил принимать лекарства после консультации с личным врачом и составления завешания президент Франции Франсуа Миттеран, страдавший последней стадией рака. И в этом случае в прессе отмечалась мужественность именитого больного, желание быть хозяином собственной судьбы. Реальность сегодня такова, что эвтаназии применяют повсеместно, причем, независимо от того, разрешена она законом или нет. По данным Американской медицинской ассоциации, в больницах США ежедневно умирает 6 тысяч человек, большая часть которых уходит из жизни добровольно с помощью медперсонала. В отделении интенсивной терапии госпиталя Сан-Франциско у 5% больных (что составило около половины умерших) смерть наступила в результате отключения системы жизнеобеспечения. Обращает на себя внимание тот факт, что это решение принимал врач с семьей пациента, в то время как обязательным общепринятым условием эвтаназии является информированное добровольное решение самого больного.

По данным литературы, около 40% всех смертей больных людей наступает в результате принятия медиками решений о прекращении жизни либо путем отказа от лечения, либо с помощью лекарств, ускоряющих ее наступление (2). Автор правильно замечает, что в странах, где эвтаназия запрещена, где нет гласности, а значит, законной защиты от неправомерного применения эвтаназии, положение обстоит хуже. Несмотря на принятие закона, запрещающего эвтаназию, случаи ее применения сегодня участились, и в этом признаются сами врачи. Например, бывший директор ООН по медицине американский врач Майкл Горвин признался, что помог уйти из жизни 50 своим больным.

Дифференцированный подход к проблеме эвтаназии, с учетом ее активной и пассивной формы был предпринят на 39-й Всемирной Медицинской Ассамблее, (Мадрид, Испания, октябрь 1987 года). Когда была принята «Декларация об эвтаназии». «Эвтаназия как акт преднамеренного лишения жизни пациента, даже по просьбе самого пациента или на основании обращения с подобной просьбой его близких, не этична. Это не исключает необходимости уважительного отношения врача к желанию больного не препятствовать течению естественного процесса умирания в терминальной фазе заболевания». Как бы то ни было, эвтаназия находит свою нишу. В 1994-м году она была легализована в штате Орегон (США), а 25.05.1995 года — в Северной провинции Австралии, правда, спустя 9 месяцев закон был отозван.

В Нидерландах эвтаназия долгое время была запрещена законом, однако, в 1996 году Верховный суд и парламент утвердили инструкцию от 14 апреля 1994 года и определили перечень состояний, при которых врач может ассистировать суициду путем летальной инъекции или назначения препарата перорально. После многолетних дебатов по этому вопросу с широким освещением в печати 29 ноября 2000 года эвтаназию, с большими оговорками, разрешили законодательно. Немалое значение в принятии такого решения сыграл относительный либерализм католической церкви в этой стране.

«Де юре» добровольная эвтаназия разрешена в Японии, однако встречается крайне редко. С 1937 года она, при соответствующем юридическом оформлении, была разрешена и в Швейцарии, а в Германии — эвтаназия никогда и не была противозаконной, однако общественное мнение не одобряет ее проведение (В. Вольный и соавт., 2000). В 2001 году эвтаназия узаконена в Бельгии.

В Уголовном Кодексе РСФСР 1922 года в статье 143 имелось Примечание, согласно которому прописывалась ненаказуемость убийства, выполненного по просьбе. Однако уже 11 ноября 1922 IV сессия ВЦИК постановила исключить это Примечание во избежание множества возникших злоупотреблений «просьбами» граждан.

На 44-й Всемирной Медицинской Ассамблее в Испании в 1992 году было принято специальное Заявление о пособничестве врачей при самоубийствах. В нем отмечалось, что «случаи самоубийства при пособничестве врача стали в последнее время предметом пристального внимания со стороны общественности. Известны случаи использования приспособлений, сконструированных врачом, который инструктирует смертельно больного пациента о том, как им воспользоваться в целях самоубийства. Подобно эвтаназии самоубийство при пособничестве врача является неэтичным и подлежит осуждению со стороны медицинской общественности». В литературе описан ряд судебных процессов над медицинскими работниками врачами в Бельгии, Нидерландах, Германии, США, Австрии, которые применили эвтаназию по отношению к своим пациентам.

Особый резонанс вызвал судебный процесс в Вене над четырьмя медицинскими сестрами. В судебном заседании «сестры милосердия» сознались, что с 1983 по 1989 годы они умертвили 50 больных с помощью сильнодействующих снотворных средств. Они хотели якобы положить конец невыносимым мукам своих беззащитных и беспомощных пациентов в клинической больнице в пригороде Вены. То, что современные возможности отечественной медицины в борьбе с болью и другими страданиями неизлечимых больных, новые социальные программы лечения и реабилитации тяжелобольных и инвалидов должны опираться на четкие специальные правовые нормы, не вызывает ни у кого сомнений. Однако, некоторые ученые считают, что правовое регулирование эвтаназии является с медицинской точки зрения излишним, психологически опасным, а с точки зрения неправильным, противоречащим принципам

медицины. Например, сейчас в странах СНГ законодательно запрещены все формы эвтаназии. Лицо, которое сознательно побуждает больного к эвтаназии и (или) осуществляет эвтаназию, несет уголовную ответственность в соответствии с законодательством. Однако, проблема от этого не перестала существовать.

Когда речь идет о безнадежно больных людях, переживающих невыносимые муки, перед врачом встает нравственный и профессиональный выбор: продолжать жизнеподдерживающее лечение больного и тем самым обрекать его на физические страдания или прервать такую жизнь? Может ли врач в таком случае брать на себя функции привратника судьбы? Естественно, что этот вопрос должен решаться не только с морально-этических позиций, но и получить правовую оценку, поскольку злоупотребления и даже преступления в таких случаях не исключены. Следует отметить, что в странах СНГ нет устойчивых традиций правдивого информирования больного о тяжести его заболевания. Врачи стараются щадить психику больного. Как правило, ограничиваются полным информированием только его родственников. Сейчас такое положение в определенной степени может измениться в связи с принятием новых положений о том, что, в первую очередь, сам пациент имеет право знать все о своем диагнозе (ст.25 Основ законодательства РУз об охране здоровья граждан).

Ислам не одобряет ни пассивную, ни активную эвтаназию, поскольку она представляет собой ни что иное, как сознательное убийство одного человека другим, тем более медиком. (3) Убийство, по вероучению в исламе, не бывает гуманным, оно всегда остается убийством при любых обстоятельствах и это необходимо учитывать при всей кажущейся привлекательности права больного на эвтаназию. В случае, если больной безнадежно обречен, долг врача заключается в том, чтобы по мере возможности облегчить его страдания при помощи различных обезболивающих препаратов и морально поддержать перед лицом неминуемой смерти, чтобы он уходил как подобает разумному человеку, закончив земные дела, попрощавшись с родными и покайся перед Всевышним Аллахом. Если же, несмотря ни на что, такой больной вдруг все-таки покончит жизнь самоубийством, то в этом случае он сам и будет отвечать перед Аллахом за содеянное. Приводятся примеры из жизни пророка Мухаммеда. Известно, что Святой Пророк перед смертью испытывал жесточайшие головные боли и в те далекие времена не существовало эффективных обезболивающих препаратов, но он мужественно преодолел страдания, не позволив страху смерти овладеть собой, превозмогая боль, выступал перед верующими, вкратце напоминая им основы Исламского вероучения и вскоре скончался у себя дома в полном спокойствии, оставив прекрасный пример того, как должен вести себя истинный мусульманин перед лицом неминуемой смерти. (3)

В зарубежной литературе предлагается много вариантов нравственной оценки эвтаназии. Большинство авторов поддерживает методы пассивной эвтаназии и отвергает любую возможность применения активной эвтаназии.

Однако есть и прямо противоположные мнения. Например, наиболее известным его выразителем является крупный американский философ Дж. Рейгелс, который выступил с резкой критикой Постановления Американской медицинской ассоциации от 4 декабря 1973 года, где сказано: «...намеренное прекращение жизни одного человеческого существа другим - милосердное убийство - противоречит и самому предназначению медицинской профессии и политике Американской медицинской ассоциации». Дж. Рейгелс считает, что если больной в сознании, понимает, что его дни сочтены, не может более терпеть страшные боли и просит врача ускорить его смерть, и врач выполнит его просьбу, просто прекратив лечение (пассивная эвтаназия), страдания больного могут усилиться, хотя они могли быть менее интенсивными и длительными, чем при продолжении лечения. В этой ситуации смертельная инъекция (активная эвтаназия), по мнению Дж. Рейгелса, более гуманна, поскольку сразу прекратит страдания больного.

Большинство ученых с ним не согласны, и прежде всего потому что это противоречит принципам гуманизма и предназначения медицины. Ценность человеческой жизни побуждает бороться за нее даже вопреки объективным медицинским законам и в самых безнадежных ситуациях, поскольку медицинская наука и практика богаты случаями исцеления самых безнадежных больных.

Именно сильные боли и являются обычно причиной просьбы больного ускорить наступление смерти, а потому она является вынужденной и неискренней. Здесь врач должен противостоять им с помощью богатого выбора обезболивающих средств, которыми сегодня располагает медицина, а не идти на поводу у больного. Другое дело, когда, например, человек находится в состоянии комы длительное время и сознание его уже потеряно безвозвратно, а прогрессивные медицинские технологии позволяют проводить жизнеподдерживающее лечение сколь угодно долго. Встает вопрос - нужно ли это? Однозначных ответов, нет. Многие ученые опасаются, что формальное разрешение эвтаназии может стать определенным психическим тормозом для поиска новых более эффективных средств диагностики и лечения тяжелобольных, а также способствовать недобросовестности в оказании медицинской помощи таким больным. Реанимационная помощь им требует не только больших материальных затрат, но и огромного напряжения физических и душевных сил обслуживающего медперсонала. Именно отсутствие надлежащего лечения и ухода могут стимулировать требования больного ускорить смертельный исход, что позволит врачу полностью прекратить всякое лечение и уход за тяжелым больным. И в этом еще одна из причин необходимости правового регулирования данного вопроса.

#### Альтернатива эвтаназии.

Тяжелые больные нуждаются в особом уходе, тем более, если учесть, что в различных странах

медицинская практика ухода за такими больными решается по-разному в зависимости от экономических возможностей, религиозных, национальных традиций, уважения к старости и готовности помочь немощному и безнадежно больному. С этой целью создаются специальные лечебные учреждения - хосписы, в которых пациенты чувствуют, что живут полноценной духовной жизнью, а не доживают свой век в страшных муках. Хоспис - поистине действенная альтернатива эвтаназии. Первое такое учреждение было создано в Англии, где в настоящее время их насчитывается более 140, (в 1986 году их было 53). Пациент хосписа окружен таким вниманием и заботой, о котором можно только мечтать, он - главная фигура этого учреждения, ему во все идут навстречу, стараясь предугадать малейшее его желание. Здесь царит удивительно доброжелательная и доверительная атмосфера, которая позволяет пациенту чувствовать себя комфортно. Родиной хосписов считается Англия. В отличие от обычных больниц в хосписе отсутствуют ограничения - при себе можно держать даже домашних животных, например, кошку или собаку, принимать родных, устраивать торжества. Хоспис никогда не отнимает у них надежду выздороветь. Шанс всегда есть - возможны ошибки в постановке диагноза или случаи невероятного самоисцеления организма. Если даже все надежды рухнули, остается последняя - на достойное завершение жизненного пути. Медперсонал подбирается по особым критериям, ведь в большинстве случаев речь идет об обреченных людях. На 15-20 штатных сотрудников всего 15-20 пациентов, в то же время 100-150 пациентов обслуживаются на дому, 20-30 приходят днем сами. Но пребывание в хосписе могут позволить себе даже в Англии далеко не все нуждающиеся. Ведь все это требует больших материальных затрат. Кроме государственных ассигнований в бюджет хосписа поступают средства от благотворительных организаций, различных клубов и фирм, а также пожертвования от частных лиц, завещаний в пользу хосписа от умирающих пациентов и др. Спонсорство в пользу хосписа поощряется средствами массовой информации и общественным мнением. В каждом хосписе бесплатно работает более 100 добровольцев, которые работают совершенно безвозмездно. Благотворительность стимулируется высокой нравственностью населения, обеспечивающей безнадежно больным достойную жизнь и смерть.

Один из инициаторов организации хосписов в Англии журналист Виктор Зорза принял участие и в открытии хосписа в 1990 году в Санкт-Петербурге. На сегодня это один из лучших хосписов страны. По его же инициативе в России создано Общество хосписов. Сейчас открыты хосписы в Москве, Колпино, Иванове, Туле, Ярославле, Тюмени. Все они функционируют на безвозмездной основе под контролем Минздрава России.

Современное законодательство в области здравоохранения предоставляет пациентам право выбора согласиться на медицинское вмешательство (ст. 26 Основ законодательства РУз об охране здоровья граждан) или отказаться от него (ст. 27). Право на жизнь, данное человеку в силу его рождения на Земле, не может быть оторвано от его права на достойную смерть. Сказано:

«Страшнее ошибки в каком-то конкретном случае может быть только мнение, правильное сегодня, но ошибочное завтра. Это та ошибка, которую нельзя обнаружить в настоящем». Эти мудрые слова можно полностью отнести и к проблеме эвтаназии. Решение ее - задача общая - врачей и юристов, философов и богословов, одним словом, ученых всего мира, последнее же слово всегда должно оставаться за законом.

### Смерть.

Как относиться к смерти? Наше отношение к смерти, как впрочем и многие ценности, предопределено культурой.

В традиционных культурах смерть - важный момент жизни. Опыт смерти воспроизводится во всех древних ритуалах. Опыт смерти - начало всякой глубокой культуры и нравственности. Буддистский памятник «Тибетская книга мертвых» описывает видения человека в процессе умирания (в состоянии «бардо»). В христианстве принято перед смертью исповедываться. Иногда вся жизнь рассматривалась как подготовка к смерти. Смерть - важнейший момент жизни человека, когда он подводит нравственные итоги всему пройденному им пути, осуществляет глубокое самопознание. В этот момент может наступить нравственное озарение и прозрение. (4)

В исламе праведная жизнь и достойная смерть определяются не внешним благочестием мусульманина, а искренностью и глубиной его веры. (5) В то же время кающийся грешник может надеяться на прощение и спасение, поскольку всезнающий и всемогущий Аллах милостив и милосерден. Таким образом, в исламе оценка носит тотальный характер, ибо она охватывает жизнь, смерть и посмертное бытие человека. Какова жизнь, такова смерть и таково бессмертие. Качество (нравственное содержание) жизни человека определяет оценку его смерти. Сама же земная жизнь оценивается ниже, чем та, которая наступит после Судного дня, потому что в ней слишком много соблазнов и обольщений. «Пользование здешней жизнью — недолго, а последняя жизнь — лучше для того, кто боялся, и не будете вы обижены ни на финиковую плеву» (Коран. 4: 79). (5)

Современный человек, не желающий ничего знать о смерти, не верящий в ее очищающий опыт, поверхностен, его инстинкты очень просты (они формируются рекламой), представления о жизни примитивны. Как бабочка - однодневка, он порхает и сгорает. Обстоятельства смерти касаются всех и каждого отдельного человека, понимание смерти отражается на характере культуры. Смерть - биологический факт, и различия в обрядах, культурных нормах и конкретных обстоятельствах и даже личного отношения к смерти не могут изменить этого факта. Перед лицом смерти отступают все остальные проблемы. Смерть - это закон природы и изначальная характеристика человека, дающая ключ к пониманию всех других проблем.

Смерть составляет самую гущую проблему жизни, проблему всей культуры, а значит, искусства, философии, религии и этики. Из факта существования смерти вытекает все искусство и вся религия. Музыка возникает из печальных стонов по покойнику, скульптура и портретная живопись запечатлеть телесный облик навсегда утерянного. С

осмыслением факта смерти тесно связана философия и этика. Важнейшая идея религии - идея бессмертия души - пытается бороться со смертью. Явление смерти служит мощнейшим источником нравственности, порождая чувства сострадания, печали, совести, жалости, милосердия. Осознание смертности имеет важнейшее значение в осмыслении смысла жизни. Важнейшая заповедь «не убий» представляет собой запрет смерти как самого страшного, что может сделать человек по отношению к другому человеку.

В русле биоэтики было выработано общезначимое определение смерти человека как результата смерти его мозга. Смерть сегодня рассматривается не как одномоментное событие, а как процесс, состоящий из нескольких стадий - прекращение дыхания и сердцебиения, прекращение деятельности мозга, разрушение клеток организма. Различают смерть и умирание. Когда мы говорим о страхе перед смертью, часто мы имеем в виду страх перед умиранием, перед болью и страданием. В современной медицине возник следующий парадокс: она не может предотвратить факт смерти, но она может бесконечно долго поддерживать процесс умирания, т.е. поддерживать человека в состоянии между жизнью и смертью. Философский анализ этого состояния позволит пересмотреть многие традиционные представления о жизни и смерти, а также по-новому рассмотреть некоторые старые религиозные представления. Рассматривая проблему смерти, мы вновь обращаемся к вопросам: что такое человек? Что значит быть человеком, быть личностью? Страх перед смертью - это еще страх того растительного состояния, от которого желательно было бы себя избавить и спасти. Даже если средством спасения явится смерть, то страшна не смерть, а недостойная человека жизнь, которая может быть хуже смерти. (4)

Следует подчеркнуть, что в биоэтике (и этим она отличается от медицинской этики) происходит смещение акцентов с обязанностей врача на права пациентов. Это связано с необходимостью защищать пациентов от врачей, от действий медперсонала. Ведь и в прошлом было немало курьезных инцидентов: помещенный с диагнозом «смерть» больной оживал в морге, хирург или дантист удаляли здоровый, а не больной орган, медсестра ошибалась в подаче лекарств и процедур, после операции внутри организма «по забывчивости» оставляли скальпели, ножницы, перчатки и т.д.

Сегодня, когда в результате мощного прогресса в области медицины власть врача стала поистине безграничной и пугающей, акценты с декларируемых обязанностей врача сместились в сторону защиты реальных прав больных. Но даже это не спасает от новых моральных дилемм. Примером такой дилеммы может служить противоречие между принципом заботы о здоровье пациента и нежелательными последствиями проявления этой заботы - классический пример: когда для сохранения жизни требуется ампутация органа (например, конечностей), но при этом качество жизни пациента резко ухудшается. Кто должен в подобном случае принимать решение: врач или больной? Современная медицина может любую болезнь превратить в хроническую, а это означает, что больной будет находиться в промежуточном состоянии между жизнью и смертью бесконечно долго. В



больницах и госпиталях накопилось огромное количество таких больных (рассеянный склероз, последняя стадия рака, и т.д.). Еще несколько десятилетий тому назад такие больные немедленно скончались бы. Сегодня уже отмечаются рекорды искусственного поддержания жизни безнадежного больного, находящегося в коме, когда все основные функции организма выполняются искусственными органами (такой рекорд был отмечен в США, где больную - жертву автокатастрофы, искусственно поддерживали в течение 10 лет).

Возникают проблемы: является ли человек, находящийся в бессознательном состоянии, в полном смысле человеком? Является ли данный человек живым? И что значит быть человеком? Как положить конец такому существованию, и кто должен взять ответственность за принятие решения? Ни врач, ни медперсонал не могут взять на себя ответственность, так как не могут изменить клятве Гиппократова с ее запретом убийства.

Вопросы для самопроверки.

1. Кто ввел термин - «эвтаназия» в научный оборот и когда?
2. Адекватна ли эвтаназия концепция умерщвления юриста Биндинг и психиатра Гохе? Почему?
3. Виды эвтаназии?
4. Суть активной и пассивной эвтаназии?
5. В каких странах разрешена эвтаназия законодательно?
6. Когда была принята Декларация о эвтаназии?
7. Назовите документ в РУз в котором есть ст. о информировании тяжести заболевания больного?
8. Почему большинство ученых не согласны с точкой зрения на эвтаназию Дж. Рейгелса?
9. Альтернатива эвтаназии?

#### Литература

1. Аронов Г.Е. Надежда для безнадежных // Проблемы медицины. — 2000. — №3(17). — С. 58-59.
2. Аюпов В.И. Медицинское право в вопросах и ответах. — М.: ПРИОР, 2001. 208 с.
3. Информация с сайта (<http://alibaji.chat.ru/science6.htm>)
4. Алексина Т.А. Курс лекций: «Этика». Мн. 1998.
5. Фильштинский И.М. Представления о «потустороннем мире» в арабской мифологии и литературе // Восток-Запад. Исследования, переводы, публикации. М., 1989. Вып. 4. С. 56

### 6. Этические проблемы репродуктивных технологий.

Биоэтика-наука о социальной ответственности медиков и биологов за свою профессиональную деятельность перед пациентами и обществом в целом, своего рода буфер между традициями общества и его законодательством. Выше были рассмотрены основные принципы, декларируемые биоэтикой: признание права человека самому решать вопросы, касающиеся его собственной жизни, здоровья, целостности (принцип уважения автономии пациента); соблюдение справедливости при распределении общественных благ (в данном контексте - равная доступность медицинской помощи); соблюдение медиками принципа «не навреди», и даже не просто «не навреди», но «сотвори благо»; соблюдение конфиденциальности; получение от пациента информированного добровольного осознанного согласия на проведение любой медицинской процедуры; право пациента на любом этапе выполнения любой медицинской процедуры отозвать свое информированное согласие... Это

лишь некоторые из основных принципов биоэтики. Однако, при применении той или иной конкретной биомедицинской технологии, в том числе любой из репродуктивных технологий, возникают, помимо общих, специфические биоэтические проблемы, которые и будут рассмотрены ниже. Репродуктивные технологии предусматривают вмешательство в воспроизводство человека и имеют длинную историю. Возможности в результате достижений в этой области биомедицинских технологий последнего времени весьма значительны. Однако, они являются не только одними из самых бурно развивающихся, но и одновременно, болезненных источников проблем биоэтики. Среди таких технологий выделяют: искусственную инсеминацию, экстракорпоральное оплодотворение, суррогатное материнство. В этом же ряду проблем этики биомедицинских исследований, взаимосвязанных с ними (как и самостоятельно) рассматриваются проблемы аборта, фетальной терапии и др.

Во всем мире единая морально-этическая оценка в отношении к новым репродуктивным технологиям не сложилась. Даже в странах, на практике активно использующих эти технологии и нормативно регулирующих их, отношение к ним противоречиво. Какие вопросы обсуждаются? Одним из важных этических вопросов в этом контексте, является вопрос о статусе эмбриона, кто решает судьбу неиспользованных при осуществлении ЭКО эмбрионов человека. В мире допускаются три варианта: передать их (или его) другой женщине, согласиться на разрушение или разрешить проведение исследований с использованием эмбрионов. В соответствии с рядом международных рекомендаций и законодательств, цели таких исследований, проводимых на эмбрионах человека (ЭЧ), должны быть строго ограничены. (Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с использованием

достижений биологии и медицины. Овьедо, 1997) Ключевой при использовании репродуктивных технологий является морально-этическая проблема статуса эмбриона человека, т.е. с какого момента его следует рассматривать как личность, имеющую право на жизнь и ее защиту, на защиту его человеческого достоинства в законодательном порядке. (1) Важным правилом, согласно которому и искусственная инсеминация и ЭКО должны проводиться являются медицинские показания. В соответствии с этим правилом (выполнения медицинских процедур по медицинским показаниям), использование РТ допустимо только при наличии медицинских показаний, т.е. при бесплодии, которое не излечивается никакими иными подходами, кроме РТ. (1)

Даже в странах, на практике активно использующих эти технологии и нормативно регулирующих их, отношение к ним противоречиво. В специально принятом Заявлении об искусственном оплодотворении и трансплантации эмбрионов (Мадридская декларация, 1987 г.) ВМА были провозглашены следующие рекомендации и этические принципы. Медицинская помощь оправдана при бесплодии, неподдающемся медикаментозному и хирургическому лечению, особенно в случаях

иммунологической несовместимости, непреодолимых препятствий для слияния мужской и женской гамет, бесплодия по неизвестным причинам. Действия врача должны осуществляться только на основе добровольного информированного согласия пациентов, соответствовать всем подзаконным и этическим нормам. Пациенты имеют такое же, как и при другом виде лечения, право на соблюдение тайны и невмешательство в личную жизнь. Определение судьбы яйцеклеток, которые не будут немедленно использованы для лечения бесплодия, а могут быть уничтожены, подвернуты криоконсервации с целью сохранения в замороженном виде, оплодотворены, а затем подвергнуты криоконсервации. Должно быть обеспечено невмешательство в процесс выбора пола зародыша, кроме случаев передачи сцепленных с полом генетических заболеваний, должен отвергаться любой коммерческий подход, при котором яйцеклетки становятся предметом купли-продажи, оговорена этичность отказа врача от подобных манипуляций в соответствии с его убеждениями. Особое место занимает проблема выбора донора спермы, его анонимности, прав и обязанностей. Регламентируются следующие условия: донорами могут быть только мужчины, имеющие детей, искусственная инсеминация проводится только по медицинским показаниям и только для гетеросексуальных пар, все доноры исследуются на наличие заболеваний, передающихся половым путем. Наиболее слабо разработана как в юридическом, так и в этическом плане тема "суррогатного материнства".

Актуально звучит требование Совета Европы, который в своей конвенции обязывает правительства стран "заботиться о том, чтобы фундаментальные проблемы, связанные с прогрессом в области медицины и биологии (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". К тому же необходимость в такой оценке назрела еще и потому, что согласно требованиям ВОЗ, к 2000 году этические соображения должны обязательно учитываться в политике и практике здравоохранения всех государств-членов ВОЗ.

К подходам, позволяющим раньше или позднее решать эτικο-правовые проблемы РТ, можно отнести: широкое информирование медиков, правоведов и общество в целом об этих проблемах; создание соответствующих подзаконных и правовых актов; создание действенной системы регулирования работы в области РТ через этические комитеты с независимыми экспертами разных специальностей и т.д. Например, медицина и закон концентрируют свое внимание на этических аспектах проблемы, связанных с сохранением конфиденциальности донора и реципиентов. Поскольку семейные отношения являются ответственными и связаны с собственностью, процедуры искусственного оплодотворения

запрещают родителям дискриминировать своих «искусственных» детей по сравнению с «естественными», защищают их от неравенства. Одновременно закон защищает таких детей от возможных притязаний донора на отцовство. Чтобы затруднить притязания, правила делают донора анонимным, а родителям позволяют выбирать донора по фенотипу. Законы разных стран обычно запрещают искусственное оплодотворение женщин вне брака и в гомосексуальном браке.

Искусственная инсеминация - может быть гомологичной - с использованием спермы мужа (ИОМ) и гетерологичной - с использованием спермы донора (ИОД). Донация гамет (спермы, яйцеклеток), которая является одной из форм донации генетического материала стоит особняком в ряду аналогичных явлений в медицинской практике. Если, например, нравственный характер безвозмездного донорства крови в настоящее время практически ни у кого не вызывает сомнений, то относительно донорства спермы или яйцеклеток имеются противоречивые оценки. К сожалению, предусмотренные меры защиты рожившихся с помощью ИОД детей от возможной в будущем дискриминации чреваты серьезными противоречиями. Существует мнение, что, современная позиция и право усыновленных детей на получение информации о своих биологических родителях должны быть распространены и на детей, рожденных с помощью ИОД. По крайней мере, супруги-заявители должны быть надлежащим образом проинформированы и подготовлены врачом, проводящим ИОД, к необходимости разрешать в будущем противоречия, содержащиеся в концепции анонимности доноров спермы. В Российской Федерации донорами спермы могут быть как холостые мужчины, так и состоящие в браке. К сожалению, во втором случае позиция жены донора совершенно не принимается во внимание. В некоторых других странах жена донора должна подтвердить, что факт донации спермы ее мужем не будет использован ею как причина будущих семейных разногласий. Хорошо известно, что коммерциализация трансплантации, торговля органами и тканями повсюду считаются безнравственными. Сама по себе сумма вознаграждения донору спермы может интерпретироваться как компенсация за потраченное время и доставленные неудобства (в том числе морального характера).

Допустимо ли искусственное оплодотворение незамужней женщины? В разных странах этот вопрос решается по-разному. Иногда за одиночными женщинами не признается право на искусственное оплодотворение; в других странах такой нормы нет. В связи с этим Швецию, например, принято называть страной «репродуктивного туризма», в которую с целью пройти ИОД приезжают женщины из стран с более строгими законами.

#### Экстракорпоральное оплодотворение

Другой современной репродуктивной технологией является оплодотворение «в пробирке» (in vitro fertilisation), иначе называемое «экстракорпоральным оплодотворением и переносом эмбриона» (ЭКО и ПЭ). Идея оплодотворения вне тела женщины возникла еще в XIX веке, а

практически к ее осуществлению приступили в 40-х годах XX в., когда американские ученые осуществили "зачатие в пробирке".

Показанием к применению ЭКО и ПЭ является прежде всего абсолютное бесплодие женщины, например, при отсутствии у нее труб или яйчников (в последнем случае используются донорские яйцеклетки). Существует практика, когда в матку женщине подсаживаются наиболее жизнеспособные ЭЧ, остальные уничтожаются. Есть ли здесь, этическая проблема? Да, она связана со статусом эмбриона. Хотя и уничтожаются нежизнеспособные эмбрионы, однако эта селекция эмбрионов, которая происходит при проведении ЭКО связана с этическими проблемами. Отношение религии к этой проблеме неоднозначное. В исламе полагают, что селекция эмбрионов и уничтожение нежизнеспособных из них, возможно до наступления пятого месяца с начала деления клетки. Потому, что по истечении 120 дней Господь ниспосылает ангела, который вдыхает душу в формирующегося младенца. На основе этого исламские богословы считают возможным аборт до наступления этого срока — в случае крайней необходимости. Уничтожение же нежизнеспособных эмбрионов производится намного раньше и, с точки зрения морали, является вынужденным, что, в свою очередь, прощаемо Господом. (2) По мнению богословов-иудеев, душа вселяется в зародыш на 40-й день после зачатия. До этого эмбрион — не более, чем просто клетка или конгломерат клеток, поэтому речи об убийстве или вообще о посягательстве на человеческую жизнь не идет. (3.) Согласно христианскому вероучению, момент зачатия — и есть момент возникновения человеческой души. Поэтому сознательное уничтожение эмбриона, где бы оно ни происходило — в материнской утробе или вне ее, есть грех убийства. (4)

Главной этической проблемой, связанной с репродуктивными технологиями, является вопрос о статусе эмбриона, о том, с какого момента его развития он является личностью, имеющей право на защиту своей жизни и человеческого достоинства. Не обесценивается ли применением в ЭКО селекции «лишних эмбрионов» — и вообще производство избыточных эмбрионов, не подлежащих переносу в полость матки, — само понятие «жизнь» и не снижается ли нравственная планка нашего общества. Православная Церковь допускает экстракорпоральное оплодотворение, но благословляет своих прихожан на такую ситуацию, когда все получившиеся эмбрионы будут подсажены и не будут уничтожены.

Существует еще такая практика: через некоторое время после того, как несколько подсаженных эмбрионов имплантируются, приблизительно на 10-12 неделе наступившей в результате ЭКО беременности, проводится так называемая пренатальная диагностика, и плод или плоды, по тем или иным причинам не удовлетворяющие «требованиям» врачей, убиваются. Медики называют это «редукцией эмбрионов». Есть ли в этом этическая проблема? Качество и судьба эмбриона пока скрыты от нас. В Великобритании, например, есть закон, согласно которому можно пересаживать только один эмбрион. В России, если эмбрионы «плохие»,

2.2 Потому что если эмбрионы плохого

качества, то придется пересаживать по одному эмбриону 5-6 раз, а это практически бесперспективный путь. Наука эмбриология — не только про человека, она вообще про живые существа. Эмбриологи утверждают, что если в матку подсаживается больше одного эмбриона, они каким-то образом помогают друг другу. Для хранения и последующего использования эмбрионов «хорошего качества», полученных при ЭКО, разработана криогенная программа. Иными словами, эмбрионы замораживают, и если после первой посадки беременность не наступает, их можно разморозить и перенести в полость матки без повторения полного цикла ЭКО. Известно также, что в случае наступления и успешного вынашивания беременности оставшиеся эмбрионы могут использоваться — и используются — для преодоления бесплодия других супружеских пар. Ставятся ли при этом в известность генетические родители? Требуется ли их согласие? Берутся ли деньги с реципиентов и оплачивается ли донорам эмбрионов их — пусть и незапланированное — донорство?

В мусульманстве считается необходимым, чтобы проблема продолжительного отсутствия детей в семье решалась внутри нее, то есть без использования донорской спермы или яйцеклетки. В противном случае происходит нарушение как родословной, так и генетического кода той или иной семьи. Исламские богословы и правоведы сравнивают данную проблему с вопросом об усыновлении. Священный Коран запрещает усыновления, когда приемные дети берут фамилию неродного отца. «Обращайтесь к ним по отцам их. Сие - пред Богом справедливой. А если их отцы вам не известны, [зовите их] своими братьями по вере» (Св. Коран, 33:5). Донорство в вопросе беременности (использование донорской спермы и яйцеклетки) рассматривается как необычная форма прелюбодеяния, так как в том и другом случае неясно, кто является истинным отцом или матерью будущего ребенка; смешиваются родословные. (2) Православная Церковь однозначно отрицательно относится к донорству половых клеток и эмбрионов. Среди этических аспектов проблемы донорства половых клеток выделим следующие: проблема недопустимой коммерциализации донорства половых клеток и эмбрионов; вопрос о том, кто решает судьбу неиспользованных эмбрионов (ее должны решать только биологические родители); анонимность донорства, если оно допускается в стране. Для повышения вероятности успеха при проведении процедуры ЭКО и ПЭ приходится создавать не один эмбрион, а сразу несколько. С этой целью, как правило, в программе ЭКО и ПЭ применяется лекарственная стимуляция суперовуляции, что обеспечивает множественный рост фолликулов. В результате гормонального «подстегивания» биологических процессов в яйчниках женщины удается получить в одном цикле от нескольких до десяти и более яйцеклеток. Наиболее частым осложнением столь «агрессивного» вмешательства в биологию человека является синдром гиперстимуляции яйчников, который в ряде случаев (2-9%) характеризуется асцитом,

затруднением дыхания, увеличением размеров яичников до 12 см со множественностью фолликулов и кист. Лечение синдрома иногда требует хирургического вмешательства.

В процессе проведения ЭКО и ПЭ приходится осуществлять целую серию манипуляций с яйцеклетками и сперматозоидами до момента их слияния. Допустимо ли вообще подобное манипулирование с гаметами человека? Через сутки с небольшим после оплодотворения (образования зиготы) происходит первое в жизни нового биологического образования клеточное деление на 2 бластомера, а к концу третьих суток уже образуется 8 бластомеров (клеток). В соответствии с рекомендациями Инструкции по применению метода ЭКО и ПЭ стадии 2-4-8 бластомеров считаются оптимальными для переноса в матку. На этой стадии от манипуляций с гаметами медики переходят к манипуляциям с эмбрионами. При этом приходится сталкиваться с теми же самыми философскими, морально-этическими вопросами, которые имеют давнюю традицию обсуждения в связи с искусственным прерыванием беременности: Каков онтологический и моральный статус эмбриона?, С какой стадии развития зародыша он должен считаться человеческим существом?, В каком объеме он обладает правами человека?

В литературе по биоэтике на вопрос о том, с какой стадии развития зародыша он должен считаться человеческим существом, даются различные ответы: с момента зачатия, когда возникла уникальность будущего человека в генетическом плане; с 14-го дня, когда и в условиях естественного развития происходит имплантация зародыша в матку и когда выделяются собственно зародышевые клетки ("первичная полоска"); после 30-го дня, когда начинается дифференцировка центральной нервной системы; с 7-8 недель, когда зародыш начинает реагировать на раздражители; после 7 месяцев, когда формируется сосательный рефлекс и плод приобретает способность жить вне тела матери. По мусульманским представлениям зародыш не является человеческим существом в полном смысле слова до 4х месячного срока, то есть до того момента, когда ангел в момент оформления плода вдвухает в него бессмертную душу. Этические проблемы «сопровожают» почти все стадии ЭКО. Так, стимулируя гиперовуляцию, врачам удается извлечь из организма женщины несколько (иногда до 10 и более) яйцеклеток. В целях повышения вероятности оплодотворения все яйцеклетки подвергаются инсеминации, и большинство из них становятся зиготами. Чтобы повысить вероятность беременности, в полость матки переносят несколько эмбрионов. С целью избежать негативных последствий многоплодной беременности, если после переноса в матку одновременно приживается более трех эмбрионов, часть из них абортруется. Много споров ведется относительно судьбы оставшихся "избыточных" оплодотворенных яйцеклеток (подвергнутые криоконсервации, они могут долго сохраняться). Если беременность не наступает сразу, то они могут быть использованы в последующих циклах (в одном случае в Центре акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН беременность наступила только после

8-ой попытки). Если же беременность наступает, то "избыточные" оплодотворенные яйцеклетки оказываются буквально "лишними".

Христианские религии относятся терпимо к искусственному осеменению и экстракорпоральному оплодотворению спермой мужа, но возражает против использования донорской спермы, поскольку при этом разрушается таинство и интимность брака. Иудаизм запрещает вмешательство в процесс оплодотворения.

Экстракорпоральное оплодотворение возможно при использовании своей и донорской яйцеклетки. Если считать терпимым внесение чужой гаметы так же, как использование чужой спермы, то проблемы нет. Но лишь на первый взгляд. Большинство всемирных церквей относится к этому негативно. Не существует и биологической симметрии с мужскими гаметами. В результате процедуры получения яйцеклеток с усиленной гормональной стимуляцией организму донора наносится существенный ущерб. Для того, чтобы процедура имплантации оплодотворенных яйцеклеток была успешной, приходится использовать много яйцеклеток. Из-за этого образуются лишние яйцеклетки, которые потом надо «утилизировать» и резко увеличивается вероятность многоплодной беременности. На 1996 г. число беременностей с числом плодов более пяти выросло в США в три раза по сравнению с 1990 г., и весь этот прирост объясняется искусственным оплодотворением. С увеличением числа плодов растет вероятность осложненной беременности и родов, незрелости новорожденных. Акушеры применяют процедуру редукции - умерщвляют часть плодов для того, чтобы дать нормально развиваться оставшимся. Эта процедура вызывает у церкви и общественных организаций, впрочем, как и у многих людей возражения. Это ведь не просто аборт. Это беременность, искусственно созданная, и убивать часть плодов, которых могло бы просто не быть, еще хуже, чем делать обычные аборт (если считать аборт неприемлемыми). Применительно к бесплодным бракам христиане и приверженцы других религий настаивают, что у каждого бесплодного брака есть простой выход - принять в семью сироту и обеспечить его своей заботой.

По мере накопления опыта манипуляции с животными и человеческими эмбрионами, развития эмбриологии биологи и врачи научились делать многое. Но чем больше были успехи, тем больше становилась осторожность общества. Во Франции, например, был принят закон «О целостности эмбриона», не позволяющий делать с эмбрионом что-либо, нарушающее его, вредящее ему.

Еще один аспект многогранной проблемы ЭКО. Есть некоторая нестыковка в логике адептов новейших научных репродуктивных методов: при обосновании необходимости вспомогательных репродуктивных технологий они ссылаются на природу, заложившую в женщину мощный материнский инстинкт. Однако, если апеллировать к природе, следует принимать во внимание и тот факт, что именно природа в силу каких-то неведомых нам причин «отказала» некоторым женщинам в способности производить потомство. ЭКО — метод молодой, и самые старшие из детей,

зачатых («в пробирке»), лишь вступают или совсем недавно вступили в репродуктивный возраст. Никто из них еще не родил собственных детей. Возможно, просто не успели. Но ведь может быть и другое: не «создаем» ли мы собственными руками бесплодных людей, запуская таким образом как бы «цепную реакцию» бесплодия? И еще одно. Преимплантационная диагностика предполагает изъятие нескольких клеточек из оплодотворенной яйцеклетки на стадии, когда сам эмбрион состоит еще из столь малого числа клеток, что потеря нескольких из них вполне может сказаться на его дальнейшем развитии. Отличаются ли дети, родившиеся в результате ЭКО, от обычных детей? Замечено, что эти дети развиваются абсолютно так же, как и все прочие младенцы, процент заболеваемости у них не больше, чем в популяции.

Однако, отдаленные последствия РТ для здоровья, в том числе репродуктивного, рожденных с помощью РТ детей еще не определены. Выдвигаются требования установления жестких критериев, ограничивающих применение РТ. Первый ребенок после ЭКО рожден в 1978 году, эти дети уже вступают в детородный период и пока их репродуктивное здоровье неизвестно.

Достижения современной биологической науки открывают широкие возможности для технологического вмешательства в процесс зарождения человеческой жизни. Применение новых биомедицинских методов, с одной стороны, сулит многообещающие возможности, с другой же - представляет вполне реальную угрозу не только для физического здоровья, но и для духовной целостности человека, для сохранения нравственных устоев общества. Подобная опасность нередко сопровождает эпохальные научные открытия: вспомним хотя бы достижения ядерной физики. Сами по себе научные открытия - лишь орудие в руках человека. От того, как мы распорядимся таким могучим средством, как биомедицинские технологии, и в том числе репродуктивные технологии, в значительной степени зависит дальнейшая судьба человечества. Обсуждения подобных проблем в обществе - вещь исключительно полезная, поскольку помогают каждому взглянуть на проблему под новым для себя углом и сообща выработать взаимоприемлемые решения.

#### Этическая допустимость суррогатного материнства.

Наиболее слабо разработана как в юридическом, так и в этическом плане тема "суррогатного материнства". Суррогатное материнство - новый признанный метод «лечения» такого «медицинского отклонения», как бесплодие пары. Хотя суррогатное материнство может принимать различные формы, общая черта всех этих форм заключается в том, что существует договорное соглашение между женщиной, вынашивающей плод, и «нареченными» родителями, согласно которому суррогатная мать донашивает беременность, рождает ребенка, а затем передает новорожденного на усыновление «нареченным» родителям. «Традиционные» или «частичные» договоренности предполагают использование яйцеклетки суррогатной матери и семени «нареченного» отца. При «гестационном» или «полном»

суррогатном материнстве не существует никакого генетического родства между суррогатной матерью и ребенком. В матку суррогатной матери вводят зиготу (оплодотворенную яйцеклетку), которая была оплодотворена в пробирке и состоит из гамет нареченных родителей (яйцеклетки и сперматозоида).

Необходимость контроля, правового и этического регулирования каждого этапа суррогатного материнства продиктована опасностью коммерциализации деторождения. В отечественном законодательстве такая правовая регламентация вопроса о "суррогатном материнстве" отсутствует. ВМА в целом заняла позитивную позицию по отношению к "суррогатному материнству", уточнив в своей Мадридской декларации (1987) необходимость строгих медицинских показаний и некоммерческую его основу, согласие всех участников данного процесса. В то же время международное право подчеркивает, что любая форма посредничества в материнстве должна быть запрещена, оговаривает наличие уголовной ответственности за "коммерческую деятельность по представлению услуг вынашивающей матери" и запрещение торговли эмбрионами и половыми клетками.

Соглашение о суррогатном материнстве может характеризоваться как «коммерческое» или «некоммерческое», то есть «альтруистическое». При коммерческом суррогатном материнстве суррогатная мать получает плату или какую-либо материальную выгоду вследствие оказания данной услуги. Альтруистическое или некоммерческое суррогатное материнство не предполагает оплаты или материальной выгоды помимо оплаты расходов, связанных с беременностью, например, медицинского ухода. Иногда суррогатной матери также могут быть возмещены расходы, связанные с потерей заработной платы, или выплачена компенсация за перенесенную боль и физические страдания. В случае, если яйцеклетка одной женщины оплодотворяется *in vitro*, а затем эмбрион переносится в матку другой женщины - «матери-носительницы», «женщины-донора», «временной матери» и т.п.; при этом социальной матерью - «арендатором», нанимателем - может быть либо та женщина, которая дала свою яйцеклетку, либо вообще третья женщина. Таким образом, у ребенка, родившегося благодаря подобным манипуляциям, может оказаться пять (!) родителей: 3 биологических (мужчина-донор спермы, женщина-донор яйцеклетки и женщина-донор матки) и 2 социальных - те, кто выступает в качестве заказчиков. (5). Привлекательность суррогатного материнства в случаях, когда причиной бесплодия является отсутствие матки у женщины, очевидна. Известны случаи, когда своеобразную донорскую функцию «матери-носительницы» выполняла мать или сестра страдающей бесплодием женщины. Родственные связи при этом оказываются чрезвычайно запутанными - «мать-носительница» оказывается в определенном смысле как матерью, так и бабушкой родившегося ребенка, а также не только матерью, но и сестрой женщины-«заказчицы».

Вопрос суррогатного материнства вызывает много этических противоречий. Например, феминистки всего мира разделились во взглядах на эту практику. С одной стороны, свободное осознанное решение родить ребенка для кого-либо может рассматриваться как осуществление репродуктивной автономии и самоопределения. С другой стороны, такое решение может рассматриваться как проявление угнетенного положения женщин и как одна из форм сексуальной эксплуатации. Некоторые эксперты по этике считают, что договорные или коммерческие соглашения между сторонами являются нарушением основных принципов уважения человеческого достоинства, поскольку позволяют рыночным соображениям вторгаться в сферу семейных отношений. (6) При этом альтруистические «подарки», то есть бесплатное предоставление своей репродуктивной способности для использования другими лицами, могут быть допустимы.

У большинства стран отсутствует как законодательство, так и утвержденная политика в отношении суррогатного материнства. Вопрос суррогатного материнства рассматривался в Совете Европы и в некоторых странах - как правило, лишь на уровне отдельного государства. Сложность этических и правовых вопросов, связанных с альтернативной репродуктивной технологией, отражена в многообразии подходов к этой проблеме со стороны региональных организаций и национальных государств. Принятые законы и политика варьируют: от полного запрета на суррогатное материнство до установления комплексной юридической базы, призванной учесть права и интересы всех сторон.

Более десяти лет назад комитет Совета Европы по биоэтике и искусственным методам деторождения принял ряд рекомендаций относительно суррогатного материнства. Хотя эти рекомендации содержат строгие ограничения, тем не менее, они признают, что при определенных обстоятельствах использование медицинских технологий для осуществления суррогатного материнства может быть допущено. Определение таких обстоятельств отнесено к сфере национального законодательства. В таких случаях суррогатная мать не должна получать никакой материальной выгоды и сохраняет за собой право оставить ребенка себе.

Специальный экспертный комитет Совета Европы по биоэтике и искусственным методам деторождения, Принцип 15, 1989:

Ни один медработник или медицинское учреждение не должны использовать искусственные методы деторождения для зачатия ребенка с целью вынашивания суррогатной матерью.

Ни один контракт или соглашение между суррогатной матерью и тем лицом или парой, для которых она вынашивает ребенка, не должны иметь законной силы.

Всякая посредническая деятельность в пользу лиц, заинтересованных в суррогатном материнстве, а также всякая связанная с этим рекламная деятельность, должны быть запрещены.

Однако государства могут в исключительных случаях, оговоренных в национальном законодательстве, с учетом пункта 2 данного Принципа разрешить медицинскому работнику или учреждению произвести искусственное оплодотворение суррогатной матери при условии, что:

Суррогатная мать не получает материальной выгоды от данной операции; Суррогатная мать имеет право после родов оставить ребенка себе.

Вопрос суррогатного материнства, окружен разногласиями, и затрагивает противоречащие друг другу права и интересы. Существуют, по меньшей мере, три различных точки зрения, которые должны быть приняты во внимание при составлении законопроекта о суррогатном материнстве. Это права нанимающей пары (или лица); права женщины, предлагающей свои услуги в качестве суррогатной матери, и права рожденного ребенка. Конкурирующие права при этом могут быть следующими (хотя данный список не полон): «Права» нанимающей пары на лечение бесплодия или на создание семьи. Права женщины, предлагающей свои услуги в качестве суррогатной матери, включая право на самостоятельное принятие решения по такому глубоко личному вопросу, как деторождение.

#### Проблема аборта и фетальная терапия

С какого момента зародыш можно считать живым существом? Имеет ли женщина право совершить аборт или нерожденный плод должен рассматриваться в качестве личности (пусть хотя и потенциальной) и, следовательно, обладать неотъемлемым правом каждого человека на жизнь? Этична ли фетальная терапия?

Прерывание беременности (аборт) - вопрос, который рассматривается в связи с этической ответственностью врачей, политиков, юристов, философов и ученых за принятие таких важных решений. Следует заметить, что женщина во все века убивала своих детей. Такие убийства особенно характерны были для древнего общества (особенно периода матриархата), где они были связаны с тем простым фактом, что женщина была просто физически не в состоянии вырастить и прокормить всех тех детей, которых она могла родить. Древние ритуалы воспроизводили ситуацию очень жесткого обращения с новорожденным, в результате которой выживали только самые сильные. С наступлением патриархата (власти мужчины) глава семьи пытался ограничить права женщины на ребенка. Этот вопрос на протяжении веков и тысячелетий являлся предметом споров и разногласий. Платон и Аристотель, например, одобряли аборт как средство предотвращения чрезмерного роста населения. А Гиппократ считал его недопустимым, противоречащим главному врачебному принципу «не навреди». Цицерон и Сенека относились к аборту как к опасной для женщины операции.

Христианство рассматривало аборт как убийство. До XIII в. аборт был запрещен под страхом смертной казни. Кое-где запрет действует и сейчас. В США ежегодно делается 1,5 млн. абортов. Проблема заключается в следующем: если женщины все равно делают абORTы (даже в странах, где это запрещено), то есть часто убивают своих здоровых детей, почему нельзя убивать тех, о которых известно, что они будут больными? Генетика сегодня позволяет определить, здоров ли ребенок, находящийся в материнской утробе. Далее, если мы одобряем абORTы, то мы должны одобрять и все те мероприятия, которые связаны с генетическим манипулированием плодом. Таким образом, старая как мир проблема прерывания беременности приобретает сегодня особую остроту и новое звучание. Этические проблемы аборта сегодня смещены в сторону учета прав всех заинтересованных субъектов, а именно: прав плода, прав матери и прав отца.

В основе фетальной терапии лежит использование тканей плода человека, получаемых в результате аборта или искусственного прерывания беременности на достаточно поздних сроках, в целях лечения ряда заболеваний (сахарного диабета, женских болезней, импотенции, мужского бесплодия, синдрома Дауна и т. д.).

В медицине сегодняшнего дня достаточно успешно применяется трансплантация различных органов (почек, печени, сердца, легких). Однако при этом пересаживаются органы умерших в результате болезни или несчастного случая людей или добровольных доноров, дающих на это согласие (чаще всего родственников больного). В случае с фетальной терапией используются ткани насильственно умерщвленного человеческого существа. При позднем прерывании беременности рождается сформировавшийся человеческий плод, который вскоре погибает (т. е. убивается). Как известно, православие резко отрицательно относится к абОРТУ, считая его смертным грехом, так же осуждается фетальная терапия. С позиций православия, фетальная терапия, относится к убийству человеческого плода на поздних сроках беременности. Согласие матери на это убийство не меняет дела. Само существование данного вида «лечения» свидетельствует о глубокой духовной поврежденности, моральной деградации общества, отвернувшегося от Бога. Этическая направленность биоэтики предполагает, что медицина, так же, как и любой человек в процессе своей жизнедеятельности, ищет в этике общественное оправдание своего поведения в непривычных (нетрадиционных) для него условиях. Биоэтика - это процесс осмысления ситуаций двусмысленности в практической медицине, порожденных прогрессом биологической науки и медицинского знания. Врачи, создающие новые технологии и осваивающие новые сферы приложения медицинского знания объективно нуждаются в определенной этико-нормативной системе, содержанием которой является цельная и вполне определенная программа нравственного оправдания нетрадиционного

действия врача. В связи с НТР ситуация постоянно усложняется и врачи все чаще попадают в двусмысленные ситуации. Так, первый зачатый «в пробирке» канадский ребенок уже находится сегодня в юношеском возрасте. А ведь его «рождение» с юридической точки зрения было незаконным. Только в 1996 году в Канаде подготовили закон, юридически регулирующий искусственное зачатие и «суррогатное» рождение. А необходимость в морально-философском осмыслении искусственного осеменения назрела давно, (юридическое конституирование- завершающий шаг такого осмысления). В Калифорнийском университете три врача без ведома пациентов провели уникальный эксперимент по обмену эмбрионами; в результате по меньшей мере 10 женщин выносили и родили («не своих») детей. Новый канадский закон запрещает эксперименты над эмбрионами старше двух недель (отсчет с момента зачатия). Канадские законодатели предусмотрели самое невероятное в биомедицине: запрещено изъятие яйцеклеток и спермы из тел умерших; запрещено создание смешанных эмбрионов человека и животного. Но можно ли законодательно ограничить полет творчества? История показывает, что нельзя. Парадоксально, но факт: во все времена общество затрачивало и затрачивает колоссальную энергию на формирование у членов культуры навыки репродуктивного (исполнительского) поведения, вводя системы запретов (законов, табу) на любой образ действий, кроме должного, но во все времена члены общества нарушали и нарушают эти запреты, причем как безопасными, так и опасными для них и общества в целом способами. Более того, чем большее количество рекомендаций, регулирующих жизнь общества при помощи морали, переводилось в ранг законов (табу), тем большее количество людей и во все большем количестве сфер деятельности, стремятся нарушать (или обходить) границы, устанавливаемые этими законами. Общество, даже не осознавая, эту закономерность чувствует и потому стремится ограничить произвол в медицине (напрямую манипулирующей жизнями и здоровьем членов сообщества) не законодательно, а посредством формирования соответствующей морали. Биоэтика - предпосылка и результат такого регулирования здравоохранительной сферы.

Вопросы для самопроверки.

1. Специфичность биоэтических проблем репродуктивных технологий?
2. Какие проблемы морально-этической оценки РТ обсуждаются?
3. В каких международных документах было заявлено об искусственном оплодотворении и трансплантации эмбрионов?
4. Этические проблемы ИОД?
5. Этические проблемы ЭКО и ПЭ?
6. Отношение различных религиозных конфессий к РТ?
7. Почему выдвигаются требования установления жестких критериев, ограничивающих применение РТ?
8. Этическая допустимость суррогатного материнства?
- 9.

## Литература

1. Л.Ф.Курило Социально-этические проблемы вспомогательных репродуктивных технологий. «9 МЕСЯЦЕВ» №5, 2001, стр. 10.)
2. (Имам Шамиль. Социально-этические проблемы вспомогательных репродуктивных технологий. «9 МЕСЯЦЕВ» №5, 2001, стр. 10)
3. (РАВ ИСРОЭЛЬ. Социально-этические проблемы вспомогательных репродуктивных технологий. «9 МЕСЯЦЕВ» №5, 2001, стр. 10)
4. (О. АЛЕКСАНДР. Социально-этические проблемы вспомогательных репродуктивных технологий. «9 МЕСЯЦЕВ» №5, 2001, стр. 10)
5. А.С.Акопян., Б.Г.Юдин. Границы жизни и смерти. Обзор темы. информация получена с сайта <http://doktora.nm.ru/04.03.02.htm>
6. И.В.Силуянова "Репродуктивные права" и моральные обязанности. Независимая газета № 5 (135) 2004 г

## Приложение

## ЛИТЕРАТУРА

1. Аристотель Никомачева этика. Сочинения в 4х томах, М., 1984, т.4 Бердяев Н. А. Русская философия собственности // Философия нравственности.
2. Алексина Т.А. Курс лекций: «Этика» -Мн.1998.-388с
3. Бердяев Н. О назначении человека. М. 1995
4. Биомедицинская этика под редакцией Покровского В.И. 1997.
5. Кант И. Критика практического разума. Соч. в 6 тт., м.,1965, т.4, часть 1.
6. Кант И. Метафизика нравов в двух частях. Часть вторая. Метафизические начала учения о добродетели, Соч. в 6 тт., М., 1965, т. 4, ч.2.
7. Камю А Миф о Сизифе. // Ф. Ницше, З. Фрейд, Э. Фромм, А. Камю, Ж.П. Сартр Сумерки богов. М., 1990.
8. Войтыла К. (Иоанн Павел II) Любовь и ответственность Вебер М. Протестантская этика и дух капитализма // Вебер М. Избр. произведения. М., 1990.
9. Вебер М. Хозяйственная этика мировых религий // Вебер М. Избранное. Образ общества. М., 1994.
10. Введение в биоэтику. Под ред. Б.Г. Юдина, П.Д. Тищенко, Прогресс Традиция. 1998.384с
11. Мур Д. Принципы этики. М., 1984.
12. Ницше Ф. Рождение трагедии из духа музыки // Ницше Сочинения в двух томах, М., 1990, т.1.
13. Ницше Ф. К генеалогии морали // Там же т.2.
14. Сенэка О благодетельни // Римские стоики. Сенэка. Эпиктет. Марк Аврелий. М., 1995.
15. Сенэка Л. Нравственные письма к Луцилию. М., 1977.
16. Соловьев В. Оправдание добра // В. Соловьев Сочинения в двух томах, т.1.
17. Фромм Э. Искусство любить // Фромм. Душа человека. М., 1982
18. Фромм Э. Психоанализ и этика. М., 1992.
19. Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности. М., 1998.
20. Фрейд З. Тотем и Табу. // Фрейд З. Я и Оно. Труды разных лет. М., 1991, кн.1.
21. Франк С.Л. Смысл жизни. Вопросы философии. 1990, 6.
22. Франкл В. Человек в поисках смысла М., 1990
23. Фуко М. Надзирать и наказывать. Рождение тюрьмы. М., 1999.
24. Шопенгауэр А. Свобода воли и нравственность. М., 1992.
25. Шопенгауэр А. Афоризмы житейской мудрости (Там же).
26. Эпиктет В чем наше благо? // Римские стоики. М., 1992.
27. Юнг К.Г. Об архетипах коллективного бессознательного // Юнг К. Архетип и символ. М., 1990.
28. Гусейнов А.А., Ирлти Г. Краткая история этики. М., Мысль, 1987.
29. Гусейнов А.А., Апресян А.Г. Этика. Учебник для студентов высших учебных заведений. Москва, 1998.
30. Гусейнов А.А. Этика и идея глобального общества // Российская цивилизация: этнокультурные и духовные аспекты. М., 1998.
31. Гильдебранд Д. фон. Метафизика любви. Спб., 1999.
32. Алексина Т.А. Власть Хроноса, М. 1995.
33. Дробницкий О.Г. Понятие морали. М., 1974.
34. Духовные ценности и национальные интересы России. Тюмень, 1998.
35. Байбурин А.К. Топорков А.Л. У истоков этикета. Л., 1990.
36. Байбурин А.К. Совесть, при свете истории // Человек: образ и сущность. Ежегодник. М., 1998.

37. Павлова Т.Н.. Биоэтика в высшей школе: Учебное пособие для студентов М.: МГАВМиБ им. КИ. Скрывина, 1997 - 148 с.
  38. Померанц Г.С. Стыд и совесть // Человек: образ и сущность. Ежегодник. М., 1998.
  39. Сикевич З.В. Национальное самосознание русских ( Социологический очерк). - М., 1996.
  40. Скрипник А.П. Моральное зло в истории и этике. М., 1992.
  41. Скрипник А.П. Нравственные отклонения и пути их преодоления. М., знание, 1996.
  42. Судо, Жак История биоэтики, дискуссии, этическая ориентация. 1998.
  43. Коновалова Л.В. Прикладная этика М., 1998.
  44. Новые и вечные проблемы философии. Новосибирск., 1998.
  45. Опыт иснаслия в XX столетии. М., 1996.
  46. Татаркевич В. О счастье и совершенстве человека. М., 1981.
  47. Шрейдер Ю.А. Этика. Введение в предмет. Уч. Пос. М., 1998.
  48. Штекли А.Э. Принуждение к труду и наслаждение трудом // Этика и организация труда в странах Европы и Америки. М., 1997. Школа этикета. Екатеринбург, 1995.
  49. Энгельс Е.М. Ксенотрансплантация: моральные дилеммы // Человек, М., 1998, вып.5.
  50. Этика (под ред. А.А. Гусейнова и Е.Л. Дубко) М., 1999
  51. Этика (под ред. А.А. Гусейнова, М., 1989.
  52. Словарь по этике под ред. А.А. Гусейнова, М., 1989.
  53. Яровинский. М.Я. Лекция по курсу «Медицинская этика» (Биоэтика)-1,2, выпуск 2000-2001.
- ПРИМЕРНЫЕ ТЕМЫ ДЛЯ РЕФЕРАТОВ**
- Актуальные проблемы биоэтики ( аборт, трансплантация органов, генная инженерия и т.д.)  
 Евгеника – история и современность.  
 Репродуктивные технологии в контексте международных документов.  
 Этические проблемы суррогатного материнства.  
 Биоэтика в контексте формации.  
 Глобальная биоэтика.  
 Эвтаназия: за и против.  
 Этические проблемы смерти.  
 Этические взгляды софистов и Сократа.  
 Этика Эпикура.  
 Этика эвдемонизма (Аристотель, стоики, христианство).  
 Идея счастья и ее место в западной цивилизации.  
 Христианская концепция добра и зла.  
 Этика стоиков (Сенэка, Эпиктет, Марк Аврелий).  
 Этические концепции Платона и Аристотеля, их социальное измерение.  
 Современные концепции счастья.  
 Критика И. Кантом этического натурализма и эвдемонизма.  
 Христианские мотивы в этике Канта.  
 Этический абсолютизм Канта  
 Понятие морали у Канта.  
 Императивность морали.  
 Понятия добра и зла в современной философской антропологии.  
 Критика Ф. Ницше христианской концепции добра и зла.  
 З. Фрейд о происхождении нравственности и религии.  
 Идея сверхчеловека у Ф. Ницше, ее современное прочтение и критика.  
 Концепция любви Э. Фромма.  
 Одночество как экзистенциальная проблема.  
 Любовь как экзистенциальная потребность.  
 Концепции смысла жизни в разных религиях.  
 Смерть как экзистенциальная проблема  
 Проблема бессознательного у Фрейда и Юнга.  
 Учение Юнга об архетипах коллективного бессознательного  
 Концепция человека А. Шопенгауэра (Свобода воли и нравственность).  
 Шопенгауэр. Ницше. Фрейд о скрытых мотивах человеческого поведения  
 Э. Фромм о типах характера (Психоанализ и этика)  
 Агрессия как социально-психологический феномен (Э. Фромм Анатомия человеческой деструктивности).  
 Критика Шопенгауэром этики Канта (Свобода воли и нравственность).  
 Проблема свободы воли у Канта и Шопенгауэра.  
 Понятие сверхчеловека Ницше и его соотношение с христианской концепцией богочеловека.  
 Понятие совести у Ницше, Фрейда и Фромма.  
 Смысл жизни перед лицом смерти.  
 Концепция справедливости Д. Роулса.  
 Социально-психологический портрет массового человека.



## Понятие морали.

## Структура морального сознания.

Хозяйственная этика мировых религий (М. Вобер).

Насилие по отношению к женщинам.

## Литература по эвтаназии

Абросимов В. Тяжелая жизнь или легкая смерть?: [Эвтаназия в Австрии] // Эхо планеты, 1998. - 39-40. - С. 34-35. Акимов А.В. Актуальные вопросы биоэтики в практическом применении // Медицина, этика, религия и право: Материалы конф. - М., 2000. - . - С. 93-97.

Акопов В.И. Этические, правовые и медицинские проблемы эвтаназии // Медицинское право и этика, 2000. - 1. - С. 47-55. Акопов В.И. Проблемы эвтаназии в современном праве Российской Федерации // Северо-Кавказский юридический вестник, 2000. - 2. - С. 47-53. - Библиогр.: 8 назв.

Ардашева Н.А. Эвтаназия как метод искусственного прерывания жизни: правовые условия // Рос. юрид. журн., 1996. - 1. - С. 71-80.

Булатова Н. Юридические аспекты проблемы эвтаназии в России // Спорные вопросы развития государства и права: Сб. науч. тр. - Н. Новгород, 1998. - Вып. 279. - С. 74-78. Быкова С.Ю., Юдин Б.Г., Ясная Л.В. Эвтаназия: мнение врачей // Человек, 1994. - 2. - С. 147-151.

Губарева К.В., Спасениников Б.А. Медико-юридические аспекты эвтаназии // Россия на пороге XXI века: закономерности и проблемы развития: Тез. междунар. науч.-практ. конф., г. Архангельск, 29 мая 1998 г. - Архангельск, 1998. - . - С. 24-27.

Дмитриев Ю.А., Шленева Е.В. Право человека в Российской Федерации на осуществление эвтаназии // Государство и право, 2000. - 11. - С. 52-59.

Мукашев М.Ш., Набиев В.В. Современное состояние законодательства Кыргызской Республики по вопросам трансплантации органов, тканей, эвтаназии и ряду других проблем // Государство и право, 1999. - 10. - С. 111-114. Козлова Н.Н. Эвтаназия: уголовно-правовые проблемы // Проблемы применения нового уголовного законодательства: Сб. науч. тр. - Уфа, 1999. - . - С. 52-57.

Маккорд У. Смерть с достоинством: [Реферат / Подгот. Г.Д. Данилин] // Социал. и гуманитарн. науки: Реф. журн. Отеч. и зарубж. лит. Сер. 8. Научное ведомство университета. Серия: Право, 1996. - 1. - Красавчикова Л.О. Право на жизнь // Вестник гуманитарного университета. Серия: Право, 1998. - 46. - С. 23-36. Киселева К. Серийный доктор: [Об эвтаназии в США] // Коммерсантъ Власть, 1998. - 46. - С. 34-37. Мукашев М.Ш., Набиев В.В. Современное состояние законодательства Кыргызской Республики по вопросам трансплантации органов, тканей, эвтаназии и ряду других проблем // Государство и право, 1999. - 10. - С. 111-114. Кадик Л. Ажютаж с петлей на шею: Развитие страны захлебнулась волна суицидов // Коммерсантъ Власть, 2000. - 6. - С. 42-44. Назовем вещи своими именами, или что такое эвтаназия? // Медицинское право и этика, 2000. - 1. - С. 45-46. Назарычев А.Ю. Библия и медицина // Медицина, этика, религия и право: Материалы конф. - М., 2000. - . - С. 190-197. Коваленко С.Э. Смерть - естественное право? // Актуальные проблемы юриспруденции: Сб. ст. - Тюмень, 1999. - Вып. 4. - С. 43-53.

Сергеев Ю. «Хорошая смерть»... Правовой и моральный аспекты эвтаназии: [Беседа с директором Центра правовых и эксперт. проблем медицины Ю. Сергеевым / Записала И. Смирнова] // Правозащитник, 1998. - 1. - С. 36-42.

Смирнов Ф. Имеет ли эвтаназия «право на жизнь» // Рос. обозрение, 1993. - 11.

Староойтова О.Е. О проблеме законодательного закрепления эвтаназии // Государство и общество: проблемы федерализма и самоуправления: Материалы Всерос. науч.-практ. конф., Ижевск, 14-15 янв. 1999 г. - Ижевск, 1999. - . - С. 260-264. Тимасов В.М. Право на смерть // Вестник гуманитарного университета. Серия: Право, 1996. - 1. - С. 37-42.

Тё Е.А. Эвтаназия: право на смерть или...? // Ученые записки: Науч.-теорет. журн. - М., 2000. - 2. - С. 144-147.

Юдин Б.Г., Ясная Л.В. Когда надежды нет // Человек, 1994. - 4. - С. 148-152.

Эвтаназия как метод искусственного прерывания жизни: правовые условия. Ардашева Н.А. 10с. (Российский юридический журнал. Ежеквартальный N 1, 1996 год)

## Интернет- Сайты BIOethica

1. www.mavicanet.ru  
Многоязычный поисковый каталог.
2. www.euthanasia.org  
Поисковый сайт (англ.).
3. www.pingwin.ru/node/folder/-0979/  
Тематический сайт по различным биоэтическим вопросам (англ.).

## Биоэтики.

5. www.linacre.org

Содержит обширную информацию по многим биоэтическим вопросам. (англ.)

6. www.cwru.edu/med/bioethics/bioethics.html

Сайт Центра биомедицинской этики Case Western Reserve University (англ.).

7. phloa.cc.duth.gr/~xirot/Bioethics/BIOETHICS\_NEWS.html

Информация о событиях в сфере биоэтики (Европейская ассоциация биоэтики). (англ.)

8. www.georgetown.edu/research/nrcbl/

Национальный центр биоэтической литературы - Georgetown University. собрание книг, журналов и других документов. (англ.)

9. www.mcw.edu/bioethics/

Информация Центра изучения биоэтики медицинского колледжа Wisconsin. (англ.)

10. www.ajobonline.com

Поисковый сайт американского журнала "Bioethics online". (англ.)

11. www.bhs.bham.wednet.edu (англ.)

12. www.nih.gov/sigs/bioethics/

Сайт биоэтических ресурсов Национального Института Здоровья США (англ.)

13. www.billy.kp.ru/Arxiv/Izbran/2000/Dec/01122000.htm

Проблема эвтаназии в разных странах. (рус.)

14. www.interniche.org

InterNICHE (the International Network for Human Education) -

Международная организация за гуманное образование. Альтернатива

экспериментам на животных, обучающие программы. (англ.)

Тематическая подборка ссылок

ГМ продукты

1. www.truefoodnow.org

Страница компании Гринпис против генной инженерии в США. Содержит

полезный список продуктов с генетически модифицированными ингредиентами.

2. www.evolved.ncwmail.ru/gen/gen\_gmo.htm

3. www.greenparty.org.ua/news-archiver.html

4. www.biengi.ac.ru/infocenter.shtml

Центр "Биоинженерия" Российской Академии Наук

Трансплантация

1. www.grani.ru/organs/facts/regulation/

2. www.economics.ru/gd/proekt/082678GD.SHTML Федеральный закон "О

ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ И (ИЛИ) ТКАНЕЙ ЧЕЛОВЕКА".

3. www.users.podolsk.ru/alland/Science/Science8.html

4. www.conlex.kz/nauk\_kandid/trans\_rganov.htm

5. www.allnews.ru/health/2000/08/15/pigs/ (ксенотрансплантация)

Материалы Международного симпозиума.

Эвтаназия

1. www.grani.ru/euthanasia/facts/netherlands/

2. www.rambler.ru/db/news/msg.html?mid=1604282

3. www.zhizn.orthodoxy.ru/material/mat141.htm

4. www.smu.tomsk.ru/sno/vestnik/semina.htm

5. www.billy.kp.ru/Arxiv/Izbran/2000/Dec/01122000.htm

6. www.rusmysl.ru/1998IV/4248/424839.html

7. www.doktor.ru/onkos/together/conf2\_14.htm

8. www.zooclub.farpost.com/mgkcz/13.htm (эвтаназия животных)

9. www.private-life.ru/2000/cg00/n6/6.html

10. www.euthanasia-v.narod.ru/

11. www.medicine.mobile.ru/?id=3203

12. www.orthodox.ctct.ru/1999/15/bioetika.htm

13. www.polska.ru/news/01-04-11.html

14. www.medicine.enego.ru/prakt/law/04\_a.html

15. www.smi.ru/2000/11/15/?type=allsources

16. www.civitasdei.boom.ru/alphab2.htm

17. www.pmd.ru/dclo/zakon1.htm (эвтаназия животных)

18. www.nif.ru/health/3-2/06\_01.php

19. [www.russian-orthodox-church.org.ru/sd12r.htm](http://www.russian-orthodox-church.org.ru/sd12r.htm)
  20. [www.akdi.ru/gd/proekt/078814GD.SHTM](http://www.akdi.ru/gd/proekt/078814GD.SHTM) (этика жизни)
  21. [www.sura.ru/~hosp/etik/e43.htm](http://www.sura.ru/~hosp/etik/e43.htm)
- Клонирование
1. [www.cloning.narod.ru](http://www.cloning.narod.ru)
  2. [www.news.list.ru/news.html?68553](http://www.news.list.ru/news.html?68553)
  3. [www.ixs.nn.ru/ca.htm](http://www.ixs.nn.ru/ca.htm)
  4. [www.koi.subscribe.ru/archive/press.nep/200008/04142424.html](http://www.koi.subscribe.ru/archive/press.nep/200008/04142424.html)
  5. [www.photo.kiev.ua/lenta/get.html?id=5291](http://www.photo.kiev.ua/lenta/get.html?id=5291)
  6. [www.rusk.ru/Press/Sv/01/1/rn5.htm](http://www.rusk.ru/Press/Sv/01/1/rn5.htm)
  7. [www.nto.nn.ru/text/clon.htm](http://www.nto.nn.ru/text/clon.htm)
  8. [www.gazeta.ru/2001/01/04/vssana4atokl.shtml](http://www.gazeta.ru/2001/01/04/vssana4atokl.shtml)
  9. [www.ufo.knc.ru/arch/00-8-17-7-16-11/](http://www.ufo.knc.ru/arch/00-8-17-7-16-11/)
  10. [www.rusmedserv.com/problreprod/3-98/p11.htm](http://www.rusmedserv.com/problreprod/3-98/p11.htm)
  11. [www.zhizn.orthodoxy.ru/material/mat134.htm](http://www.zhizn.orthodoxy.ru/material/mat134.htm)
  12. [www.rusbiotech.ru/Newsarchive\\_N.html](http://www.rusbiotech.ru/Newsarchive_N.html)
  13. [www.religion.ng.ru/facts/2001-01-31/2\\_clone.html](http://www.religion.ng.ru/facts/2001-01-31/2_clone.html)
  14. [www.novosti.online.ru/tv/99/08/09/rev01.htm](http://www.novosti.online.ru/tv/99/08/09/rev01.htm)
  15. [www.regions.netcity.ru/?id=29725](http://www.regions.netcity.ru/?id=29725)

#### Проблемы биоэтики в исламе.

1. <http://ahlhaji.chat.ru/science6.htm>
2. Доктор Ахмед Дайри ([www.islamonline.net](http://www.islamonline.net))

#### Тестовые вопросы по биоэтике.

##### Медицина и этика

1. К какому типу знания относится медицина :

- а) фундаментальному
- б) прикладному
- в) узкоспециальному
- г) естественнонаучному
- с) гуманитарному
- д) междисциплинарному

2. Какое из перечисленных оснований формирует медицинскую профессию :

- а) экономическое
- б) познавательное (гносеологическое)
- в) моральное

3. Что является главной целью профессиональной деятельности врача :

- а) спасение и сохранение жизни человека
- б) социальное доверие к профессии врача
- в) уважение коллег
- г) материальная выгода

4. Что является главным отличительным признаком профессиональной этики врача : а) право на отклонение поведения б) осознанный выбор моральных принципов и правил поведения в) уголовная ответственность за несоблюдение профессиональных этических норм

5. Медицину и этику объединяет :

- а) человек как предмет изучения
- б) методы исследования
- в) овладение приемами преодоления конфликтов в человеческих взаимоотношениях
- г) стремление к знанию механизмов человеческого поведения и к управлению им
- д) ориентация на достижение целостного (духовно-душевного и соматического) благополучия человека

6. Правильным определением этики как науки является : а) этика – наука об отношении живых существ между собой б) этика – наука о природе и смысле моральных взаимоотношений и существ между собой в) этика – наука о минимизировании зла в человеческих отношениях г) этика – наука об умении правильно себя вести в обществе

7. Сопоставление общих этических учений и профессиональной медицинской этики имеет характер : \_\_\_\_\_

- в) информативный
- г) между ними нет связи

Формы регуляции медицинской деятельности

8. Что из перечисленного не относится к форме социальной регуляции медицинской деятельности?

- а) этика
- б) мораль
- в) этикет
- г) право
- д) нравственность
- е) наука
- ж) религия
- з) искусство

9. Нравственность – это понятие, определяющее :

- а) особенности характера и темперамента
- б) склонность к добру и способность стойко переносить тяготы и лишения повседневной жизни
- в) часть философии
- г) совокупность субъективных реакций и форм поведения в обществе
- д) культурно – исторический феномен, заключающийся в способности человека оказывать помощь другому человеку

10. Этикет – это форма поведения, означающая :

- а) признание значения особых правил поведения для профессионала
- б) обычай
- в) особая условная вежливость
- г) внешнее соблюдение приличий
- д) способность человека к социальной адаптации
- ж) признание значения социальной субординации
- з) порядок в социальных профессиональных отношениях

11. Мораль – это :

- а) совокупность принципов и способов человеческих взаимоотношений
- б) отклассифицированные культурой по критерию «добро-зло» отношения и нравы людей
- в) совокупность научных фактов
- г) философское учение
- д) строгое соблюдение законов и конституции
- е) способ регуляции действий человека в обществе
- ж) данные Богом правила отношения человека к человеку
- з) вектор сознательной жизни, который указывает на должное
- и) игра – ума
- х) область научного знания, касающаяся всеобщих законов развития общества

12. Понятие «право» включает все перечисленные смыслы, кроме того, что это : а) элемент системы государственной власти б) форма принуждения и наказания человека человеком в) явление духовной солидарности и связанности человека с человеком г) необходимость и возможность различения верного и неверного поведения человека д) «духовно воспитанная воля» е) совокупность законов государства, относящихся к какой-либо форме деятельности ( например, медицинское право ) ж) наука законоведения з) индивидуальная воля карать и наказывать людей

13. Что отличает моральное регулирование медицинской деятельности от правового :

- а) свобода выбора действия
- б) произвольность мотива деятельности
- в) уголовная безнаказанность
- г) социальное одобрение

14. В каком соотношении должны находиться биоэтика и медицинское право :

- а) независимости
- б) медицинское право – приоритетно
- в) должен быть выдержан приоритет биомедицинской этики
- г) биомедицинская этика – критерий корректности медицинского права

15. Противостоят ли во Канту мораль и право ?

- а) нет, не противостоят, ибо это родственные сферы духа
- б) мораль подчиняется праву
- в) право абсолютнее подчинено морали

- г) мораль противостоит праву  
 д) право может обойтись без морали
16. Чем определяется ценность человеческой жизни в биоэтике : а) возрастом ( количество прожитых лет ) б) социальным положением в) психической и физической полноценностью г) расовой и национальной принадлежностью д) финансовой состоятельностью е) уникальностью и неповторимостью личности ж) человеческая жизнь бесценна
17. Понятие «честь» человека включает в себя все перечисленное, кроме : а) физиологических психических особенностей человека  
 б) следования данному слову  
 в) разумности  
 г) свободы действий  
 д) социального происхождения ( аристократическое, дворянское )  
 е) внутреннего благородства  
 ж) непричастности к греху  
 з) верности избранным принципам
18. Понятие «достоинство» человека включает в себя все перечисленное кроме :  
 а) чистоты помыслов  
 б) образа и подобия Бога  
 в) уникальности личности  
 г) здоровья  
 д) физиологических характеристик человеческого организма  
 е) свободы  
 ж) экономического и финансового успеха  
 з) общественного признания, славы, популярности  
 и) высокой самооценки, самоуважения  
 к) гордости за себя, веры в себя  
 л) наличия способностей и талантов  
 м) особого предназначения человека в жизни  
 н) бессмертного духовного начала
19. Чем, с Вашей точки зрения, является справедливость ? а) справедливость – это правильное распределение материальных благ и денежных средств б) справедливость – это равенство в) справедливость – это правда  
 г) справедливость – это праведность, исполнение закона и ответ добром на зло  
 д) справедливость – это принцип, регулирующий отношения между людьми  
 е) справедливость – это воздаяние «лучшим – лучшему»  
 ж) справедливость – это ситуационная польза, действие, результат  
 з) справедливость – это любовь к ближнему
20. Добро это все перечисленное, кроме следующих понятий : а) умение и готовность помочь ближнему б) благо, которое ценно и значимо само по себе  
 в) индивидуальное здоровье  
 г) то, что противоположно злу  
 д) абсолютная воля  
 е) недостижимый идеал  
 ж) имущество и достаток  
 з) то, что приносит пользу  
 и) знание о сущности и существовании добра
21. Зло – это то, что перечислено, кроме следующих понятий :  
 а) что отделяет от Бога, идеала, спасения  
 б) болезнь и смерть  
 в) преступление и беззаконие  
 г) что вредно для человеческой жизни  
 д) нарушение божественного порядка  
 е) связано с пороком и нравственным растлением  
 ж) то, что ведет к несчастью и бедствиям  
 з) что может приносить прибыль и выгоду  
 и) интеллектуальная фикция
22. Соотношение добра и зла заключается в том, что : а) добро самодостаточно и самозначимо б) добро существует независимо и отдельно от зла  
 в) зло самодостаточно

- с) добро и зло имеют взаимную обусловленность
23. Долг – это то, что исполняется в силу :  
 а) профессиональных обязанностей  
 б) веления времени  
 в) требования совести и следствия морального идеала  
 г) идеологического обоснования общественного прогресса  
 д) приказа начальника  
 е) обобщенной выгоды  
 ж) требования близких
24. Совесть – это все перечисленное, кроме :  
 а) способности переживать неисполнение долга  
 б) продукта разума  
 в) внутреннего знания добра и зла  
 г) требования категорического императива  
 д) нравственного чувства, побуждающего к добру и отвращающего от зла  
 е) способности распознавать качество поступка  
 ж) симптома психического расстройства
25. Свобода отличается от произвола тем, что она :  
 а) ограничивает возможности человека делать все, что хочется  
 б) способна подчинить волю человека воле Бога  
 в) определяет возможность и способность человека к нравственному совершенствованию  
 г) определяет сущность человека  
 д) свобода является :  
 а) способностью человека делать все, что хочешь  
 б) возможностью творчества  
 в) законом природы  
 г) законом общественной жизни  
 д) осознанной возможностью и способностью к нравственному совершенствованию  
 е) свойством человеческой природы  
 ж) полным раскрепощением греховного человека  
 з) освобождением от всех морально-этических ограничений  
 и) основанием прав человека
27. Определение понятия «удовольствие» связано со всем перечисленным, кроме следующих понятий : а) удовлетворение потребностей  
 б) избавление от страданий  
 в) биологическая адаптационная функция  
 г) торжество разума  
 д) исполнение нравственного долга  
 е) выражение интереса социальной группы  
 ж) болезнь
28. Справедливость бывает :  
 а) чувственная и разумная  
 б) распределительная и воздающая  
 в) социальная и асоциальная  
 г) идеальная и реальная
29. Нравственное совершенство человека – это :  
 а) интеллектуальная утопия  
 б) совокупность способностей и склонностей человека  
 в) обладание высшей властью  
 г) обладание богатством  
 д) результат размышлений  
 е) цель человеческой жизни  
 ж) профессионализм
30. Нравственный идеал – это :  
 а) образ высшего совершенства и высшего блага  
 б) образец нравственной личности  
 в) образец профессионального мастерства  
 г) мудрый человек  
 д) герой, пожертвовавший собой ради спасения жизни другого человека

52. Буддийская этика основывается на понимании человека как:

- а) природного существа
- б) существа, созданного Богом
- в) человека - результата слияния родительских половых клеток «континуума сознания» («существа нового рождения»)
- 53. «Конвенция о правах человека и биомедицине» (1997 г.) при использовании достижений биологии и медицины обязуется защищать и гарантировать все, кроме: а) уважения достоинства человека б) защиты индивидуальности каждого человеческого существа в) уважение целостности и неприкосновенности личности г) соблюдения прав человека и основных свобод д) обеспечения экономической выгоды и материального интереса
- 54. «Конвенция о правах человека и биомедицине» (1997 г.) при использовании достижений биологии и медицины объявляет приоритетными: а) интересы и благо человеческого существа б) интересы общества в) интересы науки и научного прогресса г) другие интересы

55. При проведении любого вмешательства в сферу здоровья, включая вмешательство с последовательными целями должно соблюдаться все, кроме:

- а) закон РУз
- б) международного законодательства
- в) профессиональных биомедицинских этических стандартов
- г) моральных представлений пациента
- д) нормы библейской морали
- е) общечеловеческих ценностей
- ж) корпоративные профессиональные интересы
- з) экономические интересы исследователя

56. По какому основанию может осуществляться вмешательство в сферу здоровья человека: а) на основании свободного, осознанного и информированного согласия больного б) на основании медицинских показаний

- в) на основании редкости картины заболевания и его познавательной ценности
- г) на основании требования родственников
- д) на основании извлечения финансовой выгоды
- 57. Понятие «информированное согласие» включает в себя все, кроме: а) информации и цели предполагаемого вмешательства б) информации о характере предполагаемого вмешательства в) информации о возможных негативных последствиях г) информации о связанном с вмешательством риске д) информации о несомненном приоритете пользы вмешательства по сравнению с возможным риском

58. К лицам, не способным дать информированное согласие, относятся все, кроме:

- а) несовершеннолетних
- б) лиц с умственной неполноценностью
- в) лиц с тяжелыми формами заболеваний, блокирующими сознания
- г) лиц женского пола
- д) граждан с иностранным подданством

Морально-этические проблемы аборта и новых репродуктивных технологий

59. Какие из позиций являются определяющими для врача, производящего искусственное прерывание беременности по желанию женщины: а) желание женщины б) статья 36 «Основ законодательства об охране здоровья граждан РУз» в) этическая декларация о медицинских абортах В М А (1983 г.)

- г) личные этические убеждения врача
- д) медицинские показания
- е) моральное право на отказ от производства аборта

60. Что является критерием, определяющим начало человеческой жизни:

- а) формирование нервной ткани плода
- б) формирование легочной системы плода
- в) первое сердцебиение
- г) моральный статус человеческого эмбриона, включенного в систему нравственных взаимоотношений между людьми
- д) слияние женской и мужской половых клеток

61. Чем определяется ценность человеческой жизни в традиционной христианской нравственной антропологии: а) возрастом (количество прожитых лет)

- б) социальным положением
- в) интеллектуальной и физической полноценностью

с) уникальностью и неповторимостью личности

62. Негативное отношение к абарту в традиционной христианской нравственной антропологии определяется всем перечисленным, кроме:

- а) нарушение заповеди «не убий»
- б) неисполнение заповеди любви
- в) учение о переселении душ (месте психоз)
- г) не сводимость личности к свойствам психофизиологической природы человека

63. Что является основанием допустимости аборта в либеральной идеологии:

- а) свобода женщины
- б) права ребенка
- в) отрицание медицинской операции по искусственному прерыванию беременности

64. В христианской этике аборт, как вынужденная мера, допустим, поскольку

- а) эмбрион является телом матери
- б) зародыш не может говорить
- в) уничтожение жизни становится убийством только после рождения ребенка
- г) человек «начинается» с первого вдоха

- д) в случае внематочной беременности роды невозможны
- е) вместо того, чтобы «плодить нищету», лучше лишить её жизни
- ж) врач не несет ответственности за исполнение решение матери
- и) отказные дети иногда становятся преступниками
- к) Новый Завет прославляет Ирода за гуманное обращение с младенцами

65. Как влияет на признание этической допустимости искусственного оплодотворения In vitro признание полигамии в исламе:

- а) допускает то, что вынашивающей матерью может быть вторая жена мужа
- б) запрещает донорство яйцеклеток
- в) оценивает суррогатное материнство как морально недопустимое явление

66. Признает ли исламская этика использование пренатальной диагностики в этических целях:

- а) признает
- б) осуждает
- в) относится нейтрально, полагаясь на собственное мнение человека
- г) вспомогательные репродуктивные технологии запрещается использовать: а) в целях выбора пола будущего ребенка б) для предотвращения исследования тяжелого заболевания, сцепленного с полом в) в целях продолжения рода лиц с истрадиционной сексуальной ориентацией

68. Либеральное оправдание, пропаганда массового внедрения контрацепции, разработка новейших средств контрацепции не осуществляется с целью:

- а) утверждение прав личности
- б) утверждение прав человека рационально планировать численность своей семьи
- в) противостояние религиозным моральным ценностям
- г) выполнение различных государственных законов и международных проектов по поддержанию определенной численности народонаселения в различных регионах мира

д) утверждения библейской заповеди «плодитесь и размножайтесь»

69. Консервативное отрицательное отношение к контрацепции определяется всеми перечисленными факторами, кроме:

- а) нарушение одного из предназначения семьи
- б) подавления функции продолжения рода
- в) связанного с ней культивирования «освобожденной сексуальности»
- г) заботы о репродуктивном (соматическом и психическом) здоровье человека
- д) признание права государства или международных организаций по социально-политическому контролю над рождаемостью в стране

70. Этическая неприемлемость «аномальной техники деторождения» («связана»: а) с нарушением права ребенка быть рожденным в традиционном браке естественным путем б) с признанием и осуждением исполненности супруга (супруги) и попыткой найти ему (ей) замену (в случае использования донорского материала) в) с легализацией исполненных и истрадиционных семей г) с уничтожением «лишних» человеческих эмбрионов д) с обесцениванием ценности и значимости материнства и материнской любви в случаях легализации «суррогатного материнства» е) со всеми перечисленными факторами

71. Возникновение современной медицинской сексологии непосредственно связано а) с морально-мироглядческими процессами - распространением этического нигилизма, вульгарного фрейдизма, с внедрением идеологии прав человека б) с развитием фармацевтической промышленности в) с научно-технической революцией г) с развитием порно- и сексбизизма

- д) со всеми перечисленными факторами
72. Сколько сексуальных революций ( периодов переосмысления сексуальности человека) пережила европейская история а) две (первая - в эпоху распада Римской империи, вторая - 2 - я половина XX века ) б) одну, связанную с возникновением медицинской сексологии во 2-й половине XX века в) одну, связанную с формированием христианской культуры в первых веках европейской истории
- Этаназия: история и логика проблемы
73. Недопустимость этаназиса с позиций нравственной антропологии христианства связана с:
- нарушением заповеди « не убий »
  - спасительностью страданий
  - невозможностью приобретения человека к опыту воскресения
  - возможностью постижения смысла жизни
74. Необоснованность этаназиса с медицинской точки зрения определяется: а) шансом на выздоровление и возможностью изменения решения пациента б) нарушением предназначения врача спасать и сохранять человеческую жизнь в) нарушение нормального принципа «не навреди» г) нарушение моральной заповеди «не убий»
- д) блокирован. с моральным стимулом развития и совершенствование медицинского знания и медицинских средств борьбы со смертью
- е) возможность кризиса в медицине и здравоохранении
- ж) со всеми перечисленными факторами
75. Активная этаназия отличается от пассивной:
- отсутствием согласия или просьбы пациента о лишении жизни
  - приоритетностью решения врача перед решением пациента о прекращении жизни пациента
  - активным, деятельным, вмешательством врача и процесс прекращение жизни по просьбе пациента
  - умышленным или преднамеренным лишением жизни человека
76. Решение проблемы определения границ между пассивной этаназисом и интенсивной терапией зависит от:
- определения мотивов деятельности и поступка врача
  - характера объяснения принятого решения врача
  - объективной картины заболевания
  - универсального права человека на жизнь
  - технических медицинских средств и ситуационных возможностей
77. Использование реанимационного оборудования для пациента, находящегося в безнадежном состоянии, является: а) злоупотреблением терапевтическими средствами б) реализацией принципа «борьбы за человеческую жизнь до конца» в) признаком низкой квалификации специалиста г) отсутствием у врача нравственного чувства и этической культуры д) обязательно при любых обстоятельствах
78. Право больного человека отказаться от лечения основывается на: а) осознании ограниченности финансовых возможностей б) признании ограниченности медицинских средств в) праве на спокойную естественную смерть г) подчинении воле Божьей
79. Определяющим регулятором Вашего решения сложных этических проблем в профессиональной деятельности является все, кроме:
- международного права
  - светской этики
  - принципов профессиональной этики
  - национального законодательства
  - религиозной морали
  - экономических интересов
  - благополучия индивидуальной карьеры
80. Этическая оправданность гомологической (от человека к человеку ) трансплантации определяют: г
- видовой идентичностью
  - солидарностью в принадлежности к научно-технической интеллигенции
  - правом на физический и психический риск донора
  - свободным и информированным согласием донора
  - финансовой состоятельностью реципиента
  - денежным возмещением ущерба донору и материальное обеспечение его существования
  - желанием спасти человеческую жизнь
- ..... от живого донора предполагает:

- б) условие высказанного при жизни и юридическим оформленного согласия донора
- в) условие отсутствия высказанных донором при жизни возражений против забора органов у его трупа
- г) условие согласия родственников
- д) беспрепятственность и интересах, науки и общества
82. При выявлении наследственного заболевания у развивающегося плода судьбу этого плода (продолжение беременности или аборт) вправе решать:
- только врачи-профессионалы
  - только родители
  - только мать
  - политические правозащитные организации
  - религиозные объединения
  - государственные органы здравоохранения
83. Не директивный характер медико - генетической помощи включает в себя всё перечисленное, кроме:
- объективной подачи информации
  - информирование обо всех возможных вариантах действия
  - компетентного влияние на решение и выбор пациентов
84. Генная терапия - замена мутантных (измененных) генов нормальными с помощью методов генной инженерии - должна осуществляться в целях:
- преодоления тяжелых наследственных заболеваний
  - медицинской и моральной подготовки и повышенной заботы о будущем больном ребенке
  - построения здорового общества или общества здоровых граждан
  - изменения генома наследников пациента, т.е. проведения генотерапии половых клеток
85. Генетическая паспортизация может быть использована с дискриминационными целями
- при заключении трудовых договоров
  - при страховании жизни
  - при страховании здоровья
  - для участия политической деятельности
  - в разнообразных ситуациях семейной и интимной жизни
  - в религиозной личной жизни человека (участие в Таинствах Церкви)
86. Генетическое прогностическое тестирование определяет:
- что данное лицо является носителем гена, вызывающего болезнь
  - генетическую предрасположенность или восприимчивость к какой либо болезни
  - социальную опасность человека
  - творческую или деловую несостоятельность личности
87. Генетическое прогностическое тестирование производится:
- только в лечебных целях
  - только в целях медицинских научных исследований
  - с целью осуществления искусственного отбора населения
  - с целью создания благоприятных социальных условий для лиц с повышенными интеллектуальными способностями
  - с целью создания совершенного общества с помощью искусственного отбора
88. Вмешательство в геном человека может быть осуществлено во всех перечисленных целях, кроме
- изменение генома половых клеток
  - в профилактических целях
  - в диагностических целях
  - в терапевтических целях

- е) президент великой страны  
ж) лидер думской фракции

31. Благотворительность – это :

- а) деятельность посредством которой частные ресурсы добровольно распределяются их обладателями в целях содействия нуждающимся  
б) бескорыстная помощь ближним  
в) платоновская идея  
г) результат равенства  
д) афинская добродетель  
е) удовлетворение корыстного чувства  
ж) путь ко спасению души

32. Понятие «милосердие» включает в себя все, кроме : а) чувства и способности сострадания б) готовности оказать помощь тому, кто в ней нуждается в) снисходительности г) готовности выполнить любую просьбу человека д) потакания слабостям человека

Основные этические теории и история профессиональной медицинской этики

33. К какому типу этических теорий относится профессиональная этика врача : а) антропоцентристскому (нагуролистически-прагматическому) б) онтоцентристскому (идеалистическо-деонтологическому) в) занимает промежуточное положение

34. Согласно этическому антропоцентризму поведение и поступки человека определяются :

- а) интересами социальной группы  
б) материальными потребностями человека  
в) врожденными биологическими потребностями  
г) моральным долгом  
д) профессиональными обязательствами  
е) национальными интересами  
ж) волей Бога

35. Согласно этическому биоцентризму поведение и поступки человека определяются :

- а) интересами социальной группы  
б) материальными потребностями человека  
в) врожденными биологическими потребностями  
г) моральным долгом  
д) профессиональными обязательствами  
е) национальными интересами  
ж) волей Бога

36. Какое учение формирует консервативную этическую традицию в био этике :

- а) гедонизм  
б) традиционное религиозное мировоззрение  
в) прагматизм  
г) этика Канта

37. На какие учения опирается либеральная позиция в биоэтике :

- а) ветхозаветную мораль  
б) учение Ф. Ницше  
г) стоицизм

38. Какие из перечисленных форм профессионального этического сознания нельзя отнести к историческим и логическим моделям био этики :

- а) модель Гиппократ  
б) модель Парацельса  
в) деонтологическую модель  
г) биоэтику  
д) фашистскую медицину

39. Какой из перечисленных принципов является основным в гиппократовской модели биоэтики :

- а) не навреди  
б) не убий  
в) соблюдение права пациента  
г) принцип автономии личности

40. Какой из перечисленных принципов является основным для врачебной этики Парацельса :

- а) делай добро  
б) не лжесвидетельствуй  
в) не укради

41. Какой из перечисленных принципов является для деонто-логической модели биоэтической этики :

- а) исполняй долг  
б) не прелюбодействуй  
в) храни врачебную тайну  
г) помоги коллеге

42. Какой из перечисленных принципов является основным для современной модели профессиональной морали - биоэтики :

- а) принцип автономии личности  
б) принцип « не навреди»  
в) принцип приоритета науки  
г) принцип приоритета прав пациента

43. Особенности «американской биоэтики» определяются всем перечисленным, кроме : а) развитой научно-организационной базы б) наличия научно-исследовательских центров по биоэтике в) общественно-политических событий 60-70-х годов XX века в США г) формирования движения за права пациентов и создания «Бюро о правах пациентов» д) неоднозначности результатов и достижений медицинской науки и техники ж) распространения морального плюрализма, ингибилизма и релятивизма з) системы экономических отношений «свободного рынка» с ориентацией на получение прибыли от медицинской деятельности с) авторитета ценностей традиционной религиозной культуры

44. К общецивилизационным основаниям биоэтического знания относятся все перечисленные факторы, кроме : а) возникновения и применения в практическом здравоохранении новых биомедицинских технологий б) демократизации общественных отношений в) ценностно-мировоззренческого плюрализма г) международной деятельности Совета Европы д) экспериментального характера современного медицинского знания

45. К особенностям «христианской биоэтики» католицизма относятся все перечисленные черты, кроме : а) всесторонности рассмотрения биоэтических проблем б) приоритета социальных реалий в) теологических построениях и ре-комендациях в) аргументированной критики «эволюционистской антропологии» г) выбора в качестве оснований «христианской биоэтики» принципов познания: «человека как субъекта и объекта одновременно», «бого-подобия» личности, тела как храма Божьего, спасительной роли страданий и смерти как этапа бытия д) решения проблем биоэтики с позиций расчета «блага и пользы»

46. К особенностям протестантской биоэтики относятся все перечисленные черты кроме : а) принципа моральной автономии личности б) утверждения права и ценностей духовной свободы человека в) ценности «здоровья нации» г) идеи ответственности

47. К особенностям отношения к биоэтике в православной нравственной антропологии относятся все перечисленные черты кроме :

- а) коммерческих интересов научно - интеллектуальной элиты  
б) понятия Бога как источника человеческих стремлений к совершенству  
в) принципа синергии  
г) принципа «святой жизни»  
д) понимания человека как «причастника божественного естества»

48. Для исламской морально - религиозной традиции характерно : а) ориентация на Коран и свод канонических законов ислама б) приоритет свободной воли человека в) доминанта социально-политических интересов государства

49. Основанием мусульманского законодательства, регулирующего деятельность в области здравоохранения, являются :

- а) общие национальные интересы  
б) свод канонических законов ислама  
в) суждение по аналогии  
г) способность и право интерпретации специалиста  
д) интересы науки

50. Понятие о человеческой личности в исламе определяется : а) исходя из положений Корана о вхождении души в зародыш в три месяца и одну неделю, т.е. на сотый день беременности б) праведностью родителей в) жизненной активностью человека г) собственным мнением профессионала

51. Для буддийского этического сознания принципиальным значением обладают все перечисленные принципы, кроме :

- а) просветления и личной ответственности  
б) воли Бога  
в) внутренней свободы  
г) стремления к освобождению от страданий  
д) преодоления искушения и починания природы духа

## КОНТРОЛЬ ЗНАНИЙ

Для контроля полученных знаний ответьте на вопросы посттеста  
ПОСТТЕСТ

Выполните заключительную работу — посттест. На каждый вопрос посттеста нужно выбрать один правильный ответ и отметить знаком «+» соответствующий номер в контрольном листе посттеста и сравнить ваши ответы с контрольной картой, приведенной в приложении.  
КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ ПОСТТЕСТА. Отметьте знаком «+» в соответствующей графе таблицы выбранный Вами вариант ответа (ответов) на каждый из вопросов посттеста.

Номер ответа	НОМЕР ВОПРОСА																			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	+	+	+	+																
2		+				+		+												
3		+			+															
4		+					+													
5																				
6		+																		
7		+																		

1. Что такое суицид?

- 1) Самозубийство.
- 2) Спасение утопающего.
- 3) Слабость характера.
- 4) Страх перед смертью.

2. Какие виды эвтаназии Вы знаете?

- 1) Активная
  - 2) Пассивная
  - 3) Прямая
  - 4) Непрямая
- 5) *Дистаназия*
- 6) Ортотаназия
  - 7) Ятротаназия

3. Что такое эвтаназия?

- 1) Легкая смерть.
- 2) Насильственная смерть.
- 3) Поддержание жизни.

4. Что такое активная эвтаназия?

- 1) Ускорение смерти.
- 2) Отказ от мер, способствующих продлению жизни.
- 3) *Просьба больного.*
- 4) Насильственная смерть.

5. Кому принадлежат следующие слова: «Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла».

- 1) Сократ
- 2) Фалес
- 3) Гиппократ
- 4) Эмпедокл

6. Что такое пассивная эвтаназия?

- 2) Отказ от мер, способствующих продлению жизни.
- 3) Поддержание жизни.
- 4) Просьба больного.

7. Кому принадлежит фраза: «Пока мы живы — нет смерти, а когда есть | смерть — нет нас».

- 1) Сократ.
- 2) Алкмеон.
- 3) Гиппократ.
- 4) Эпикур.

8. Что такое прямая эвтаназия?

- 1) Ускорение смерти.
- 2) Намерение сократить жизнь.
- 3) Поддержание жизни.
- 4) Насильственная смерть.

9. Что такое непрякая эвтаназия?

- 1) Ускорение смерти как побочное следствие действий врача.
- 2) Намерение сократить жизнь.
- 3) Объявление пациента безнадежным и отказ ему в помощи.
- 4) Насильственная смерть.

10. Что такое добровольная эвтаназия?

- 1) Ускорение смерти
- 2) Намерение сократить жизнь.
- 3) Поддержание жизни.
- 4) Просьба больного.

11. Что такое принудительная эвтаназия?

- 1) Ускорение смерти
- 2) Насильственная смерть
- 3) Просьба больного
- 4) Намерение сократить жизнь

12. Что такое дистаназия?

- 1) Легкая смерть.
- 2) Спасение утопающего
- 3) Поддержание жизни.
- 4) Страх перед смертью.

13. Что такое ортотаназия?

- 1) Легкая смерть.
- 2) Отказ в поддержании жизни.
- 3) Самоутопление.
- 4) Самоубийство.

14. Что такое ятротаназия?

- 1) Спасение утопающего.
- 2) Объявление пациента безнадежным и отказ ему в помощи.
- 3) Самоубийство.
- 4) Страх перед смертью.

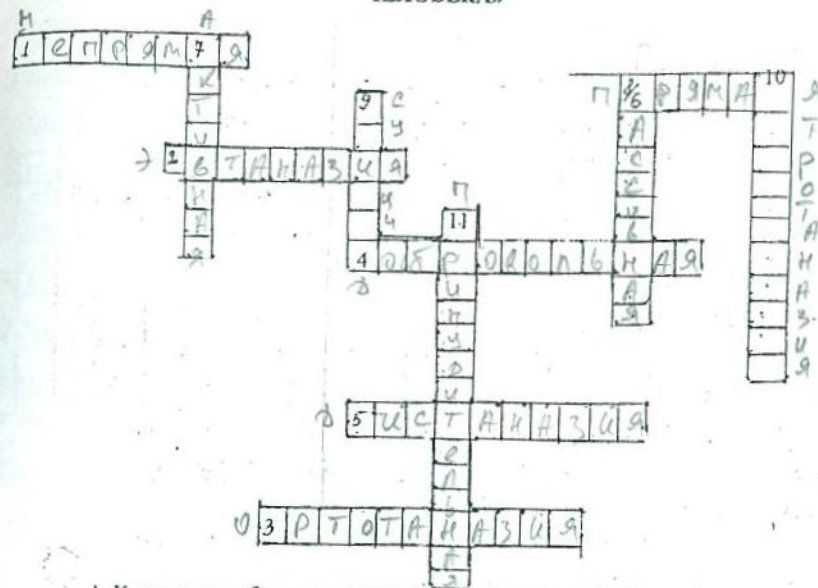
15. Как называются учреждения, обеспечивающие уход за умирающими.

- 1) Больницы.
- 2) Хосписы.
- 3) Профилактории.
- 4) Санатории.

16. Кому принадлежит идея изобретения компьютера для эвтаназии?

- 1) Нигель Кокс.
- 2) Джек Кеворкян.
- 3) Филипп Нейшше.

КРОССВОРД «ЖИЗНЬ И СМЕРТЬ В ДУХОВНОМ ОПЫТЕ  
ЧЕЛОВЕКА»



17. Как относятся к проблеме эвтаназии представители ислама и иудаизма?

- 1) Рассматривают каждый случай отдельно.
- 2) Запрещают.
- 3) Создают условия для умирающего.

18. Как относятся к проблеме эвтаназии буддисты?

- 1) Рассматривают каждый случай отдельно.
- 2) Запрещают.
- 3) Создают условия для умирающего.

19. Что такое реинкарнация?

- 1) Больница.
- 2) Страх перед смертью.
- 3) Вера в возвращение души на землю.

20. Проблему жизни и смерти изучают:

- 1) Философия.
- 2) Медицина.
- 3) Социология.
- 4) Право.
- 5) Психология.

1. Когда смерть больного ускоряется как косвенное (побочное) следствие действий врача, направленных к другой цели.
2. Намеренное ускорение наступления смерти неизлечимо больного с целью прекращения его страданий. *эвтаназия*
3. Прекращение мероприятий по поддержанию врачом жизни больного. *ортотаназия*
4. Просьба самого больного.
5. Поддержание врачом жизни больного. *дистаназия*
6. Намерение сократить жизнь пациента.
7. Применение каких-либо действий по ускорению смерти страдающего пациента с безнадежным прогнозом в последней фазе его болезни.
8. Отказ медиков от мер, способствующих продлению жизни.
9. Самоубийство.
10. Объявление больного человека безнадежным и отказ, по собственной инициативе, ему в лечении. *атротаназия*
11. Насильственная смерть.



КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА ПОСТТЕСТА

НОМЕР ОТВЕТА	НОМЕР ВОПРОСА																			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	+	+	+	+					+									+		
2		+				+		+			+		4-	+	+		4-		+	
3		+			+							+				+				
4		+					+			+										
5																				
6		+																		
7		4																		

ОТВЕТЫ К КРОССВОРДУ

1. Непрямая.
2. Эвтаназия.
3. Орготаназия.
4. Добровольная.
5. Дистаназия.
6. Прямая.
7. Активная.
8. Пассивная.
9. Суицид.
10. Ятротаназия.
11. Принудительная.

Оглавление.

Введение	4
Глава I. Предпосылки Возникновения биоэтики.	8
1. Биоэтика как прикладная наука	8
2. Проблемы традиционной этики	11
3. Биоэтика- новое мировоззрение, новая наука о милосердии.	14
4. Основные принципы и модели биоэтики.	22
ГЛАВА II. ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ БИОЭТИКИ.	38
1. Проведение экспериментов на людях и утверждение принципа информированного согласия.	38
2. Биоэтика в фармации	43
3. Этика геномики в международном контексте.	51
4. Евгеника и биоэтика.	59
5. Проблемы эвтаназии.	65
6. Этические проблемы репродуктивных технологий.	79
Приложение	93
Оглавление	