

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ФИЛОСОФИИ И ПОЛИТОЛОГИИ

БИОМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА. ПРАКТИКУМ

Допущено Министерством образования Республики Беларусь
в качестве учебного пособия для студентов высших учебных заведений
по медицинским и биологическим специальностям

Под редакцией С. Д. Денисова, Я. С. Яскевич



Минск БГМУ 2011

УДК 614.253 (075.8)
ББК 51.1(2Б) я73
Б63

А в т о р ы: проф. С. Д. Денисов (предисловие, темы 2.2, 10.3, 10.4, словарь терминов); проф. Я. С. Яскевич (предисловие, темы 1, 3.1, 8.3, 9, 10.1, 10.2, 12.1, словарь терминов); доц. Н. Е. Луйгас (темы 9, 10, 11, 12.1, 12.2, 12.3); ст. преп. Т. С. Тарасевич (темы 6, 7, 8, 12.4); ст. преп. И. Г. Хацанович (темы 1, 2.1, 3.2, 3.3, 4, 5)

Р е ц е н з е н т ы: зав. каф. философии Белорусского государственного экономического университета д-р филос. наук, проф. В. К. Лукашевич; региональный эксперт ЮНЕСКО по биоэтике, проф. каф. философии, социологии и экономики Международного государственного экологического университета им. А. Д. Сахарова Т. В. Мишаткина; зав. лаб. проблем воспитания личности Национального института образования д-р филос. наук А. С. Лаптенюк; рук. Республиканского центра трансплантации и клеточных биотехнологий д-р мед. наук, проф. А. Л. Усс; зав. лаб. Института генетики и цитологии Национальной академии наук Беларуси д-р биол. наук А. П. Ермишин

Биомедицинская этика. Практикум : учеб. пособие / С. Д. Денисов [и др.] ;
Б63 под ред. С. Д. Денисова, Я. С. Яскевич. – Минск : БГМУ, 2011. – 203 с.

ISBN 978-985-528-421-6.

В конспективной форме излагаются вопросы курса «Биомедицинская этика», раскрывающие морально-этические, организационные и нравственные аспекты жизни и смерти, трансплантологии, психиатрической помощи, применения новых генно-инженерных технологий, манипуляций со стволовыми клетками, клонирования человека, регулирования биобезопасности и биомедицинских исследований с участием человека и животных. Приводятся тексты для обсуждения, нормативные документы, ситуационные задачи и словарь терминов.

Предназначен для студентов, магистрантов, аспирантов медицинских, биологических и других специальностей высших учебных заведений, преподавателей, а также всех тех, кто интересуется проблемами биоэтики, этикой современных научных исследований.

УДК 614.253 (075.8)
ББК 51.1(2Б) я73

ISBN 978-985-528-421-6

© Оформление. Белорусский государственный
медицинский университет, 2011

Предисловие

Сегодня все более актуальным становится утверждение о том, что XXI в. будет веком гуманизации науки и культуры. Этическое знание занимает одно из центральных мест в гуманитарной и мировоззренческой подготовке современного студента. Особое значение в профессиональном становлении студента-медика принадлежит прикладным сферам этического знания: биомедицинской этике, экологической этике, медицинской этике. Основное предназначение биомедицинской этики как интегративного междисциплинарного направления в современной науке заключается в систематическом анализе действий человека в медицине и биологии в свете нравственных ценностей и принципов; разработке новых гуманистических и моральных ориентиров научного исследования в таких «тонких» сферах, как геновая инженерия, клонирование человека; защите прав и достоинств человека при проведении биомедицинских исследований; нравственном контроле над экспериментальной деятельностью с животными, формировании морально-правовых и социально-этических основ решений в области трансплантации органов, эвтаназии, психиатрии и др.

Биомедицинский дискурс со свойственной ему инновационностью и парадоксальностью, новыми этическими стандартами аккумулирует в себе подлинную междисциплинарность, стремительно внедряясь не только в различные науки, но и современную культуру. Обозначив медицинские возможности изменения телесной природы, современная биомедицина задает новые ракурсы исследования человека, расширяет границы философской рефлексии, инициирует дальнейший критический взгляд на инвариантность телесно-природной сущности человека. В результате происходит переосмысление принципов классической европейской этики с ее утверждением самодостоверности существования человека, бинарными оппозициями «добро – зло», «должное – сущее», «хорошо – плохо» и т. п. Универсальные принципы и аксиологические критерии, линейные координаты и измерения, императивные правила и требования перестают определять характер принимаемых в современной биомедицинской этике решений, требуя радикальной плюральности, нелинейной и гибкой аргументации, альтернативных подходов, учета конкретных практик жизненного мира и синергетической необратимости исходного морального выбора в биомедицинских исследованиях.

В рамках традиционной врачебной этики были выработаны принципы и нормы, регулирующие отношение врача к пациенту, своим коллегам и профессии. Однако прогресс биомедицинской науки и внедрение новейших технологий в практику здравоохранения порождают новые ситуации морального выбора, которые нуждаются в нравственной оценке и нравственном контроле. Биомедицинская этика разрабатывает современное морально-этическое обеспечение медицинской науки и практики, помогает осознать моральные коллизии и дилеммы, которые характерны для медицинской деятельности в современных условиях, защищает фундаментальные человеческие ценности — право человека на жизнь, автономию и свободу выбора.

Данный практикум разработан на кафедре философии и политологии Белорусского государственного медицинского университета и предназначен для подготовки студентов к семинарским занятиям по курсу «Биомедицинская этика». В издании раскрываются основные темы и понятия курса, цель которого состоит не только в изучении и усвоении студентами в систематизированном виде содержания морально-этических аспектов врачебной деятельности, но и в формировании у будущего врача нравственной культуры как важнейшего показателя его профессиональной компетенции.

Практикум ориентирует студентов на творческое приобщение к этическому знанию в процессе самостоятельной работы, что соответствует специфике этики как «практической философии».

В структурном плане практикум содержит краткий план-конспект семинарского занятия, темы докладов и рефератов, вопросы для самоконтроля, тексты для обсуждения, нормативные документы, ситуационные задачи, список литературы по теме семинарского занятия и словарь терминов.

*Профессор С. Д. Денисов,
профессор Я. С. Яскевич*

Тема 1. Природа этического знания (2 часа)

Две вещи наполняют душу всегда новым и все более сильным удивлением и благоговением, чем чаще и продолжительнее мы размышляем о них, — это звездное небо надо мной и моральный закон во мне.

И. Кант

План-конспект семинарского занятия:

- 1.1. Этика как философская дисциплина.
- 1.2. Сущность и специфика морали. Ее структура и функции.
- 1.3. Структура современного этического знания. Место биомедицинской этики в структуре этического знания.

Ключевые понятия: этика; мораль; свойства морали: императивность, всеобщность, универсальность, оценочный характер; структура морали: моральные нормы, нравственные качества личности, моральные принципы, моральные идеалы, моральные ценности; концепции происхождения морали: натуралистическая, социологизаторская, антропологическая, религиозная; прикладная этика; медицинская этика; биоэтика; биомедицинская этика.

1.1. ЭТИКА КАК ФИЛОСОФСКАЯ ДИСЦИПЛИНА

Этика (от греч. *etikos* — относящийся к нраву, характеру) — философская дисциплина, предметом изучения которой является мораль (нравственность). Возникновение этики как термина и особой дисциплины связано с именем **Аристотеля** (384–322 до н. э.). Греческий мыслитель определял ее как практическую философию, целью которой являются не знания, а поступки, и которая призвана дать руководящие идеи для поведения человека, а также способствовать его нравственному совершенствованию.

При всем многообразии этических систем можно выделить ядро проблемного поля этики, которое концентрируется вокруг следующих вопросов: «Что есть добро и зло, добродетели и пороки?», «Что такое счастье?», «В чем смысл жизни?», «Что есть свобода, долг, совесть, любовь?» и др. Однако этика исследует не только фундаментальные ценности и цели человеческой жизни, но также анализирует природу и внутреннюю структуру морали, изучает ее генезис и историческое развитие, исследует различные моральные системы, пытается обосновать мораль (доказать необходимость исполнения моральных требований), выясняет ее место и роль в системе других феноменов культуры.

Таким образом, этику можно определить как рефлексию¹ над моральными основаниями человеческой жизни.

1.2. СУЩНОСТЬ И СПЕЦИФИКА МОРАЛИ. ЕЕ СТРУКТУРА И ФУНКЦИИ

Мораль (от лат. *moralis* — относящийся к нраву, характеру, складу души, привычкам) — совокупность принципов и норм поведения, ценностей и идеалов, которые регулируют отношения между людьми.

Следует отметить, что данное определение морали не может исчерпывать все ее многогранное содержание. Мораль необходимо рассматривать и как феномен *общечеловеческого бытия*, который отражает область социально значимого и необходимого поведения, выраженного в совокупности принципов и норм; и как феномен *личностного бытия*, отражающий цели и мотивацию поступков человека, характеризующий его нравственные качества; и как *духовный* феномен, фиксирующий стремление человека к соотносению своего конечного существования с вечными ценностями.

Специфика морали заключается в следующих чертах:

– *императивный* (от лат. *imperativus* — повелительный) *характер морали*. Мораль предстает как совокупность требований (Делай добро! Будь справедливым! и др.) и запретов (Не убей! Не кради! и др.), которыми человек должен руководствоваться в своих поступках;

– *ценностно-оценочный характер морали*. Мораль представляет собой сферу ценностей (Добро, Свобода, Счастье, Милосердие и др.), через призму которых осуществляется оценка мотивов, поступков, нравственных качеств человека, а также различных явлений социальной действительности, ориентиров и нравов, которые характеризуют социальную жизнь;

– *всеобщность и универсальность морали*. Предписания морали пронизывают все сферы жизни человека и общества, распространяются на всех людей без исключения, применимы в самых различных ситуациях и носят общечеловеческий характер (у всех людей есть некоторые общие представления о добродетельном, правильном, справедливом и др.);

– в морали отражается *антитеза должного и сущего*. Сущее как фактическое положение дел не совпадает с должным — нравственно-идеальным бытием. Это несовпадение задает стремление человека как существа полагающего и реализующего нравственные ценности к воплощению должного в реальном бытии и восстановлению единства должного и сущего;

– мораль предполагает *автономию субъекта* — способность личности к свободному выбору, самоопределению и «нормотворчеству». Руководствуясь общечеловеческими нравственными требованиями в качестве

¹ Рефлексия (лат. *reflexio* — отражение) — размышление, рассуждение, оценивание, критический анализ.

идеально-должного, человек самостоятельно делает выбор своего поведения, намечает цель и средства ее достижения, исходя из реальных возможностей и конкретной ситуации. Определяющими механизмами такого выбора являются чувства долга, совести, осознание ответственности за свой моральный выбор и др.

В сравнении с другими регулятивами поведения человека (обычаями, правом, административно-корпоративными нормами и т. п.) мораль обладает своими особенностями. Мораль *неинституциональна*, так как не нуждается в социальном институте, который бы создавал моральные императивы и ценности, поддерживал их функционирование в обществе и осуществлял контроль над их исполнением.

Различие между правом и моралью заключается, прежде всего, в способе регуляции отношений между людьми. Если исполнение норм права обеспечивается властью государства (аппаратом правосудия), то требования морали поддерживаются силой общественного мнения и личной убежденностью человека.

Мораль не может быть сведена к обычаям — исторически сложившимся и повторяющимся в определенных обстоятельствах формам поведения, так как в основе морали лежит свободное волеизъявление человека, позволяющее ему внутренне мотивировать и оценивать свои действия исходя из критериев добра и зла. К тому же господствующие в данный момент в обществе нравы и обычаи могут не соответствовать моральным ценностям и принципам.

Сложный характер феномена морали определяет различия в ее философско-этических трактовках.

В истории философско-этической мысли сложились следующие концепции происхождения морали:

а) *натуралистическая концепция* выводит мораль из природы, представляет ее как момент развития природных (биологических) закономерностей;

б) *социологизаторская концепция* истоки морали связывает с развитием общества, представляет ее как элемент общественной организации, новизность социальной дисциплины;

в) *антропологическая концепция* выводит мораль из природы человека, трактует ее как сущностную характеристику человеческого бытия;

г) *религиозная концепция* возникновение морали связывает с трансцендентным источником — Богом.

В философско-этической литературе можно встретить различные варианты структурирования разнообразных нравственных явлений. Один из вариантов предполагает выделение следующих компонентов морали:

а) *моральные нормы* — конкретные правила поведения, определяющие, как человек должен вести себя по отношению к другим людям и самому себе в типичных ситуациях («уважай старших», «не лги» и т. п.);

б) *нравственные качества личности* — характеристика поступков и отдельных сторон поведения человека, выступающих как свойство его характера (доброта, честность, мужество, скромность и др.);

в) *моральные принципы* — фундаментальные представления человека о должном поведении («золотое правило нравственности» и др.);

г) *моральные идеалы* — конечная цель, к которой направлено нравственное развитие человека и общества, и которая является ориентиром для самосовершенствования человека;

д) *моральные ценности* — основа моральных ориентиров, выраженная в представлениях о Добре, Счастье, Свободе и др.

Функции морали:

а) *гуманизирующая* — раскрывает меру человеческого в человеке;

б) *регулятивная* — регулирует поведение человека и отношения людей в обществе;

в) *воспитательная* — формирует человеческую личность и ее самосознание;

г) *ценностно-ориентирующая* — задает смысложизненные идеалы и ценности, позволяет оценивать различные явления и поступки;

д) *познавательная* — позволяет раскрывать смысл явлений сквозь призму понятий добра и зла, справедливости, долга, ответственности и др.

1.3. СТРУКТУРА СОВРЕМЕННОГО ЭТИЧЕСКОГО ЗНАНИЯ.

МЕСТО БИОМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ В СТРУКТУРЕ ЭТИЧЕСКОГО ЗНАНИЯ

В структуре современного этического знания принято выделять следующие разделы:

1. *История морали* — изучает нравы общества, характерные для той или иной эпохи.

2. *История этических учений* — изучает формирование и особенности этических учений различных мыслителей, школ, направлений в разные периоды развития культуры.

3. *Теория морали* — изучает сущность и структуру морали.

4. *Теория высших нравственных ценностей* — изучает фундаментальные понятия этического знания: Добро, Зло, Смысл жизни, Счастье, Свободу, Справедливость и др.

5. *Прикладная этика* — вырабатывает и изучает нормы и принципы, регулирующие поведение человека в конкретных ситуациях и в определенных сферах его жизнедеятельности, а также дает оценку различным явлениям социальной жизни. Вопрос о систематизации прикладной этики остается на сегодняшний день открытым. В контексте данного курса особое значение

имеют такие области прикладной этики, как *профессиональная этика* (в частности *медицинская этика*), *экоэтика*, *биоэтика*. Именно на их основании формируется *биомедицинская этика*, изучению и анализу содержательных аспектов которой посвящены последующие темы практикума.

Биомедицинская этика — этико-прикладная дисциплина, предметом изучения которой является система знаний о принципах нравственного регулирования и функционирования моральных проблем, порожденных новейшими достижениями в области современной медицины, биологии, биотехнологий, касающихся жизни, здоровья, смерти человека, защиты его прав и достоинств.

Основной целью биомедицинской этики является разработка новых гуманистических, моральных и правовых принципов научного исследования в таких «открытых» областях, как генная инженерия, трансплантация органов, репродуктивные технологии, эвтаназия, психиатрия и др.

Темы рефератов и докладов:

1. Этика как практическая философия. Этика в современном мире.
2. Мораль как феномен культуры. Духовность и мораль.
3. Мораль, право, обычай: общее и особенное.
4. Проблема обоснования морали.
5. Концепции происхождения морали.
6. Специфика моральной оценки поступка.
7. Этический абсолютизм и этический релятивизм. Проблема общечеловеческих моральных ценностей.
8. Разнообразие этических учений и их типология.

Вопросы для самоконтроля:

1. Почему Аристотель считал этику практической философией? Какие вопросы составляют проблемное поле этики?
2. Какие особенности характеризуют феномен морали?
3. В чем заключается специфика морали как формы регуляции отношений между людьми? Чем мораль отличается от обычая и права?
4. А. Шопенгауэр полагал, что «проповедовать мораль легко, трудно обосновать мораль». Как Вы считаете, чем обусловлена необходимость соблюдения моральных предписаний?
5. «В моей голове нет ничего, кроме личной морали, и сотворить себе право на нее составляет смысл всех моих исторических вопросов о морали. Это ужасно трудно — сотворить себе такое право», — писал Ф. Ницше. Может ли человек заниматься моральным творчеством, создавая собственную мораль? Существуют ли границы такого творчества?
6. Какие концепции происхождения морали Вы знаете? Определите их суть.

7. Ф. М. Достоевский писал: «Если Бога нет, то все дозволено». Согласны ли Вы с позицией мыслителя? Как связаны между собой мораль и религия?

8. Существует ли, на Ваш взгляд, нравственный прогресс? Обоснуйте Ваш ответ. Если прогресс существует, то каковы его критерии?

9. Какую роль играют в нравственной жизни человека стыд, совесть, раскаяние?

10. Моральное поведение складывается из следующих элементов: мотив, намерение, цель и средства, поступок, последствия, оценка. Определите суть этих понятий и их соотношение между собой.

11. «Золотое правило нравственности» гласит: «(Не) поступай по отношению к другим так, как ты (не) хотел бы, чтобы они поступали по отношению к тебе». Как Вы полагаете, отражает ли «золотое правило» общечеловеческую суть морали? Универсально ли «золотое правило»? Обоснуйте свой ответ.

12. Какие разделы выделяют в структуре современного этического знания? Какое место занимает биомедицинская этика в этой структуре?

Тексты для обсуждения

Р. Г. Апресян

Разнообразие образов морали

Обиходная моральная лексика свидетельствует о том, что слово «мораль» действительно малоупотребительно и в то же время многозначно. При этом значения слов «мораль», «моральный» на первый взгляд размыты; по сравнению с ними слова «добро», «справедливость» или «совесть» кажутся более определенными. Но если разобраться в контекстах выражений, содержащих слово «мораль» или, скорее, «моральный», мы увидим, что разброс значений не так уж велик, и синонимичные параллели отнюдь не многообразны. Так, «мораль басни» выражает внутренний, отвлеченный от ее содержания, поучительный смысл. Этот смысловой оттенок морали как поучения сохраняется и в раздраженном «читать морали»: не просто поучать, но поучать назидательно, нудно. Особняком стоит выражение «морально устареть», обозначающее несоответствие действующего оборудования или проектных разработок и идей современным технологическим и научным стандартам. В выражениях типа «морально расстроиться», «быть морально неготовым», «морально выдержать» и т. п. под словом «мораль» подразумевается душевная, психическая жизнь; подмена в этих выражениях определения «моральный» определением «психологический» не изменит их смысла. В фиксированном словосочетании «моральные стимулы к труду» речь идет о личностном, духовном элементе в трудовой мотивации. В выражении «моральный кодекс» слово «мораль» ассоциируется с навязываемыми извне установлениями, чуть ли не обязательными к выполнению, но выполнять которые нужно добровольно, а значит сознательно, идейно. «Моральный поступок» чаще всего понимается как поступок, совершенный из высоких побуждений. [...] В связках «семейно-бытовая мораль» или «трудовая мораль», или «профессиональная мораль (этика)» слово «мораль» обозначает сумму принятых или рекомендуемых норм и правил в определенной сфере жизни. Наконец, слово «мораль» употребляется в значениях, наиболее адекватных этике, а именно как синоним сокро-

венного, лично-интимного или ценностного, возвышенного, духовного. Но это уже те смыслы, которые все-таки предназначены для внутреннего рассуждения. Именно о так понятой морали перестало быть принятым высказываться, спорить.

Во всех этих различных значениях в употреблении слова «мораль» мне видится определенная близость. Так или иначе, мораль, моральное — это то, что отлично от видимой реальности, непосредственно данной действительности, более того, что осмысливает эту действительность, задает ей определенный идеальный стандарт (в ценностно-положительном или отрицательном контексте); это очень важной смысловой оттенок обиходного употребления данного слова. [...]

Образ морали как запрета, рестрикции — один из наиболее распространенных в истории мысли. Рафинированно-теоретическое представление о морали как регуляции поведения, в частности, регуляции, ориентирующей на должное, является лишь разновидностью понимания морали как ограничения, сдерживания человека в некоторых его потребностях и склонностях, контроль за ними. [...]

В рестриктивном понимании морали различимы несколько подходов и несколько уровней. Первое, это нигилизм, гедонистический протест против морали, навязывающей «принцип реальности», который накладывает запрет (ограничения) на получение каких-либо или даже некоторых удовольствий. [...]

Второе, в протесте против запретительности или непереносимости нормы содержится собственно нравственный пафос — индивидуализированного, самобытного, критического отношения к бытующим и стихийно воспроизводимым в нравах общепринятых норм поведения. Мораль, таким образом, понимается как восстание против обыденности, как возможность творческого самоосуществления личности. [...]

Третье, в рестриктивном понимании морали содержится трезвая констатация необходимости целесообразного взаимодействия в обществе как относительно едином организме. Понимание морали как совокупности «правил поведения» (Г. Спенсер, Дж. С. Милль, Э. Дюркгейм) помещает мораль в более общую систему (природы, общества) и критерием моральности действий является их адекватность потребностям и целям системы.

Четвертое, регулятивность морали интерпретируется не как сила на индивидуального контроля за поведением граждан, но как вырабатываемый самими людьми и закрепляемый в «общественном договоре» механизм интериндивидуального взаимодействия, поддерживающий «паритет свобод». [...]

Пятое, определяющим признаком моральной регуляции в большей степени является побудительность, чем запретительность, ибо моральное требование не предполагает угрозы, ее санкция носит идеальный характер, оно обращено к человеку как сознательному и свободному субъекту (И. Кант, Г. В. Ф. Гегель). Это уточнение не выводит мораль за пределы рестриктивности; в постановке вопроса о характере моральной регулятивности лишь меняются акценты: ограничение, запрет остается в тени, на первый план выступает побуждение. Любое нормирование, коль скоро устанавливается определенный стандарт, пусть даже в форме отвлеченно декларированного идеала, указывает тем самым и на недопустимое, то есть запретное. [...]

В области социальной этики, ключевые представления которой связаны с правами и обязанностями (обязательствами) человека, индивидуальная свобода личности во многом выражается в уважении к чужой свободе, и это уважение заключается в том, что личность накладывает определенные ограничения на собственные действия.

Шестое, взаимо- и самоограничения, вменяемые моралью, указывают на ту ее особенность, что требования и нормы нравственности задают форму волеия. От человека прямо зависит, исполнит он требование или нет. Исполняя требование, он как бы

сам провозглашает его. Впрочем, эта особенность неинституционализированных форм нормативной регуляции деятельности была понята задолго до дифференцированных дефиниций морали: «... Не имея закона, они сами себе закон: они показывают, что дело закона у них написано в сердцах, о чем свидетельствует совесть их и мысли их, то обвиняющие, то оправдывающие одна другую» (Рим. 2:13–15). Вместе с тем все ограничения, которые человек добровольно накладывает на себя, и действия, которые он совершает во исполнение требования, имеют моральный смысл при том неременном условии, что он действует в уверенности своей правоты.

Таким образом, сколь непривлекательной ни была рестриктивная концепция морали, именно она в различных своих вариантах содержит идеи упорядочивания, взаимодействия, договора, свободы и противостоит своенравию, произволу.

Согласно другой этико-философской традиции, мораль предстает как дихотомия добра и зла, как такая сторона деятельности, в которой проявляются стремление человека к добру и отвращение от зла. При таком подходе к морали теоретика интересует не то, каким образом мораль действует, каков характер требования, какие социальные и культурные механизмы гарантируют его реализацию, каким должен быть человек как субъект нравственности и т. п., а то, что совершает человек, к каким результатам приводят его поступки. [...]

Более определенное понятие морали устанавливается на пути соотнесения добра и зла с теми общими целями-ценностями, на которые человек ориентируется в своих действиях. Это возможно на основе различения частного и общего блага и анализа разнонаправленных интересов (склонностей, эмоций) человека. В этом случае моральность усматривается, во-первых, опять-таки, в ограничении эгоистической мотивации общественным договором или разумом (Т. Гоббс), во-вторых, в разумном сочетании себялюбивых и благожелательных склонностей (Шефтсбери считал, что и те, и другие склонности изначально присущи человеку, то есть одинаково естественны), в-третьих, в отказе от эгоизма и исключительно альтруистической самореализации (А. Шопенгауэр).

Эти дистинкции оказываются продолженными в метафизических прояснениях природы человека и сущностных характеристиках его бытия. Человек двойствен по природе (эта идея может высказываться в концептуально различных формах), и пространство морали открывается по ту сторону этой двойственности, в борьбе имманентного и трансцендентного начал (обыденного и духовного, эмпирического и идеального, дьявольского и божественного, суетного и вечного). Августин, Кант или Бердяев, каждый по-своему, размышляя над этой проблемой, пытались разрешить ее именно как ключевую этическую проблему и усматривали, таким образом, основной вопрос морали, во-первых, в самом факте этого внутреннего противоречия человеческого существования и в том, как этот факт оборачивается в возможности его свободы, а во-вторых, в том, как человек в конкретных деяниях по поводу частных обстоятельств может реализовать общий, идеальный принцип морали, каким образом вообще человек приобщается к абсолюту.

Таковы наиболее типичные, хотя, повторяю, не типологизированные, но только перечисленные представления о морали, встречающиеся в истории моральной философии и в более или менее явном виде присутствующие в современной западной, равно и советской литературе. [...]

Апресян Р. Г. Идея морали и базовые нормативно-этические программы. М., 1995.

Вопросы:

1. В каком значении употребляется понятие морали в обыденной жизни?
2. Какие представления о морали встречаются в истории этической мысли?

3. Какие сущностные черты морали подчеркивает автор текста?

И. Кант

Основы метафизики нравственности

[...] Таким образом, существует только один категорический императив, а именно: *поступай только согласно такой максиме², руководствуясь которой ты в то же время можешь пожелать, чтобы она стала всеобщим законом*. [...]

Так как всеобщность закона, по которому происходят действия, составляет то, что, собственно, называется *природой* в самом общем смысле — (по форме), т. е. существованием вещей, поскольку оно определено по всеобщим законам, то всеобщий императив долга мог бы гласить также и следующим образом: *поступай так, как если бы максима твоего поступка посредством твоей воли должна была стать всеобщим законом природы*.

Теперь перечислим некоторые обязанности согласно обычному их делению на обязанности по отношению к нам самим и по отношению к другим людям, на совершенные и несовершенные.

1. Кому-то из-за многих несчастий, поставивших его в отчаянное положение, надоела жизнь, но он еще настолько разумен, чтобы спросить себя, не будет ли противно долгу по отношению к самому себе лишать себя жизни. И вот он пытается разобраться, может ли максима его поступка стать всеобщим законом природы. Но его максима гласит: из себялюбия я возвожу в принцип лишение себя жизни, если дальнейшее сохранение ее больше грозит мне несчастьями, чем обещает удовольствия. Спрашивается, может ли этот принцип себялюбия стать всеобщим законом природы. Однако ясно, что природа, если бы ее законом было уничтожать жизнь посредством того же ощущения, назначение которого — побуждать к поддержанию жизни, противоречила бы самой себе и, следовательно, не могла бы существовать как природа; стало быть, указанная максима не может быть всеобщим законом природы и, следовательно, совершенно противоречит высшему принципу всякого долга.

2. Кого-то другого нужда заставляет брать деньги взаймы. Он хорошо знает, что не будет в состоянии их уплатить, но понимает также, что ничего не получит взаймы, если твердо не обещает уплатить к определенному сроку. У него большое желание дать такое обещание; но у него хватает совести, чтобы поставить себе вопрос: не противоречит ли долгу и позволительно ли выручать себя из беды таким способом? Положим, он все же решился бы на это; тогда максима его поступка гласила бы: нуждаясь в деньгах, я буду занимать деньги и обещать их уплатить, хотя я знаю, что никогда не уплачу. Очень может быть, что этот принцип себялюбия или собственной выгоды легко согласовать со всем моим будущим благополучием; однако теперь возникает вопрос: правильно ли это? Я превращаю, следовательно, требование себялюбия во всеобщий закон и ставлю вопрос так: как бы обстояло дело в том случае, если бы моя максима была всеобщим законом? Тут мне сразу становится ясно, что она никогда не может иметь силу всеобщего закона природы и быть в согласии с самой собой, а необходимо должна себе противоречить. В самом деле, всеобщность закона, гласящего, что каждый, считая себя нуждающимся, может обещать, что ему придет в голову, с намерением не сдерживать обещания, сделала бы просто невозможными и это обещание, и цель, которой хо-

² Человек может определяться в своей воле субъективно, т. е. произвольно выбирать себе правила совершения поступков. Субъективные правила воления (мотивы поступка) И. Кант называет максимами.

тят с помощью его достигнуть, так как никто не стал бы верить, что ему что-то обещано, а смеялся бы над всеми подобными высказываниями, как над пустой отговоркой.

3. Третий полагает, что у него есть талант, который посредством известной культуры мог бы сделать из него в разных отношениях полезного человека. Но этот человек считает, что находится в благоприятных обстоятельствах и что лучше предаться удовольствиям, чем трудиться над развитием и совершенствованием своих благоприятных природных задатков. Однако он спрашивает: согласуется ли его максима небрежного отношения к своим природным дарованиям помимо согласия ее с его страстью к увеселениям также и с тем, что называется долгом? И тогда он видит, что хотя природа все же могла бы существовать по такому всеобщему закону, даже если человек (подобно жителю островов Тихого океана) дал бы ржаветь своему таланту и решил бы употребить свою жизнь только на безделье, увеселения, продолжение рода — одним словом, на наслаждение, однако он никак не может *хотеть*, чтобы это стало всеобщим законом природы или чтобы оно как такой закон было заложено в нас природным инстинктом. Ведь как разумное существо он непременно хочет, чтобы в нем развивались все способности, так как они служат и даны ему для всевозможных целей.

4. Наконец, *четвертый*, которому живется хорошо и который видит, что другим приходится бороться с большими трудностями (он имел бы полную возможность помочь им), думает: какое мне дело до всего этого? Пусть себе каждый будет так счастлив, как того хочет всевышний или как это он сам себе может устроить; отнимать у него я ничего не стану, да и завидовать ему не буду; но и способствовать его благополучию или помогать ему в беде у меня нет никакой охоты! Конечно, если бы такой образ мыслей был всеобщим законом природы, человеческий род мог бы очень неплохо существовать, и, без сомнения, лучше, чем когда каждый болтает о сострадании, о благосклонном отношении и при случае даже старается так поступить, но вместе с тем, где только можно, обманывает, предает права человека или иначе вредит ему. Но хотя и возможно, что по такой максиме мог бы существовать всеобщий закон природы, тем не менее нельзя *хотеть*, чтобы такой принцип везде имел силу закона природы. В самом деле, воля, которая пришла бы к такому заключению, противоречила бы самой себе, так как все же иногда могут быть случаи, когда человек нуждается в любви и участии других, между тем как подобным законом природы, возникшим из его собственной воли, он отнял бы у самого себя всякую надежду на помощь, которой он себе желает.

Это все только некоторые из многих действительных обязанностей или во всяком случае принимаемых нами за таковые; что они вытекают из единого выше приведенного принципа — это совершенно очевидно. Канон моральной оценки наших поступков состоит вообще в том, чтобы человек *мог хотеть*, чтобы максима его поступка стала всеобщим законом. Некоторые поступки таковы, что их максиму нельзя без противоречий даже *мыслить* как всеобщий закон природы; еще в меньшей степени мы можем *хотеть*, чтобы она стала таковым. В других поступках хотя и нет такой внутренней невозможности, тем не менее нельзя хотеть, чтобы их максима достигла всеобщности закона природы, так как такая воля противоречила бы самой себе. Легко заметить, что первая максима противоречит строгому или более узкому (непреложному) долгу, вторая же — только более широкому (вменяемому в заслугу) долгу; таким образом, все виды долга, что касается степени их обязательности (а не объекта их поступка), полностью представлены приведенными примерами в их зависимости от единого принципа. [...]

Теперь я утверждаю: человек и вообще всякое разумное существо *существует* как цель сама по себе, а не только как средство для любого применения со стороны той или другой воли; во всех своих поступках, направленных как на самого себя, так

и на другие разумные существа, он всегда должен рассматриваться *также как цель*. Все предметы склонности имеют лишь обусловленную ценность, так как если бы не было склонностей и основанных на них потребностей, то и предмет их не имел бы никакой ценности. Сами же склонности как источники потребностей имеют столь мало абсолютной ценности, ради которой следовало бы желать их самих, что общее желание, какое должно иметь каждое разумное существо, — это быть совершенно свободным от них. Таким образом, ценность всех *приобретаемых* благодаря нашим поступкам предметов всегда обусловлена. Предметы, существование которых хотя зависит не от нашей воли, а от природы, имеют тем не менее, если они не наделены разумом, только относительную ценность как средства и называются поэтому *вещами*, тогда как разумные существа называются *лицами*, так как их природа уже выделяет их как цели сами по себе, т. е. как нечто, что не следует применять только как средство, стало быть, постольку ограничивает всякий произвол (и составляет предмет уважения). Они, значит, не только субъективные цели, существование которых как результат нашего поступка имеет ценность *для нас*; они *объективные цели*, т. е. предметы, существование которых само по себе есть цель, и эта цель не может быть заменена никакой другой целью, для которой они должны были бы служить *только* средством; без этого вообще нельзя было бы найти ничего, что обладало бы *абсолютной ценностью*; но если бы всякая ценность была обусловлена, стало быть случайна, то для разума вообще не могло бы быть никакого высшего практического принципа.

Таким образом, если должен существовать высший практический принцип и по отношению к человеческой воле — категорический императив, то этот принцип должен быть таким, который исходя из представления о том, что для каждого необходимо есть цель, так как оно есть *цель сама по себе*, составляет *объективный* принцип воли, стало быть, может служить всеобщим практическим законом. Основание этого принципа таково: *разумное естество существует как цель сама по себе*. Так человек необходимо представляет себе свое собственное существование; постольку, следовательно, это *субъективный* принцип человеческих поступков. Но так представляет себе свое существование и всякое другое разумное существо ввиду того же самого основания разума, которое имеет силу и для меня; следовательно, это есть также *объективный* принцип, из которого как из высшего практического основания непременно можно вывести все законы воли. Практическим императивом, таким образом, будет следующий: *поступай так, чтобы ты всегда относился к человечеству и в своем лице, и в лице всякого другого также как к цели и никогда не относился бы к нему только как к средству*. [...]

Кант И. Основы метафизики нравственности. Соч. в 6 т. М., 1965. Т. 4 (1).

Вопросы:

1. Какие формулировки категорического императива постулирует мыслитель?
2. Почему категорический императив носит всеобщий и объективный характер?

Тема 2. История профессиональной этики врача (2 часа)

Ни одна специальность не приносит порой столько моральных переживаний, как врачебная.

А. П. Чехов

План-конспект семинарского занятия:

2.1. Особенности профессиональной этики. Медицинская этика как разновидность профессиональной этики.

2.2. История медицинской этики. Медицинская этика в Беларуси.

Ключевые понятия: профессиональная этика; медицинская (врачебная) этика; медицинская деонтология; клятва Гиппократата; «не навреди»; «делай добро»; клятва врача Республики Беларусь; кодекс врачебной этики Республики Беларусь.

2.1. ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭТИКИ. МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА КАК РАЗНОВИДНОСТЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭТИКИ

Профессиональная этика — отрасль прикладной этики, отражающая совокупность моральных норм и принципов, которые регулируют поведение специалиста с учетом особенностей его деятельности и конкретной ситуации.

Специфика профессиональной этики определяется:

- формированием специально-профессиональных моральных норм и ценностей («Не навреди!», «Сохраняй врачебную тайну!» в медицине);
- формированием моральных кодексов и клятв специальности («Клятва Гиппократата» в медицине);
- конкретизацией моральных ценностей и принципов применительно к своеобразию соответствующей профессии (Добро как сохранение жизни и здоровья в медицине).

Исторически профессиональная этика, прежде всего, сложилась в медицинской, юридической, педагогической профессиях, т. к. в них непосредственно затрагиваются ценности жизни, здоровья, свободы человека.

Медицинская (врачебная) этика — профессиональная этика, регулирующая человеческие отношения в медицине «по вертикали» («врач–пациент») и «по горизонтали» («врач–врач») на основе общечеловеческих моральных ценностей и принципов.

Для анализа этической составляющей медицины, наряду с понятием «медицинская этика», используется также понятие «медицинская деонтология».

Медицинская деонтология (греч. deon — должное, logos — учение) — учение о должном в медицине, прежде всего, о профессиональном долге врачей и медицинских работников по отношению к пациентам.

При этом в понятии «медицинская этика» подчеркивается общечеловеческий контекст принципов и норм медицинской профессии, а в понятии «медицинская деонтология» фиксируются моральные нормы и стандарты, применительно к той или иной сфере медицинской практики (деонтология в хирургии, акушерстве и гинекологии, педиатрии и т. д.).

2.2. ИСТОРИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ. МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА В БЕЛАРУСИ

История врачебной этики насчитывает более трех тысячелетий. В Древней Индии врачи давали клятву еще в середине II тыс. до н. э. Так, ученик обязывался почитать своего учителя вплоть до личного самопожертвования, вести аскетический образ жизни, ставить нужды пациента выше своих личных интересов, не позволять себе преступлений, хранить в тайне профессиональные секреты, должен был избавиться от всякого рода страстей: ненависти, корыстолюбия, хитрости.

Для европейской медицины непреходящее значение имеет этика древнегреческого врача **Гиппократ** (ок. 460 – ок. 370 до н. э.), воззрения которого изложены в книгах «Корпуса Гиппократ»: «Клятва», «Закон», «О враче», «О благоприличном поведении», «Наставления» и др. В «Клятве» Гиппократ определил фундаментальные принципы традиционной медицинской этики, многие из которых являются актуальными и на сегодняшний день. В первой части сочинения древнегреческий врач подчеркивает, что отношение ученика, который обучается искусству врачевания, должны строиться на почтении и уважении к учителю. Вторая часть «Клятвы» посвящена отношению врача к больному. В ее основе лежат следующие идеи:

- воздержание от причинения всякого вреда и несправедливости по отношению к больному («Не навреди!»);
- запрет на использование смертельного средства, даже если об этом просит больной;
- запрет на аборт;
- воздержание от всего несправедливого и пагубного, от интимных отношений с больными;
- забота о пользе больного;
- запрет разглашать врачебную тайну.

В других текстах Гиппократ отмечал, что врачу должны быть присущи трудолюбие, постоянное совершенствование в профессии, серьезность, приветливость, чуткость, приличный и опрятный вид. Анализируя идеи Гиппократ, необходимо учитывать социокультурный контекст, в котором

они возникли. Тем не менее, основополагающим принципом медицинской профессии и на сегодняшний день остается принцип, заданный Гиппократом, — «Не навреди!».

В эпоху Средневековья и Возрождения нравственные ориентиры медицинской профессии определялись христианскими ценностями — любовью к ближнему, состраданием, милосердием. Знаменитый врач эпохи Возрождения **Парацельс** (1493–1541) учил своих учеников: «Сила врача — в его сердце, работа его должна руководствоваться Богом и освещаться естественным светом и опытностью; важнейшая основа лекарства — любовь». Христианским мировоззрением был задан важнейший моральный принцип медицины — «Делай добро!».

Дальнейшее развитие врачебная этика получила в эпоху Нового времени. В это время происходит переосмысление значения медицины в обществе: целью медицины теперь становится не только индивидуальное, но и общественное здоровье. Врачебная этика оформляется как система развернутых конкретных моральных обязанностей врача, регулирующих его профессиональную деятельность. Работы авторов этой эпохи, в особенности **Т. Персиваля** (1740–1804), отразили множество разных аспектов внутрипрофессиональных взаимоотношений в медицине. Персиваль уделял особое внимание требованиям этикета во взаимоотношениях между врачами: «Медики любого благотворительного учреждения являются в какой-то степени... хранителями чести друг друга. Поэтому ни один врач или хирург не должен открыто говорить о происшествиях в больнице, так как это может нанести вред репутации кого-нибудь из его коллег... Следует избегать непрошеного вмешательства в лечение больного, находящегося на попечении другого врача. Не следует задавать никаких назойливых вопросов относительно пациента..., нельзя вести себя эгоистично, стараясь прямо или косвенно уронить доверие пациента к другому врачу или хирургу». Что касается отношения к пациентам, то врач у Персиваля выступает как филантроп, несущий им благо и получающий от них соответствующую признательность. Врач должен вести себя с пациентами «деликатно, уравновешенно, снисходительно и авторитетно».

Значение и необходимость медицинской этики отмечали русские и белорусские врачи в XIX в. На основе клятвы Гиппократов в Российской империи было создано «Факультетское обещание» русских врачей. Идеи этики Гиппократов пропагандировал на медицинском факультете Московского университета **М. Я. Мудров**. Он подчеркивал, что важнейшими ориентирами в деятельности врача должны быть бескорыстие, честность, терпение, внимание к нуждам больного, сохранение врачебной тайны, постоянное совершенствование своих знаний и навыков, уважение к коллегам. Ярким примером практической реализации принципов медицинской этики стала врачебная деятельность **Ф. П. Гааза**, известного своим афо-

ризмом: «Спешите делать добро!». Этот замечательный врач все свои силы отдавал самым обездоленным — ссыльным, каторжанам, малоимущим, проявляя удивительное сострадание и милосердие по отношению к своим больным. Обсуждение проблем медицинской этики можно встретить в трудах многих русских врачей XIX в. — **Н. И. Пирогова, В. А. Манасеина, В. В. Вересаева.**

Идеи филантропии (благотворительности) и сострадания отстаивали в своей профессиональной деятельности и белорусские врачи — **И. К. Стржалко, И. С. Фейертаг, И. У. Зданович, А. Ф. Недзведзский.** На добровольных началах многие из них работали в медицинских учреждениях благотворительных обществ, оказывая медицинскую помощь неимущим слоям населения.

Развитие медицинской этики в Советском Союзе во многом было обусловлено формированием новой политической идеологии и системы здравоохранения. Задача разработки новой медицинской этики, которая бы соответствовала изменившимся реалиям, не ставилась. Тем не менее некоторые традиционные моральные проблемы медицины становились предметом дискуссий (проблемы аборта, врачебной тайны, врачебной ошибки). В 20-е гг. острые дискуссии развернулись вокруг проблемы врачебной тайны. Нарком здравоохранения **Н. А. Семашко** провозгласил курс на уничтожение врачебной тайны, которая понималась как пережиток буржуазной медицины. В этот период традиционную медицинскую этику было принято критиковать за обоснование и утверждение корпоративно-сословной буржуазной морали, связь с религиозной традицией, чуждой классовым интересам пролетариата. Поэтому вместо термина «медицинская этика» в советской медицине чаще употребляли термин «деонтология». Под деонтологией понимали совокупность правил, соответствующих той или иной конкретной области медицинской практики. Примером такого понимания может служить хирургическая деонтология **Н. Н. Петрова**, который в 40-е гг. в работе «Вопросы хирургической деонтологии» выделял следующие моральные правила, которыми должен руководствоваться хирург: хирургия для больных, а не больные для хирургии; делай и советуй делать больному только такую операцию, на которую ты согласился бы при личной обстановке для самого себя или для самого близкого тебе человека; для душевного покоя больных необходимы посещения хирурга накануне операции и несколько раз в самый день операции, как до нее, так и после; идеалом большой хирургии является работа с действительно полным устранением не только всякой физической боли, но и всякого душевного волнения больного и др. Широкое же обсуждение проблем деонтологии началось в 60–80-е гг. В 1971 г. был утвержден текст «Присяги врача Советского Союза», которую должны были принимать все выпускники медицинских вузов.

В середине XX в. появляются международные организации — ВМА, ВОЗ, ЮНЕСКО, Совет Европы, одной из целей которых стала разработка регламентирующих современную медицинскую науку и практику этических документов. Генеральной Ассамблеей Всемирной медицинской ассоциации были приняты **Международная клятва врачей, Международный кодекс медицинской этики** и др. документы.

В 1994 г. в нашей стране был утвержден текст **Клятвы врача Республики Беларусь**, которую принимают выпускники высших медицинских учебных заведений, получающие диплом врача, а в 1999 г. был разработан **Кодекс врачебной этики**. В этих документах закреплены основополагающие моральные принципы и правила, которыми обязаны руководствоваться в своей профессиональной деятельности врачи Республики Беларусь.

В последней трети XX в. начинается новый этап в развитии медицинской этики. Она перестает быть сугубо корпоративной и становится частью биомедицинской этики, которая предполагает широкое общественное обсуждение проблем, возникающих в результате стремительного прогресса биомедицинских технологий.

Темы рефератов и докладов:

1. Клятва Гиппократов и современные этические кодексы.
2. Христианские моральные ценности и медицинская этика.
3. Идеи благотворительности в медицине Беларуси.
4. Проблемы медицинской этики в «Записках врача» В. В. Вересаева.
5. Медицинская этика в художественных произведениях А. Чехова, М. Булгакова и др.
6. В. Ф. Войно-Ясенецкий. Этика хирурга.
7. Деонтология Н. Н. Петрова.
8. Роль Всемирной медицинской ассоциации (ВМА) в развитии современной медицинской этики.

Вопросы для самоконтроля:

1. Какие особенности характеризуют профессиональную этику?
2. Каково значение медицинской этики в профессиональной деятельности врача?
3. Как соотносятся между собой понятия «медицинская этика» и «медицинская деонтология»?
4. Назовите основные этапы в развитии медицинской этики. Кратко охарактеризуйте каждый из них.
5. В чем заключается суть принципа «не навреди», сформулированного Гиппократом?
6. Какие принципы формируются в медицинской этике благодаря христианскому мировоззрению?

7. На какие моральные принципы ориентировались в своей профессиональной деятельности русские и белорусские врачи XIX в.?

8. Ф. Гааз призывал: «Спешите делать добро!». Приведите примеры из профессиональной жизни известных врачей, которые иллюстрируют это высказывание.

9. Назовите особенности медицинской этики советского периода.

10. Перечислите нормативные этические документы, которые задают ориентиры медицинской профессии в наше время.

11. В последней трети XX в. медицинская этика перестает быть сугубо корпоративной. Чем обусловлен интерес широкой общественности к проблемам медицинской этики?

ТЕКСТЫ ДЛЯ ОБСУЖДЕНИЯ

Гиппократ КЛЯТВА

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

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

О ВРАЧЕ

1. Врачу сообщает авторитет, если он хорошего цвета и хорошо упитан, соответственно своей природе, ибо те, которые сами не имеют хорошего вида в своем теле, у толпы считаются не могущими иметь правильную заботу о других. Затем, ему прилично держать себя чисто, иметь хорошую одежду и натираться благоухающими мазями, ибо все это обыкновенно приятно для больных. Должно также ему наблюдать все это и в отношении духа; быть благоразумным не только в том, чтобы молчать, но также и в остальной, правильно устроенной жизни. И это наиболее принесет ему помощь для

приобретения славы. Пусть он также будет по своему нраву человеком прекрасным и добрым и, как таковой, значительным и человеколюбивым. Ибо поспешность и чрезмерная готовность, даже если бывают весьма полезны, презираются. Но должно наблюдать, когда можно пользоваться всем этим, ибо одни и те же приемы у одних и тех же (больных) ценятся, когда они редки. Что касается до внешнего вида врача, пусть он будет с лицом, исполненным размышления, но не суровым, потому что это показывает гордость и мизантропию. Тот врач, который изливается в смехе и сверх меры весел, считается тяжелым, и этого должно в особенности избегать. Он должен быть справедливым при всех обстоятельствах, ибо во многих делах нужна бывает помощь справедливости, а у врача с больными — немало отношений: ведь они поручают себя в распоряжение врачам, и врачи во всякое время имеют дело с женщинами, с девицами и с имуществом весьма большой цены, следовательно, в отношении всего этого врач должен быть воздержанным. Итак, вот этими-то доблестями души и тела он должен отличаться.

О БЛАГОПРИЛИЧНОМ ПОВЕДЕНИИ

5. Поэтому должно, собравши все сказанное в отдельности, перенести мудрость в медицину, а медицину в мудрость. Ведь врач-философ равен богу. Да и немного в самом деле различия между мудростью и медициной, и все, что ищется для мудрости, все это есть и в медицине, а именно: презрение к деньгам, совесть, скромность, простота в одежде, уважение, суждение, решительность, опрятность, изобилие мыслей, знание всего того, что полезно и необходимо для жизни, отвращение к пороку, отрицание суеверного страха пред богами, божественное превосходство. То, что они имеют, они имеют против невоздержанности, против корыстолюбивой и грязной профессии, против непомерной жажды приобретения, против алчности, против хищения, против бесстыдства. В ней заключается знание доходов и употребление всего того, что относится к дружбе, к детям, к имуществу. С этим познанием также соединена некоторая мудрость, так как и врач имеет многое из всего этого.

7. Итак, когда все это имеется, врачу следует иметь своим спутником некоторую вежливость, ибо суровость в обращении мешает доступности к врачу как для здоровых, так и для больных. Особенно же ему должно наблюдать за самим собой, чтобы не обнажать многих частей тела и чтобы с людьми не заводить разговоров о многих предметах, а только о необходимых, ибо это считается некоторым насильственным побуждением к лечению. Ничего не надо делать ни излишнего, ни для воображения. Смотри, чтобы все у тебя было приготовлено для удобного действия, как следует; иначе когда будет нужда, то окажется неприятное затруднение.

НАСТАВЛЕНИЯ

4. Также и это требует напоминания в нашем рассмотрении. Если ты поведешь сначала дело о вознаграждении, — ведь и это имеет отношение ко всему нашему делу, — то, конечно, наведешь больного на мысль, что, если не будет сделано договора, ты оставишь его или будешь небрежно относиться к нему и не дашь ему в настоящий момент совета. Об установлении вознаграждения не следует заботиться, так как мы считаем, что обращать на это внимание вредно для больного, в особенности при остром заболевании: быстрота болезни, не дающая случая к промедлению, заставляет хорошего врача искать не выгоды, а скорее приобретения славы. Лучше упрекать спасенных, чем наперед обирать находящихся в опасности.

8. [...] Нет ничего постыдного, если врач, затрудненный в каком-либо случае у больного и не видя ясно, по причине своей неопытности, просит пригласить других

врачей, с которыми он мог бы совместно выяснить положение больного и которые подействовали бы ему найти помощь. В болезни, протекающей медленно, когда зло усиливается, в этот момент, вследствие трудности положения, много вещей ускользает от внимания. Нужно поэтому в данном случае иметь твердую уверенность, ибо я никогда не признаю, что искусство произнесло здесь окончательное решение. Врачи, вместе осматривающие больного, не должны ссориться между собою и высмеивать друг друга. Ибо, я с клятвой заверяю, что никогда суждение одного врача не должно возбуждать зависти другого; это значило бы показывать свою слабость: соседи по ремеслу на площади склонны делать это. Однако не ложно то, что думают об успехе консультаций, ибо во всяком изобилии лежит недостаток.

9. Кроме всего этого, очевидным и великим доказательством существования искусства будет, если кто, устанавливая правильное лечение, не перестанет ободрять больных, чтобы они не слишком волновались духом, стараясь приблизить к себе время выздоровления. Ведь мы руководимся всем тем, что нужно для здоровья, и, получая предписания, больной не совершит ошибки. Но сами больные, по причине своего плачевного положения, отчаявшись, заменяют жизнь смертью. Тот же, кому поручена забота о больном, если покажет все открытия искусства, сохраняя природу, а не изменяя ее, устранил горечь настоящего положения или мгновенное недоверие. [...]

Гиппократ. Клятва. Закон. О враче. Наставления. Минск, 1998.

Вопросы:

1. Проанализируйте основные положения клятвы Гиппократа. Какие из них актуальны для современной медицинской этики?
2. О каких нравственных качествах врача рассуждает мыслитель в сочинениях «О враче», «О благоприличном поведении», «Наставления»?

ЖЕНЕВСКАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ (МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛЯТВА ВРАЧЕЙ)

Принята 2-й Генеральной Ассамблеей Всемирной медицинской ассоциации, Женева, Швейцария, в сентябре 1948 г., дополнена 22-й Всемирной медицинской ассамблеей, Сидней, Австралия, в августе 1968 г. и 35-й Всемирной медицинской ассамблеей, Венеция, Италия, в октябре 1983 г.

Вступая в медицинское сообщество, я добровольно решаю посвятить себя нормам гуманности и клянусь:

На всю жизнь сохранить благодарность и уважение к своим учителям.

Исполнять свой профессиональный долг по совести и с достоинством.

Здоровье моего пациента будет моим первейшим вознаграждением.

Уважать доверенные мне секреты даже после смерти моего пациента.

Делать все, что в моих силах, для поддержания чести и благородных традиций медицинского сообщества.

Коллеги будут мне братьями.

Не позволять соображением религиозного, национального, расового, партийно-политического и социального характера встать между мной и моим пациентом.

Я буду проявлять абсолютное уважение к человеческой жизни с момента зачатия и никогда, даже под угрозой, не использую своих медицинских знаний в ущерб нормам гуманности.

Я принимаю эти обязательства обдуманно, свободно и честно.

МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОДЕКС МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ

Принят 3-й Генеральной Ассамблеей Всемирной медицинской ассоциации, Женева, Швейцария, в октябре 1949 г., дополнен 22-й Всемирной медицинской ассамблеей, Сидней, Австралия, в августе 1968 г. и 35-й Всемирной медицинской ассамблеей, Венеция, Италия, в октябре 1983 г.

Общие обязанности врачей:

Врач обязан всегда поддерживать наивысшие профессиональные стандарты.

Принимая профессиональные решения, врач должен исходить из соображений блага для пациента, а не из собственных материальных интересов.

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

Врач должен быть честен с пациентом и коллегами. Он не имеет права покрывать коллег, обманывающих своих пациентов.

С нормами медицинской этики не совместимы:

а) Самореклама, если она специально не предусмотрена законами страны и этическим кодексом Национальной медицинской ассоциации.

б) Выплата врачом комиссионных за направление к нему пациента, либо получением платы или иного вознаграждения из любого источника за направление пациента в определенное лечебное учреждение, к определенному специалисту или назначение определенного вида лечения без достаточных медицинских оснований.

Врач должен уважать права пациента, коллег, других медицинских работников, а также хранить врачебную тайну.

Врач может осуществить вмешательство, способное ухудшить физическое или психическое состояние пациента, лишь в интересах последнего.

Врач должен быть крайне осторожен, давая информацию об открытиях, новых технологиях и методах лечения через непрофессиональные каналы.

Врач должен утверждать лишь то, что проверено им лично.

Обязанности врача по отношению к больному:

С целью сохранения здоровья и жизни пациента врач должен использовать весь свой профессиональный потенциал. Если необходимое обследование или лечение выходит за уровень возможностей врача, он должен обратиться к более компетентным коллегам.

Смерть больного не освобождает врача от обязанности хранить врачебную тайну.

Оказание ургентной помощи — человеческий долг врача.

Обязанности врача по отношению друг к другу:

По отношению к своим коллегам врач должен вести себя так, как он хотел бы, чтобы они вели себя по отношению к нему.

Врач не должен переманивать пациентов у своих коллег.

Врач обязан соблюдать принципы Женевской декларации, одобренной Всемирной медицинской ассоциацией.

КЛЯТВА ВРАЧА РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Получая с глубокой признательностью дарованное мне медицинской наукой и практикой звание врача, перед моими учителями и коллегами клянусь:

в любое время помогать каждому больному, независимо от его социального происхождения, вероисповедания и национальности;

всегда хранить профессиональную тайну;
постоянно совершенствовать свои медицинские знания и врачебное искусство, содействовать своим трудом развитию медицинской науки и практики;
обращаться, если этого требуют интересы больного, за советом к своим коллегам и самому никогда не отказывать им в совете и помощи;
беречь и развивать благородные традиции отечественной медицины;
всегда помнить о высоком призвании врача, об ответственности перед белорусским народом и государством.
Верность этой клятве обещаю пронести через всю свою жизнь.

КОДЕКС ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Настоящий Кодекс содержит правила врачебной этики и деонтологии, отражающие основные принципы медицинской деятельности и взаимоотношений врачей и пациентов.

Раздел I. Общие положения

Статья 1. Врач в своей профессиональной деятельности руководствуется Клятвой врача Республики Беларусь, рекомендациями Всемирной медицинской ассоциации по этике, Конституцией и другими актами законодательства Республики Беларусь, регулирующими отношения, связанные с охраной здоровья населения, настоящим Кодексом врачебной этики.

Статья 2. Главной целью профессиональной деятельности врача является сохранение жизни и здоровья человека, предотвращение болезней и облегчение страданий больных вне зависимости от пола, возраста, расовой и национальной принадлежности, социального и материального положения, политических убеждений и вероисповедания.

Статья 3. Основным условием успешной врачебной деятельности является профессиональная компетентность врача и его высокие нравственные качества. Врач обязан повышать свою квалификацию в течение всей профессиональной деятельности, используя все возможности и доступные способы профессионального совершенствования.

Статья 4. Здоровье каждого человека является не только его личной, но и общественной ценностью. Занимаясь вопросами охраны здоровья населения, врач обязан взаимодействовать с органами власти и управления, с администрацией предприятий, организаций, учреждений и общественными организациями по вопросам охраны здоровья населения.

Статья 5. Врач обязан всеми доступными ему способами содействовать делу охраны здоровья населения, бороться с любыми формами проявления жестокости и унижения человеческого достоинства.

Раздел II. Правила, регулирующие врачебную практику

Статья 6. Вся практическая деятельность врача должна быть направлена на профилактику заболеваний, максимально эффективное лечение пациентов, продление их жизни и облегчение страданий.

Статья 7. Врач в своей работе исключает использование профессиональных знаний в негуманных целях и медицинское воздействие на пациента с целью его наказания, равно как и в интересах третьих лиц.

Врач не может участвовать в акте лишения жизни, присутствовать при пытках или иных актах жестокого обращения с человеком.

Статья 8. Во время работы врач должен сохранять трезвость и не находиться под воздействием каких-либо средств, вызывающих стойкое пристрастие к ним.

Статья 9. В своей работе врач принимает все меры по предотвращению вреда пациенту (физического, нравственного, материального) и пресекает действия третьих лиц, оказывающих негативное влияние на лечебный процесс.

Статья 10. Врач должен заниматься своим делом, не руководствуясь при этом мотивами получения личной выгоды. Врач не имеет права заключить с пациентом, используя его психическую или физическую несостоятельность, а также свое врачебное положение, противоправные имущественные сделки, заниматься вымогательством и взяточничеством, использовать труд пациента в личных целях, вступать с ним в интимную связь, навязывать свои философские, религиозные и политические взгляды.

Статья 11. Врач несет всю полноту ответственности за свои профессиональные решения и вправе отклонить любые попытки давления со стороны коллег, пациентов и других лиц, если их требования противоречат этическим принципам, профессиональному долгу и закону.

Статья 12. Участие врача в экспертных комиссиях, консилиумах, консультациях и т. п. должно быть объективным и принципиальным. Врач обязан профессионально отстаивать свою точку зрения, а при давлении на него — прибегать к юридической и общественной защите.

Статья 13. Врач вправе претендовать на такие условия работы и жизни, при которых он сможет соответствовать высоким социальным требованиям к нему как к профессионалу.

Раздел III. Взаимоотношения врача и пациента

Статья 14. Врач и пациент имеют равные права на уважение их человеческого достоинства и могут защищать его в соответствии с действующим законодательством.

Статья 15. В работе врача недопустимо грубое и негуманное отношение к пациенту, унижение его достоинства, выражение неприязни или предпочтения другим пациентам. Врач обязан отдавать предпочтение интересам пациента, если это не причиняет ущерба самому пациенту или окружающим лицам.

Статья 16. Взаимоотношения врача и пациента должны строиться на основе взаимного доверия и взаимной ответственности. Пациент — активный участник процесса лечения.

Статья 17. Пациент имеет право на свободный выбор врача, на получение от врача полной информации о состоянии своего здоровья, о предлагаемых методах обследования и лечения, об их преимуществах и недостатках, а также о степени риска. При разногласиях с врачом пациент может обратиться к руководителю учреждения, в комиссию по врачебной этике, а также в другие органы управления и общественные объединения, занимающиеся вопросами защиты прав пациентов.

Статья 18. Врач в исключительных случаях вправе отказаться от работы с пациентом, перепоручив его другому специалисту:

а) при недостаточной компетентности или отсутствии необходимой технической возможности для оказания необходимого вида помощи;

б) при противоречии данного вида медицинской помощи нравственным принципам врача;

в) при невозможности установить с пациентом терапевтическое сотрудничество.

Статья 19. Врач в случаях, когда физическое или психическое состояние пациента исключает возможность доверительных отношений, устанавливает их с родственником пациента, его законным представителем или другим близким пациенту лицом, позиция которых, с точки зрения врача, соответствует интересам пациента.

Статья 20. Врач при возникновении у него профессиональных затруднений обязан немедленно обратиться за помощью к компетентным специалистам. Если обследование

и лечение пациента требует знаний или методов, которыми данный врач не владеет, он в установленном порядке направляет пациента в другое учреждение здравоохранения, имеющее необходимые условия.

Статья 21. Все медицинские вмешательства производятся только с согласия пациента, кроме особых случаев, когда тяжесть физического или психического состояния не позволяет пациенту принять осознанное решение, или в других случаях, предусмотренных законодательством.

Статья 22. В случаях возложения на врача обязанностей по принудительному обследованию и лечению пациента он должен строго руководствоваться действующим законодательством.

Статья 23. Изъятие с диагностической и лечебной целями органов и тканей у пациента может производиться с его письменного согласия в установленном законом порядке, а в случаях, предусмотренных актами законодательства Республики Беларусь, — с согласия его близких родственников или законных представителей. Изъятие органов и тканей пациента в иных целях недопустимо.

Статья 24. Врач обязан сохранять конфиденциальность своего общения с пациентом и не может разглашать врачебную тайну даже после смерти пациента, он также должен препятствовать разглашению такой информации иными лицами.

Врач может сообщать сведения о состоянии здоровья пациента близким родственникам, если это обусловлено необходимостью лечения или ухода за ним и не осуществляется против воли больного, а также органам здравоохранения и правоохранительным органам в случаях, предусмотренных законодательством Республики Беларусь.

Статья 25. Врач обязан облегчать страдания умирающего человека всеми доступными и законными способами. Эвтаназия как акт преднамеренного лишения жизни пациента по его просьбе или по просьбе его близких недопустима.

Статья 26. Врач не препятствует пациенту пользоваться духовной поддержкой служителя любой религиозной конфессии, разрешенной к функционированию на территории Республики Беларусь.

Статья 27. Секционное исследование разрешается при согласии родственников умершего. Исключение составляют случаи, предусмотренные законодательством Республики Беларусь.

Раздел IV. Взаимоотношения с коллегами

Статья 28. Во взаимоотношениях с коллегами от врача требуется честность, справедливость, доброжелательность, порядочность, уважительное отношение к знаниям и опыту коллег, готовность бескорыстно передать им свой опыт и знания.

Статья 29. Критика в адрес коллег должна быть аргументированной, неоскорбительной и недискредитационной. Критикуется не личность коллег, а их профессиональные действия.

Статья 30. Недопустимы негативные высказывания в адрес своих коллег в их отсутствие и тем более в присутствии пациентов, их родственников или посторонних лиц.

Статья 31. Для защиты чести и достоинства врач может обращаться в комиссии по врачебной этике и в правоохранительные органы.

Статья 32. Врач не вправе препятствовать пациенту в выборе другого лечащего врача. Свою профессиональную репутацию врач создает только на основе результатов работы и не должен заниматься саморекламой. Вместе с тем он имеет право на распространение информации о своих профессиональных навыках и квалификации.

Статья 33. Врач обязан постоянно сохранять благодарность и уважение к своим учителям и коллегам, научившим его врачебному искусству.

Статья 34. Врач должен делать все от него зависящее по созданию в трудовом коллективе благоприятного морально-психологического климата, активно участвовать в работе врачебной ассоциации, защищать честь и достоинство своих коллег, препятствовать медицинской практике бесчестных и некомпетентных коллег, непрофессионалов, наносящих ущерб здоровью пациентов.

Статья 35. Врач обязан с должным уважением относиться к среднему и младшему медицинскому персоналу, а также содействовать повышению их профессиональных знаний и навыков.

Раздел V. Врач и прогресс медицины

Статья 36. В научно-исследовательской деятельности врач обязан руководствоваться приоритетом блага пациента над научными интересами и проводить испытания и эксперименты только в соответствии с установленными законом правилами и при согласии пациента.

Статья 37. Отказ пациента от участия в исследовательской программе не должен отрицательно влиять на отношение к пациенту и на качество оказываемой ему медицинской помощи.

Статья 38. Во врачебной практике применяются медицинские препараты и технологии, разрешенные Министерством здравоохранения Республики Беларусь. В отдельных случаях врач может использовать научно обоснованные, но еще не разрешенные к применению средства на условиях, предусмотренных действующим законодательством.

Статья 39. Врач может печатать свои наблюдения, научные изыскания в периодической медицинской печати и в других изданиях, участвовать в выставках достижений медицины как в республике, так и за рубежом.

Раздел VI. Действие кодекса

Статья 40. Настоящий Кодекс одобрен I съездом врачей Республики Беларусь.

Статья 41. Кодекс врачебной этики утверждается приказом Министра здравоохранения Республики Беларусь и решением Совета Белорусской ассоциации врачей.

Статья 42. Положения Кодекса не могут противоречить Международному кодексу врачебной этики.

Статья 43. Коллективы учреждений здравоохранения, НИИ, высших учебных медицинских заведений, общественных врачебных объединений, медицинские работники, граждане Республики Беларусь вправе вносить свои предложения по изменению и дополнению настоящего Кодекса.

Статья 44. Положения о комиссиях по этике утверждаются Министерством здравоохранения Республики Беларусь и Советом Белорусской ассоциации врачей.

ТЕМА 3. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ БИОЭТИКИ (2 ЧАСА)

Человек овладевает природой, еще не научившись владеть собой.

А. Швейцер

План-конспект семинарского занятия:

3.1. Понятие биоэтики и социокультурные предпосылки ее формирования.

3.2. Особенности биоэтики. Биоэтика как социальный институт.

3.3. Проблемное поле биоэтики.

Ключевые понятия: биоэтика; экоэтика; биомедицинская этика; биомедицинские технологии; этика науки; медикализация общества; особенности биоэтики: междисциплинарный характер, публичность, нормативность, институциональность; этические комитеты; проблемное поле биоэтики: общетеоретические, «открытые», деонтологические, институциональные проблемы.

3.1. ПОНЯТИЕ БИОЭТИКИ И СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ЕЕ ФОРМИРОВАНИЯ

Биоэтика в качестве особого междисциплинарного направления оформляется в последней трети XX в. Впервые термин «биоэтика» предложил в 1970 г. американский врач-онколог **В. Р. Поттер**. Автор работы «Биоэтика: мост в будущее» определяет ее как науку о выживании, призванную соединить «две культуры» — естественнонаучное (прежде всего биологическое) и гуманитарное знание; стать своеобразным мостом между научными представлениями о жизни человека и общечеловеческими ценностями, идеалами, целями. На основе философского интереса к будущему человеческого прогресса, оценки значения нового знания и потенциальной его опасности биоэтика, по мнению исследователя, должна обеспечить выживание и улучшение жизни человечества. Такое понимание сущности и назначения биоэтики сближает ее с *этикой экологической* (экоэтикой), предметом изучения которой является нравственное отношение человека к живой и неживой природе. Признание ценности жизни и этический принцип благоговения перед жизнью, сформулированный А. Швейцером, лежат в основе как эко-, так и биоэтики.

Однако термин «биоэтика» в научной и учебной литературе чаще используется в ином значении. **Биоэтика** выступает как область междисциплинарных исследований философских и этических проблем, возникающих в связи с прогрессом биомедицинской науки и внедрением новейших тех-

нологий в практику здравоохранения. В этом смысле она сближается с медицинской этикой и для обозначения ее содержания употребляют равнозначный термин «**Биомедицинская этика**». Биомедицинская этика отличается от традиционной медицинской этики более широким проблемным полем, а также тем, что она выходит за рамки профессионально-корпоративной этики и предполагает общественное обсуждение проблем, связанных с развитием медицинской науки и практики.

Возникновение и интенсивное развитие биоэтики было обусловлено рядом факторов:

- стремительным прогрессом науки и появлением новейших технологий, в т. ч. биомедицинских, которые изменяют традиционные представления о жизни, смерти, телесности человека, границах человеческого существования;

- осознанием возможных негативных последствий научно-технического прогресса, особенно широкого использования технологий, которые трансформируют основания природы человека и жизни в целом (репродуктивные технологии, клонирование, генная инженерия и др.);

- становлением постнеклассической рациональности, которая предполагает соотнесение целей научного поиска и знаний об объекте с ценностными ориентирами социума и культуры, а также необходимость междисциплинарного подхода для практического решения проблем, связанных с развитием современной науки. Объектом постнеклассической науки становятся человекоразмерные, исторически развивающиеся системы. Знание и практическое освоение таких объектов может быть потенциально опасным для человечества. Поэтому возрастает роль этической составляющей в деятельности ученого. *Этика науки* предполагает бескорыстный поиск истины, запрет на фальсификацию результатов научного поиска, социальную ответственность ученого и др.;

- вниманием к правам человека, в т. ч. утверждением права индивида на автономное свободное волеизъявление в отношении своей жизни и здоровья;

- изменением роли медицины, которая в настоящее время выступает не только как элемент социума, но и как активный фактор его преобразования. В XX в. возрастают темпы *медикилизации общества* — практически каждый человек включен в пространство медицины и имеет доступ к медицинским знаниям и информации;

- тенденциями дегуманизации медицины, обусловленной тем, что медицина все чаще рассматривается как сфера услуг, а также усиливающейся специализацией и дифференциацией медицинской практики. Эти процессы приводят к машинизации мышления врача и разрушению целостного восприятия больного человека и его индивидуальности;

– необходимостью нравственной оценки моральных коллизий и дилемм, возникающих в современной медицине на основе общечеловеческих принципов и ценностей.

В середине 90-х гг. XX в. проблемы биоэтики начинают привлекать внимание философов, богословов, врачей, политиков, журналистов в постсоветских странах. Биоэтика становится академической дисциплиной, создаются исследовательские и образовательные центры биоэтики, формируются этические комитеты.

Современная парадигма биоэтики характеризуется радикальным поворотом от способов эмпирического описания врачебной морали к обостренной философской рефлексии над основаниями нравственности в биомедицинских исследованиях, расширением проблемного поля биоэтики с включением в нее не только нравственных, философских, но и правовых компонентов. Происходит объединение различных видов ценностей: *биологических* (физическое существование, здоровье, свобода от боли и т. д.), *социальных* (равные возможности, получение всех видов медицинских услуг и т. п.), *экологических* (осознание самоценности природы, ее уникальности, коэволюции), *личностных* (безопасность, самоуважение и т. п.).

3.2. ОСОБЕННОСТИ БИОЭТИКИ. БИОЭТИКА КАК СОЦИАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ

Как любая область знания биоэтика имеет свои особенности:

– *междисциплинарный характер биоэтики* определяется тем, что она существует на пересечении философского, медицинского, естественнонаучного, гуманитарного, теологического, юридического, обыденного дискурсов;

– *публичность биоэтики* предполагает участие в биоэтических дискуссиях не только профессионального сообщества ученых и медиков, но и философов, юристов, теологов, политиков, экономистов, пациентов и членов их семей, других представителей общественности;

– *нормативность биоэтики* предполагает исследование специфики общечеловеческих моральных ценностей в их приложении к медицинской практике и новым ситуациям, возникающим вследствие прогресса в области биомедицинских технологий;

– *институциональность биоэтики* заключается в том, что она выступает не только как область знаний, но и как социальный институт. Для решения биоэтических проблем, сопровождения биомедицинских исследований создаются *этические комитеты*, которые представляют собой многоуровневую сеть общественных, государственных и международных организаций. Этические комитеты существуют при научно-исследовательских учреждениях и больницах, профессиональных объединениях (врачеб-

ных, сестринских, фармацевтических), государственных органах, международных организациях (ЮНЕСКО, ВОЗ, Совет Европы и др.).

3.3. ПРОБЛЕМНОЕ ПОЛЕ БИОЭТИКИ

К числу основных проблем биоэтики можно отнести следующие:

1. *Общетеоретические* проблемы: выявление специфики общечеловеческих моральных ценностей добра, сострадания, долга, совести, свободы в деятельности ученого и врача; разработка этических принципов и норм биоэтики; определение сущностных характеристик жизни и смерти.

2. *«Открытые»* проблемы: определение статуса эмбриона, этический анализ новых репродуктивных технологий, искусственного аборта и контрацепции, эвтаназии, реанимации, паллиативной помощи, трансплантологии, биомедицинских экспериментов с участием человека и животных, генных технологий и др. Поскольку биоэтика представляет собой этическую рефлексию над достижениями биомедицинской науки и практики, круг «открытых» проблем постоянно расширяется.

3. *Деонтологические* проблемы: разработка этических регулятивов отношений в медицине по вертикали («врач–пациент») и горизонтали («врач–врач»), моделей взаимоотношений медицинских работников и пациента; этический анализ врачебных ошибок и ятрогений, прав пациентов, специфики моральных проблем в онкологии, психиатрии, наркологии, помощи людям, живущим с ВИЧ/СПИД.

4. *Институциональные* проблемы: анализ деятельности этических комитетов, моральных аспектов функционирования и развития современных систем здравоохранения и др.

Темы рефератов и докладов:

1. Наука и нравственность: творческая свобода и социальная ответственность ученого.
2. Этика науки и нормы научного этиоса.
3. Биомедицинские технологии и будущее цивилизации.
4. Понятие «биоэтика» в работе В. Р. Поттера «Биоэтика: мост в будущее».
5. Мировоззренческие основания биоэтического знания.
6. Стратегии био-власти и человеческая природа.
7. Статус медицины в современной культуре.
8. Биоэтика как междисциплинарное знание.

Вопросы для самоконтроля:

1. Какими факторами обусловлено появление и интенсивное развитие биоэтики в последней трети XX в.?

2. Как соотносятся между собой понятия «биоэтика», «биомедицинская этика», «медицинская этика»?

3. Перечислите достижения биомедицинской науки и практики, которые изменяют представления о телесности человека, его жизни и смерти, перспективах существования.

4. Американский мыслитель А. Тоффлер в работе «Метаморфозы власти» отмечает следующее: «Долгие годы врачи в Соединенных Штатах сохраняли недоступную для посторонних власть над медицинскими знаниями. Рецепты выписывались на латыни, обеспечивая эту профессию, так сказать, полусекретным кодом, который держал в неведении большинство пациентов. Медицинские журналы и тексты были адресованы только профессиональным читателям. Медицинские конференции носили закрытый характер. Врачи контролировали учебные планы и прием студентов в медицинских школах и высших учебных заведениях.

Сегодня у пациентов поразительный доступ к медицинским знаниям. Имея персональный компьютер и модем, кто угодно может войти в базы данных, такие как Index Medicus, и получить научные статьи обо всем, начиная с болезни Эдисона и заканчивая зигомикозом, и, в сущности, собрать больше информации по конкретному недугу и его лечению, чем обычный врач из-за нехватки времени в состоянии прочитать. [...] Едва ли не каждая выходящая в эфир передача новостей в Америке содержит медицинскую информацию или сюжет. Пресса рассказывает о случаях преступной небрежности врачей при лечении больных. Недорогие книги в мягких обложках рассказывают рядовым читателям, от каких медикаментов какого эффекта ожидать, какие лекарства нельзя смешивать, как повысить или понизить уровень холестерина с помощью диеты. Кроме того, крупные достижения в области медицины, даже впервые опубликованные в специализированных журналах, передаются в вечерних теленовостях едва ли не раньше, чем доктор медицины, сделавший открытие, вытащит журнал из своего почтового ящика.

Короче говоря, монополия на знания в области медицинских профессий полностью разрушена. И врач уже больше не бог». Как изменяется статус медицины, врача и пациента в современной культуре? Какие процессы способствуют медиализации общества? Оцениваете ли вы эти процессы как положительные или отрицательные?

5. Какие опасности для человечества несет научно-технический прогресс? Должны ли научные знания соотноситься с нравственными ориентирами социума и культуры?

6. Назовите этические принципы и нормы, которыми должен руководствоваться в своей деятельности ученый. В чем заключается социальная ответственность ученого?

7. Перечислите особенности биоэтики. Что означает междисциплинарный характер биоэтического знания?

8. Какое значение имеет биоэтика как социальный институт?

9. Назовите основные проблемы биоэтики.

ТЕКСТЫ ДЛЯ ОБСУЖДЕНИЯ

В. Р. Поттер

Биоэтика: мост в будущее

Глава 1. Биоэтика — наука выживания

Биология и мудрость в действии

Человечеству срочно требуется новая мудрость, которая бы являлась «знанием о том, как использовать знание» для выживания человека и улучшения его жизни. Концепция мудрости как руководство к действию и знание, необходимое для достижения социального блага и улучшения качества жизни, называется Наукой выживания. Я считаю, что эта наука должна строиться на знании биологии и в то же время выходить за границы ее традиционных представлений; включать в сферу своего рассмотрения наиболее существенные элементы социальных и гуманитарных наук, среди которых особое значение принадлежит философии, понимаемой как «любовь к мудрости». Наука выживания должна быть не просто наукой, а новой мудростью, которая объединила бы два наиболее важных и крайне необходимых элемента — биологическое знание и общечеловеческие ценности. Исходя из этого, я предлагаю для ее обозначения новый термин — «Биоэтика».

В век специализации мы, похоже, редко вспоминаем истину, которая ежедневно постигалась нашими предками: человек не может жить без сбора растений или убийства животных. Если растения высохнут и погибнут, а животные не смогут размножаться, то и человек вскоре заболеет и умрет, не сможет продолжить свой род. Мы, как уважающие себя личности, не можем доверить нашу судьбу ученым, инженерам, технологам и политикам, забывшим (или никогда не помнившим) эту простую истину. Большинство современных ученых-специалистов, например, в области ботаники, изучающей растения, или зоологии, исследующей животных, не стремятся к расширению своих ограниченных знаний. В то время как сегодня мы нуждаемся в биологах, не только уважающих хрупкую ткань жизни, но и расширяющих свои знания вплоть до понимания природы человека и его отношения к биологическому и физическому миру. [...]

Новая этика может быть определена как междисциплинарная этика, где под междисциплинарностью подразумевается объединение естественных и гуманитарных наук. [...]

Глава 4. Общество и наука

Рост неуправляемого знания

В связи с усложнением и стремительным увеличением объема знаний ученые были вынуждены специализироваться в какой-то одной, выбранной ими сфере науки. Они стали знать гораздо больше, но в пределах узкой области знания, и ученый теряет присущую ему ранее способность рассматривать специальное знание в более широком социокультурном контексте. Он перестал тратить свое время на решение космических проблем и стремиться к поиску окончательной истины, ибо убедился, что она недостижима, а знание универсума не может быть полезным и потому не представляет никакой практической важности или интереса. Было высказано предположение, что все новые

знания большей частью представляют собой благо для человечества и их вклад в развитие общества рано или поздно станет очевидным.

К началу XX века среди ученых почти не осталось тех, кто мог или хотел заняться решением космических проблем, и, напротив, философы, последователи Декарта, уже не надеялись овладеть всеми известными к тому времени знаниями. Произошло фактически полное разделение образованности и науки, хотя образ Луи Пастера, как эрудита, еще долгое время жил в общественном сознании. Знания стали силой, а ключом к ней стала наука. Ученые придумали искусственный шелк, нейлон, орлон и дакрон. Появились на свет пылесосы, транзисторные приемники, полупроводники. Вместе с тем был изобретен фосген, горчичный газ и другие отравляющие вещества.

Я думаю, что после применения отравляющих газов в Первую мировую войну, образ «опасного знания» стал реальностью. В период Второй мировой войны было разработано много других боевых отравляющих веществ, появилась на свет концепция биологической войны, изобретены химические вещества, уничтожающие посевы, а также газы нервно-паралитического действия и стали говорить о возможности бактериологической войны. Была создана и применена атомная бомба. Как во время, так и после войны с помощью науки были произведены тысячи видов различных химических веществ для уничтожения сельскохозяйственных посевов, сорняков, насекомых. [...]

Революция, направленная против науки, достигла своего пика в области биологического знания, когда Рашель Карсон, автор книги «Море вокруг нас», опубликовала свой бестселлер под названием «Безмолвная весна», в котором предъявила обвинения химической промышленности и обратила внимание общественности на побочные эффекты применения инсектицидов и гербицидов. Вскоре в Америке произошел случай с талидомидом. Талидомид — свободно продававшийся препарат против бессонницы, стал причиной рождения многих детей с нарушениями физического развития у женщин, которые принимали его значительные дозы во время беременности. [...]

Глава 5. Опасное знание: дилемма современной науки

Одна из дилемм современного общества — феномен опасного знания. Поэтому задачей любого образованного человека, где бы он ни работал, является оценка значения новых знаний и потенциальной возможности злоупотребления ими. Сегодня это требование жизни, всего лишь столетия назад ставшее очевидным. [...]

Хочется обратить внимание на то, что никто и никогда не сможет обладать всем необходимым для оценки скрытого потенциала новых знаний. Лучшее, на что можно надеяться — это развитие мультидисциплинарного подхода при планировании будущих научных проектов и установление постоянного контроля (на основе принципа предосторожности) за теми проектами, которые находятся в стадии реализации. [...]

Когда мы говорим об опасности знания, то мы должны тотчас признать, что знания, сами по себе, не могут быть ни хорошими, ни плохими. Эта идея заслуживает доверия, поскольку знание — это сила, которая доступна, поэтому всякий раз, когда это возможно, они будут использоваться людьми для увеличения могущества человека. Приобретенные человечеством знания никогда не будут пылиться в библиотеке или заперты в сейфе. С другой стороны, никому не интересны знания, которые нигде не применяются. Знание становится опасным или полезным только в процессе реализации тех практических целей, которые ставит перед собой человек.

Часто знание не считается опасным в момент его открытия. Например, какой-то определенный химический препарат, возможно, разрабатывался с целью лечения рака, затем была обнаружена его эффективность в борьбе с сорняками и, наконец, он используется как гербицид, отравляющий продовольственную базу целого государства. Аналогично, исследования ядерного синтеза первоначально не предполагали создание атом-

ной бомбы, способной разрушить целый город или уничтожить население страны; или же, создатели снотворного средства талидомида не учли его побочного действия на организм беременной женщины и ее будущего ребенка, который может родиться без рук. К сожалению, мы слишком поздно узнаем об опасности знания.

Поттер В. Р. Биоэтика: мост в будущее. Киев, 2002.

Вопросы:

1. Как определяет значение термина «биоэтика» В. Р. Поттер? В чем заключается необходимость этого знания?
2. В чем суть феномена неуправляемого и опасного знания?

А. Я. Иванюшкин
От этики Гиппократа к биоэтике

Биоэтика — наука о проблемных ситуациях современной медицины

В 1957 г. в США состоялся судебный процесс «Мартин Сальго против Стэнфордского университета». Пациент (по имени М. Сальго) стал инвалидом в результате медицинского вмешательства (спинномозговой пункции) и, обратившись в суд, выиграл дело: как выяснилось на суде, врач не проинформировал пациента о возможности такого серьезного осложнения, как паралич ног. Дело имело большой резонанс в СМИ, где и закрепилось английское словосочетание *informed consent* (информированное согласие), делающее акцент на полноте, адекватности информирования человека при оказании ему медицинской помощи. Так началась сенсбилизация общественного мнения в отношении будущих проблем биоэтики.

В самом конце 1950-х гг. в истории медицины происходят два события, сыгравшие большую роль в последующем становлении биоэтики. В 1957 г. глава римско-католической церкви папа Пий XII в журнале «*Anaesthetist*» впервые морально обосновывает допустимость прекращения реанимации у некоторых пациентов — имея в виду не только медицинские (абсолютная бесперспективность реанимации), но и богословские аргументы (возможно, душа у таких пациентов уже отделилась от их тела). В 1959 г. французские неврологи впервые описали состояние «запредельной комы» (смерть мозга), поставив одну из фундаментальных проблем биоэтики — обоснование нового определения смерти. В 1957–1959 гг. обе эти проблемы только были поставлены, а их глубинное воздействие не только на здравоохранение, но и общество в целом скажется через 10 и более лет, когда придет время клинической трансплантологии и хосписов.

Практически в те же годы в Германии происходят драматические события, тоже ставшие весьма важным фактором в зарождении биоэтики. Здесь в 1960 г. наблюдается странная эпидемия врожденных уродств — в течение года родились тысячи детей, практически лишенных конечностей (как правило, вместо них были только кисти рук и стопы ног). Впоследствии обнаружилось, что аналогичные случаи имели место и в других западных странах. Причиной уродств оказалось тератогенное воздействие (т. е. воздействие на зародыш) нового снотворного, успокаивающего и противорвотного средства — талидомида. В западных странах прокатилась волна судебных процессов (сумма иска одной американской семьи составляла 2 млн долларов). Для нас в этой истории опять очень важен колоссальный общественный резонанс.

Так, в ноябре 1962 г. в Бельгии в суде рассматривалось дело об эвтаназии: 24-летняя женщина, при соучастии мужа, сестры и врача, выписавшего смертельную дозу снотворного, умертвила с помощью этого средства своего ребенка, родившегося с

такими уродствами. Общественное мнение было целиком на стороне обвиняемых, в их защиту проходили массовые демонстрации. Суд всех оправдал.

Некоторые авторы рождение биоэтики относят к 1961 г., когда в американском городе Сиэтле в Центре «Искусственная почка» на один-единственный аппарат претендовали 7 обреченных на смерть пациентов — ребенок 9 лет, 35-летняя замужняя женщина (мать 8 детей) и пятеро мужчин (65, 39, 33, 31 и 30 лет). Был создан общественный комитет (членство в нем было засекречено), который должен был выбрать единственного счастливого. Этот комитет окрестили в прессе «божественным комитетом», его члены безуспешно пытались, опираясь на критерии «возраст», «пол», «социально-экономическое положение», «образование», «количество иждивенцев», «психологическая устойчивость», определить преимущественные шансы «права на жизнь» кого-то одного перед всеми остальными. Впоследствии специалисты-биоэтики неоднократно обращались к этой ситуации, и многие пришли к выводу, что наиболее справедливым был бы жребий. По сути дела, «божественный комитет» в Сиэтле был первым общественным этическим комитетом. Впоследствии создание множества таких этических комитетов стало означать, что биоэтика является не только наукой, но и социальным институтом современного общества.

Большинство биоэтических проблем уже потому преисполнены драматизма, что человеческая цивилизация столкнулась с ними впервые (допустимость «суррогатного материнства», опытов по клонированию человека и т. д.), т. е. ни врачи, ни общество в целом не имели морального опыта для их разрешения. При возникновении биоэтических проблем не просто отдельный врач, но «все человечество — перед выбором».

Биоэтика призвана определять границу добра и зла для следующих проблемных ситуаций современной биомедицины: получение информированного согласия и обеспечение прав пациентов (включая детей и душевнобольных, т. е. лиц, полностью или частично некомпетентных); сокрытие правдивой информации от пациента в случаях неблагоприятного прогноза исхода заболевания; разглашение врачебной тайны в ситуации несовпадения, а то и конфликта интересов пациента и других заинтересованных лиц; искусственный аборт; использование фетальных (зародышевых) тканей; применение современных методов контрацепции (в том числе стерилизации); применение различных методов искусственного оплодотворения, включая «суррогатное материнство» (в том числе когда «заказчиками» являются гомосексуальные пары); транссексуализм и хирургическое изменение пола; опыты по клонированию человека; применение генодиагностики и генотерапии; новое определение смерти в связи с диагнозом «смерть мозга»; эвтаназия (активная или пассивная, добровольная или недобровольная, прямая или косвенная); ассистирование при самоубийстве; отношение к умирающим (хосписы, отделения паллиативной медицины); медицинские эксперименты на человеке (включая детей и душевнобольных, т. е. лиц, полностью или частично некомпетентных); эксперименты на животных; иммунопрофилактика инфекционных болезней (вакцинация); медицинская помощь ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом; трансплантология, в особенности донорство органов и тканей; оказание психиатрической помощи, в особенности недобровольное лечение; справедливость в здравоохранении и т. д. Все названные проблемные ситуации являются моральными дилеммами, т. е. допускают альтернативные морально оправдываемые решения. [...]

*Иванюшкин А. Я. От этики Гиппократа к биоэтике
// Россия в окружающем мире. М., 2009.*

Вопросы:

1. Какие события определили становление биоэтики?

2. Какие дилеммы порождает прогресс биомедицинских технологий?

Репозиторий БГМУ

ТЕМА 4. МОРАЛЬНЫЕ ЦЕННОСТИ, ПРИНЦИПЫ И ПРАВИЛА БИМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ (4 ЧАСА)

По-видимому, все чудеса врачей сводятся к их силе внимания к больному. Этой силой поэты одухотворяют природу, а врачи больных поднимают с постели.

М. М. Пришвин

План-конспект семинарского занятия:

- 4.1. Высшие моральные ценности в медицине.
- 4.2. Принципы биомедицинской этики.
- 4.3. Правила биомедицинской этики.

Ключевые понятия: общечеловеческие ценности; добро; зло; страдание; сострадание; милосердие; свобода; моральная ответственность; принципы биомедицинской этики: уважение автономии личности, не навреди, делай добро, справедливость, уважение человеческого достоинства, целостности и уязвимости личности; правила биомедицинской этики: информированное согласие, правдивость, неприкосновенность частной жизни, конфиденциальность.

4.1. ВЫСШИЕ МОРАЛЬНЫЕ ЦЕННОСТИ В МЕДИЦИНЕ

Нравственными основаниями врачевания являются общечеловеческие моральные ценности, принципы и нормы. К высшим моральным ценностям, которые задают предельно общие ориентиры медицинской профессии можно отнести: *добро, сострадание, милосердие, свободу, долг, совесть, справедливость и др.* В контексте биоэтического знания особое значение приобретает *жизнь* как ценность и цель врачевания (см. тему 7).

Добро и зло являются центральными категориями этического знания. Они выступают критериями разграничения нравственного и безнравственного в любой деятельности человека, в том числе в медицине. В понятии добра отражаются наиболее обобщенные и устойчивые представления о благе и поступках человека, которые предполагают духовное возвышение и нравственное совершенство. В медицине в самом общем виде добро направляет врача на сохранение жизни и здоровья человека. Будучи высшей ценностью и нравственным ориентиром, добро абсолютно и едино. В реальной же жизни добро реализуется в многообразии поступков и явлений и проявляется через борьбу со злом и пороком.

В современной медицинской практике часто встречаются ситуации морального выбора между добром и злом, «меньшим» и «большим» злом. Осуществление морального выбора невозможно вне *нравственной свобо-*

ды — способности человека к самоопределению, автономии и волеизъявлению. В медицине нравственная свобода врача дает ему возможность предпринимать решительные действия, направленные на помощь больному, открывать и применять новые знания и методы, давать своим действиям нравственную оценку и т. д. Реализация свободы тесно связана с *моральной ответственностью*, т. е. способностью личности отвечать за совершенные поступки и действия.

Врач, как правило, имеет дело с пациентом, который в силу своего состояния испытывает физические или душевные страдания. Поэтому особое значение в медицинской профессии приобретают ценности *сострадания и милосердия*, которые предполагают сочувствие, сопереживание другому человеку, соединенные с желанием ему помочь, доброжелательность, заботу, любовь к ближнему. Им противоположны равнодушие, жестокосердие, злонамеренность, враждебность, насилие.

4.2. ПРИНЦИПЫ БИМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ

В литературе по проблемам биоэтики можно встретить различные варианты систематизации универсальных принципов и норм биомедицинской этики. Наиболее широкое признание получила концепция, предложенная известными американскими специалистами *Томом Бичампом и Джеймсом Чилдресом* в работе «Принципы биомедицинской этики». Авторы выдвигают в качестве основополагающих четыре принципа: 1) *уважение автономии личности*, 2) *не навреди*, 3) *делай добро*, 4) *справедливость*. Принципы «не навреди» и «делай добро» являются фундаментальными основаниями традиционной медицинской этики со времен Гиппократов, а принципы уважения автономии личности и справедливости становятся актуальными на современном этапе развития биомедицинской этики.

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

В медицинской практике нередко встречаются ситуации, когда пациенты не могут принимать в полной мере осознанного решения либо в силу возраста (дети), либо по состоянию здоровья (лица, страдающие психиче-

скими расстройствами и др.). В этом случае автономия переносится на их законных представителей (близких родственников, усыновителей, опекунов, попечителей). Если законные представители отсутствуют или установить их местонахождение невозможно, решение может принимать врач или консилиум врачей. При этом их действие должно быть обосновано принципами «не навреди» и «делай добро».

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

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

Принцип справедливости на уровне отношений «врач–пациент» предполагает оказание помощи больному вне зависимости от его пола, возраста, расовой и национальной принадлежности, социального и матери-

ального положения, политических убеждений и вероисповедания, личных предпочтений врача; *на уровне системы здравоохранения в целом* — равный доступ всех слоев и групп населения к получению биомедицинских услуг и благ, доступность фармакологических средств, защиту наиболее уязвимых слоев населения. При распределении дефицитных ресурсов здравоохранения приходится обращаться к тем или иным критериям справедливости — *равенства, учета индивидуальных потребностей или заслуг* и др. Безусловно, ни один из них не может считаться абсолютным и часто для распределения ограниченных медицинских ресурсов используется несколько критериев.

Кроме обозначенных принципов, можно также отметить:

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

– *принцип целостности*, акцентирующий внимание на физической и психической тождественности личности самой себе и запрещающий манипуляцию или разрушение этого тождества;

– *принцип уязвимости*, характеризующий хрупкость и конечность каждой жизни, требующий особой защиты и внимания по отношению к отдельным группам населения (бедным, малограмотным, детям, инвалидам).

В октябре 2005 г. Генеральная конференция ЮНЕСКО приняла *Всеобщую декларацию о биоэтике и правах человека*. Декларация затрагивает этические вопросы, касающиеся медицины, наук о жизни и связанных с ними технологий, и утверждает *15 принципов*, обеспечивающих в этих сферах деятельности уважение человеческого достоинства, прав человека и его основных свобод (см. тексты для обсуждения).

4.3. ПРАВИЛА БИМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ

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

Правило информированного согласия означает, что любое медицинское вмешательство или медико-биологическое исследование должно осуществляться с согласия пациента или испытуемого, полученного добровольно и на основе достаточной информированности. Пациент должен быть проинформирован о состоянии здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, диагнозе и прогнозе; целях предполагаемого вмешательства, его продолжительности, ожидаемых последствиях для пациента, возможных неприятных ощущениях (тошнота, рвота, боль, зуд и т. д.), риске для жизни, физического или социопсихоло-

гического благополучия; финансовых расходах, связанных и с лечением, и с реабилитацией. Необходимо также информировать пациента о наличии альтернативных методов лечения и их сравнительной эффективности.

В случае если пациент не является автономной личностью, информированное согласие на медицинское вмешательство дают его законные представители.

Правило получения информированного согласия пациентов и тех, кто привлекается к участию в клинических испытаниях или медико-биологических исследованиях закреплено в Законе Республики Беларусь «О здравоохранении» (ст. 27, 30, 31).

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

Правило неприкосновенности частной жизни (приватности) запрещает медицинским работникам без согласия пациента собирать, накапливать и распространять (передавать или продавать) информацию, касающуюся его частной жизни.

Правило конфиденциальности предполагает строгое соблюдение врачебной тайны. Предметом конфиденциальности являются: информация о факте обращения за медицинской помощью, данные о состоянии здоровья, диагноз, прогноз и все те сведения, которые врач получает в результате обследования и лечения пациента, а также немедицинская информация о пациенте или его близких, ставшая известной врачу в процессе выполнения им профессиональных обязанностей. Эта информация может быть передана третьим лицам только с согласия пациента.

Конфиденциальность предполагает также анонимность используемых сведений в научной и учебной литературе, возможность анонимной диагностики, минимизацию вмешательства в личную жизнь пациента, тщательное хранение данных и ограничение доступа к ним.

Дискуссионным в биомедицинской этике является вопрос о границах врачебной тайны. Если личные интересы пациента нарушают интересы других людей и сохранение тайны угрожает их здоровью и безопасности (например, в случае жестокого обращения с детьми и др.) допускается ее разглашение.

Правило конфиденциальности зафиксировано во многих этических кодексах, начиная с клятвы Гиппократова, и закреплено в Законе Республики Беларусь «О здравоохранении» (ст. 60).

Темы рефератов и докладов:

1. Добро и зло в медицине.
2. Сострадание и милосердие как нравственные ценности врачевания.
3. Свобода и моральная ответственность врача.
4. Принцип уважения автономии личности и права пациента.
5. Современные теории справедливости.
6. Моральные проблемы распределения медицинских ресурсов в различных системах здравоохранения.
7. Специфика информированного согласия неавтономных личностей.
8. Этико-правовые аспекты отказа пациента от медицинской помощи.
9. Правило правдивости и проблема плацебо.
10. «Святая ложь»: исторический и этический анализ.
11. Проблема границы врачебной тайны.

Вопросы для самоконтроля:

1. Русский мыслитель Н. Бердяев писал: «Проблема этики не может быть даже поставлена, если не признавать, что возникло различие между добром и злом и возникновению этого различия предшествует состояние бытия «по ту сторону добра и зла»... Добро и зло коррелятивны, и в известном смысле можно сказать, что добро возникло лишь тогда, когда возникло зло, и падает с падением зла. Это и есть основной парадокс этики...». Согласны ли вы с позицией мыслителя? Может ли зло существовать без добра? А добро без зла? Существует ли Абсолютное добро? Возможна ли его реализация в конкретных поступках, ситуациях, моральных нормах и принципах? В чем специфика проявления добра и зла в медицине?

2. Как проявляется свобода и ответственность в деятельности врача?

3. Какова специфика сострадания в медицинской деятельности? Как соотносятся между собой понятия сострадания и милосердия? Приведите примеры проявления милосердия в профессиональной жизни известных врачей.

4. Перечислите основополагающие принципы биомедицинской этики и раскройте их содержание.

5. Назовите условия, которые позволяют осуществлять человеку автономные действия. Какие лица не могут совершать автономный выбор в отношении своей жизни и здоровья? Какими моральными принципами должен руководствоваться врач в этом случае?

6. Какими причинами может быть вызван вред, наносимый врачом пациенту?

7. Может ли врач отказаться от оказания медицинской помощи? Существуют ли уважительные причины такого отказа?

8. Какие критерии распределения ограниченных медицинских ресурсов используются в белорусской системе здравоохранения? Соответствуют ли эти критерии принципу справедливости?

9. О чем должен информировать врач пациента? Может ли пациент отказаться от информации о состоянии здоровья и медицинского вмешательства? Как в этом случае должен поступить врач?

10. В чем суть правила правдивости? В каких случаях его выполнение вызывает трудности?

11. Является ли этически оправданной тактика «спасительной (святой) лжи»?

12. Что является предметом врачебной тайны? В каких случаях допускается ее разглашение?

13. Приведите примеры нарушений принципов и правил биомедицинской этики? Чем на Ваш взгляд обусловлены эти нарушения?

Ситуационные задачи и казусы³ для обсуждения:

1. Ассистент кафедры кожных болезней, консультируя больного с псориазом, на вопрос пациента: «Сколько времени я буду страдать этим заболеванием?» ответил: «Всю жизнь!» Больной, не ожидавший такого ответа, очень расстроился, так как думал, что его заболевание легко вылечить. Какой нравственный принцип и правило нарушил ассистент, давая категорическое заключение о сроках течения болезни? Предложите свой вариант информирования больного о его заболевании.

2. В клинике по поводу системной красной волчанки (СКВ) лечилась больная 27 лет. Согласно стандартному обследованию, был проведен анализ крови на реакцию Вассермана, который у данной больной оказался положительный. По вине врача-лаборанта и медсестры результаты анализа стали известны соседям по палате, которые стали «косо» поглядывать на пациентку. Больная поссорилась с мужем, у нее развилась тяжелая психическая реакция с обострением симптомов красной волчанки. Лечащему врачу стоило большого труда успокоить больную и ее мужа, объяснив возможность специфических положительных реакций Вассермана при СКВ. Какое правило биомедицинской этики не соблюдалось врачом-лаборантом и медсестрой?

3. Пациент с язвенной болезнью проходит обследование в хирургическом отделении. В план обследования включена эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС), необходимая для выбора метода лечения консервативного или оперативного (в том числе и способа оперативного вмешательства). Пациенту в доступной форме объясняют суть исследования, предупреждают о возможных осложнениях и риске летального исхода. Пациент подписывает отказ на проведение данной манипуляции. Как должен поступить врач в данной ситуации?

³ Казус — сложная ситуация в медицинской практике, которая не может быть однозначно разрешена с позиций теоретической этики, законодательства, религиозного мировоззрения, общественного сознания и допускает принятие конкретных неординарных решений. Казуистический подход активно разрабатывается и применяется в американской системе биоэтического образования.

4. Больной готовится к операции — ампутации ноги. Он находится в депрессивном состоянии, хочет покончить с жизнью, просит врача «лучше назначить ему яд, чтобы побыстрее умереть». Как должен поступить врач в данной ситуации?

5. Раненный при задержании преступника милиционер был доставлен в больницу. После обработки раны ему необходимо переливание крови в связи с большой кровопотерей. Однако кровь подобной группы имеется для другого больного, который должен оперироваться в плановом порядке. Дежурный хирург принимает решение использовать имеющийся запас крови, отменить плановую операцию, поставив об этом в известность пациента. Какой моральный принцип определил решение врача? Каким критерием руководствовался врач, распределяя дефицитный медицинский ресурс?

6. Женщина, 40 лет, беременна на сроке 16 недель. Беременность первая, желанная, до этого длительное время лечилась по поводу бесплодия. На фоне нормально протекающей беременности развивается дисфагия (затруднение прохождения пищи по пищеводу). При обследовании выявлен рак кардиального отдела желудка 4-й степени с прорастанием в левую долю печени. Отмечается стимулирующее влияние беременности на рост опухоли и пагубное влияние раковой интоксикации на развитие плода. Лечащий врач настаивает на прерывании беременности. Женщина дала согласие на аборт. Дайте оценку решения женщины с правовой, моральной и религиозной позиции.

7. Врач диагностировал у пациента, работающего шофером автобуса, эпилепсию. Пациент отказывается сообщить о случившемся с ним по месту работы, поскольку знает, что это повлечет его отстранение от рейсов и необходимость переквалификации. Как должен поступить врач в этой ситуации?

8. Во время беседы на приеме у психиатра пациент сообщает о возникающих у него идеях убить или покалечить кого-либо из близких. Должен ли врач предупредить этих людей о грозящей им опасности или же ему надлежит сохранить информацию конфиденциальной?

9. На приеме в поликлинике ЛОР-врач обнаруживает у пациента опухоль гортани в ранней стадии, но не сообщает ему об этом, боясь за его психическое состояние. Врач дает больному направление в онкологический диспансер, но пациент долгое время откладывает посещение онколога, мотивируя это отсутствием времени. В результате больной был доставлен в приемное отделение больницы бригадой скорой помощи с диагнозом: «Стеноз гортани 3-й степени. Рак гортани с прорастанием в пищевод». Какое правило биомедицинской этики нарушил врач поликлиники? Дайте оценку его действия с моральной и правовой позиции.

10. У женщины произошли преждевременные роды в 28 недель. Настоящая беременность наступила после многих безуспешных лет лечения бесплодия. Шансы, что ребенок выживет, минимальные. Мать попросила доктора пригласить священника для крещения ребенка. Должен ли врач удовлетворить просьбу пациентки?

11. Ребенок известных родителей самостоятельно обратился в травмпункт по факту побоев со стороны сверстников, направлен на госпитализацию в состоянии средней тяжести. В тот же день по телефону была запрошена информация по факту обращения ребенка, представились как родственники потерпевшего. Также было несколько обращений из периодической прессы. Как должен поступить медицинский персонал в данной ситуации?

12. Больной поступил в офтальмологическое отделение с признаками воспаления левого глаза неясной этиологии. При обязательном обследовании пациента получены следующие результаты: положительная реакция Вассермана (4 креста) и ИФА на ВИЧ. Больному было сообщено о его заболеваниях и предложено лечение в специализиро-

ванном стационаре, от которого больной уклонился. Должен ли врач в этой ситуации сообщить о диагнозе пациента его семье?

13. В приемное отделение зимой, в сильный мороз поступил пациент-бомж. При осмотре окулистом выявлено воспалительное заболевание левого глаза (катаральный увеит), которое не требует госпитализации в отделение, но нуждается в обязательном амбулаторном лечении. Учитывая социальное положение больного, врач приемного отделения переписал диагноз на более опасный и госпитализировал больного в стационар. Какой принцип биомедицинской этики выполнял врач?

14. Пациент страдает неоперабельной формой рака поджелудочной железы. Врач решил не сообщать пациенту диагноз и проинформировать о его состоянии родственников. Дайте оценку решения врача с правовой, моральной и религиозной позиции.

15. Молодая супружеская пара. В результате опасного кровотечения, возможно, после аборта, у женщины в 25 лет удалена матка. Супруги отказываются от приемного ребенка и предпочитают способ помещения яйцеклетки жены, оплодотворенной спермой мужа, в матку другой женщины для вынашивания ребенка. Дайте моральную оценку их решения.

16. Замужняя женщина, имеющая детей, обращается с просьбой о перевязывании маточных труб. Дайте оценку решения женщины с правовой, моральной и религиозной позиции.

17. Новорожденный ребенок страдает атрезией заднего прохода и болезнью Дауна. Немедленное хирургическое вмешательство позволило бы, вероятно, спасти жизнь новорожденного, но его интеллект не превысил бы со временем уровень 4-летнего ребенка, а продолжительность жизни составила бы около двадцати лет. Родители отказываются от операции, предпочитая, чтобы ребенок умер естественной смертью. Дайте моральную оценку их решения.

18. Мужчина, 45 лет, страдает боковым амиотрофическим склерозом с расстройством фонации и глотания. Психическое состояние нормальное. Обращается с просьбой об «активной» эвтаназии. Является ли просьба пациента юридически и морально обоснованной? В чем в данном случае состоит долг врача?

19. Обвиняемый 28 лет, страдающий психическим расстройством, подозревается в организованном групповом грабеже. Допустимо ли участие психиатра в допросе подозреваемого?

20. Мужчина, 72 года. Рак предстательной железы, костные и гепатические метастазы, однако больной не знает, что он обречен. В рамках избранной терапии проводится проверка противоракового препарата (первое испытание на человеке). Согласия больного не испрашивалось. Допустимо ли проведение подобных исследований, если они потенциально могут быть полезны пациенту?

21. Женщина, 25 лет, госпитализирована в связи с добровольным прерыванием беременности. Пациентка согласилась на введение ей за 48 ч до проведения аборта определенных веществ с целью изучения их воздействия (тератогенное действие) на 12-недельный эмбрион. Допустимо ли проведение подобного исследования? Дайте моральную оценку решения женщины.

22. Больной, 50 лет, подает жалобу на врача по поводу возникновения у него фармакозависимости. Страдает хронической астмой, в связи с чем врач назначил ему кортикостероиды. Больного беспокоят побочные действия препарата. Врач заявляет, что разъяснил больному возможные последствия действия препарата и получил его согласие. Какими моральными соображениями руководствовался врач при назначении данного препарата? Как можно разрешить конфликт врача и пациента в этом случае?

23. Мужчине 38 лет проведена жизненно необходимая операция (поясничная симпатэктомия) по поводу артериита нижних конечностей без предупреждения о возможных последствиях. В результате операции наступила полная импотенция. Оцените правомочность и этичность действий врачей в этом случае.

24. Пациент, больной СПИДом, просит не сообщать о его диагнозе партнеру или партнерше. Какие правовые и этические нормы действуют в данном случае? Какой оптимальный вариант поведения врача Вы можете предложить?

25. Хирург систематически проводит тестирование пациентов на ВИЧ без их ведома и отказывается их оперировать в случае положительной реакции. Оцените поведение врача с точки зрения принципов и правил биомедицинской этики?

26. Ребенок 3 лет, страдает врожденным пороком сердца. Необходимо хирургическое вмешательство на открытом сердце. Операция срочная. Родители («свидетели Иеговы») отказываются от операции в связи с недопустимостью (по их религиозным соображениям) необходимого во время операции переливания крови. Как должны (и имеют право) поступить врачи в этом случае?

27. Мужчина, 42 года, женат, отец двоих детей; в результате вирусной инфекции страдает сердечно-легочной недостаточностью в последней стадии. С его согласия готовится к операции по пересадке комплекса «легкие–сердце». В день операции отказывается от хирургического вмешательства, которое могло бы спасти ему жизнь. Его семья, жена и дети, просят бригаду провести операцию и спасти его. Каковы правовые и моральные обязательства медиков в подобном случае?

28. Больной 80 лет, ветеран Великой Отечественной войны поступил в стационар. В связи с отсутствием свободных мест в палатах был определен в коридор. Больной требовал перевести его в палату, ссылаясь на заслуги перед отечеством. В последствии ветеран первым из пациентов, находящихся в коридоре, был переведен в палату. Какой принцип биомедицинской этики определил такое решение?

29. В реанимацию московской больницы поступил ребенок с гангреной правой нижней конечности — резко выражена интоксикация, полиорганная недостаточность. Родители ребенка категорически отказались от оперативного лечения — ампутации. Попытки убедить родителей предпринимались в течение 2 дней. На 3-и сутки ребенок погиб от полиорганной недостаточности. От вскрытия родители отказались. Как в данной ситуации должны были поступить врачи?

30. В косметической клинике больной была проведена липосакция, удаленная жировая ткань в дальнейшем была использована для получения стволовых клеток. Должны ли были врачи сообщить об этом пациентке?

31. Больной поступил в отделение челюстно-лицевой хирургии с диагнозом: перелом скулоорбитального комплекса слева. Результаты анализа на ВИЧ оказались положительные. Врач вынужден был сообщить пациентам в палате о том, что их сосед ВИЧ-инфицирован, с тем, чтобы они пользовались средствами личной гигиены индивидуально, не пользовались мазями и каплями этого пациента, так как есть тенденция среди пациентов использовать лекарственные средства друг друга. Дайте оценку действий врача с моральной позиции.

32. В больницы часто поступают люди, которые живут на улице. Иногда эти люди, несмотря на то, что находятся в тяжелом состоянии, в течение нескольких дней лежат в коридоре без внимания со стороны врачей и младшего медицинского персонала. Врачи и медсестры брезгуют подходить к ним. Нередко первую помощь они получают от других пациентов. Какой принцип отношения медицинского персонала к больным при этом нарушается?

33. У молодой женщины впервые в 30 лет возникли приступы эпилепсии. Она была обследована стационарно в неврологическом отделении Республиканской больницы, поставлен диагноз: «Эпилепсия». Но при выписке в листке нетрудоспособности был указан другой диагноз: «Вегето-сосудистая дистония». Каким правилом руководствовались врачи в данной ситуации?

34. Доцент хирургической кафедры на обходе в реанимационном отделении на вопрос только что пришедшего в себя после обширной операции пациента о сроках пребывания в реанимации лаконично ответил: «До конца!». Оцените высказывание врача? Предложите свой вариант информирования больного.

35. Врач акушер-гинеколог, работая в фармацевтической фирме и получая 20 % от стоимости препарата в случае его продажи, назначает дорогостоящий поливитаминный комплекс всем беременным на своем участке. При этом «забывает» рассказать о возможных побочных эффектах, таких как частые аллергические реакции разной степени тяжести и раннее закрытие большого родничка у ребенка, и возможных более дешевых, но не менее эффективных аналогах. Какие принципы и правила биомедицинской этики нарушает врач?

36. В клинику поступил пациент 20 лет с проникающим колото-резанным ранением передней брюшной стенки, ранением печени, внутрибрюшным кровотечением, геморрагическим шоком III степени. Пациент без сознания, доставлен скорой помощью с улицы в 3 часа ночи, родственников нет. Какими принципами и правилами биомедицинской этики должны руководствоваться медицинские работники в данной ситуации?

37. При обследовании врач частной коммерческой поликлиники ставит женщине диагноз — сифилис. Из медицинской карты он знает, что женщина работает в системе общественного питания. Должен ли врач сообщить о диагнозе пациентки по месту ее работы?

38. При осмотре ребенка с судорогами врач сообщает матери, что для точной диагностики ребенку необходимо провести МРТ головного мозга под наркозом, который вводится внутривенно. Мама отказывается, т. к. боится, что общий наркоз навредит ее ребенку. Как должен поступить в данном случае врач?

39. Больной оперируется по поводу аппендицита. На операции выявлены признаки рака слепой кишки. Выполняется радикальная операция. Метастазы не выявлены. Необходимо ли ставить в известность больного о расширении объема операции и причине этого?

40. В палате лежит пациентка с явными признаками насильственной травмы. Однако пациентка настойчиво утверждает, что она упала. Как должен поступить врач в данной ситуации?

Ситуационные задачи и казусы были подготовлены на основе следующих источников:

1. Ситуационные задачи по курсу «Биомедицинская этика». Под ред. проф. И. В. Силуяновой. М., 2005.

2. Медицина и права человека: нормы и правила международного права, этики, католической, протестантской, иудейской, мусульманской и буддийской религиозной морали. М., 1992.

ТЕКСТЫ ДЛЯ ОБСУЖДЕНИЯ

ВСЕОБЩАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ О БИОЭТИКЕ И ПРАВАХ ЧЕЛОВЕКА (извлечение)

Принята 19 октября 2005 г. на 33-й сессии генеральной конференции ЮНЕСКО.

Принципы

В рамках сферы применения настоящей Декларации в решениях или практических мерах, принимаемых или осуществляемых теми, к кому она обращена, должны соблюдаться следующие принципы.

Статья 3. Человеческое достоинство и права человека

1. Должно обеспечиваться полное уважение человеческого достоинства, прав человека и основных свобод.

2. Интересы и благосостояние отдельного человека должны главенствовать над интересами собственно науки или общества.

Статья 4. Благо и вред

В процессе применения и развития научных знаний, медицинской практики и связанных с ними технологий следует добиваться получения максимальных прямых и косвенных благ для пациентов, участников исследований и других затрагиваемых лиц и сводить к минимуму любой возможный для них вред.

Статья 5. Самостоятельность и индивидуальная ответственность

Должна обеспечиваться самостоятельность лиц в принятии решений при соответствующей ответственности за эти решения и уважении самостоятельности других. В отношении лиц, которые не обладают правоспособностью для совершения самостоятельных действий, должны приниматься специальные меры по защите их прав и интересов.

Статья 6. Согласие

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

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

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

Статья 7. Лица, не обладающие правоспособностью давать согласие

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

(а) разрешение на проведение исследований и медицинскую практику следует получать исходя из наилучших интересов соответствующего лица и в соответствии с внутренним законодательством. Вместе с тем необходимо, чтобы соответствующее лицо в максимально возможной степени участвовало в процессе принятия решений относительно согласия, а также отзыва согласия;

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

Статья 8. Признание уязвимости человека и уважение неприкосновенности личности

В процессе применения и развития научных знаний, медицинской практики и связанных с ними технологий следует учитывать уязвимость человека. Следует обеспечивать защиту особо уязвимых лиц и групп и уважать их личную неприкосновенность.

Статья 9. Неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность

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

Статья 10. Равенство, справедливость и равноправие

Должно обеспечиваться соблюдение основополагающего принципа равенства всех людей в том, что касается их достоинства и прав, для целей справедливого и равноправного обращения с ними.

Статья 11. Недопущение дискриминации и стигматизации

Никакое отдельное лицо или группа не должны подвергаться дискриминации или стигматизации на каких бы то ни было основаниях в нарушение принципа уважения человеческого достоинства, прав человека и основных свобод.

Статья 12. Уважение культурного разнообразия и плюрализма

Следует уделять должное внимание важному значению культурного разнообразия и плюрализма. Вместе с тем эти соображения не должны использоваться в качестве предлога для ущемления человеческого достоинства, прав человека и основных свобод, а также в ущерб принципам, изложенным в настоящей Декларации, и не должны ограничивать сферу применения этих принципов.

Статья 13. Солидарность и сотрудничество

С этой целью должны поощряться солидарность между людьми и международное сотрудничество.

Статья 14. Социальная ответственность и здоровье

1. Содействие укреплению здоровья и социальному развитию своего населения является одной из основных целей правительств, которую разделяют все слои общества.

2. Ввиду того, что обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав всякого человека без различия по признаку расы, религии, политических убеждений, экономического или социального положения, прогресс в области науки и техники должен способствовать:

(a) доступу к качественным медицинским услугам и важнейшим лекарствам, особенно в том, что касается здоровья женщин и детей, поскольку здоровье имеет важнейшее значение для самой жизни и должно рассматриваться в качестве общественного и человеческого блага;

(b) доступу к надлежащему снабжению продуктами питания и водой;

(c) улучшению условий жизни и состояния окружающей среды;

(d) недопущению маргинализации и отчуждения лиц на каких бы то ни было основаниях; и

(e) сокращению масштабов нищеты и неграмотности.

Статья 15. Совместное использование благ

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

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

(b) доступ к качественным медицинским услугам;

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

(d) поддержка служб здравоохранения;

(e) доступ к научно-техническим знаниям;

(f) укрепление потенциала в области проведения исследований;

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

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

Статья 16. Защита будущих поколений

Следует уделять должное внимание воздействию наук о жизни на будущие поколения, в том числе на их генетические характеристики.

Статья 17. Защита окружающей среды, биосферы и биоразнообразия

Следует уделять должное внимание взаимосвязи между человеком и другими формами жизни, важности надлежащего доступа к биологическим и генетическим ресурсам и их использования, уважению традиционных знаний и роли человека в защите окружающей среды, биосферы и биоразнообразия.

ЗАКОН РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ «О ЗДРАВООХРАНЕНИИ» (извлечение)

Редакция закона от 11 января 2002 г. № 91-3

Статья 3. Государственная политика в области охраны здоровья населения

Государственная политика в области охраны здоровья населения предусматривает: создание условий для сохранения и укрепления здоровья населения; ответственность граждан за сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья других людей;

профилактическую направленность здравоохранения;

доступность медицинской помощи и лекарственного обеспечения населения;

приоритетное медицинское обслуживание и лекарственное обеспечение детей и матерей;

координацию и контроль Министерством здравоохранения Республики Беларусь деятельности в области здравоохранения других органов государственного управления, ведающих вопросами здравоохранения, и субъектов, осуществляющих деятельность в области здравоохранения;

экономическую заинтересованность юридических и физических лиц в охране здоровья населения;

ответственность государственных органов, юридических лиц, индивидуальных предпринимателей за состояние здоровья населения;

участие общественности и граждан в охране здоровья населения.

Статья 5. Право граждан Республики Беларусь на охрану здоровья

Граждане Республики Беларусь независимо от пола, расы, языка, национальности, должностного и социального положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, иных обстоятельств имеют право на охрану здоровья.

Это право обеспечивается охраной окружающей среды, созданием благоприятных условий труда, быта, отдыха, гигиеническим воспитанием и обучением граждан, производством и реализацией доброкачественных продуктов питания, созданием условий для занятий физической культурой и спортом, а также предоставлением населению доступной медицинской помощи, включая бесплатное лечение в государственных организациях здравоохранения.

Государственные организации здравоохранения могут оказывать платные медицинские услуги в соответствии с перечнем и порядком, определяемыми Советом Министров Республики Беларусь.

Граждане Республики Беларусь, временно выезжающие за ее пределы, подлежат обязательному медицинскому страхованию. Порядок и условия обязательного медицинского страхования граждан Республики Беларусь при выезде за ее пределы определяются Советом Министров Республики Беларусь.

Статья 25. Лечащий врач

Лечащим врачом является врач, оказывающий медицинскую помощь пациенту в период его наблюдения и лечения в организации здравоохранения. Руководители организаций здравоохранения закрепляют пациентов с их согласия за лечащими врачами.

Лечащий врач организует своевременное и квалифицированное обследование и лечение пациентов, представляет информацию о состоянии их здоровья, в случае необходимости ставит вопрос перед руководством организации здравоохранения о проведении консультаций (консилиумов).

Порядок проведения консультаций (консилиумов) определяется Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Решение о применении методов диагностики и лечения, содержащихся в заключениях консультанта (консилиума), принимает лечащий врач, а в период его отсутствия — дежурный врач. В случае несогласия лечащего врача с заключением консультанта (консилиума) такое решение принимает руководство организации здравоохранения.

Консультанты и члены консилиумов несут ответственность за правильность установленного ими диагноза и адекватность назначенного лечения.

В случае несоблюдения пациентом без уважительной причины врачебных предписаний или правил внутреннего распорядка организации здравоохранения для пациентов лечащий врач с разрешения руководства организации здравоохранения может отказаться от наблюдения и лечения пациента, если это не угрожает жизни пациента или здоровью окружающих.

Статья 27. Согласие на медицинское вмешательство

Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является добровольное согласие информированного пациента.

Сложные медицинские вмешательства (хирургические операции, переливание крови, сложные методы диагностики) проводятся с письменного согласия пациента, ознакомленного с их целью и возможными результатами.

В отношении несовершеннолетних и лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными, согласие дают их законные представители, а в отношении пациентов, не способных по состоянию здоровья к принятию осознанного решения, — супруг, а при его отсутствии — близкие родственники.

Согласие на медицинское вмешательство оформляется записью в медицинской документации и подписывается пациентом либо лицами, указанными в части третьей настоящей статьи.

В случае, когда медицинское вмешательство неотложно, а указанные лица отсутствуют или установить их местонахождение невозможно, решение принимается консилиумом врачей, при невозможности собрать его — врачом, оказывающим медицинскую помощь, с оформлением записи в медицинской документации с последующим уведомлением должностных лиц организации здравоохранения и иных лиц, указанных в настоящей статье.

Согласие на медицинское вмешательство может быть в любой момент отозвано, за исключением случаев, когда врачи уже приступили к медицинскому вмешательству и его прекращение либо возврат к первоначальному состоянию невозможны или связаны с угрозой для жизни либо здоровья пациента. Отзыв согласия оформляется записью в медицинской документации и подписывается пациентом либо лицами, указанными в части третьей настоящей статьи.

Статья 28. Отказ от медицинского вмешательства, госпитализации

Пациент либо лица, указанные в части третьей статьи 27 настоящего Закона, имеют право отказаться от госпитализации, медицинского вмешательства или потребовать их прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью шестой статьи 27 и статьями 45 и 46 настоящего Закона.

При отказе пациента от медицинского вмешательства, госпитализации ему либо лицам, указанным в части третьей статьи 27 настоящего Закона, в доступной форме должны быть разъяснены возможные последствия отказа.

Отказ от медицинского вмешательства, а также от госпитализации с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается пациентом либо лицами, указанными в части третьей статьи 27 настоящего Закона, а также медицинским работником.

Статья 29. Права и обязанности пациента

При обращении за медицинской помощью и ее получении *пациент имеет право на:*

уважительное и гуманное отношение со стороны медицинских работников и других лиц, участвующих в оказании медицинской помощи;

информацию об имени, фамилии, должности и квалификации его лечащего врача и других лиц, непосредственно участвующих в оказании ему медицинской помощи;

обследование, лечение и нахождение в организации здравоохранения в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим и противоэпидемическим требованиям;

облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;

перевод к другому лечащему врачу с разрешения руководителя организации здравоохранения (ее структурного подразделения);

отказ от оказания (прекращение) медицинской помощи, от госпитализации, за исключением случаев, предусмотренных настоящим Законом;

обжалование поставленного диагноза, применяемых методов обследования и лечения, организации оказания медицинской помощи;

сохранение медицинскими работниками в тайне информации о факте его обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, за исключением случаев, предусмотренных законодательными актами;

получение в доступной для него форме информации о состоянии своего здоровья, применяемых методах диагностики и лечения, а также на выбор лиц, которым может быть передана информация о состоянии его здоровья.

При нахождении на стационарном лечении пациент имеет право на допуск к нему священнослужителя, а также на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, если это не нарушает правил внутреннего распорядка организации здравоохранения для пациентов, санитарно-гигиенических и противоэпидемических требований.

В случае нарушения прав пациента он может обращаться с жалобой к должностным лицам организации здравоохранения, в которой ему оказывается медицинская помощь, а также к должностным лицам государственных органов или в суд.

Пациент обязан:

принимать меры к сохранению и укреплению своего здоровья;

уважительно относиться к медицинским работникам и другим лицам, участвующим в оказании медицинской помощи;

предоставлять лицу, оказывающему медицинскую помощь, известную ему информацию о состоянии своего здоровья, в том числе о противопоказаниях к применению лекарственных средств, ранее перенесенных и наследственных заболеваниях;

выполнять медицинские предписания;

соблюдать правила внутреннего распорядка организации здравоохранения для пациентов и бережно относиться к имуществу организации здравоохранения.

Статья 30. Предоставление информации о состоянии здоровья пациента

Лечащий врач, заведующий отделением, иные должностные лица организации здравоохранения предоставляют в доступной для пациента форме информацию о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, диагнозе и прогнозе, методах обследования и лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, об их последствиях, о результатах проведенного лечения и возможных осложнениях.

Информация о состоянии здоровья пациента сообщается членам его семьи, если пациент не запретил сообщать им об этом или не назначил лицо, которому должна быть передана такая информация.

В отношении несовершеннолетних и лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными, информация о состоянии здоровья пациента предоставляется их законному представителю, а в отношении пациентов, по состоянию здоровья не способных принять осознанное решение, — супругу, а при его отсутствии — близким родственникам.

В случае отказа пациента от получения информации о состоянии своего здоровья делается соответствующая запись в медицинской документации.

Информация должна сообщаться в форме, соответствующей требованиям медицинской этики и деонтологии.

Информация, содержащаяся в медицинской документации, составляет врачебную тайну и может предоставляться без согласия пациента только по основаниям, предусмотренным законодательными актами.

Статья 31. Проведение клинических и медико-биологических исследований на человеке

Клинические и медико-биологические исследования на человеке могут проводиться с лечебной целью в государственных организациях здравоохранения. Клинические и медико-биологические исследования могут проводиться на человеке при подтверждении их научной обоснованности только с письменного согласия лица, подвергаемого исследованию, ознакомленного с их целями, продолжительностью, ожидаемыми результатами и возможными последствиями для его здоровья.

Согласие оформляется записью в медицинской документации.

Клинические и медико-биологические исследования на человеке должны быть прекращены по требованию лица, подвергаемого исследованию (в отношении несовершеннолетних — по требованию одного из родителей), а также в случае возникновения угрозы его жизни или здоровью.

Не допускается проведение клинических и медико-биологических исследований на беременных женщинах и несовершеннолетних, за исключением случаев, когда исследование проводится для диагностики и лечения исключительно этой категории лиц. Исследования в отношении несовершеннолетних проводятся с письменного согласия одного из родителей.

Запрещается проведение клинических и медико-биологических исследований на: несовершеннолетних, оставшихся без попечения родителей; военнотружущих;

осужденных, а также на лицах, находящихся под стражей; лицах, признанных в установленном законом порядке недееспособными, а также страдающих психическими расстройствами (заболеваниями), принудительно госпитализированных и находящихся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре.

Порядок проведения клинических и медико-биологических исследований на человеке и порядок допуска специалистов к их проведению определяются Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Разрешение на проведение клинических и медико-биологических исследований на человеке выдается Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Статья 33. Искусственное оплодотворение

Искусственное оплодотворение (экстракорпоральное оплодотворение, подсадка эмбриона, искусственная инсеминация) проводится в организациях здравоохранения по письменному заявлению женщины, достигшей восемнадцатилетнего возраста (для женщины, состоящей в браке, — с согласия супруга), в порядке, определяемом Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Женщине предварительно предоставляется информация о процедуре искусственного оплодотворения, ее медицинских и правовых последствиях, данных медико-генетического обследования, внешних данных и национальности донора.

Сведения о проведенном искусственном оплодотворении, а также о личности донора составляют врачебную тайну.

Статья 34. Применение методов стерилизации

Медицинская стерилизация как медицинское вмешательство в целях лишения способности к воспроизводству потомства или как метод контрацепции проводится в организациях здравоохранения только по письменному заявлению совершеннолетнего

пациента. Порядок проведения стерилизации определяется Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Статья 35. Искусственное прерывание беременности

Операция искусственного прерывания беременности (аборт) сроком не более 12 недель проводится в организациях здравоохранения по желанию женщины. При наличии социальных показаний и желания женщины допускается искусственное прерывание беременности сроком не более 22 недель в государственных организациях здравоохранения.

При наличии медицинских показаний и согласия женщины искусственное прерывание беременности проводится в организациях здравоохранения независимо от срока беременности.

Перечень социальных показаний для искусственного прерывания беременности определяется Советом Министров Республики Беларусь.

Перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности определяется Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Статья 38. Эвтаназия

Эвтаназия — добровольная, согласованная с врачом смерть неизлечимого больного с помощью специальных обезболивающих средств.

Медицинским и фармацевтическим работникам запрещается осуществление эвтаназии. Лицо, которое сознательно побуждает пациента к эвтаназии и (или) осуществляет эвтаназию, несет уголовную ответственность в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

Статья 39. Анатомический дар

Анатомическим даром считается добровольная, совершенная посредством письменного распоряжения передача дееспособным лицом своего тела (его частей, органов и тканей) в организацию здравоохранения или высшее медицинское учреждение образования для использования в учебном процессе и научных исследованиях.

Гражданин имеет право оформить в нотариальном порядке распоряжение об анатомическом даре и отменить свое распоряжение.

Право на использование анатомического дара возникает после констатации биологической смерти гражданина, распорядившегося об анатомическом даре.

Порядок и условия совершения анатомического дара определяются Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Статья 46. Принудительная госпитализация и лечение лиц, имеющих заболевания, представляющие опасность для здоровья населения

Лица, имеющие заболевания, представляющие опасность для здоровья населения, в случае уклонения от лечения могут быть подвергнуты принудительной госпитализации и лечению в государственных организациях здравоохранения по решению суда в порядке и на условиях, определяемых законодательством Республики Беларусь.

Иностранцы граждане и лица без гражданства, имеющие заболевания, представляющие опасность для здоровья населения, и отказывающиеся от лечения, могут быть выдворены за пределы Республики Беларусь в порядке, определяемом законодательством Республики Беларусь.

Статья 47. Предупреждение лиц о наличии у них венерических заболеваний или вируса иммунодефицита человека

Лица, в отношении которых получены данные о наличии венерических заболеваний или заражении вирусом иммунодефицита человека, предупреждаются организациями здравоохранения в письменной форме о наличии у них таких заболеваний, о необходимости соблюдения мер предосторожности по нераспространению этих заболе-

ваний и об уголовной ответственности в соответствии с законодательством за заведомое поставление в опасность заражения или заражение другого лица.

Статья 48. Порядок организации медицинской помощи лицам, страдающим хроническим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией

Государство обеспечивает систему мер по предупреждению и лечению алкоголизма, наркомании и токсикомании.

Порядок признания лица больным хроническим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией определяется Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Принудительное обследование в целях установления диагноза хронического алкоголизма, наркомании и токсикомании осуществляется на основании постановления органов внутренних дел, а принудительное лечение — по решению суда в порядке, определяемом законодательством Республики Беларусь.

Статья 57. Права медицинских и фармацевтических работников

Медицинские и фармацевтические работники при осуществлении профессиональной деятельности *имеют право* на:

обеспечение условий их деятельности в соответствии с требованиями охраны труда;

работу по трудовому договору (контракту);

защиту своей профессиональной чести и достоинства;

получение квалификационных категорий в соответствии с достигнутым уровнем теоретической и практической подготовки;

совершенствование профессиональных знаний;

переподготовку за счет средств республиканского и местных бюджетов при невозможности выполнять профессиональные обязанности по состоянию здоровья, а также в случаях высвобождения работников в связи с сокращением численности или штата, ликвидации организаций;

страхование профессиональной ошибки, в результате которой причинен вред жизни или здоровью гражданина, не связанный с небрежным или халатным выполнением ими профессиональных обязанностей.

Вмешательство в профессиональную деятельность медицинских и фармацевтических работников со стороны государственных органов и должностных лиц, а также граждан запрещается, за исключением случаев неисполнения или ненадлежащего исполнения медицинскими фармацевтическими работниками своих профессиональных обязанностей.

Статья 59. Обязанности и ответственность медицинских и фармацевтических работников

Медицинские и фармацевтические работники, осуществляющие профессиональную деятельность на территории Республики Беларусь, должны руководствоваться нормативными правовыми актами Республики Беларусь, принципами медицинской этики и деонтологии.

Медицинские и фармацевтические работники *обязаны*:

надлежащим образом выполнять свои профессиональные обязанности;

сохранять врачебную тайну;

уважительно и гуманно относиться к пациентам;

постоянно повышать уровень профессиональных знаний;

выполнять иные обязанности, определенные нанимателем.

Медицинские и фармацевтические работники за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих профессиональных обязанностей несут ответственность в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

Статья 60. Обязанность медицинских и фармацевтических работников сохранять врачебную тайну

Информация о факте обращения гражданина за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе заболевания, результатах диагностических исследований и лечения, иные сведения, в том числе личного характера, полученные при его обследовании, лечении, а в случае смерти — о результатах патологоанатомического вскрытия составляют врачебную тайну.

Использование сведений, составляющих врачебную тайну, в учебном процессе, научной литературе допускается только с согласия пациента.

Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия пациента или его законного представителя допускается:

по запросу государственных органов и иных организаций здравоохранения в целях обследования и лечения пациента;

при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;

по письменному запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством при обосновании необходимости и объема запрашиваемых сведений;

в случае оказания медицинской помощи несовершеннолетнему, лицу, признанному в установленном порядке недееспособным, лицу, не способному по состоянию здоровья к принятию осознанного решения, для информирования его законных представителей, супруга, близких родственников;

при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью причинен в результате насильственных действий, для сообщения в правоохранительные органы.

Обязанность сохранять врачебную тайну наравне с медицинскими и фармацевтическими работниками распространяется также на лиц, которым в установленном настоящим Законом порядке стали известны сведения, составляющие врачебную тайну.

Организации здравоохранения обеспечивают хранение медицинской документации в соответствии с требованиями сохранения врачебной тайны.

За разглашение врачебной тайны медицинские и фармацевтические работники несут ответственность в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

Статья 61. Профессиональная обязанность медицинских и фармацевтических работников оказывать первую медицинскую помощь вне организации здравоохранения

Медицинские и фармацевтические работники обязаны оказывать первую медицинскую помощь в пределах своих возможностей нуждающимся в ней лицам вне организации здравоохранения.

Медицинские и фармацевтические работники, не оказавшие явно не терпящей отлагательства первой медицинской помощи без уважительных причин, несут ответственность в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

ТЕМА 5. ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В КОНТЕКСТЕ БИОЭТИКИ (2 ЧАСА)

Сострадание есть главнейший и, может быть, единственный закон бытия всего человечества.

Ф. М. Достоевский

План-конспект семинарского занятия:

5.1. Основные понятия и проблемное поле современной медицинской деонтологии.

5.2. Врач и пациент: этические модели взаимодействия. Деонтология и права пациента.

5.3. Этика взаимоотношений в медицинском коллективе.

5.4. Врачебные ошибки и ятрогении в деятельности медицинских работников.

Ключевые понятия: медицинская деонтология; профессиональный долг; честь и достоинство врача; патерналистская и автономная модели отношения «врач–пациент»; права пациента; врачебные ошибки; ятрогении; право врача на риск.

5.1. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ И ПРОБЛЕМНОЕ ПОЛЕ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕОНТОЛОГИИ

Медицинская деонтология (греч. deon — должное, logos — учение) — учение о должном в медицине, прежде всего, о профессиональном долге, обязанностях и нормах поведения медицинских работников.

Наряду с моральными нормами, регулирующими медицинскую деятельность в целом, в медицинской деонтологии фиксируются и особые нормы и стандарты, применительно к той или иной сфере медицинской практики (деонтология в хирургии, акушерстве и гинекологии, педиатрии и т. д.)

Деонтология предписывает медицинскому работнику:

– исполнять свой *профессиональный долг перед пациентами и обществом* — все свои знания и умения направлять на укрепление и сохранение здоровья и жизни пациентов;

– добросовестно относиться к выполнению своих *профессиональных обязанностей* — оказывать медицинскую помощь, уважительно и гуманно относиться к пациентам, постоянно повышать уровень своих профессиональных знаний;

– стремиться к реализации *принципов и норм медицинской профессии* в своей практической деятельности — не причинять вред, проявлять сострадание, быть справедливым, сохранять врачебную тайну.

Деонтология также предполагает право медицинских работников на защиту своей *профессиональной чести и достоинства*.

Современная медицинская деонтология изучает:

– моральные аспекты взаимоотношений «врач–пациент» и их специфику в педиатрии, онкологии, психиатрии, акушерстве и гинекологии и др.;

– моральные аспекты взаимоотношений между врачом и близкими пациента;

– моральные аспекты взаимоотношений в медицинском коллективе (между коллегами, врачом и средним, младшим медицинским персоналом);

– моральные аспекты врачебных ошибок и ятрогении;

– права пациента и их нормативное регулирование.

Современная деонтология органически включается в пространство биоэтического знания. Ее проблемы рассматриваются сквозь призму принципов и норм биомедицинской этики (см. тему 4), которые отражаются в современных деонтологических кодексах, принимаемых медицинским сообществом той или иной страны.

5.2. ВРАЧ И ПАЦИЕНТ: ЭТИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ.

ДЕОНТОЛОГИЯ И ПРАВА ПАЦИЕНТА

Врач и пациент являются основными субъектами взаимодействия в пространстве современной медицины. Модели этого взаимодействия определяются моральными ориентирами медицинской профессии, традициями врачевания, существующими в данном обществе, спецификой состояния, в котором находится пациент.

Основными моделями отношений между врачом и пациентом являются:

1. *Патерналистская* (от лат. *pater* — отец) *модель* — традиционная форма взаимоотношений врача и пациента, которая господствовала в медицине до середины XX в. Эта модель ориентировала врача на самостоятельный выбор тактики и методов лечения, исходя из пользы для пациента и непричинения ему вреда. Врач брал на себя ответственность за исход лечения, а также решал, в какой мере пациент может быть проинформирован о сути болезни, механизмах лечения и его последствиях. Пациент оказывался полностью зависимым от действий врача.

2. *Автономная модель* — современная форма взаимоотношений врача и пациента, получившая распространение в середине XX в. Эта модель предполагает равноправные отношения врача и пациента, которые строятся на основе признания автономии личности пациента, его информирования и согласия на медицинское вмешательство. Пациент самостоятельно

решает, что для него является благом и наряду с врачом несет ответственность за принятое им решение.

3. *Модель ослабленного патернализма* — пограничная модель, которая применяется в современной медицине в ситуациях, когда пациент не может выразить свою волю в силу отсутствия автономии либо ее ослабления (дети; больные, находящиеся в бессознательном состоянии; пациенты с психическими расстройствами и др.). В этом случае врач действует, исходя из интересов пациента (или других людей, если пациент может нанести им вред) и своего профессионального долга.

Возможны и другие классификации моделей взаимоотношений врача и пациента. Американский специалист в области биоэтики Р. Витч выделяет четыре модели, которые встречаются в современной медицине: *инженерную, сакральную, коллегиальную и контрактную*. Последнюю модель Р. Витч считает наиболее соответствующей современным реалиям. Ее определяют принципы *свободы, личного достоинства, честности, исполнения обещаний и справедливости*. В отношениях, основанных на контракте, врач осознает, что в случаях значимого выбора за пациентом должна сохраняться свобода управлять своей жизнью и судьбой. Если же врач не сможет жить в согласии со своей совестью, вступив в такие отношения, то контракт или расторгается, или не заключается.

Формы взаимоотношений врача и пациента зависят и от состояния, в котором находится пациент. С этой точки зрения принято выделять ситуации *острого и хронического заболевания, терминального состояния*, а также ситуацию, при которой больной находится в *бессознательном (коматозном) состоянии*. В рамках каждой из этих ситуаций по-разному формулируются нравственные цели врачевания.

Интенсивное развитие современной медицинской науки и практики порождает новые моральные проблемы в отношениях между врачом и пациентом:

1. Проблема *деперсонализации отношений «врач–пациент»*. Высокая степень разделения труда в современной медицине приводит к тому, что расширяется круг лиц, с которым приходится контактировать пациенту, и становятся проблематичным непосредственное общение и личностный контакт пациента и врача.

2. Проблема *коммерциализации отношений «врач–пациент»*. В рамках рыночной формы организации здравоохранения врачи играют роль производителей и продавцов медицинских услуг, а пациенты — роль покупателей. Возникают фундаментальные противоречия интересов врачей и пациентов. Врач заинтересован в том, чтобы продать больше и по возможно большей цене, что может неблагоприятно сказываться не только на финансах, но и на здоровье пациента.

3. Проблема *формализации отношений «врач–пациент»*. В основе современного медицинского знания лежит естественнонаучный подход к человеку, абсолютизация которого приводит к тому, что разрушается целостное восприятие пациента как уникальной личности, и он становится для врача лишь объектом приложения своих знаний и навыков.

4. Проблема *скептического отношения пациентов к рекомендациям врача*. Повышение уровня информированности населения в области медицины, реклама медицинских услуг и фармацевтических препаратов формируют склонность пациентов к самолечению, недоверие и сомнение в правильности назначенного врачом лечения, обращение к нетрадиционной медицине.

Решение этих проблем во многом зависит от врача, который должен учитывать индивидуальные особенности пациента, его состояние и переживания, с ним связанные; ориентироваться в своей деятельности на общечеловеческие моральные ценности — *добро, милосердие, заботу, сочувствие, справедливость*.

Для современной деонтологии характерен интерес к проблеме *прав пациента*, соблюдение которых является обязанностью врача. Права пациента в Республике Беларусь закреплены в различных нормативных документах (Закон Республики Беларусь «О здравоохранении», Кодекс врачебной этики) и предполагают его право: *на уважительное и гуманное отношение со стороны медицинских работников; свободный выбор врача, получение полной информации о состоянии своего здоровья, методах обследования, лечения и его последствиях, квалификации медицинских работников, участвующих в оказании медицинской помощи; облегчение боли, связанной с заболеванием и медицинским вмешательством, доступными способами и средствами; согласие или отказ от оказания медицинской помощи и госпитализации; обжалование поставленного диагноза, применяемых методов обследования и лечения, организации оказания медицинской помощи; сохранение медицинскими работниками врачебной тайны; духовную поддержку священнослужителя*.

5.3. ЭТИКА ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕКТИВЕ

Моральный климат медицинского коллектива во многом определяет успешность профессиональной деятельности врача. Нравственные нормы предписывают врачу по отношению к своим коллегам:

- быть доброжелательным, порядочным, честным, справедливым, уважительно относиться к знаниям и опыту коллег, бескорыстно передавать им свой опыт и знания;
- сохранять благодарность и уважение к своим учителям и коллегам;
- постоянно учиться у более опытных коллег и при возникновении профессиональных затруднений обращаться к ним за помощью, уметь при-

завать свои ошибки и заблуждения, обмениваться с коллегами профессиональной информацией;

- не препятствовать пациенту в выборе другого лечащего врача;
- не допускать негативных высказываний в адрес своих коллег в их отсутствие и тем более в присутствии пациентов, их родственников или посторонних лиц;
- препятствовать деятельности бесчестных и некомпетентных коллег, наносящих ущерб здоровью пациентов;
- уважительно и доброжелательно относиться к среднему и младшему медицинскому персоналу, передавать им свой опыт, содействовать повышению их профессиональных знаний и навыков.

5.4. ВРАЧЕБНЫЕ ОШИБКИ И ЯТРОГЕНИИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Одной из этических норм врачебной деятельности является признание врачом своих профессиональных ошибок и заблуждений (они присутствуют в деятельности любого врача) и непримиримое отношение к ним.

Под **врачебной ошибкой** принято понимать добросовестное заблуждение врача, имеющее в своей основе несовершенство современной науки, незнание или неспособность использовать имеющиеся знания на практике. Не являются врачебными ошибками действия врача, вызванные небрежностью, халатностью, невежеством.

К основным причинам врачебных ошибок следует отнести:

1. *Объективные причины*: несовершенство медицинской науки и практики; относительность медицинских знаний; вероятность нетипичного течения болезни у конкретного пациента, вызванная особенностями его организма; недостаточная оснащенность медицинских учреждений диагностической техникой, лекарственными средствами и др.;

2. *Субъективные причины*: врачебное незнание, обусловленное недостаточной квалификацией, отсутствием опыта и спецификой мышления врача, т. е. его индивидуальными способностями к накоплению, пониманию, использованию медицинских знаний; неполноценный осмотр и обследование больного; отказ от совета коллеги или консилиума либо, напротив, желание врача прикрыться авторитетом консультантов и др.

Классификация врачебных ошибок может быть проведена по различным основаниям. В зависимости от того, в какой сфере или на каком этапе оказания медицинской помощи они были допущены, можно выделить: *диагностические, лечебно-тактические, технические, организационные, деонтологические ошибки*.

Профилактике врачебных ошибок способствует постоянное стремление врача к повышению уровня своей профессиональной компетентности,

внимательное и чуткое отношение к больному, моральная рефлексия над сложными ситуациями, возникающими в медицинской практике.

Наряду с понятием «врачебная ошибка», для анализа вреда, который врач может причинить пациенту, и его причин используется понятие «ятрогения» (от греч. *iatros* — врач и *gennaō* — создавать, производить). Возникновение термина «ятрогения» связывают с именем немецкого психиатра О. Бумке, который обозначил им заболевания, обусловленные влиянием врача на психику больного. В настоящее время под **ятрогенными заболеваниями** понимают все заболевания и патологические процессы, возникающие под влиянием медицинских воздействий, проведенных с профилактическими, диагностическими или лечебными целями. Ятрогенные заболевания могут быть вызваны как ошибочными и необоснованными, так и правильными действиями медицинского работника.

В зависимости от причин, выделяют следующие разновидности ятрогении: *психогенные, лекарственные, травматические, инфекционные и др.*

Несмотря на разногласия, которые существуют по проблеме ятрогении в медицинском сообществе (определение, классификация, соотношение с понятием «врачебная ошибка»), профессиональный долг врача заключается в том, чтобы принимать всевозможные меры к сокращению ятрогений путем повышения своего профессионального уровня и соблюдения основных принципов и норм медицинской этики.

Сложность медицинской профессии заключается и в том, что она требует от врача активных действий по предотвращению вреда здоровью пациента и сохранению его жизни, которые, как правило, связаны с *врачебным риском*. В экстремальных лечебных ситуациях врач должен принимать решение на основе оценки степени риска и пользы для пациента, что часто сопровождается моральными раздумьями и переживаниями. При этом этические нормы предполагают стремление врача к минимизации риска за счет адекватной оценки своих возможностей и способностей и тщательного анализа методов лечебного и диагностического воздействия.

Темы рефератов и докладов:

1. Профессиональный долг, честь и достоинство врача как основные понятия деонтологии.
2. Нравственные качества врача.
3. Патернализм и автономия в современной медицине.
4. Слово врача как лечебный фактор.
5. Морально-психологические особенности общения врача с больным ребенком.
6. Морально-психологические особенности общения врача с родственниками пациента.
7. Права пациента в Республике Беларусь.

8. Профессиональная солидарность и наставничество в медицине.
9. Конфликтные ситуации в медицинском коллективе и способы их разрешения.
10. Врачебные ошибки в деятельности медицинских работников.
11. Этические аспекты психотрогений.

Вопросы для самоконтроля:

1. В чем заключается сущность и содержание современной медицинской деонтологии?
2. Определите понятие «профессиональный долг врача». В чем он состоит?
3. Определите понятия «честь» и «достоинство». В чем заключается честь и достоинство врача?
4. Назовите основные модели взаимоотношений «врач–пациент». Какая из них, на Ваш взгляд, чаще всего применяется белорусскими врачами?
5. В каких ситуациях используется модель ослабленного патернализма?
6. Перечислите основные права пациента. Приведите примеры нарушения прав пациента в белорусской системе здравоохранения. Чем обусловлены эти нарушения?
7. Назовите нравственные нормы, которыми должен руководствоваться врач в отношениях со своими коллегами и медицинским персоналом.
8. Ознакомьтесь с высказываниями известных врачей о врачебных ошибках.

«...Людские нужды заставляют нас решать и действовать. Но если мы будем требовательны к себе, то не только успехи, но и ошибки станут источником знания». **Гиппократ.**

«Я считал... своим священным долгом откровенно рассказать читателям о своей врачебной деятельности и ее результатах, так как каждый добросовестный человек, особенно преподаватель, должен иметь своего рода внутреннюю потребность возможно скорее обнародовать свои ошибки, чтобы предостеречь от них других людей, менее сведущих». **Н. И. Пирогов.**

«Только слабые духом, хвастливые болтуны боятся открыто высказываться о совершенных ими ошибках. Кто чувствует в себе силу сделать лучше, тот не испытывает страха перед осознанием своей ошибки». **Т. Бильрот.**

«Прогресс медицинской науки неизбежно связан с повышенным риском; успехи медицины в известном смысле зиждутся на врачебных ошибках». **В. В. Вересаев.**

«Никакие знания и опыт не в состоянии гарантировать безошибочность действий врача, так как уникальность и многочисленные сочетания тех или иных признаков различных болезней столь разнообразны, что

предусмотреть это трудно при самом добросовестном отношении».

В. И. Акопов.

Являются ли ошибки неизбежными во врачебной деятельности? Как врач должен относиться к своим ошибкам? А к ошибкам своих коллег?

9. В чем суть ятрогенных заболеваний? По каким основаниям их можно классифицировать?

10. Известный врач, академик Н. Амосов писал: «Надо называть вещи своими именами. Я много думал и передумывал снова и снова. Тысячи сложных и сложнейших операций и... довольно много смертей. Среди них много таких, в которых я прямо виноват. Нет, нет, это не убийства! Все во мне содрогается и протестует. Ведь я сознательно шел на риск для спасения жизни... в тридцатые годы — резекция желудка, удаление почки казались нам, аспирантам, вершиной хирургии. Наши светила лишь очень робко пытались сделать что-либо в грудной полости и почти всегда — неудачно. Потом надолго бросали. А теперь у меня оперируют ординаторы митральные пороки сердца, и больные не умирают. Да, конечно это дорого стоило людям. И хирургам. Но теперь есть отдача. Идет прибыль.... Смотришь — умирает все меньше и меньше. Уже думаешь — достиг! Начинаешь оперировать больных потяжелее — и тут тебя — раз! раз! Лежишь потом мордой в грязи. «Ах, зачем я взялся? Почему не остановился тут?» А потом отойдешь и снова что-то ищешь. И так многие хирурги, во всем мире».

Что такое врачебный риск? Имеет ли врач право на риск?

ТЕКСТЫ ДЛЯ ОБСУЖДЕНИЯ

В. В. Вересаев

ЗАПИСКИ ВРАЧА

Кончая университет, я восхищался медициною и горячо верил в нее. Научные приобретения ее громадны, очень многое в человеческом организме нам доступно и понятно; со временем же для нас не будет в нем никаких тайн, и путь к этому верен. С таким, совершенно определенным отношением к медицине я приступил к практике. Но тут я опять натолкнулся на живого человека, и все мои установившиеся взгляды зашатались и заколебались. «Значения этого органа мы еще не знаем», «действия такого-то средства нам пока совершенно непонятно», «причины происхождения такой-то болезни неизвестны»... Пускай наукой завоевана громадная область, но что до этого, если кругом раскидываются такие необъятные горизонты, где все еще темно и непонятно? Что, в сущности, понимаю я в больном человеке, если не понимаю всего, как могу я к нему подступиться? Часовой механизм неизмеримо проще человеческого организма; а между тем могу ли я взяться за починку часов, если не знаю назначения хотя бы одного, самого ничтожного, колесика в часах?

Так же, как при первом моем знакомстве с медициной, меня теперь опять поразило бесконечное несовершенство ее диагностики, чрезвычайная шаткость и неуверенность всех ее показаний. Только раньше я преисполнялся глубоким презрением к кому-то «им», которые создали такую плохую науку; теперь же ее несовершенство встало

передо мною естественным и неизбежным фактом, но еще более тяжелым, чем прежде, потому что он наталкивался на жизнь.

Вот передо мною этот загадочный, недоступный мне живой организм, в котором я так мало понимаю. Какие силы управляют им, каковы те тончайшие процессы, которые непрерывно совершаются в нем? В чем суть действия вводимых в него лекарств, в чем тайна зарождения и развития болезни? Коховская палочка вызывает в организме чахотку, леффлерова, которая на вид так мало разнится от коховской, вызывает дифтерит — почему? Я впрыскиваю больному под кожу раствор апоморфина — он циркулирует по всему телу индифферентно, а соприкасаясь с рвотным центром, возбуждает его; у меня даже намек нет на понимание того, какие химические особенности определенных нервных клеток и апоморфина обуславливают это взаимоотношение.

Ко мне обращается за помощью девушка, страдающая мигренями. В чем суть этой мигрени? Во время припадка лоб у больной становится холодным, а зрачок расширяется; девушка малокровна; все это указывает на то, что причиной мигрени в данном случае является раздражение симпатического нерва, вызванное общим малокровием. Хорошее объяснение! Но каким образом и почему малокровие вызвало в этом случае раздражение симпатического нерва? Где и каковы те целительные силы организма, которые борются с происшедшим расстройством и которые я должен поддержать? Как действуют на спазм симпатического нерва тот фенацетил с кофеином, на малокровие — то железо, которые я прописываю? И вот больная стоит передо мною, и я берусь ей помочь, и, может быть, даже помогу, — и в то же время ничего не понимаю, что с нею, почему и как поможет ей то, что я назначаю. [...]

И какие средства дает мне наука проникнуть в живой организм, узнать его болезнь? Кое-что она мне, конечно, дает. Передо мною, напр., больной: он лихорадит, жалуется на ломоту в суставах, селезенка и печень увеличены. Я беру у него каплю крови и смотрю под микроскопом: среди кровяных телец быстро извиваются тонкие спиральные существа; это спираиллы возвратного тифа, и я с полной уверенностью говорю: у больного — возвратный тиф. Если бы наука давала мне столь же верные средства для познания всех болезней и всех особенностей каждого организма, то я мог бы чувствовать под ногами почву. Но в подавляющем большинстве случаев этого нет. На основании совершенно ничтожных данных я должен строить выводы, такие важные для жизни и здоровья моего больного...

Я был однажды приглашен к одной старой девушке лет под пятьдесят, владелице небольшого дома на Петербургской стороне; она жила в трех маленьких, низких комнатах, уставленных киотами с лампадками, вместе со своей подругой детства, такою же желтою и худую, как она. Больная, на вид очень нервная и истеричная, жаловалась на сердцебиение и боли в груди; днем, часов около пяти, у нее являлось сильное стеснение дыхания и как будто затрудненное глотание.

— Нет у вас такого ощущения, как будто при глотании в горле у вас появляется шар? — спросил я, имея в виду известный признак истерии — *globus hystericus*.

— Да, да, именно! — обрадовалась больная.

Сердце и легкие ее при самом тщательном исследовании оказались здоровыми; ясное дело, у больной была истерия. Я назначил соответственное лечение.

— А что, доктор, не могу я вдруг сразу помереть? — спросила больная.

Она сообщила мне, что хотела бы завещать свой дом подруге, без завещания же все перейдет к ее единственному законному наследнику — брату, выжиге и плуту, который взял у нее по-родственному, без расписки, все ее деньги, около шести тысяч, и потом отказался возратить.

— Странное дело, что же вам мешает составить завещание? — сказал я. — Непосредственной опасности нет, но мало ли что может случиться! Пойдете по улице, — вас конка задавит. Всегда лучше сделать завещание заблаговременно.

— Верно, верно! — в раздумье произнесла больная. — Вот только поправлюсь, сейчас же схожу к нотариусу.

Это было в три часа. А в пять, через два часа, ко мне прибежала подруга больной и, рыдая, объявила, что больная умерла: встала от обеда, вдруг пошатнулась, побледнела, изо рта ее хлынула кровь, и она упала мертвая.

— Зачем, зачем, вы, доктор, не сказали!?! — твердила женщина, плача и захлебываясь, безумно стуча себе кулаком по бедру. — Ведь мне теперь по миру идти, злодей меня на улицу выгонит!

И теперь я понял: очевидно, у больной была аневризма; затрудненное глотание под вечер (после обеда!), которое я объяснил себе, как *globus hystericus*, вызывалось набуханием аневризмы под влиянием увеличенного кровяного давления после еды... Но что кому пользы от этого позднего диагноза?

В таких случаях меня охватывали ярость и отчаяние: да что же это за наука моя, которая оставляет меня таким слепым и беспомощным?! Ведь я, как преступник, не могу взглянуть теперь в глаза этой пущенной мною по миру женщине, а чем же я виноват?

И чем дальше, тем чаще приходилось мне испытывать такое чувство. Даже там, где, как в описанном случае, диагноз казался мне ясным, действительность то и дело опровергала меня; часто же я стоял перед больным в полном недоумении: какие-то жалкие, ничего не говорящие данные, — строй из них что-нибудь! И я ночи напролет расхаживал по комнате, обдумывая и сопоставляя эти данные, и ни к чему определенному не мог прийти; если же я, наконец, и ставил диагноз, то меня все-таки все время грызла неотгонимая мысль: «А если моя догадка не верна? Какая у меня возможность проверить ее правильность?». И всю жизнь жить и действовать под непрерывным гнетом такой неуверенности! [...]

При теперешнем несовершенстве теоретической медицины медицина практическая может быть только искусством, а не наукой. Нужно на себе почувствовать всю тяжесть вытекающих отсюда последствий, чтобы ясно понять, что это значит. Ту больную с аневризмой, о которой я рассказывал, я исследовал вполне добросовестно, применил к этому исследованию все, что требуется наукой, и тем не менее грубо ошибся. Будь на моем месте настоящий врач, он мог бы поставить правильный диагноз: его совершенно особенная творческая наблюдательность уцепилась бы за массу неуловимых признаков, которые ускользнули от меня, бессознательным вдохновением он возместил бы отсутствие ясных симптомов и почувствовал бы то, чего не в силах познать. Но таким настоящим врачом может быть только талант, как только талант может быть настоящим поэтом, художником или музыкантом. А я, поступая на медицинский факультет, думал, что медицине можно научиться... Я думал, что для этого нужен только известный уровень знаний и известная степень умственного развития; с этим я научусь медицине так же, как всякой другой прикладной науке, напр., химическому анализу. Когда медицина станет наукой, — единой, всеобщей и безгрешной, то оно так и будет; тогда обыкновенный средний человек сможет быть врачом. В настоящее же время «научиться медицине», т. е. врачебному искусству, так же невозможно, как научиться поэзии или искусству сценическому. И есть много превосходных теоретиков, истинно «научных» медиков, которые в практическом отношении не стоят ни гроша.

Но почему я ничего этого не знал, поступая на медицинский факультет? Почему вообще я имел такое смутное и превратное представление о том, что ждет меня в будущем? Как все это просто произошло! Мы представили свои аттестаты зрелости, были

приняты на медицинский факультет, и профессора начали читать лекции. И никто из них не раскрыл нам глаз на будущее, никто не объяснил, что ждет нас в нашей деятельности. А нам самим эта деятельность казалась такой несложной и ясной! Исследовал больного — и говоришь: больной болен тем-то, он должен делать то-то и принимать то-то. Теперь я видел, что это не так, но на то, чтобы убедиться в этом, я должен был убить семь лучших лет молодости.

Я совершенно упал духом. Кое-как я нес свои обязанности, горько смеясь в душе над больными, которые имели наивность обращаться ко мне за помощью: они, как и я раньше, думают, что тот, кто прошел медицинский факультет, есть уже врач, они не знают, что врачей на свете так же мало, как и поэтов, что врач — ординарный человек при теперешнем состоянии науки — бессмыслица. И для чего мне продолжать служить этой бессмыслице? Уйти, взяться за какое ни на есть другое дело, но только не оставаться в этом ложном и преступном положении самозванца!

Так тянулось около двух лет. Потом постепенно пришло смирение.

Да, наука дает мне не так много, как я ждал, и я не талант. Но прав ли я, отказываясь от своего диплома? Если в искусстве в данный момент нет Толстого или Бетховена, то можно обойтись и без них; но больные люди не могут ждать, и для того, чтобы всех их удовлетворить, нужны десятки тысяч медицинских Толстых и Бетховенов. Это невозможно. А в таком случае так ли уж бесполезны мы, ординарные врачи? Все-таки, беря безотносительно, наукою отвоєвана от искусства уж очень большая область, которая с каждым годом все увеличивается. Эта область в наших руках. Но и в остальной медицине мы можем быть полезны и делать очень много. Нужно только строго и неуклонно следовать старому правилу: «*primum non nocere* — прежде всего не вредить». Это должно главенствовать над всем. Нужно, далее, раз навсегда отказаться от представления, что деятельность наша состоит в спокойном и беззаботном исполнении указаний науки. Понять всю тяжесть и сложность дела, к каждому новому больному относиться с неослабевающим сознанием новизны и непознанности его болезни, непрерывно и напряженно искать и работать над собою, ничему не доверять, никогда не успокаиваться. Все это страшно тяжело, и под бременем этим можно изнеможеть; но пока я буду честно нести его, я имею право не уходить.

Вересаев В. В. Полное собрание сочинений в 4 томах. Т. 1. М., 1985.

Вопросы:

1. С какими моральными переживаниями приходится сталкиваться начинающему свою профессиональную деятельность врачу?
2. Какие нравственные ориентиры должны определять врачебную практику, по мнению автора?

ТЕМА 6. БИОЭТИКА, КУЛЬТУРА, РЕЛИГИЯ (2 ЧАСА)

План-конспект семинарского занятия:

6.1. Нравственная культура врача как основание медицинского профессионализма.

6.2. Проблемы биоэтики в свете христианской морали. Христианские ценности в медицине.

Ключевые понятия: нравственная культура; профессиональная ответственность; медицина; традиционные ценности; нравственные качества; медицинское образование; учение о личности; человек как образ Божий; Основы социальной концепции Русской Православной Церкви; духовное совершенство; свобода и достоинство человека.

6.1. НРАВСТВЕННАЯ КУЛЬТУРА ВРАЧА КАК ОСНОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ПРОФЕССИОНАЛИЗМА

В каждый период своей истории и на уровне теории, и на уровне практики медицина тысячами нитей связана с ценностно-мировоззренческими представлениями людей. Врачу известно, что знание о человеке не ограничивается медицинским естествознанием, но предполагает социально-гуманитарное измерение, т. е. изучение всей системы отношений между врачом и пациентом в диапазоне от традиционной заботы о психическом состоянии больного до принципов этического и законодательного регулирования врачебной деятельности.

Этическая проблематика с ее основным вопросом — об отношении между врачом и пациентом — неотделима от любого вида врачебной деятельности. Анализируя этическое измерение медицины, проф. И. В. Силуянова в статье «Нравственная культура врача как основа медицинского профессионализма» подчеркивает: «Со времен Гиппократов общепризнанным и бесспорным было суждение о том, что **нравственная культура врача — это не просто заслуживающее уважение свойство его личности, но и качество, определяющее его профессионализм**»⁴.

Профессионализм — отличительный признак специалиста, в известном смысле отделяющий его от остальных людей. Но в отличие от «профессии», понятие «профессионализм» фиксирует не только род деятельности, но, во-первых, **меру** овладения человеком специальными знаниями и практическими навыками, приобретенными в результате специальной подготовки или опыта работы. Во-вторых — **качество**, своеобразие знаний,

⁴ Силуянова И. В. Нравственная культура врача как основание медицинского профессионализма // Экономика здравоохранения. 2000. № 1(42).

относящихся именно к этой профессии, связанных именно с ней и именно ей свойственных. Относятся ли моральные свойства врача и приобретенное этическое знание к элементам, составляющим медицинский профессионализм? Какие именно моральные качества определяют профессионализм врача? Чтобы получить ответы на эти вопросы, надо, прежде всего, ответить на вопрос об особенностях морально-этических оснований медицинского профессионализма.

Цель медицинского знания и медицинской деятельности человека — спасение жизни, помощь в достижении здоровья. Среди оснований формирования профессии, и в этом одна из ее особенностей, определяющим является не только экономическое, познавательное, но и моральное — «решительное действие на благо страдающего человека».

Важным свидетельством того, что медицина представляет собой моральное явление, выступает само понятие «медицина», восходящее к латинскому «*medicina*». Так, близкое к «*medicina*» слово «*medicare*» имеет два значения — лечить и отравлять, а «*medicamen*» — медикамент и яд, волшебство, что постоянно напоминает о мере ответственности лечащего перед пациентом. Возможность причинения вреда человеку является основанием моральной аксиомы любой медицинской деятельности — «не причиняй вреда». Сегодня медицина обладает небывалым ранее в ее распоряжении арсеналом средств, которые могут быть использованы как во благо, так и во вред не только конкретному человеку, но и человеческому роду и на биологическом, и на социальном уровнях. Новые возможности медицины связаны сегодня не столько с лечением, сколько с управлением человеческой жизнью.

Врач располагает средствами, с помощью которых осуществляется значительный контроль над деторождаемостью, жизнью и смертью, человеческим поведением. Действия врача способны влиять на демографию и экономику, право и мораль. Утрата или отказ от моральных оснований врачевания как никогда опасны сегодня в условиях распространения в обществе этического нигилизма, который непосредственно связан с обесцениванием общечеловеческих ценностей.

6.2. ПРОБЛЕМЫ БИОЭТИКИ В СВЕТЕ ХРИСТИАНСКОЙ МОРАЛИ.

ХРИСТИАНСКИЕ ЦЕННОСТИ В МЕДИЦИНЕ

На протяжении двух тысячелетий мировой истории человечества христианство выполняло функцию поддержания и исполнения смысловых связей между различными областями интеллектуальной деятельности. Понимание значения этой функции не утрачено и сегодня, когда биомедицинские технологии достигают принципиально нового уровня воздействия на человека, обнажая проблемы границ, меры, цели и средства управления человеческой жизнью. Христианская традиция не предполагает *произволь-*

ного манипулирования природой вообще и особенно биологической природой человека, под которой понимается, прежде всего, его смертность и способность к размножению.

В христианстве решается задача наполнения конкретным содержанием смыслом понятия профессиональной добродетели врача. Об этом свидетельствует евангельская притча о Самарянине (Лук. 10, 25–37). Согласно этой притче, израненному и страдающему человеку не пришли на помощь ни проходивший мимо священник, ни левит. Самарянин же сострадал, перевязал ему раны, позаботился о нем.

В святоотеческой литературе существует ряд толкований притчи о Самарянине. Как правило, под израненным человеком, пострадавшим от разбойников, подразумевается человек вообще, под священником и левитом — ветхий закон, который не в состоянии помочь человеку, а под именем Самарянина — Сам Христос Спаситель. Именно в силу этой способности к справедливости и милосердию не чужда и естественна Его «образу и подобию» — человеку.

По мнению профессора общественного здравоохранения и медицины В. Макдермота (Корнелльский университет, Нью-Йорк, США), врач — это самарянин, человек, готовый помочь другому в несчастье. Образ самарянина действительно напоминает о том отличии отношения к страдающим больным людям, которым должен обладать врач-профессионал. Каково же оно?

Во-первых, врач должен быть независим от своих же политических, национальных и других пристрастий. Во-вторых, врач должен быть готов к оказанию медицинской помощи в различных обстоятельствах. В-третьих, в своем отношении к больному врач должен быть способен к самоотверженности, к отказу от удобств и покоя ради помощи больному. В-четвертых, врач должен бороться за жизнь человека до конца.

Врачевание — одна из благословеннейших профессий. В рамках христианской традиции труд врача благоприятен Богу, потому как ему дана уникальная возможность творить добро, исполняя свои профессиональные обязанности.

Темы рефератов и докладов:

1. Медицина и мораль.
2. Нравственность и профессионализм в современной медицине.
3. Современная картина мира и христианское мировоззрение.
4. Христианские ценности и медицина.
5. Понятие здоровья и болезни в религиозных культурах.

Вопросы для самоконтроля:

1. Назовите моральные качества врача-профессионала

2. Какова цель медицинского знания и медицинской деятельности?
3. Каковы последствия разделения морали и медицины?
4. В чем заключается единство духовного и телесного врачевания?
5. Каковы особенности концепции христианской биоэтики в католицизме?
6. В чем заключается учение о человеческой личности в православии?
7. Раскройте смысл и содержание принципа святости человеческой личности.

ТЕКСТЫ ДЛЯ ОБСУЖДЕНИЯ

ОСНОВЫ СОЦИАЛЬНОЙ КОНЦЕПЦИИ РУССКОЙ ПРАВОСЛАВНОЙ ЦЕРКВИ (извлечение)

XI. Здоровье личности и народа

XI.1. Попечение о человеческом здоровье — душевном и телесном — искони является заботой Церкви. Однако поддержание физического здоровья в отрыве от здоровья духовного с православной точки зрения не является безусловной ценностью. Господь Иисус Христос, проповедуя словом и делом, врачевал людей, заботясь не только об их теле, но наипаче о душе, а в итоге — о целостном составе личности. По слову Самого Спасителя, он врачевал «всего человека» (Ин. 7. 23). Исцеления сопровождали проповедь Евангелия как знак власти Господа прощать грехи. Были они неотделимы и от апостольского благовестия. Церковь Христова, наделенная своим Божественным Основателем всей полнотой даров Духа Святого, изначально была общиной исцеления и сегодня в чине исповеди напоминает своим чадам о том, что они приходят во врачу, дабы отойти исцеленными.

Библейское отношение к медицине наиболее полно выражено в книге Иисуса сына Сирахова: «Почитай врача честью по надобности в нем; ибо Господь создал его, и от Вышняго врачевание... Господь создал из земли врачевства, и благоразумный человек не будет пренебрегать ими. Для того Он и дал людям знание, чтобы прославляли Его в чудных делах Его: ими Он врачует человека и уничтожает болезнь его. Приготавливающий лекарства делает из них смесь, и занятия его не оканчиваются, и чрез него бывает благо на лице земли. Сын мой! В болезни твоей не будь небрежен, но молись Господу и Он исцелит тебя. Оставь греховную жизнь, и исправь руки твои, и от всякого греха очисти сердце... И дай место врачу, ибо и его создал Господь, и да не удаляется он от тебя, ибо он нужен. В иное время и в их руках бывает успех. Ибо и они молятся Господу, чтобы Он помог им подать больному облегчение и исцеление к продолжению жизни» (Сир. 38. 1–2, 4, 6–10, 12–14). Лучшие представители древней медицины, причисленные к лику святых, явили особый образ святости — бессребреников и чудотворцев. Они были прославлены не только потому, что очень часто завершали свою жизнь мученической кончиной, но за принятие врачебного призвания как христианского долга милосердия.

Православная Церковь с неизменно высоким уважением относится к врачебной деятельности, в основе которой лежит служение любви, направленное на предотвращение и облегчение человеческих страданий. Исцеление поврежденного болезнью человеческого естества предстает как исполнение замысла Божия о человеке: «Сам же Бог мира да освятит вас во всей полноте, и ваш дух и душа и тело во всей целостности да

сохранится без порока в пришествие Господа нашего Иисуса Христа» (1 Фес. 5. 23). **Тело, свободное от порабощения греховным страстям и их следствию — болезням, должно служить душе, а душевные силы и способности, преображаясь благодатью Святого Духа, устремляться к конечной цели и предназначению человека — обожению. Всякое истинное врачевание призвано стать причастным этому чуду исцеления, совершаемому в Церкви Христовой.** Вместе с тем необходимо отличать исцеляющую силу благодати Святого Духа, подаваемой по вере в Единого Господа Иисуса Христа через участие в церковных Таинствах и молитвах, от заклинаний, заговоров, иных магических действий и суеверий.

Многие болезни остаются неизлечимыми, становятся причиной страданий и смерти. Сталкиваясь с такими недугами, православный христианин призван положиться на всеблагу волю Божию, помня, что смысл бытия не ограничивается земной жизнью, которая является приготовлением к вечности. Страдания есть следствие не только личных грехов, но также общей поврежденности и ограниченности человеческой природы, а потому должны переноситься с терпением и надеждой. Господь добровольно принимает страдания для спасения человеческого рода: «Ранами Его мы исцелились» (Ис. 53. 5). Это означает, что Богу было угодно страдание соделать средством спасения и очищения, которое может быть действенным для каждого, кто переживает его со смирением и доверием к всеблагой воле Божией. По слову святого Иоанна Златоуста, «кто научился благодарить Бога за свои болезни, тот недалек от святости». Сказанное не означает, что врач или больной не должны прилагать сил для борьбы с недугом. Однако, **когда человеческие средства исчерпаны, христианину надлежит вспомнить, что сила Божия совершается в человеческой немощи и что в самых глубинах страданий он способен встретиться со Христом, взявшим на Себя наши немощи и болезни** (Ис. 53. 4).

XI.2. Церковь призывает как пастырей, так и своих чад к христианскому свидетельству среди работников здравоохранения. Весьма важно ознакомление преподавателей и учащихся медицинских учебных заведений с основами православного вероучения и православно ориентированной биомедицинской этики (см. XII). Деятельность Церкви, направленная на провозглашение слова Божия и преподавание благодати Святого Духа страждущим и тем, кто о них заботится, составляет суть душепопечения в сфере здравоохранения. Главное место в нем занимает **участие в спасительных Таинствах, создание в лечебных учреждениях молитвенной атмосферы, оказание их пациентам многообразной благотворительной помощи.** Церковная миссия в медицинской сфере является обязанностью не только священнослужителей, но и православных мирян — работников здравоохранения, призванных создавать все условия для религиозного утешения болящих, которые просят об этом прямо или косвенно. Верующий медик должен понимать, что человек, нуждающийся в помощи, ждет от него не только соответствующего лечения, но и духовной поддержки, особенно когда врач обладает мировоззрением, в котором раскрывается тайна страдания и смерти. **Быть для пациента милосердным самарянином из евангельской притчи — долг каждого православного медицинского работника.** [...]

XI.3. Проблема здоровья личности и народа не является для Церкви внешней, чисто социальной, ибо напрямую соотносится с ее посланничеством в мире, поврежденном грехом и недугами. Церковь призвана в соработничестве с государственными структурами и заинтересованными общественными кругами участвовать в выработке такого понимания охраны здоровья нации, при котором каждый человек мог бы осуществить свое право на духовное, физическое, психическое здоровье и социальное благополучие при максимальной продолжительности жизни.

Взаимоотношения врача и пациента должны строиться на уважении целостности, свободного выбора и достоинства личности. Недопустима манипуляция человеком даже ради самых благих целей. Нельзя не приветствовать развитие диалога между врачом и больным, происходящее в современной медицине. Такой подход, несомненно, укоренен в христианской традиции, хотя существует соблазн низвести его на уровень чисто договорных отношений. Вместе с тем следует признать, что более традиционная «патерналистская» модель отношений медика и пациента, справедливо критикуемая за многочисленные попытки оправдания врачебного произвола, может являть и подлинно отеческий подход к больному, что определяется нравственным обликом врача. [...]

Признавая возможные благие последствия того факта, что медицина все более становится прогностической и профилактической, а также приветствуя целостное восприятие здоровья и болезни, Церковь предостерегает от попыток абсолютизации любых медицинских теорий, напоминая о важности сохранения духовных приоритетов в человеческой жизни. Исходя из своего многовекового опыта, Церковь предупреждает и об опасности внедрения под прикрытием «альтернативной медицины» оккультно-магической практики, подвергающей волю и сознание людей воздействию демонических сил. Каждый человек должен иметь право и реальную возможность не принимать тех методов воздействия на свой организм, которые противоречат его религиозным убеждениям. [...]

XI.4. Русская Православная Церковь с глубокой тревогой констатирует, что народы, традиционно окормляемые ею, ныне находятся в состоянии демографического кризиса. Резко сократились рождаемость и средняя продолжительность жизни, постоянно уменьшается численность населения. Опасность представляют эпидемии, рост сердечно-сосудистых, психических, венерических и других заболеваний, наркомании и алкоголизма. Возросла детская заболеваемость, включая слабоумие. Демографические проблемы ведут к деформации структуры общества и к снижению творческого потенциала народов, становятся одной из причин ослабления семьи. Главными причинами, приведшими к депопуляции и критическому состоянию здоровья упомянутых народов, в XX веке стали войны, революция, голод и массовые репрессии, последствия которых усугубил глубокий общественный кризис конца столетия.

Демографические проблемы находятся в сфере постоянного внимания Церкви. Она призвана следить за законодательным и административным процессами, дабы воспрепятствовать принятию решений, усугубляющих тяжесть ситуации. Необходим постоянный диалог с государственной властью, а также со средствами массовой информации для прояснения позиции Церкви по вопросам демографической политики и охраны здоровья. Борьба с депопуляцией должна включать активную поддержку научно-медицинских и социальных программ по защите материнства и детства, плода и новорожденного. Государство призывается всеми имеющимися у него средствами поддерживать рождение и достойное воспитание детей.

XI.6. В Библии говорится, что «вино веселит сердце человека» (Пс. 103. 15) и «полезно... если будешь пить его умеренно» (Сир. 31. 31). Однако и в Священном Писании, и в творениях святых отцов мы многократно находим **строгое осуждение порока пьянства**, который, начинаясь незаметно, влечет за собою множество других погибельных грехов. Очень часто пьянство становится причиной распада семьи, принося неисчислимые страдания как жертве этого греховного недуга, так и близким людям, особенно детям.

«Пьянство — вражда на Бога... Пьянство — это добровольно накликаемый бес... Пьянство отгоняет Святого Духа», — святитель Василий Великий. «Пьянство — корень всех зол... Пьяница — живой мертвец... Пьянство и само по себе может служить

вместо всякого наказания, наполняя души смятением, исполняя ум мраком, делая пьяного пленником, подвергая бесчисленным болезням, внутренним и внешним... Пьянство... — это многообразный и многоглавый зверь... Здесь вырастает у него блуд, там — гнев; здесь — тупость ума и сердца, а там — постыдная любовь... Никто так не исполняет злой воли диавола, как пьяница», — наставлял святой Иоанн Златоуст. «Пьяный человек способен на всякое зло, идет на всякие соблазны... Пьянство делает своего приверженца неспособным ни к какому делу», — свидетельствует святитель Тихон Задонский.

Еще более пагубной является широко распространяющаяся наркомания — страсть, которая делает поработанного ею человека крайне уязвимым для действия темных сил. С каждым годом этот страшный недуг охватывает все больше людей, унося множество жизней. Наиболее подвержена наркомании молодежь, что представляет особую угрозу для общества. Корыстные интересы наркобизнеса также оказывают влияние на формирование — особенно в молодежных кругах — особой «наркотической» псевдокультуры. Незрелым людям навязываются стереотипы поведения, предлагающие употребление наркотиков в качестве «нормального» и даже неперемного атрибута общения.

Основная причина бегства многих наших современников в царство алкогольных или наркотических иллюзий — это духовная опустошенность, потеря смысла жизни, размытость нравственных ориентиров. Наркомания и алкоголизм становятся проявлениями духовной болезни не только отдельного человека, но всего общества. Это расплата за идеологию потребительства, за культ материального преуспевания, за бездуховность и утрату подлинных идеалов. С пастырским состраданием относясь к жертвам пьянства и наркомании, Церковь предлагает им духовную поддержку в преодолении порока. **Не отрицая необходимости медицинской помощи на острых стадиях наркомании, Церковь уделяет особое внимание профилактике и реабилитации, наиболее эффективных при сознательном вовлечении страждущих в евхаристическую и общинную жизнь.**

ХП. Проблемы биоэтики

ХП.1. Бурное развитие биомедицинских технологий, активно вторгающихся в жизнь современного человека от рождения до смерти, а также невозможность получить ответ на возникающие при этом нравственные проблемы в рамках традиционной медицинской этики — вызывают серьезную озабоченность общества. Попытки людей поставить себя на место Бога, по своему произволу изменяя и «улучшая» Его творение, могут принести человечеству новые тяготы и страдания. Развитие биомедицинских технологий значительно опережает осмысление возможных духовно-нравственных и социальных последствий их бесконтрольного применения, что не может не вызывать у Церкви глубокой пастырской озабоченности. Формулируя свое отношение к широко обсуждаемым в современном мире проблемам биоэтики, в первую очередь к тем из них, которые связаны с непосредственным воздействием на человека, Церковь исходит из основанных на Божественном Откровении представлений о жизни как бесценном даре Божиим, о неотъемлемой свободе и богоподобном достоинстве человеческой личности, призванной «к почести высшего звания Божия во Христе Иисусе» (Флп. 3. 14), к достижению совершенства Небесного Отца (Мф. 5. 48) и к обожению, то есть причастию Божеского естества (2 Пет. 1. 4).

ХП.2. С древнейших времен Церковь рассматривает намеренное прерывание беременности (аборт) как тяжкий грех. Канонические правила приравнивают аборт к убийству. В основе такой оценки лежит убежденность в том, что зарождение

человеческого существа является даром Божиим, поэтому с момента зачатия всякое посягательство на жизнь будущей человеческой личности преступно.

Псалмопевец описывает развитие плода в материнской утробе как творческий акт Бога: «Ты устроил внутренности мои и соткал меня во чреве матери моей... Не сокрыты были от Тебя кости мои, когда я созидаем был в тайне, образуем был во глубине утробы. Зародыш мой видели очи Твои» (Пс. 138. 13, 15–16). О том же свидетельствует Иов в словах, обращенных к Богу: «Твои руки трудились надо мною и образовали всего меня кругом... Не Ты ли вылил меня, как молоко, и, как творог, сгустил меня, кожей и плотью одел меня, костями и жилами скрепил меня, жизнь и милость даровал мне, и попечение Твое хранило дух мой... Ты вывел меня из чрева» (Иов 10. 8–12, 18). «Я образовал тебя во чреве... и прежде нежели ты вышел из утробы, Я освятил тебя» (Иер. 1. 5–6), — сказал Господь пророку Иеремии.

«Не убивай ребенка, причиняя выкидыш», — это повеление помещено среди важнейших заповедей Божиих в «Учении двенадцати апостолов», одном из древнейших памятников христианской письменности. «Женщина, учинившая выкидыш, есть убийца и даст ответ перед Богом. Ибо... зародыш во утробе есть живое существо, о коем печется Господь», — писал апологет II века Афинагор. «Тот, кто будет человеком, уже человек», — утверждал Тертуллиан на рубеже II и III веков. «Умышленно погубившая зачатый во утробе плод подлежит осуждению смертоубийства... Дающие врачевство для извержения зачатого в утробе суть убийцы, равно и приемлющие детоубийственные отравы», — сказано во 2-м и 8-м правилах святителя Василия Великого, включенных в Книгу правил Православной Церкви и подтвержденных 91-м правилом VI Вселенского Собора. При этом святой Василий уточняет, что тяжесть вины не зависит от срока беременности: «У нас нет различия плода образовавшегося и еще необразованного». Святитель Иоанн Златоуст называл делающих аборт «худшими, нежели убийцы».

Широкое распространение и оправдание аборт в современном обществе Церковь рассматривает как угрозу будущему человечеству и явный признак моральной деградации. Верность библейскому и святоотеческому учению о святости и бесценности человеческой жизни от самых ее истоков несовместима с признанием «свободы выбора» женщины в распоряжении судьбой плода. Помимо этого, аборт представляет собой серьезную угрозу физическому и душевному здоровью матери. Церковь также неизменно почитает своим долгом выступать в защиту наиболее уязвимых и зависимых человеческих существ, коими являются нерожденные дети. Православная Церковь ни при каких обстоятельствах не может дать благословение на производство аборта. Не отвергая женщин, совершивших аборт, Церковь призывает их к покаянию и к преодолению пагубных последствий греха через молитву и несение епитимии с последующим участием в спасительных Таинствах. **В случаях, когда существует прямая угроза жизни матери при продолжении беременности, особенно при наличии у нее других детей, в пастырской практике рекомендуется проявлять снисхождение. Женщина, прервавшая беременность в таких обстоятельствах, не отлучается от евхаристического общения с Церковью, но это общение обуславливается исполнением ею личного покаянного молитвенного правила, которое определяется священником, принимающим исповедь.** Борьба с абортами, на которые женщины подчас идут вследствие крайней материальной нужды и беспомощности, требует от Церкви и общества выработки действенных мер по защите материнства, а также предоставления условий для усыновления детей, которых мать почему-либо не может самостоятельно воспитывать.

Ответственность за грех убийства нерожденного ребенка, наряду с матерью, несет и отец, в случае его согласия на производство аборта. Если аборт совершен женой без согласия мужа, это может быть основанием для расторжения брака (см. X.3). Грех ло-

жится и на душу врача, производящего аборт. Церковь призывает государство признать право медицинских работников на отказ от совершения аборта по соображениям совести. Нельзя признать нормальным положение, когда юридическая ответственность врача за смерть матери несопоставимо более высока, чем ответственность за погубление плода, что провоцирует медиков, а через них и пациентов на совершение аборта. Врач должен проявлять максимальную ответственность за постановку диагноза, могущего подтолкнуть женщину к прерыванию беременности; при этом верующий медик должен тщательно сопоставлять медицинские показания и веления христианской совести.

ХП.3. Религиозно-нравственной оценки требует также проблема контрацепции. Некоторые из противозачаточных средств фактически обладают abortивным действием, искусственно прерывая на самых ранних стадиях жизнь эмбриона, а по-сему к их употреблению применимы суждения, относящиеся к аборту. Другие же средства, которые не связаны с пресечением уже зачатой жизни, к аборту ни в какой степени приравнивать нельзя. Определяя отношение к неabortивным средствам контрацепции, христианским супругам следует помнить, что продолжение человеческого рода является одной из основных целей богоустановленного брачного союза (см. Х.4). Намеренный отказ от рождения детей из эгоистических побуждений обесценивает брак и является несомненным грехом. [...]

ХП.4. Применение новых биомедицинских методов во многих случаях позволяет преодолеть недуг бесплодия. В то же время расширяющееся технологическое вмешательство в процесс зарождения человеческой жизни представляет угрозу для духовной целостности и физического здоровья личности. Под угрозой оказываются и отношения между людьми, издревле лежащие в основании общества. **С развитием упомянутых технологий связано также распространение идеологии так называемых репродуктивных прав,** пропагандируемой ныне на национальном и международном уровнях. Данная система взглядов предполагает приоритет половой и социальной реализации личности над заботой о будущем ребенка, о духовном и физическом здоровье общества, о его нравственной устойчивости. В мире постепенно вырабатывается отношение к человеческой жизни как к продукту, который можно выбирать согласно собственным склонностям и которым можно распоряжаться наравне с материальными ценностями.

В молитвах чина венчания Православная Церковь выражает веру в то, что чадородие есть желанный плод законного супружества, но вместе с тем не единственная его цель. Наряду с «плодом чрева на пользу» супругам испрашиваются дары непреходящей взаимной любви, целомудрия, «единомыслия душ и телес». Поэтому пути к деторождению, не согласные с замыслом Творца жизни, Церковь не может считать нравственно оправданными. Если муж или жена неспособны к зачатию ребенка, а терапевтические и хирургические методы лечения бесплодия не помогают супругам, им следует со смирением принять свое бесчадие как особое жизненное призвание. Пастырские рекомендации в подобных случаях должны учитывать возможность усыновления ребенка по обоюдному согласию супругов. К допустимым средствам медицинской помощи может быть отнесено искусственное оплодотворение половыми клетками мужа, поскольку оно не нарушает целостности брачного союза, не отличается принципиальным образом от естественного зачатия и происходит в контексте супружеских отношений.

Манипуляции же, связанные с донорством половых клеток, нарушают целостность личности и исключительность брачных отношений, допуская вторжение в них третьей стороны. Кроме того, такая практика поощряет безответственное отцовство или материнство, заведомо освобожденное от всяких обязательств по отношению

к тем, кто является «плотью от плоти» анонимных доноров. Использование донорского материала подрывает основы семейных взаимосвязей, поскольку предполагает наличие у ребенка, помимо «социальных», еще и так называемых биологических родителей. **«Суррогатное материнство»**, то есть вынашивание оплодотворенной яйцеклетки женщиной, которая после родов возвращает ребенка «заказчикам», **противоестественно и морально недопустимо** даже в тех случаях, когда осуществляется на некоммерческой основе. Эта методика предполагает разрушение глубокой эмоциональной и духовной близости, устанавливающейся между матерью и младенцем уже во время беременности. «Суррогатное материнство» травмирует как вынашивающую женщину, материнские чувства которой попираются, так и дитя, которое впоследствии может испытывать кризис самосознания. **Нравственно недопустимыми с православной точки зрения являются также все разновидности экстракорпорального (внетелесного) оплодотворения, предполагающие заготовку, консервацию и намеренное разрушение «избыточных» эмбрионов. Именно на признании человеческого достоинства даже за эмбрионом основана моральная оценка аборта, осуждаемого Церковью** (см. XII.2).

Оплодотворение одиноких женщин с использованием донорских половых клеток или реализация «репродуктивных прав» одиноких мужчин, а также лиц с так называемой нестандартной сексуальной ориентацией, лишает будущего ребенка права иметь мать и отца. Употребление репродуктивных методов вне контекста благословенной Богом семьи становится формой богоборчества, осуществляемого под прикрытием защиты автономии человека и превратно понимаемой свободы личности. [...]

XII.5. [...] Двойственный характер имеют также методы пренатальной (дородовой) диагностики, позволяющие определить наследственный недуг на ранних стадиях внутриутробного развития. **Некоторые из этих методов могут представлять угрозу для жизни и целостности тестируемого эмбриона или плода.** Выявление неизлечимого или трудноизлечимого генетического заболевания нередко становится побуждением к прерыванию зародившейся жизни; известны случаи, когда на родителей оказывалось соответствующее давление. **Пренатальная диагностика может считаться нравственно оправданной, если она нацелена на лечение выявленных недугов на возможно ранних стадиях, а также на подготовку родителей к особому попечению о больном ребенке.** Правом на жизнь, любовь и заботу обладает каждый человек, независимо от наличия у него тех или иных заболеваний. Согласно Священному Писанию, Сам Бог является «заступником немощных» (Июд. 9. 11). Апостол Павел учит «поддерживать слабых» (Деян. 20. 35; 1 Фес. 5. 14); уподобляя Церковь человеческому телу, он указывает, что «члены... которые кажутся слабейшими, гораздо нужнее», а менее совершенные нуждаются в «большем попечении» (1 Кор. 12. 22,24). Совершенно недопустимо применение методов пренатальной диагностики с целью выбора желательного для родителей пола будущего ребенка.

XII.6. Осуществленное учеными **клонирование** (получение генетических копий) животных ставит вопрос о допустимости и возможных последствиях **клонирования человека.** Реализация этой идеи, встречающей протест со стороны множества людей во всем мире, способна стать разрушительной для общества. Клонирование в еще большей степени, чем иные репродуктивные технологии, открывает возможность манипуляции с генетической составляющей личности и способствует ее дальнейшему обесцениванию. Человек не вправе претендовать на роль творца себе подобных существ или подбирать для них генетические прототипы, определяя их личностные характеристики по своему усмотрению. **Замысел клонирования является несомненным вызовом самой природе человека, заложенному в нем образу Божию, неотъемлемой частью которого**

являются свобода и уникальность личности. «Тиражирование» людей с заданными параметрами может представляться желательным лишь для приверженцев тоталитарных идеологий.

Клонирование человека способно извратить естественные основы деторождения, кровного родства, материнства и отцовства. Ребенок может стать сестрой своей матери, братом отца или дочерью деда. Крайне опасными являются и психологические последствия клонирования. Человек, появившийся на свет в результате такой процедуры, может ощущать себя не самостоятельной личностью, а всего лишь «копией» кого-то из живущих или ранее живших людей. Необходимо также учитывать, что «побочными результатами» экспериментов с клонированием человека неизбежно стали бы многочисленные несостоявшиеся жизни и, вероятнее всего, рождение большого количества нежизнеспособного потомства. **Вместе с тем клонирование изолированных клеток и тканей организма не является посягательством на достоинство личности и в ряде случаев оказывается полезным в биологической и медицинской практике.**

ХП.7. Современная трансплантология (теория и практика пересадки органов и тканей) позволяет оказать действенную помощь многим больным, которые прежде были бы обречены на неизбежную смерть или тяжелую инвалидность. Вместе с тем развитие данной области медицины, увеличивая потребность в необходимых органах, порождает определенные нравственные проблемы и может представлять опасность для общества. Так, недобросовестная пропаганда донорства и коммерциализация трансплантационной деятельности создают предпосылки для торговли частями человеческого тела, угрожая жизни и здоровью людей. **Церковь считает, что органы человека не могут рассматриваться как объект купли и продажи. Пересадка органов от живого донора может основываться только на добровольном самопожертвовании ради спасения жизни другого человека. В этом случае согласие на эксплантацию (изъятие органа) становится проявлением любви и сострадания. Однако потенциальный донор должен быть полностью информирован о возможных последствиях эксплантации органа для его здоровья. Морально недопустима эксплантация, прямо угрожающая жизни донора.** Наиболее распространенной является практика изъятия органов у только что скончавшихся людей. В таких случаях должна быть исключена неясность в определении момента смерти. **Неприемлемо сокращение жизни одного человека, в том числе через отказ от жизнеподдерживающих процедур, с целью продления жизни другого.**

На основании Божественного Откровения Церковь исповедует веру в телесное воскресение умерших (Ис. 26. 19; Рим. 8. 11; 1 Кор. 15. 42–44, 52–54; Флп. 3. 21). В обряде христианского погребения Церковь выражает почитание, подобающее телу скончавшегося человека. Однако посмертное донорство органов и тканей может стать проявлением любви, простирающейся и по ту сторону смерти. Такого рода дарение или завещание не может считаться обязанностью человека. Поэтому добровольное прижизненное согласие донора является условием правомерности и нравственной приемлемости эксплантации. В случае, если волеизъявление потенциального донора неизвестно врачам, они должны выяснить волю умирающего или умершего человека, обратившись при необходимости к его родственникам. Так называемую презумпцию согласия потенциального донора на изъятие органов и тканей его тела, закрепленную в законодательстве ряда стран, Церковь считает недопустимым нарушением свободы человека.

Донорские органы и ткани усваиваются воспринимающему их человеку (реципиенту), включаясь в сферу его личностного душевно-телесного единства. Поэтому ни при каких обстоятельствах **не может быть нравственно оправдана такая трансплантация, которая способна повлечь за собой угрозу для идентичности реципиента,**

затрагивая его уникальность как личности и как представителя рода. Об этом условии особенно важно помнить при решении вопросов, связанных с пересадкой тканей и органов животного происхождения.

Безусловно недопустимым Церковь считает употребление методов так называемой фетальной терапии, в основе которой лежат изъятие и использование тканей и органов человеческих зародышей, абортированных на разных стадиях развития, для попыток лечения различных заболеваний и «омоложения» организма. Осуждая аборт как смертный грех, Церковь не может найти ему оправдания и в том случае, если от уничтожения зачатой человеческой жизни некто, возможно, будет получать пользу для здоровья. Неизбежно способствуя еще более широкому распространению и коммерциализации абортов, такая практика (даже если ее эффективность, в настоящее время гипотетическая, была бы научно доказана) являет пример вопиющей безнравственности и носит преступный характер.

ХП.8. Практика изъятия человеческих органов, пригодных для трансплантации, а также развитие реанимации порождают проблему правильной констатации момента смерти. Ранее критерием ее наступления считалась необратимая остановка дыхания и кровообращения. Однако благодаря совершенствованию реанимационных технологий эти жизненно важные функции могут искусственно поддерживаться в течение длительного времени. Акт смерти превращается, таким образом, в процесс умирания, зависящий от решения врача, что налагает на современную медицину качественно новую ответственность.

В Священном Писании смерть представляется как разлучение души от тела (Пс. 145. 4; Лк. 12. 20). Таким образом, можно говорить о продолжении жизни до тех пор, пока осуществляется деятельность организма как целого. Продление жизни искусственными средствами, при котором фактически действуют лишь отдельные органы, не может рассматриваться как обязательная и во всех случаях желательная задача медицины. Оттягивание смертного часа порой только продлевает мучения больного, лишая человека права на достойную, «непостыдную и мирную» кончину, которую православные христиане испрашивают у Господа за богослужением. Когда активная терапия становится невозможной, ее место должна занять паллиативная помощь (обезболивание, уход, социальная и психологическая поддержка), а также пастырское попечение. Все это имеет целью обеспечить подлинно человеческое завершение жизни, согретое милосердием и любовью.

Православное понимание непостыдной кончины включает подготовку к смертному исходу, который рассматривается как духовно значимый этап жизни человека. Больной, окруженный христианской заботой, в последние дни земного бытия способен пережить благодатное изменение, связанное с новым осмыслением пройденного пути и покаянным предстоянием перед вечностью. А для родственников умирающего и медицинских работников терпеливый уход за больным становится возможностью служения Самому Господу, по слову Спасителя: «Так как вы сделали это одному из братьев Моих меньших, то сделали Мне» (Мф. 25. 40). Соккрытие от пациента информации о тяжелом состоянии под предлогом сохранения его душевного комфорта нередко лишает умирающего возможности сознательного приурочения к кончине и духовного утешения, обретаемого через участие в Таинствах Церкви, а также омрачает недоверием его отношения с близкими и врачами.

Предсмертные физические страдания не всегда эффективно устраняются применением обезболивающих средств. Зная это, Церковь в таких случаях обращает к Богу молитву: «Разреши раба Твоего нестерпимыя сея болезни и содержащая его горькия немощи и упокой его, идеже праведных Дуси» (Требник. Молитва о долго-

страждущем). Один Господь является Владыкой жизни и смерти (1 Цар. 2. 6). «В Его руке душа всего живущего и дух всякой человеческой плоти» (Иов. 12. 10). Поэтому **Церковь**, оставаясь верной соблюдению заповеди Божией «не убивай» (Исх. 20. 13), **не может признать нравственно приемлемыми распространенные ныне в светском обществе попытки легализации так называемой эвтаназии, то есть намеренного умерщвления безнадежно больных (в том числе по их желанию)**. Просьба больного об ускорении смерти подчас обусловлена состоянием депрессии, лишаящим его возможности правильно оценивать свое положение. Признание законности эвтаназии привело бы к умалению достоинства и извращению профессионального долга врача, призванного к сохранению, а не к пресечению жизни. **«Право на смерть» легко может обернуться угрозой для жизни пациентов, на лечение которых недостает денежных средств.**

Таким образом, **эвтаназия является формой убийства или самоубийства**, в зависимости от того, принимает ли в ней участие пациент. В последнем случае к эвтаназии применимы соответствующие канонические правила, согласно которым намеренное самоубийство, как и оказание помощи в его совершении, расцениваются как тяжкий грех. **Умышленный самоубийца**, который «соделал сие от обиды человеческой или по иному какому случаю от малодушия», **не удостоивается христианского погребения и литургического поминовения** (Тимофея Алекс. прав. 14). Если самоубийца бессознательно лишил себя жизни «вне ума», то есть в припадке душевной болезни, церковная молитва о нем допускается по исследовании дела правящим архиереем. **Вместе с тем необходимо помнить, что вину самоубийцы нередко разделяют окружающие его люди, оказавшиеся неспособными к действительному состраданию и проявлению милосердия.** Вместе с апостолом Павлом Церковь призывает: «Носите бремена друг друга и таким образом исполните закон Христов» (Гал. 6. 2).

ХП.9. Священное Писание и учение Церкви недвусмысленно осуждают гомосексуальные половые связи, усматривая в них порочное искажение богозданной природы человека.

«Если кто ляжет с мужчиною, как с женщиною, то оба они сделали мерзость» (Лев. 20. 13). Библия повествует о тяжком наказании, которому Бог подверг жителей Содома (Быт. 19. 1–29), по толкованию святых отцов, именно за грех мужеложства. Апостол Павел, характеризуя нравственное состояние языческого мира, называет гомосексуальные отношения в числе наиболее «постыдных страстей» и «непотребств», оскверняющих человеческое тело: «Женщины их заменили естественное употребление противоестественным; подобно и мужчины, оставив естественное употребление женского пола, разжигались похотью друг на друга, мужчины на мужчинах делая срам и получая в самих себе должное возмездие за свое заблуждение» (Рим. 1. 26–27). «Не обманывайтесь... ни малакии, ни мужеложники... Царства Божия не наследуют», — писал апостол жителям развращенного Коринфа (1 Кор. 6. 9–10). Святоотеческое предание столь же ясно и определенно осуждает любые проявления гомосексуализма. «Учение двенадцати апостолов», творения святителей Василия Великого, Иоанна Златоуста, Григория Нисского, блаженного Августина, каноны святого Иоанна Постника выражают неизменное учение Церкви: гомосексуальные связи греховны и подлежат осуждению. Вовлеченные в них люди не имеют права состоять в церковном клире (Василия Вел. пр. 7, Григория Нис. пр. 4, Иоанна Постн. пр. 30). Обращаясь к запятнавшим себя грехом содомии, преподобный Максим Грек взывал: «Познайте себя, окаянные, какому скверному наслаждению вы предались!.. Постарайтесь скорее отстать от этого сквернейшего вашего и смраднейшего наслаждения, возненавидеть его, а кто утверждает, что оно невинно, того предайте вечной анафеме, как противника Евангелия Христа

Спасителя и развращающего учение оного. Очистите себя искренним покаянием, теплыми слезами и посиленною милостынею и чистою молитвою... Возненавидьте от всей души вашей это нечестие, чтобы не быть вам сынами проклятия и вечной пагубы».

Дискуссии о положении так называемых сексуальных меньшинств в современном обществе клонятся к признанию гомосексуализма не половым извращением, но лишь одной из «сексуальных ориентаций», имеющих равное право на публичное проявление и уважение. Утверждается также, что гомосексуальное влечение обусловлено индивидуальной природной предрасположенностью. Православная Церковь исходит из неизменного убеждения, что богоустановленный брачный союз мужчины и женщины не может быть сопоставлен с извращенными проявлениями сексуальности. Она считает гомосексуализм греховным повреждением человеческой природы, которое преодолевается в духовном усилии, ведущем к исцелению и личностному возрастанию человека. Гомосексуальные устремления, как и другие страсти, терзающие падшего человека, врачуются Таинствами, молитвой, постом, покаянием, чтением Священного Писания и святоотеческих творений, а также христианским общением с верующими людьми, готовыми оказать духовную поддержку.

Относясь с пастырской ответственностью к людям, имеющим гомосексуальные наклонности, Церковь в то же время решительно противостоит попыткам представить греховную тенденцию как «норму», а тем более как предмет гордости и пример для подражания. Именно поэтому Церковь осуждает всякую пропаганду гомосексуализма. Не отказывая никому в основных правах на жизнь, уважение личного достоинства и участие в общественных делах, Церковь, однако, полагает, что лица, пропагандирующие гомосексуальный образ жизни, не должны допускаться к преподавательской, воспитательной и иной работе среди детей и молодежи, а также занимать начальственное положение в армии и исправительных учреждениях.

Порой извращения человеческой сексуальности проявляются в форме **болезненного чувства принадлежности к противоположному полу**, результатом чего становится попытка изменения пола (**транссексуализм**). Стремление отказаться от принадлежности к тому полу, который дарован человеку Создателем, может иметь лишь пагубные последствия для дальнейшего развития личности. «Смена пола» посредством гормонального воздействия и проведения хирургической операции во многих случаях приводит не к разрешению психологических проблем, а к их усугублению, порождая глубокий внутренний кризис. Церковь не может одобрить такого рода «бунт против Творца» и признать действительной искусственно измененную половую принадлежность. Если «смена пола» произошла с человеком до Крещения, он может быть допущен к этому Таинству, как и любой грешник, но Церковь крестит его как принадлежащего к тому полу, в котором он рожден. Рукоположение такого человека в священник и вступление его в церковный брак недопустимо.

От транссексуализма надлежит отличать неправильную идентификацию половой принадлежности в раннем детстве в результате врачебной ошибки, связанной с патологией развития половых признаков. Хирургическая коррекция в данном случае не носит характер изменения пола.

Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. М., 2001.

EVANGELIUM VITAE

ОКРУЖНОЕ ПОСЛАНИЕ ПАПЫ ИОАННА ПАВЛА II ЕПИСКОПАМ, СВЯЩЕННИКАМ И ДИАКОНАМ, МОНАХАМ И МОНАХИНЯМ, ВЕРНЫМ МИРЯНАМ И ВСЕМ ЛЮДЯМ ДОБРОЙ ВОЛИ О ЦЕННОСТИ И НЕРУШИМОСТИ ЧЕЛОВЕЧЕСКОЙ ЖИЗНИ (25.03.1995) (ИЗВЛЕЧЕНИЕ)

1. *Евангелие жизни* лежит в самом сердце Вести Иисуса Христа. Церковь каждый день принимает ее с любовью, чтобы верно и отважно проповедовать как благую весть людям всех времен и культур.

Когда засияла заря спасения, весть о рождении Младенца была возвещена как радостная новость: «Я возвещаю вам великую радость, которая будет всем людям: ибо ныне родился вам в городе Давидовом Спаситель, Который есть Христос Господь» (Лк 2, 10–11). Источник этой «великой радости» — несомненно, рождение Спасителя, но в Рождестве явлен и глубокий смысл всякого человеческого рождения и показано, что радость от пришествия Мессии есть основа и свершение той радости, которая сопутствует рождению каждого младенца (см. Ин 16, 21).

Изыясняя суть Своей искупительной миссии, Иисус говорит: «Я пришел для того, чтобы имели жизнь и имели с избытком» (Ин 10, 10). Он имеет в виду ту «новую» и «вечную» жизнь, которая есть общение с Отцом, к чему каждый человек без всякой заслуги призван в Сыне действием освящающего Духа. Именно в свете такой «жизни» обретают полноту своего значения все аспекты и стороны человеческого бытия.

2. Человек призван к полноте жизни, которая далеко выходит за рамки его земного существования, ибо есть участие в жизни Самого Бога.

Возвышенность этого сверхъестественного призвания открывает *величие* и огромную *цену* человеческой жизни, даже в ее брэнной стадии. Действительно, жизнь во времени — это основное условие, начальный этап и неотъемлемая часть полного и единого процесса человеческого существования. Этот процесс — неожиданно и без всяких заслуг со стороны человека — озаряется обетованием и обновляется даром жизни Божией, которая до конца исполнится в вечности (см. 1 Ин 3, 1–2). В то же время это сверхъестественное призвание подчеркивает *относительность* земной жизни мужчины и женщины. Оно воистину не «последняя», но «предпоследняя» *действительность*; в любом случае это *священная действительность*, вверенная нам, чтобы мы берегли ее с чувством ответственности и совершенствовали любовью и принесением себя в дар Богу и братьям.

Церковь знает, что это *Евангелие жизни*, переданное ей Господом, возбуждает живой и глубокий отклик в сердце каждого человека, как верующего, так и неверующего, потому что, бесконечно превосходя все его чаяния, оно в то же время удивительно им созвучно. Несмотря на все тяготы и сомнения, любой человек, душа которого искренне открыта истине и благу, способен светом разума и под влиянием тайного действия благодати познать в естественном законе, написанном в сердцах (см. Рим 2, 14–15), святость человеческой жизни от зачатия и до конца, а также прийти к убеждению, что каждое человеческое существо имеет право ожидать полного соблюдения этого своего первостепенного блага. Признание этого права — фундамент человеческого общежития и существования политического общества. [...]

Именно поэтому человек, живой человек, представляет собою первый и главный путь Церкви.

3. Тайной Слова Божьего, ставшего плотью (см. Ин 1, 14), каждый человек вверен материнской заботе Церкви. И всякая угроза достоинству и жизни человека глубоко потрясает самое сердце Церкви, затрагивает самое существо ее веры в искупительное

Воплощение Сына Божьего и зовет Церковь исполнять вверенную ей миссию проповеди *Евангелия жизни* по всему миру и всей твари (см. Мк 16, 15).

Сегодня, когда ужас вызывают все умножающиеся и нарастающие угрозы жизни людей и народов, прежде всего жизни слабой и беззащитной, эта проповедь становится особенно неотложной. К таким древним и мучительным бичам человечества, как нищета, голод, очаговые заболевания, насилие и войны, прибавляются другие, приобретаая неизвестные доселе формы и тревожный размах.

Еще II Ватиканский собор в одном из своих заявлений, и поныне не утратившем драматической злободневности, решительно осудил многочисленные преступления против человеческой жизни и посягательства на нее. Тридцать лет спустя, напоминая слова Собора, я еще раз и так же решительно осуждаю эти преступления от имени всей Церкви, уверенный, что передаю подлинные чувства всякого человека с чистой совестью: «...все, что направлено против самой жизни, как, например, всякого рода человекоубийство, геноцид, аборт, эвтаназия и даже умышленное самоубийство, все, что нарушает целостность человеческой личности, как членовредительство, физические или нравственные мучения, попытки поработить самую душу; все, что оскорбляет человеческое достоинство, как нечеловеческие условия жизни, незаконное заключение, ссылка, рабство, проституция, торговля женщинами и подростками; или же позорные условия труда, когда трудящихся превращают в простое орудие наживы, пренебрегая их свободной и ответственной личностью, — все эти и им подобные деяния воистину нечестивы. Внося тление в человеческую цивилизацию, они одновременно бесчестят тех, кто к ним прибегает, в еще большей степени, чем тех, кто их претерпевает, и наносят величайшее оскорбление Творцу». [...]

11. Здесь мы, однако, хотим обратить особое внимание на *иной вид опасностей*, угрожающих зачатой жизни или жизни, близящейся к концу: в них мы обнаруживаем *новые аспекты, неизвестные в прошлом, и крайне серьезные проблемы*, связанные с тем, что в коллективном сознании эти посягательства на жизнь постепенно теряют характер «преступления» и парадоксальным образом приобретают характер «права» — настолько, что выдвигается требование, чтобы *государство признало их полную легальность, а сотрудники органов здравоохранения производили их бесплатно*. Эти посягательства наносят человеческой жизни удары, когда она слабее всего и совершенно лишена возможности защититься. Еще опаснее то, что они в немалой мере совершаются внутри семьи и по воле семьи, которая, по самой своей природе, должна быть «святылицем жизни». [...]

12. Множество серьезных проблем, существующих в современном обществе, в некоторой степени объясняет, почему так повсеместна атмосфера нравственной шаткости, и иногда смягчает субъективную ответственность отдельных людей, однако по сути дела мы стоим перед лицом более объемной реальности, которую можно признать настоящей *структурой греха*: ее характерная черта — экспансия культуры, направленной против солидарности и в ряде случаев приобретающей вид «культуры смерти». Она распространяется под действием мощных культурных, экономических и политических тенденций, отражающих определенную концепцию общества, где важнейшим критерием является успех. Рассматривая положение дел с этой точки зрения, можно, собственно говоря, назвать его *войной сильных против бессильных*; жизнь, требующая как можно больше доброты, любви и заботы, объявляется ненужной или рассматривается как невыносимое бремя и, в конце концов, так или иначе отвергается. Тот, кто своей болезнью, инвалидностью или просто самим фактом своего существования угрожает благоденствию либо жизненным привычкам более благополучных, оказывается врагом, от которого надо защищаться или которого надо уничтожить. Таким образом возникает

«заговор против жизни». Он не только втягивает отдельных людей в рамках их личных, семейных и общественных отношений, но идет гораздо дальше, обретает глобальный размах, расшатывая и разрушая отношения между народами и государствами.

13. Чтобы облегчить распространение практики *абортов*, вложены и продолжают вкладываться огромные средства в разработку фармакологических препаратов, которые позволят убивать плод во чреве матери, не прибегая к услугам врача. Похоже, что почти исключительная цель научных исследований в этой области — получать всё более простые и действенные средства уничтожения жизни, которые в то же время позволяют прерывать беременность без всякого контроля и ответственности со стороны общества.

Часто говорится, что безопасные и общедоступные *противозачаточные средства* представляют собой лучший метод борьбы с абортами. Католическую Церковь при этом обвиняют, что на самом деле она способствует умножению случаев прерывания беременности, поскольку в своем нравственном учении упрямо говорит о нечестии противозачаточных средств. В действительности эта аргументация оказывается ложной. Возможно, многие люди действительно применяют противозачаточные средства, чтобы позднее не подвергнуться искушению аборта. Однако антиценности, неотъемлемые от «контрацептивной ментальности» — а она есть нечто совершенно иное, нежели ответственное отцовство и материнство, переживаемое с соблюдением всей истины супружеского акта, — приводят к тому, что это искушение становится как раз еще сильнее, когда произошло зачатие «нежеланной» жизни. Культура, признающая аборты, на самом деле шире всего распространена среди тех, кто отвергает учение Церкви о противозачаточных средствах. Безусловно, противозачаточные средства и прерывание беременности — с нравственной точки зрения, два *принципиально различных вида зла*: одно противоречит всей истине полового акта как настоящего выражения супружеской любви, второе уничтожает жизнь человеческого существа; первое противостоит добродетели супружеской чистоты, второе противоречит добродетели праведности и прямо нарушает Божию заповедь «не убивай». [...]

К сожалению, установившаяся в умах тесная связь противозачаточных средств с прерыванием беременности становится все более очевидной, и крайне тревожным доказательством этого служит производство химических средств, внутриматочных вкладок, а также вакцин, которые столь же общедоступны, как противозачаточные средства, но не предупреждают беременность, а вызывают ее прерывание на самых ранних стадиях жизни нового человеческого существа.

14. Различные *средства искусственного размножения*, которые, на первый взгляд, служат жизни и часто используются с таким намерением, в действительности тоже создают возможность новых посягательств на жизнь. Они неприемлемы с нравственной точки зрения, поскольку отделяют деторождение от истинно человеческого контекста супружеского акта, а вдобавок у тех, кто применяет эти методы, до сих пор наблюдается большая доля неудач: это относится не столько к самому моменту оплодотворения, сколько к следующей стадии развития зародыша, подвергающегося риску скорой гибели. Кроме того, в ряде случаев зародышей возникает больше, чем это необходимо для перенесения одного из них в чрево матери, и этих зародышей, называемых «сверхкомплектными», либо убивают, либо используют в рамках научных исследований, которые якобы должны служить прогрессу науки и медицины, а в действительности сводят человеческую жизнь к роли всего лишь «биологического материала», которым можно свободно распоряжаться. *Дородовые обследования*, которые не возбуждают моральных возражений, когда проводятся ради установления методов лечения, если этого требует здоровье неродившегося младенца, слишком часто дают возможность предложить и произвести прерывание беременности. Это — евгенический аборт, одобряемый

общественностью со специфическим складом ума и ошибочно считающийся у нее проявлением «терапевтических» требований; ум такого склада принимает жизнь только на определенных условиях, отвергая инвалидность, увечье и болезнь. Та же логика приводит к ситуациям, когда детям, родившимся с серьезными увечьями или заболеваниями, отказывают в элементарном лечении и уходе, а то даже и в питании. Картина современного мира становится еще более тревожной в связи с раздающимися время от времени предложениями признать законно допустимым — на тех же основаниях, что и прерывание беременности, — даже *детоубийство*. Это означало бы возврат в эпоху варварства, из которой, казалось, мы вышли раз и навсегда.

15. *Неизлечимо больным и умирающим* угрожают не менее серьезные опасности в том социально-культурном контексте, в котором страдание принимается и переносится с большим трудом, — в результате этого растет *искушение решить проблему страдания, ликвидируя его в корне* путем преждевременной смерти, которую вызывают в момент, найденный подходящим.

На такое решение часто влияют разнообразные мотивы, но, к сожалению, все они приводят к одному и тому же ужасающему исходу. На самого больного решающее влияние могут оказать страх, напряженность и даже отчаяние, испытываемые под действием сильной, затяжной боли. Это ставит под удар нередко уже расшатанное равновесие в личной и семейной жизни, так что, с одной стороны, больной, несмотря на все более эффективную врачебную и социальную помощь, может почувствовать себя как бы раздавленным собственной слабостью; а с другой — у тех, кому больной близок, может выступить на передний план понятная, хотя и плохо понятая, жалость. Все это обостряется под влиянием общекультурной атмосферы, в которой страданию не придается никакого смысла и ценности — наоборот, его считают злом от природы, которое следует любой ценой ликвидировать; в особенности так обстоит дело, когда отсутствует религиозная мотивировка, которая помогла бы человеку положительно воспринять тайну страдания.

Однако в культурном плане часто наблюдается и влияние своеобразного прометейзма: человек питает иллюзию, что сможет стать господином жизни и смерти, поскольку сам принимает решение о них, в то время как на самом деле он побежден и раздавлен смертью, неотвратимо замкнутой от всякого высшего смысла и всякой надежды. Все это трагически обнаруживается в распространении *эвтаназии*, то *закамуфлированной* и *подспудной*, то *производимой открыто* и даже с разрешения закона. Ее оправдывают не только мнимым сочувствием к страдающему пациенту, но иногда и утилитарными соображениями, предписывающими избегать непроизводительных расходов, которые тяжким бременем ложатся на общество. В результате среди тех, кого предлагается лишать жизни, оказываются новорожденные с телесными уродствами, лица с тяжелыми заболеваниями, инвалиды, старики, особенно те из них, кто неспособен жить самостоятельно, и смертельно больные. Мы не можем также умолчать о других, более замаскированных, но не менее опасных и реальных формах эвтаназии. Они могут проявиться, например, в том случае, если с целью получить побольше органов для пересадки станут брать эти органы у доноров еще до того, как они признаны умершими в согласии с объективными и адекватными критериями. [...]

23. [...] В такой атмосфере *страдание*, неустанно тяготеющее над человеческой жизнью, но способное также стать стимулом личного роста, «цензурируется», отвергается как бесполезное и искореняется как зло, от которого следует спасаться всегда и при всех обстоятельствах. А когда его нельзя преодолеть и пропадает даже надежда на благополучие в будущем, человек готов считать, что жизнь утратила всякий смысл, и испытывает все более сильное искушение оставить за собою право положить ей конец.

В том же культурном контексте *плоть* больше не воспринимается как типично личностная реальность, знамение и обитель отношений с другими людьми, с Богом и миром. Она сводится к чисто материальному измерению, превращаясь всего-навсего в комплекс органов, функций и энергии, которыми можно пользоваться, применяя один только критерий удовольствия и эффективности. Вследствие этого и *пол* лишается личностного измерения и рассматривается инструментально: вместо того, чтобы быть знаменем, обителью и языком любви, то есть приношением себя в дар и принятием другого человека вместе со всем богатством его личности, он все больше и больше превращается в поле и орудие самоутверждения и себялюбивого удовлетворения желаний и влечений. Так искажается и фальсифицируется изначальное содержание половой сферы человека, а два ее значения — сочетание и размножение, — начертанные в глубине природы супружеского акта, искусственно разделяются: единство мужчины и женщины тем самым предается, а чадородие предоставлено их произволу. *Размножение* начинает рассматриваться как «враг», которого следует избегать в половом сожительстве: если же оно принимается, то только потому, что отвечает желанию или прямо страсти иметь ребенка «любой ценой», а вовсе не потому, что означает безоговорочное принятие другого человека, а следовательно, и открытость навстречу тому богатству жизни, которое приносит с собой ребенок.

Вышеописанное материалистическое представление ведет к *значительному оскудению человеческих отношений*. Ущерб тут терпят прежде всего женщины, дети, больные или страдающие, старики. Истинный критерий признания достоинства человека, критерий уважения, бескорыстия и служения, заменяется критерием производительности, функциональности и пригодности: другого человека ценят не за то, кто он «есть», а за то, чем он «обладает, что совершает и какие выгоды приносит». А это означает господство более сильного над более слабым. [...]

26. И все-таки в наших обществах и культурах, хоть и несущих такую резкую печать «культуры смерти», нет недостатка в знаменьях, предвещающих эту победу. Наша картина оказалась бы, таким образом, односторонней и могла бы способствовать переходу на позиции бесплодной отрешенности, если бы, оглашая, что угрожает жизни, мы не указали *положительных знамений*, действие которых можем наблюдать в современном обществе.

К сожалению, эти положительные знаменья часто бывает трудно заметить и опознать еще, быть может, и потому, что средства массовой информации не уделяют им надлежащего внимания. В действительности, однако, предприняты и продолжают предприниматься многочисленные начинания — в христианской общине и во всем обществе, на местном, национальном и международном уровнях, по инициативе отдельных людей, групп, движений и всяческих организаций, — чтобы обеспечить самым слабым и незащищенным поддержку и опору.

По-прежнему очень многие *супруги* умеют в духе жертвенной ответственности принять детей — этот «ценнейший дар брака». Нет недостатка также в *семьях*, которые, не ограничиваясь своим повседневным служением жизни, способны принять брошенных детей, молодежь, не справляющуюся со своими трудностями, инвалидов, одиноких людей, стариков. Есть много *центров опеки над жизнью* и других аналогичных учреждений, где работают люди и группы людей, которые с достойным восторгом самопожертвованием и самоотречением оказывают моральную и материальную поддержку матерям, живущим в трудных обстоятельствах и впадающим в искушение сделать аборт. Возникают также и умножаются *группы волонтеров*, которые стараются окружить заботой людей, лишенных семьи, людей, сталкивающихся с особо тяжкими про-

блемами, и тех, кому нужна соответствующая воспитательная среда, чтобы преодолеть губительные навыки и обрести веру в смысл жизни. [...]

27. В ответ на законодательные установления, допускающие прерывание беременности, а также на попытки легализации эвтаназии, кое-где достигшие успеха, во всем мире возникли *движения и начинания, цель которых — защита жизни путем возбуждения общественного отклика*. Когда они действуют в соответствии с тем, что их действительно вдохновляет, твердо и неуклонно, но без применения насилия, они распространяют понимание ценности жизни, стимулируют и организуя более решительную ее защиту. [...]

Эти дела закладывают глубокий фундамент той «цивилизации любви и жизни», без которой существование личностей и общества утрачивает свой глубоко человеческий смысл. Даже если бы никто их не видел и они оставались скрытыми от большинства людей, вера дает нам уверенность, что Отец, «видящий тайное» (Мф 6, 4), не только вознаградит их в будущем, но и сейчас содействует так, что они всем приносят прочную пользу. [...]

58. Среди всех преступлений против жизни, какие может совершить человек, прерывание беременности обладает чертами, которые делают его особенно серьезным и заслуживающим осуждения. II Ватиканский собор называет его вместе с детоубийством «ужасными преступлениями».

Сегодня, однако, в совести многих людей понимание этого зла исчезает. Тот факт, что умонастроения, нравы и даже законодательство признают прерывание беременности, — красноречивый признак необычайно опасного кризиса нравственного чувства, которое постепенно утрачивает способность различать добро и зло, притом даже тогда, когда речь идет о фундаментальном праве на жизнь. В такой опасной обстановке сегодня особенно нужна смелость, позволяющая смотреть правде в глаза и *называть вещи своими именами*, не поддаваясь удобным компромиссам или искушению самообмана. В этом контексте категорически звучит предостережение пророка: «Горе тем, которые зло называют добром, и добро злом, тьму почитают светом, и свет тьмою» (Ис 5, 20). Именно по отношению к прерыванию беременности сегодня приходится сталкиваться с двусмысленной терминологией — например, с термином «операция», — направленной на сокрытие его истинной природы и смягчение этой тяжести в сознании общественности. Может быть, сам этот языковой феномен *уже представляет собой проявление тревоги, будоражащей совесть. Но никакое слово не способно изменить действительность: прерывание беременности — независимо от того, каким способом оно осуществляется, — это сознательное, прямое убийство человеческого существа в начальной стадии его жизни, охватывающей период между зачатием и рождением*.

Нравственная тяжесть прерывания беременности обнаруживается во всей своей истине, если признать, что происходит убийство, и особенно если анализировать определяющие его обстоятельства. Убитый здесь — человеческое существо на пороге жизни, то есть самое *невинное* существо, какое только можно себе представить: его невозможно признать агрессором, а тем более — несправедным агрессором! Оно *слабо* и незащищено до такой степени, что лишено даже той ничтожной защиты, которую дают новорожденному его жалобный писк и плач.

Оно *полностью* вверено заботе и опеке той, что вынашивает его во чреве. Но иногда именно она, мать, принимает решение и добивается убийства этого существа или даже сама его провоцирует.

Правда, прерывание беременности часто становится для матери драматическим, горестным переживанием, если решение об изгнании плода она принимает не по чисто эгоистическим соображениям, не ради своего удобства, но чтобы спасти какие-то важ-

ные блага, такие, как свое здоровье или приличный уровень жизни других членов семьи. Иногда возникает опасение, что зачатому ребенку придется жить в таких плохих условиях, что лучше бы ему не родиться. Однако все эти и им подобные соображения, пусть серьезные и драматические, *никогда не оправдают умышленного лишения жизни невинного человеческого существа.* [...]

Но ответственность ложится и на законодателей, которые поддержали и утвердили законы, допускающие прерывание беременности, а также — в той мере, в какой это от них зависит, — на вышестоящие инстанции органов здравоохранения, в системе которых совершается прерывание беременности. Общая и не менее серьезная ответственность ложится также на тех, кто содействовал распространению половой распущенности и презрения к материнству, и на тех, кто обязан был позаботиться — но не позаботился — об успешной семейной и социальной политике, поддерживающей семью, особенно многодетные, которые борются с чрезвычайными трудностями, как материальными, так и в области воспитания. Наконец, не следует забывать об организованном заговоре, в который входят также международные организации, ассоциации и фонды, ведущие плановую борьбу за легализацию и распространение абортов во всем мире. В этом смысле проблема прерывания беременности выходит за рамки ответственности отдельных лиц, а причиненное ими зло приобретает далеко идущие социальные последствия: прерывание беременности — это крайне болезненная травма, нанесенная обществу и его культуре теми, кто должен быть его строителями и защитниками. Как я написал в «Послании к семьям», «здесь мы стоим перед лицом огромной опасности, угрожающей не только жизни отдельной человеческой личности, но всей нашей цивилизации». Мы стоим перед лицом того, что можно определить как *«структуру греха»*, направленную против еще не родившейся человеческой жизни.

60. Некоторые пытаются оправдать прерывание беременности, считая, что до истечения определенного числа дней плод зачатия не может почитаться личностной человеческой жизнью. В действительности «от момента оплодотворения яйцеклетки начинается жизнь, которая уже не жизнь отца или матери, но жизнь нового человеческого существа, развивающегося самостоятельно. Оно никогда не станет человеком, если оно не человек уже в этот момент. Эту очевидную истину, всегда признававшуюся, [...] современная генетика подтверждает ценными доказательствами. Она показала, что с первого мгновения существует точная программа того, кем будет живое существо — человеком, тем конкретным человеком, чьи черты в целом и в деталях определены. С оплодотворения начинается история жизни человека, хотя нужно время, чтобы каждая из его потенциальных великих способностей вполне сформировалась и могла использоваться». Хотя наличие разумной души никак не может быть подтверждено опытным путем, но само научное знание о человеческом зародыше «дает ценное указание для того, чтобы можно было рационально познать наличие личности с первого момента появления человеческой жизни: разве человеческий индивидуум — это не то же, что человеческая личность?»

Речь здесь, кстати, идет о вопросе, столь важном с точки зрения нравственного долга, что даже одной вероятности существования личности было бы достаточно, чтобы оправдать самый категорический запрет любого вмешательства, направленного на уничтожение человеческого зародыша. Именно поэтому, независимо от научных споров и философских суждений, в которые церковное Учительство прямо не включалось, Церковь всегда учила и продолжает учить, что плод человеческого размножения с первого момента своего существования имеет право на то безусловное уважение, которое положено человеческому существу в его телесном и духовном единстве и целостности: «Человеческое существо должно уважаться и рассматриваться как личность с момента

своего зачатия, и поэтому с того же момента за ним следует признать права личности, среди которых первое место занимает нерушимое право каждого невинного человеческого существа на жизнь».

61. В текстах Священного Писания, где вообще нет и речи о добровольном прерывании беременности и, следовательно, не содержится прямого и определенного осуждения этого поступка, проявлено огромное уважение к человеческому существу в материнском чреве, и это заставляет нас логически сделать вывод, что и оно объято Божией заповедью «не убивай».

Человеческая жизнь свята и нерушима в любой момент своего бытия, в том числе и в начальной стадии, предшествующей рождению. Человек уже в чреве матери принадлежит Богу, ибо Тот, Кто все испытал и знает, творит его и формирует Своими руками, видит его еще маленьким бесформенным зародышем и способен узреть в нем взрослого человека, которым тот станет в будущем и дни которого уже исчислены, а назначение записано в книге жизни (см. Пс 139/138, 1. 13–16). Как свидетельствуют многочисленные библейские тексты, и человек, еще скрытый во чреве матери, во всей полноте является личностным существом, к которому обращено любящее отцовское Провидение Божие. [...]

89. *Особая ответственность ложится на персонал органов здравоохранения: на врачей, фармацевтов, медсестер и санитаров, капелланов, монахов и монахинь, сотрудников администрации и волонтеров. Их профессия велит им оберегать человеческую жизнь и служить ей. В сегодняшнем культурно-социальном контексте, когда медицинская наука и практика как будто утрачивают свое врожденное этическое измерение, этим людям часто угрожает сильное искушение манипулировать жизнью, а то и прямо провоцировать смерть. Перед лицом такого искушения безмерно возрастает их ответственность, которая находит глубочайшее вдохновение и сильнейшую опору именно во врожденном и неотторжимом этическом измерении врачебной профессии, о чем свидетельствует известная еще в древнем мире, но по-прежнему актуальная клятва Гиппократа, согласно которой каждый врач обязан глубоко чтить человеческую жизнь и ее святость.*

Абсолютное уважение к любой невинной человеческой жизни повелевает также *использовать право противиться по совести* абортам и эвтаназии. «Умерщвление» никогда не может быть признано лечебным действием, даже если единственное намерение состоит в том, чтобы исполнить волю пациента: оно, наоборот, — предательство по отношению к профессии врача, которую можно определить как пылкое и решительное утверждение жизни. И занимаясь биомедицинскими исследованиями, увлекательными и обещающими великие новые открытия на благо человечества, всегда нужно избегать экспериментов, исследований и практических выводов, которые, пренебрегая нерушимым достоинством человеческого существа, перестают служить человеку и, хотя, на первый взгляд, помогают ему, в действительности направлены против него. [...]

<http://www.catholic.uz>. Дата доступа 24.05.11

ТЕМА 7. ЖИЗНЬ КАК ВЫСШАЯ ЦЕННОСТЬ. Моральные аспекты репродукции человека (4 часа)

План-конспект семинарского занятия:

- 7.1. Проблема определения начала человеческой жизни. Моральный статус эмбриона.
- 7.2. Этико-медицинские проблемы аборта.
- 7.3. Этические проблемы новых репродуктивных технологий.

Ключевые понятия: статус эмбриона; искусственный аборт; репродуктивные технологии; искусственная инсеминация; экстракорпоральное оплодотворение; суррогатное материнство; пренатальная диагностика.

7.1. ПРОБЛЕМА ОПРЕДЕЛЕНИЯ НАЧАЛА ЧЕЛОВЕЧЕСКОЙ ЖИЗНИ. МОРАЛЬНЫЙ СТАТУС ЭМБРИОНА

Научно установленным фактом является то, что индивидуальная человеческая жизнь начинается с момента зачатия. Как отмечают заведующий кафедрой эмбриологии биологического факультета МГУ им. М. В. Ломоносова, профессор, доктор биологических наук В. А. Голиченков и профессор этой же кафедры, доктор биологических наук Д. В. Попов: «С точки зрения современной биологии (генетики и эмбриологии) жизнь человека как биологического индивидуума начинается с момента слияния мужской и женской половых клеток и образования единого ядра, содержащего неповторимый генетический материал. На всем протяжении внутриутробного развития новый генетический организм не может считаться частью тела матери. Его нельзя уподобить органу или части органа материнского организма. Поэтому очевидно, что аборт на любом сроке беременности является намеренным прекращением жизни человека как биологического индивидуума».

Эмбрион — не часть тела женщины. Как биологическая структура эмбрион не тождественен никакому ее органу, поскольку он есть человеческое существо, растущее в ее теле. Человеческий эмбрион обладает особым онтологическим статусом: он — «потенциальный человек». Его природа преимущественно биологическая, а в социальном отношении — это пока объект, на который в нормальных, а не в девиантных случаях искусственного аборта должна быть направлена наша забота. Его природа — это становление, формирование биологической индивидуальности, уникального склада души, характера будущего человека. Никакой из объективных фактов, отражающих непрерывный процесс эмбриогенеза — зарождения и развития эмбриона, нельзя считать свидетельством того, что уже появился

«человек как таковой». В то же время ясно, что чем больше возраст эмбриона, тем ближе он к этому высокому статусу.

Особый онтологический статус эмбриона определяет и его особый моральный статус. На любой стадии своего развития эмбрион является носителем человеческого достоинства. Плод приобретает моральный статус, как бы соучаствуя в моральных взаимоотношениях. Критерием морального статуса эмбриона является его включенность в моральное отношение, которое возникает, когда эмбрион становится объектом морального осмысления и для матери, в тот или иной критический момент выбора, и для человеческой культуры. Постановка проблемы о моральном статусе эмбриона уже делает его субъектом фундаментальных моральных прав, позволяя проявить такие моральные качества человеческого рода в целом, как солидарность, долг, взаимответственность, свобода, любовь, милосердие.

7.2. ЭТИКО-МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ АБОРТА

Согласно белорусскому законодательству, операцию искусственного прерывания беременности разрешается производить при сроке беременности до 12 недель всем женщинам, желающим прервать беременность и не имеющим противопоказаний. Прерывание беременности на сроке от 12 до 28 недель называется поздним абортом, или искусственным выкидышем. Аборт является хирургической операцией. В нашей стране аборт делается в женских консультациях и частных кабинетах.

Доступность, бесплатность и кажущаяся простота искусственного аборта создают у некоторых женщин ложное представление о его безвредности. Каждой женщине необходимо знать, что искусственное прерывание беременности не может пройти совершенно бесследно для ее здоровья. Почти у каждой третьей женщины после аборта возникает осложнение, а у прервавших первую беременность — почти у каждой второй. Аборт приводит к эмоциональному стрессу, который нарушает течение всех психических и физических процессов в организме. Установлено, что аборты — основная причина гинекологических заболеваний. Искусственное прерывание беременности часто приводит к серьезным последствиям, иногда необратимым. Наиболее серьезные из осложнений аборта — бесплодие, невынашивание, рецидивирующие воспалительные процессы, не только вызывающие функциональные нарушения яичников, но и приводящие к доброкачественным и злокачественным заболеваниям молочных желез и половой системы женщин. Почти все исследователи отмечают отрицательное влияние искусственного аборта на репродуктивную функцию женщин (преждевременное прерывание последующей беременности, внематочная беременность, бесплодие и др.). После искусственного аборта осложнения при беременности и родах встречаются в 3 раза чаще.

Искусственное прерывание беременности отрицательно влияет и на будущее потомство. Так, отмечено, что у детей, матери которых перенесли в прошлом аборт, наблюдается более тяжелая степень асфиксии, гемолитической болезни, более высокая мертворождаемость и смертность.

Последствия аборта:

1. Ранение при аборте. Ранение матки при аборте может возникнуть при растяжении канала шейки матки (разрывы шейки матки разной степени тяжести). Мягкая мускулатура беременной матки легко может быть повреждена инструментами, вводимыми в полость матки при аборте (прободение и разрыв матки). Без хирургического лечения такие повреждения могут быть опасными для жизни. Иногда после аборта требуется немедленное оперативное удаление матки.

2. Сильные кровотечения при аборте. При повреждении крупных кровеносных сосудов во время аборта могут возникать сильные кровотечения. Такие кровотечения требуют неотложного хирургического лечения. Часто требуется переливание крови. Иногда необходимо удаление матки.

3. Осложнения наркоза при аборте. Каждый вид обезболивания при аборте, даже местное обезболивание, связано с некоторым риском, хотя и малым. В частности, могут возникать нарушения ритма сердца, нарушения дыхания и функции печени. Особенно опасным осложнением наркоза при аборте является аллергический шок.

Ранние последствия после аборта. В первые дни после аборта могут возникать следующие осложнения:

1. Воспаление после аборта. Следует опасаться развития воспалительного процесса после аборта в матке (метроэндометрит), в маточных трубах (сальпингит), в брюшной полости (перитонит) и в околоматочной жировой ткани (параметрит). В случае заражения крови после аборта (сепсис) возникает опасность для жизни и требуется неотложное интенсивное лечение антибиотиками.

2. Тромбозы. Из-за нарушений свертываемости крови и попадания сгустков крови после аборта в кровоток как последствия могут образовываться тромбы в венах, в частности, в венах ног. Такие состояния требуют неотложного лечения.

Поздние последствия аборта. В большинстве случаев поздние последствия аборта развиваются на почве перенесенных ранних осложнений. Согласно статистике, поздние осложнения развиваются у 10–20 % женщин, сделавших аборт:

1. Хронические воспалительные заболевания матки и маточных труб после аборта. Нераспознанная вовремя инфекция, занесенная при аборте, без своевременного лечения может привести к хроническому воспалению маточных труб (воспаление придатков матки). При этом может наступить внематочная беременность — состояние, опасное для жизни.

2. Бесплодие после аборта. После аборта часто возникает полная непроходимость маточных труб, в результате чего наступает бесплодие.

3. Влияние аборта на последующие беременности. Ранения шейки матки при аборте, упомянутые выше, приводят к развитию недостаточности шейки матки (истмикоцервикальная недостаточность). Из-за этого последующие беременности часто оканчиваются выкидышами и преждевременными родами. Пробождение матки инструментом при аборте может быть причиной разрыва матки во время следующей беременности.

4. Нарушения менструаций после аборта. После аборта часто возникают рубцовые изменения слизистой оболочки матки. Это может быть причиной различных менструальных нарушений, в частности, — обильных и болезненных менструаций.

5. Психические нарушения после аборта. Почти у 60 % женщин, совершивших аборт, могут возникать следующие психические нарушения: раздражительность, чувство вины, самоупреки, изменения настроения, депрессия, беспричинные слезы, страхи, кошмары. Эти психические состояния изменения часто сопровождаются различными расстройствами функции внутренних органов: сердцебиением, неустойчивостью артериального давления, мигренью, желудочно-кишечными нарушениями.

Все указанные последствия и осложнения аборта особенно опасны при первой беременности.

7.3. ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ НОВЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

XXI в. справедливо называют веком биотехнологий. Однако уже в XX в. достижения в области медицины и биологии во многом изменили жизнь человека и общества. Современное биомедицинское знание позволяет настолько глубоко проникнуть в человеческую природу, что человек как бы сам становится ее «создателем» и «производителем». Особенно ярко это проявляется в репродуктивных технологиях и генной инженерии. Неуправляемое использование новых технологий может отразиться не только на людях, к которым их применяют, и на их потомстве, но и на общественных отношениях и, прежде всего, на состоянии традиционной семьи.

Таким образом, по некоторым прогнозам это, безусловно, будет влиять и на демографические процессы. С полным основанием можно сказать, что новые технологии искусственного размножения, освобожденные в своем применении от каких-либо этико-правовых ограничений, могут стать реальным фактором разрушения традиционных общественных устоев.

Еще в начале XX в. зарождение человеческой жизни считалось великой тайной. Сегодня оно превращается в техническую манипуляцию под названием «новые репродуктивные технологии». Оценки эффективности этого метода у разных специалистов в разных странах не совпадают. Поня-

тие «новые репродуктивные технологии» (НРТ) включает разные виды искусственного оплодотворения.

Первым методом в ряду НРТ стала искусственная инсеминация. При некоторых формах бесплодия семя мужа или донора вводится в половые пути женщины, минуя губительные для него барьеры. Метод используется как при женской, так и при мужской репродуктивной патологии. Механизм метода при интракорпоральном оплодотворении следующий: сперматозоиды вводятся в полость матки. Через маточную трубу они проникают в брюшную полость и оплодотворяют одну наиболее созревшую яйцеклетку. Затем она имплантируется (приживляется) и продолжает свое развитие. Заметим, что проблема «лишних» эмбрионов и их преднамеренного уничтожения при использовании данного метода не возникает. В среднем беременность возникает в 25 из 100 случаев, однако, согласно некоторым авторам, этот процесс не самом деле ниже и не превышает 15–16 %. Процент успеха метода искусственного осеменения в переводе на число детей, рожденных в результате курса терапии, колеблется в пределах от 10–20 %.

Следующий вид искусственного оплодотворения — экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) и перенос эмбриона в полость матки (ПЭ). Процедура доказала свою эффективность при бесплодии — как женском, так и мужском. Обычный цикл ЭКО предусматривает гиперстимуляцию яичников, изъятие яйцеклеток, отбор семени, оплодотворение, выращивание эмбриона в культуре и последующую пересадку эмбриона.

По отношению к человеческому эмбриону действительны все нравственные обязательства, которые приложимы к человеку после его рождения. В связи с этим встает проблема, связанная с определением правового статуса эмбрионов, их правовой защиты.

Но еще более серьезную озабоченность этического порядка вызывают произвольные манипуляции в области суррогатного материнства. По статистическим данным, таких детей в мире порядка полутора тысяч, а в нашей стране немногим более десяти. Суть рассматриваемого метода заключается в том, что женщина с помощью искусственного оплодотворения соглашается выносить и родить ребенка для супружеской пары, которая по состоянию здоровья не может иметь детей.

Нравственное отношение к человеческой жизни необходимо, чтобы защитить ее от попыток произвольного манипулирования. Человеческая жизнь с самого момента своего зачатия зависит от помощи и поддержки окружающих. Жизнь зарождается, развивается и осуществляется именно в сообществе сострадающих и соучаствующих в ней людей. Доверие, которое существует между людьми, обеспечивает благополучие в обществе. Очень важным представляется дальнейшее исследование поставленной проблемы и создание соответствующей системы нормативного регулирования в государстве. При этом следует учитывать, что затронутая сфера —

область не только морально-этического, правового, но и национально-государственного интереса.

Темы рефератов и докладов:

1. Медицина и демографический кризис.
2. Монотеистические религии мира об искусственном аборте.
3. История формирования медицинских и социальных показаний к аборту.
4. Социальные и демографические аспекты проблемы аборта.
5. Либеральные основания «прав женщины на аборт». Феминизм: женщины против деторождения.
6. Положительный опыт профилактики абортов (Медико-просветительский центр «Жизнь»).
7. Суррогатное материнство как фактор кризиса идентичности человека.
8. Проблема социального и биологического отцовства и материнства.
9. Этические проблемы «новых технологий зачатия» (оплодотворение in vitro, клонирование).
10. Использование эмбриональных стволовых клеток (ЭСК) в медицинской практике: проблемы и последствия.
11. «Искусственное» размножение и «естественная» мораль.

Вопросы для самоконтроля:

1. Является ли человеком тот, кто должен стать человеком?
2. В каких странах закон защищает ребенка с момента зачатия?
3. Каковы временные параметры формирования основных органных систем плода?
4. Перечислите основные этико-философские трактовки проблемы начала человеческой жизни.
5. Назовите страны, в которых запрещены искусственные аборты.
6. Назовите основные аргументы сторонников абортов.
7. Имеет ли право врач отказаться от проведения искусственного аборта на основании своих нравственных и религиозных убеждений?
8. Перечислите основные этические проблемы ЭКО.
9. Что такое «кризис идентичности» человека вообще и ребенка в частности?

ТЕКСТЫ ДЛЯ ОБСУЖДЕНИЯ

К. Н. Свитнев

канд. юр. наук, юрист, генеральный директор компании «Росюрконсалтинг»

**ЮРИДИЧЕСКИЙ СТАТУС ЭМБРИОНА В МЕЖДУНАРОДНОМ ПРАВЕ
(правоприменительная практика)**

Право на жизнь — основополагающее естественное право, на котором, как на фундаменте, зиждутся все остальные права человека. Жизнь — основная предпосылка их реализации и осуществления. Но когда возникает это право? С момента рождения или раньше? Если раньше, то на каком сроке? Как с этим сочетается искусственное прерывание беременности? Правомерно ли осуществлять редукцию беременности или выбор пола при ЭКО? Возможно ли использование человеческих эмбрионов при проведении фундаментальных исследований, в терапевтических или же коммерческих целях? Уместно ли вообще говорить о праве эмбриона на жизнь и праве человека на рождение?

Представляется, что (в полном согласии с христианскими взглядами) эмбрион на всем протяжении его развития должен рассматриваться как человеческое существо, которое обладает безусловной ценностью и правом на жизнь с самого момента зачатия — слияния мужской и женской гамет, благодаря которому образуется зигота с единым ядром, содержащим уникальную, определенную в момент зачатия программу развития будущего человека. Беременность же — это лишь процесс созревания, взросления нового человека, все основные личностные характеристики и пристрастия которого уже предопределены самой природой.

Вопрос о том, когда начинается человеческая жизнь, вовсе не так академичен и умозрительен, как это может показаться. С развитием ВРТ (вспомогательных репродуктивных технологий) и появлением новых, невиданных ранее возможностей, в частности, суррогатного материнства, посмертных репродуктивных программ, вопрос о праве эмбриона на жизнь и праве ребенка на рождение приобретает особую значимость не только в морально-этическом, но и в гражданско-правовом плане.

Может ли суррогатная мать, реализуя свое «законное» право прервать беременность, убить чужого ребенка и лишить родителей, возможно, последнего шанса иметь собственного, родного им по крови малыша? Кто и как может распоряжаться криоконсервированными эмбрионами в случае развода или смерти одного из родителей? Должны ли эти эмбрионы вечно томиться в ледяном плену, если кто-либо из родителей изменил свое первоначальное решение о проведении репродуктивной программы? А теперь представим себе ситуацию, когда родители, начавшие репродуктивную программу с целью рождения у них ребенка и чьи эмбрионы хранятся в клинике репродукции, погибают, так и не оставив потомства. Могут ли эмбрионы в принципе «наследовать» своим родителям? Допустима ли в этом случае редукция беременности? Должна ли эта посмертная репродуктивная программа быть доведена до рождения детей, ибо таково было выраженное при жизни желание родителей? Пока вопросов гораздо больше, чем ответов.

Эмбрион представляет собой абсолютную ценность, обладает правом на жизнь с момента зачатия и должен обеспечиваться защитой со стороны государства на любой стадии развития. Эта позиция находит свое выражение в целом ряде международных документов, провозглашающих святость человеческой жизни с момента зачатия.

Декларация прав ребенка применяет понятие «ребенок» к человеческому существу еще до его появления на свет и в своей преамбуле указывает на то, что «ребенок, ввиду его физической и умственной незрелости, нуждается в специальной охране и заботе, включая надлежащую правовую защиту, как до, так и после рождения».

Формулировка, приведенная в п. 1 ст. 4 Американской конвенции о правах человека, устанавливает: «Каждый человек имеет право на уважение к его жизни. Это право защищается законом и, как правило, с момента зачатия».

Конвенция ООН о правах ребенка 1989 г. в своей первой статье устанавливает, что «ребенком является каждое человеческое существо до достижения 18-летнего возраста».

Ст. 18 Конвенции Совета Европы о защите прав человека и достоинства человеческого существа при использовании достижений биологии и медицины гласит:

«1. В тех случаях, когда закон разрешает проведение исследований на эмбрионах *in vitro*, он должен обеспечивать надлежащую защиту эмбрионов.

2. Создание эмбрионов человека в исследовательских целях запрещается».

В 1987 г. Всемирная медицинская ассоциация приняла Заявление об искусственном оплодотворении и трансплантации органов, в котором призвала всех врачей «действовать с соблюдением этических норм, проявляя должное уважение... к эмбриону с его зарождения».

Похожие нормы, защищающие право ребенка на жизнь, закреплены в основных законах целого ряда государств. Так, ст. 6 раздела Основные права и свободы человека Конституции Чешской Республики гласит: «Каждый имеет право на жизнь. Человеческая жизнь достойна охраны уже до рождения». Ст. 15 Конституции Словацкой Республики повторяет эту формулировку. Согласно принятой на референдуме 1983 г. поправке в ст. 40 Конституции Ирландии (п. 3.3) государство «признает право на жизнь нерожденного ребенка наравне с правом на жизнь его матери, гарантирует в своих законах уважение, защищает и поддерживает настолько, насколько это возможно, своими законами это право».

Эти нормы все чаще находят отражение в национальном законодательстве на более низких уровнях. Так, ст. 24.1 принятых Медицинским советом Ирландии «Основных направлений по этике поведения», регулирующая проведение генетических исследований в репродуктивной медицине, устанавливает, что «создание новой формы жизни с экспериментальными целями или намеренное и целенаправленное уничтожение человеческой жизни, созданной *in vitro*, недопустимо с профессиональной точки зрения». [...] В США в соответствии с государственной программой страхования здоровья детей (SCHIP) с 2002 г. ребенок определяется как «индивидуум в возрасте до 19 лет, включая период с зачатия до рождения».

Однако декларируемые благородные принципы относительно святости человеческой жизни с момента зачатия остаются, как правило, лишь на бумаге. Права эмбриона на жизнь и на рождение в какой-то мере охраняются действующим законодательством лишь Германии, Франции, Италии, формальным и непоследовательным.

Российское законодательство в рассматриваемой нами области также пока оставляет желать лучшего. Человек по российским законам приобретает правоспособность исключительно в силу рождения, до своего появления на свет ребенок бесправен и никак не защищен законом от посягательств на свою жизнь. Ст. 20 Конституции РФ должна быть дополнена следующей формулировкой: «Государство гарантирует охрану человеческой жизни с момента зачатия».

Что бы ни говорили скептики, в любом случае — это реализация основополагающего права каждого ребенка на рождение и на жизнь. Не надо бояться жизни, нужно дать ребенку шанс родиться. Право на рождение — главное из естественных и неотъемлемых прав человека.

В 2000 г. правительство Ирландии сформировало комиссию по ВРТ с целью получения рекомендаций в области оплодотворения *in vitro*. В марте 2005 г. комиссия пришла к выводу, что «эмбрионы, созданные посредством ЭКО, не должны находиться под защитой закона до их перенесения в тело человека, стадии, на которой они получают тот же самый уровень защиты, как и эмбрионы, сформировавшиеся *in vivo*».

Но зачатие, в том числе и зачатие *in vitro*, не означает наступления беременности. После зачатия (*in vivo* или же *in vitro*) беременность может и не наступить, равно как и уже наступившая беременность может прерваться. Факт большей уязвимости человеческой жизни на той или иной стадии развития человека не делает ее менее ценной.

Закон не делает различия между детьми, родившимися в браке или вне брака. Точно так же нет и разницы между эмбрионом в матке и находящимся пока вне матки женщины, если не считать того, что за жизнь, созданную «искусственным» путем, на нас ложится большая ответственность — «мы в ответе за тех, кого приручили».

Человеческая жизнь священна и должна находиться под охраной закона с момента зачатия. Это означает недопустимость уничтожения человеческих эмбрионов или же их использования в исследовательских целях, за исключением случаев невозможности подсадки эмбрионов или же их криоконсервации или донации, в том числе и по причине их нежизнеспособности или же наличия у них каких-либо генетических дефектов. Создание человеческих эмбрионов в исследовательских целях недопустимо. Часть исследователей полагают, что защита права эмбриона на жизнь означает и необходимость переноса при ЭКО всех образовавшихся эмбрионов во избежание их криоконсервации. Но криоконсервация не представляет угрозы жизнеспособности эмбрионов, а любая многоплодная беременность как раз является фактором риска для здоровья матери и вынашиваемых ею детей. Вместе с тем редукция многоплодной беременности представляется морально неприемлемой. Во избежание многоплодной беременности и сопряженных с ней рисков следует шире использовать распространенную во всем мире практику переноса одного эмбриона (*single embryo transfer* — SET).

После создания эмбрионов родители — заказчики репродуктивной программы не должны быть вправе отозвать свое согласие. В случае разногласий между родителями — заказчиками репродуктивной программы касательно судьбы их криоконсервированных эмбрионов предпочтение должно отдаваться тому родителю, который желает продолжения репродуктивной программы с целью рождения у него ребенка. Если продолжений программы не желает женщина, должна быть использована программа суррогатного материнства. При этом второй родитель, не желающий продолжения указанной программы, не обязан нести родительские права и обязанности в отношении ребенка, который появится на свет в результате ее реализации.

Во избежание большого количества «избыточных» эмбрионов желательно использовать щадящие протоколы стимуляции. В любом случае, если родители — заказчики репродуктивной программы (единственный родитель) не желают ее продолжения, полученные эмбрионы должны не уничтожаться, а использоваться для донации другим бесплодным парам.

Свитнев К. Н. Юридический статус эмбриона в международном праве (правоприменительная практика) // <http://www.lawlibrary.ru>. Дата доступа 24.05.11.

Вопросы:

1. Почему вопрос о праве эмбриона на жизнь приобретает сегодня особое значение?
2. Как в международном праве трактуется статус эмбриона?

Н. А. Соколова

канд. биол. наук, ст. науч. сотр. ВИНТИ РАН, редактор научных журналов
«Физиология человека и животных» и «Клиническая эндокринология»

Ю. С. Массино

канд. биол. наук, ст. науч. сотр. Института высшей нервной деятельности
и нейрофизиологии РАН

ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА: ПРИОБРЕТЕННАЯ АНОМАЛИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ГЕНЕТИКИ

Пренатальная диагностика относится к новым, бурно развивающимся направлениям медицины. В настоящем обзоре проведен анализ современных данных о сути пренатальной диагностики, на основе которого можно прогнозировать последствия ее широкого внедрения в России. Это особенно важно в связи с тем, что она оказывает влияние на российский репродуктивный потенциал — на тех беременных женщин, которые намерены родить. В условиях сложившегося у нас тяжелого демографического кризиса необходимо тщательно контролировать любые факторы, которые могут усугубить этот кризис, или, наоборот, вывести из него.

Прежде всего, следует уточнить используемые понятия. Пренатальная диагностика (ПД) в том виде, в котором она существует в настоящий момент, и так, как она понимается практической медициной, не равнозначна дородовому обследованию беременных женщин, а формально составляя его часть, имеет свое специфическое содержание и свои цели. Согласно определению самих специалистов, ПД — это новое научно-практическое направление медицинской генетики, а «основу ПД составляют ранняя диагностика и предупреждение рождения детей с тяжелыми некорректируемыми врожденными и наследственными заболеваниями...» путем прерывания беременности.

На первом этапе ПД беременных женщин обследуют с помощью непрямых методов (главным из них является определение в сыворотке крови матери маркеров заболеваний плода) и прямого неинвазивного метода — УЗИ — для выделения среди них группы риска по наличию у плода врожденной и наследственной патологии. Женщинам из группы риска назначают инвазивные (амниоцентез, биопсия хориона, биопсия плаценты, кордоцентез или фетоскопия) процедуры и в полученных с их помощью пробах проводят анализ генетического аппарата плода.

В своем современном состоянии ПД характеризуется наличием, с одной стороны, невероятно детализированной, скрупулезно разработанной и быстро разрастающейся сложной системы диагностических методов, а с другой стороны — признаков, ставящих под сомнение необходимость ПД и выводящих ее фактически за рамки медицины. Эти признаки рассматриваются ниже.

Цель пренатальной диагностики. Целью ПД, в отличие от медицинской диагностики, является не обнаружение патологии для обоснования наиболее оптимального метода ее лечения, а обнаружение, главным образом, неизлечимых наследственных аномалий у плода для его уничтожения с помощью аборта. По данным С. Mansfield и соавт., чаще всего прерывают беременность после выявления у плода синдрома Дауна (в 92 % случаев), анэнцефалии (в 84 %), синдрома Тернера (в 72 %), расщелины позвоночника (в 64 %) и синдрома Клайнфелтера (в 58 %). Число известных на сегодняшний день наследственных заболеваний превышает 4000 и продолжает пополняться каждую неделю, параллельно расширяются списки заболеваний, доступных ПД.

Вместе с тем прогресс данной технологии не сопровождается повышением нравственного уровня и профессиональной ответственности врачей-генетиков. Скорее происходит обратное: все большее число подозреваемых по результатам ПД заболеваний у

плода расценивается как основание рекомендовать пациенткам аборт, и в этот список внесли даже такие формы патологии (например, врожденную гиперплазию коры надпочечников), для которых уже давно разработана схема лечения. Женщина, направляемая на обследование, обычно ждет подтверждения, что плод у нее развивается нормально, а врач считает успехом обнаружение у плода дефекта. Следовательно, цели беременной женщины и врача при проведении генетического тестирования чаще всего не совпадают. Ниже суммированы последствия для беременной женщины ПД на всех ее этапах.

Последствия пренатальной диагностики для беременной женщины и ее плода. Отрицательное влияние самой возможности проводить ПД. Внедрение методов ПД приводит к тому, что у многих женщин беременность сопровождается уже не радостным ожиданием, а страхом, тревогой и беспокойством. Та нерушимая связь между матерью и ее плодом, которая обычно формируется на протяжении 9 месяцев беременности, в результате возможности подвергнуться ПД разрывается, сама беременность становится как бы «пробной», а нерожденный младенец — как бы «товаром», от которого можно и отказаться. Состояние стресса у матери крайне пагубно отражается на внутриутробном развитии плода, а благотворное дородовое воспитание младенца становится невозможным.

Осложнения после процедур ПД. Инвазивное получение материала для ПД в ряде случаев влечет за собой поражение плодных оболочек, пупочного канатика, развитие у плода анатомических деформаций и даже его гибель. После амниоцентеза значительно возрастает, по сравнению с контролем, частота серьезного кровотечения у матерей и появления у них антител (при несовпадении резус-принадлежности), а у плодов — значительных ортопедических аномалий и послеродового респираторного дистресса.

Как амниоцентез, так и биопсия хориона у некоторых пациенток вызывает утечку околоплодной жидкости, которая может привести или к гибели плода или к неправильному формированию у него конечностей (отсутствие или укорочение пальцев и рук) и рта, а в некоторых случаях — к развитию мозговых аномалий и других нарушений. Описаны случаи развившегося после пункции плодного пузыря синдрома амниотических перетяжек, повлекшего за собой внутриутробную гибель младенцев. Очень тяжелым осложнением этой процедуры является полная отслойка плодных оболочек, которая заканчивается выкидышем или внутриутробной гибелью плода. В широкомасштабном исследовании с участием девяти европейских стран подтверждена четкая связь генетического амниоцентеза с преждевременными родами. Частота самопроизвольного выкидыша и внутриутробной гибели плода после амниоцентеза (амниопункции) составляет в среднем 1 %, после биопсии хориона и плацентоцентеза — 2–4 %, после кордоцентеза — 1–2 %, а после фетоскопии — 7–8 %. Однако при выполнении инвазивных процедур менее квалифицированными специалистами или на более ранних сроках беременности частота тяжелых осложнений значительно повышается.

При учете воздействия разных факторов показатели гибели плодов оказываются более высокими: после амниоцентеза — 0,2–2,1 %, после кордоцентеза — 1–25 %. В ряде случаев результаты оказываются неопределенными, и исследования приходится повторять, при этом риск выкидыша может возрасти до 10 %.

После инвазивной диагностики в некоторых случаях развивается молниеносный сепсис, приводящий к гибели плода и формированию ДВС-синдрома и полиорганной недостаточности у матери. Для спасения матери требуется удаление матки и другие экстренные меры. Имеются сообщения и о случаях смерти беременных женщин в результате септического шока после проведенной им по всем правилам, с соблюдением стерильности, процедуры амниоцентеза. Во всех этих случаях сразу после исследования

произошел септический выкидыш, связанный с инфекцией *Escherichia coli*, развился септический шок, и, несмотря на весь комплекс неотложных мер (введение антибиотиков широкого спектра, удаление матки, терапию наступившей полиорганной недостаточности), спасти этих пациенток не удалось.

Цель пренатальной диагностики — аборт и его последствия. Как уже отмечалось, современная медицина располагает ограниченным набором методов лечения врожденных заболеваний у плода, и в большинстве случаев их обнаружения беременной женщине предлагают произвести аборт. Аборт является противоестественной, калечащей здоровье женщины операцией, которая грубо нарушает у нее гормональный статус и часто приводит к возникновению многочисленных осложнений. В ряде случаев может наступить смерть в результате инфекции, кровотечения, ДВС-синдрома, легочной тромбоэмболии и перфорации матки. Из нелетальных осложнений самым тяжелым является бесплодие, которое может оказаться абсолютным. Беременности, следующие за абортом, в несколько раз чаще, чем в норме, осложняются предлежанием, прорастанием и сращением плаценты, а завершаются выкидышем, преждевременными родами, в том числе с повреждением мозга у новорожденного, самопроизвольной гибелью плода, осложненными родами и смертью новорожденного. У женщин, перенесших аборт, гораздо чаще, чем у женщин, не имевших абортов, в дальнейшем развивается внематочная беременность, эндометриоз и рак молочной железы.

В монографии «Новорожденные высокого риска» под редакцией В. И. Кулакова и Ю. И. Барашнева особо отмечено, что женщины с бесплодием, вызванным абортами, вынуждены прибегать в дальнейшем к вспомогательным репродуктивным технологиям. При этом у тех женщин, которым с помощью этих технологий удастся забеременеть, резко повышаются все показатели патологии. Так, частота пренатальной гибели плодов достигает 10–60 %, а частота врожденных пороков развития у плодов — 6,9–11,6 % (расщелина позвоночника, агенезия мозолистого тела, микроцефалия, гидронефроз, удвоение почек, эктопия мочевого пузыря и врожденные пороки сердца). У 7,4% детей в результате перенесенных гипоксически-ишемических энцефалопатий формируются органические повреждения мозга, проводящие к смерти в раннем неонатальном периоде или к детскому церебральному параличу. Авторы сами признают, что вспомогательные репродуктивные технологии увеличивают число инвалидов с детства.

Помимо соматических заболеваний, аборт вызывает у женщины внутреннее опустошение, личностные изменения и другие нарушения в сфере психики, получившие название постабортный синдром. Основным его симптомом является постоянное преследование пережитого на подсознательном уровне. После аборта плода с генетическими дефектами у родителей в 82–92 % случаев развивается депрессия. Таким образом, проведение ПД создает существенный риск для здоровья и жизни матери и ее плода. В медицине некоторый риск, связанный с диагностикой, допустим, но только когда польза от лечения, обоснованного данной диагностикой, значительно превосходит этот риск. Риск же, которому фактически подвергают обследуемых в ходе процедур ПД, не обоснован ничем, так как при «положительном» результате рассматривают только одно решение: пациента (плод) уничтожить, а его матери нанести увечье. Кроме того, развитие ПД как технологии приводит к ослаблению мотивации лечить плод.

«Эффективность» массовых мероприятий по ПД можно проиллюстрировать следующими простыми расчетами. Как указывают авторы книги «Новорожденные высокого риска», в стране ежегодно рождаются 2400 детей с синдромом Дауна. С помощью инвазивной ПД плоды с хромосомной патологией, по данным авторов, определяются у 3,2 % женщин из «группы риска». Эта группа формируется на основании возрастного критерия (старше 35 лет), а также результатов трехкратного ультразвукового исследо-

вания и анализа биохимических маркеров в крови всех беременных женщин (предварительного скрининга).

Значит, чтобы выявить пренатально 2400 больных детей (чтобы их потом убить), нужно подвергнуть инвазивной ПД около 80 000 женщин из групп риска (которые предварительно нужно еще выделить из общей популяции). При этом процент осложнений (гибель плодов в результате операции) составляет 1–2 %. Значит, кроме 2400 абортированных младенцев с синдромом Дауна в результате такой «профилактики» ежегодно будут погибать еще 800–1600 здоровых детей (причем, у матерей, которые хотели рожать!). За счет ограниченной точности инвазивной ПД и наличия ложноположительных результатов, частота которых, по разным данным, составляет от 1 до 4 %, число уничтоженных здоровых младенцев может оказаться выше еще в несколько раз!

Пренатальная диагностика и статус эмбриона. В научных статьях, монографиях и организационных приказах ПД рассматривают в ряду обычных профилактических мероприятий и называют «предупреждением рождения детей с тяжелыми, неподдающимися лечению формами наследственных и врожденных болезней». В настоящее время стараниями заинтересованных специалистов и Министерства здравоохранения ПД уже получила по приказу 144 статус обязательного для исполнения медицинскими учреждениями массового «профилактического» мероприятия (наподобие прививок). Причем в приказе чувствуется забота не о беременной женщине и ее младенце, а о доставке в соответствующие учреждения абортированных после ПД плодов и о проведении исследования «абортивного материала»!

На международной конференции по акушерству, перинатологии и гинекологии предлагают совершенствовать и широко внедрять ПД для снижения частоты антенатальной гибели плодов. Однако намерение снизить смертность нерожденных младенцев, вызванную патологией, за счет повышения их смертности путем абортирования может расцениваться лишь как показатель агрессивности и абсурдности ПД. При всем том на конференциях и в монографиях настаивают на необходимости охватить мероприятия по ПД всех беременных, и «забывают», что пациент имеет право на отказ от исследования.

Представляется необходимым, чтобы специалисты по медико-генетическому консультированию и общество в целом осмыслили медицинскую целесообразность и этическую допустимость ПД тех заболеваний, которые не лечатся. К сожалению, в итоговых документах недавно прошедшей конференции по медико-генетическому консультированию указанные биоэтические и медицинские аспекты не нашли отражения, в то время как в качестве главной проблемы выдвигается «патологоанатомическая верификация пороков развития у плода». С научной и этической точек зрения также не выдерживают критики. Некоторые «торжествующие» формулировки данного документа, провозглашают, например, что такой-то метод «победил синдром Дауна» (фактически ведь речь здесь идет об уничтожении беззащитного младенца в материнской утробе).

Проблема статуса эмбриона в публикациях, посвященных ПД, практически не обсуждается. Мнения по вопросу о том, с какого момента зародыш можно считать человеческим существом, расходятся, однако убедительно аргументируемым является только утверждение, что качественным скачком, во время которого возникает новый индивидуум, является момент образования в результате слияния родительских гамет зиготы с уникальным геномом. Об этом свидетельствуют ведущие ученые в области эмбриологии и медицинской этики, это утверждают документы международного права, регулирующие генетические исследования и защищающие права пациентов с момента зачатия, об этом же говорит здравый смысл и совесть каждого человека.

О непрерывности внутриутробной и всей последующей жизни человека проговариваются и те, кто, по-видимому, лишен этих качеств, делающих человека человеком, — репродуктологи-генетики, которые активно способствуют тому, чтобы эту жизнь прерывали. Бесспорным свидетельством прав зачатых младенцев на защиту являются глубокие и длительные нравственные переживания, доходящие до психической патологии (постабортный синдром), у матерей, лишивших их жизни, независимо от срока беременности, на котором это произошло.

Может ли аборт привести к благополучию? В статьях и монографиях смысл проведения аборта при выявлении генетических дефектов у плода обычно не мотивируют, но «по умолчанию» считается, что таким образом младенца избавляют от страдальческой жизни. В основе этого лежит совершенно превратно понимаемое милосердие (истинное милосердие не может распоряжаться чужой жизнью). Кроме того, подразумевается, что женщина не должна добровольно соглашаться стать матерью инвалида.

На самом деле благополучие человека не от него зависит и устроить его своими силами практически невозможно. Тем более с помощью ПД. Например, у плода не выявляют генетических дефектов, но после инвазивных процедур у него формируются укороченные конечности, эквиневарусная косолапость или аномалии мозга, и ребенок, который мог бы быть здоровым, рождается больным. Или другой возможный вариант — женщина соглашается на аборт на основании результатов ПД, а следующий ребенок рождается у нее преждевременно из-за проведенного аборта и у него оказывается тяжелая мозговая патология, например детский церебральный паралич.

Далее, как упоминалось выше, в части случаев диагностика дает ошибочные результаты, и у погубленного в результате аборта плода не оказывается тех болезней, которые прогнозировали. Может случиться и такая ситуация, как в случае, описываемом английским неонатологом Д. Уайаттом. Обследование 26-летней беременной женщины на сроке 26 недель выявило тяжелые пороки развития у ее плода, и повторное ультразвуковое исследование подтвердило этот диагноз. Пациентку и ее мужа убедили прервать беременность и проиндуцировали у нее выкидыш. Появилась на свет живая девочка без малейших признаков какой-либо патологии, но в состоянии тяжелой гипоксии из-за примененных для индукции выкидыша лекарственных средств. С помощью интенсивной терапии ей можно было бы сохранить жизнь, но врачи растерялись, так как все произошло в отделении для проведения аборта, и девочка погибла.

На решение женщины подвергнуться аборту при «положительных» результатах ПД могут влиять сложившиеся пагубные стереотипы, все более укореняющиеся в общественном сознании стандарты успеха и благополучия и настойчивые рекомендации тех врачей, которые считают аборт лишь рутинной процедурой. Специалисты по ПД в недавно вышедшей монографии советуют оказывать психологическое давление на беременную женщину и ее мужа, неоднократно подчеркивая, что в определенных случаях подозреваемой врожденной и наследственной патологии у плода «рекомендации для семьи должны быть довольно строгими». Разговоры же об избавлении ребенка от возможных будущих страданий не могут быть искренними, так как насильственная смерть, на которую его обрекают, это и есть реальные, тяжелейшие страдания, глубину которых трудно оценить.

К настоящему дню накоплен обширный, хорошо документированный материал о внутриутробном поведении ребенка, о его чувствительности (в том числе о болевой), о его восприятии, различении и запоминании звуковых сигналов извне, о том, как ему передаются чувства и настроение матери и отца. Снят с помощью ультразвуковой техники фильм о беспомощных попытках самозащиты и ужасе младенца перед гибелью в результате аборта. Вместе с тем об этом не информируют женщин, направляемых сна-

чала на ПД, а затем — на аборт. А ведь зачастую женщины отказываются от аборта после того, как они получают возможность увидеть своего ребенка и его активную внутриутробную жизнь с помощью современных ультразвуковых методов.

Альтернатива аборту. Вполне разумным и нравственно приемлемым решением является желание матери предоставить событиям естественный ход (как это было до внедрения ПД), тем более, что это скорее всего не отразится на благополучии родителей, так как 50–99 % младенцев с неизлечимой патологией погибают внутриутробно или вскоре после рождения.

М. Jaquier и соавт. проследили естественный исход беременности в 211 случаях, когда пренатально был поставлен диагноз анэнцефалии, и родители отказались от аборта. Многоводие наблюдали в 26 % случаев, внутриутробную гибель плода — в 7 %, рождение младенца преждевременно — в 34 %, в срок — в 53 % и после 42 недели — в 10 %. Мертворождение, предположительно из-за гибели младенца во время родов, произошло в 20 % случаев. Из 153 младенцев, родившихся живыми, 103 (67 %) умерли в течение 24 часов, а шестеро прожили 6 дней и больше (максимально 28 дней). Авторы заключают, что сохранение беременности после постановки диагноза анэнцефалии является для матери безопасным; никто из родителей в итоге не жалел о принятом решении сохранить беременность и увидеть своего младенца. Всем младенцам дали имена и многих сфотографировали. В то же время, большинство матерей, прервавших беременность с аналогичным диагнозом, сообщили на сайт авторов о своем сожалении, что они не увидели своих младенцев.

Существует инициатива родителей, которые сохранили беременность с диагнозом генетической патологии у плода, направленная на поддержку других родителей, которые собираются решиться на аналогичный шаг, а также опубликованы различные сообщения о сходных случаях. При этом родители отмечают свое чувство удовлетворения и большое благотворное влияние на остальных детей и других членов семьи их милосердия к больному младенцу, которому они сохранили жизнь, хотя он и прожил совсем недолго. Добавим, что мать в этих случаях не имела и калечащих последствий для своего репродуктивного и психического здоровья.

Инвалиды оскорблены и протестуют. Оценить участь тех детей, врожденная патология которых совместима с жизнью, лучше всего не на основании отвлеченных умозаключений, а на основании мнений самих инвалидов. Джон Уайатт приводит впечатляющие свидетельства инвалидов, которые до глубины души возмущены проведением ПД, ставящей под сомнение самый смысл их существования на свете. О выборе в пользу жизни говорит и опрос детей-инвалидов, подвергшихся многочисленным восстанавливающим операциям. К этому можно добавить, что теплота отношения и уход за больными полезны и приносят радость не только им, но в большей степени и тем, кто за ними ухаживает. Джон Уайатт считает, что «пренатальный скрининг может привести к потере общего уважения и социальному преследованию инвалидов и их родителей. Использование генетических технологий для отбора и улучшения эмбрионов может способствовать закреплению в сознании родителей отношения к детям как к товару».

Как отмечает председатель Комитета по биоэтике Европейского подразделения Международной ассоциации инвалидов (Disabled People International, DPI), Бил Алберт, побывавший на Международной конференции по новым репродуктивным технологиям, такие как он инвалиды при обсуждении методов евгеники, генетического улучшения и клонирования чувствуют себя как подопытные лабораторные крысы. Концепция репродуктивного выбора является, по его мнению, глубоко порочной, так как она формирует такой социальный и медицинский климат, при котором у инвалидов, по сути, не остается выбора. А участников конференции, которые прошли долгий путь и пришли к

тому, что занимаются предотвращением рождения детей с врожденными отклонениями и манипуляциями на эмбрионах, он уподобляет сборищу вампиров.

Члены DPI заявили, что любой вопрос биоэтики — использование генетических технологий (генотерапии, генетического тестирования, генетического улучшения), вопросы бесполезного лечения, избирательное прекращение лечения новорожденных, «сострадательное» убийство — влияют на инвалидов, на их самовосприятие и на восприятие их окружающими. Поэтому они требуют предоставления им прав при разработке теорий биоэтики, вовлечения на всех уровнях в консультации, информирование и образование по новейшим направлениям науки и технологий.

В ноябре 2000 г. Европейское подразделение DPI, представляющей собой правозащитную организацию и включающей в себя объединения инвалидов из 130 стран, обратилось к общественности разных стран со специальным воззванием по поводу использования новых генетических технологий для выявления и селективного аборта плодов с врожденными и наследственными заболеваниями. Эта деятельность, как отмечается в воззвании, размещенном в Интернете на нескольких языках, — оскорбляет человеческое достоинство инвалидов, ущемляет их жизненные права и рассматривает их как ненужное бремя. Генетическое консультирование оценивается ими как директивное и дезинформирующее родителей относительно реального опыта инвалидов. Критерии тяжести аномалий плода, которые являются показанием для аборта, выбраны также без учета этого опыта и основаны на мифах, страхах и стереотипах. Образ инвалидов используется как доказательство, что такие, как они, должны уничтожаться. В своем воззвании инвалиды выдвигают четкие требования, которые могут оградить общество от зла, приносимого новыми генетическими технологиями, в том числе и ПД.

Влияние пренатальной диагностики на ценностные ориентиры общества. Декларируемая специалистами по ПД благовидная мотивация искоренения генетических заболеваний полностью абсурдна, так как дефектные гены передаются не через больных, а через носителей. Кроме того, лица с тяжелой инвалидностью обычно не создают семью и не имеют детей.

Уважающий себя народ не может осуществлять дискриминацию по причине наличия врожденной болезни как у детей и взрослых лиц, так и у нерожденных младенцев. Поэтому аборт, имеющий евгеническую цель не допустить рождения больных детей, следует отнести к разновидностям преднамеренного убийства. Если за жизнь назначают цену, то начинается моральная деградация общества, которая, если ей не противостоять, имеет свойство прогрессировать, при этом цена жизни будет снижаться. Так, некоторые зарубежные философы уже заявляют, что младенцы с врожденными и наследственными заболеваниями не заслуживают защиты и терапии и их можно приравнять к животным и умерщвлять как до, так и после рождения. Эти радикальные философы активно распространяют свои убеждения, читают лекции в разных странах и пишут учебники по «этике» для студентов колледжей.

Многие ученые выражают озабоченность тем, что идет открытое наступление на традиционную медицинскую этику. В наше время уже забывается, как «гуманность» нацистов к безнадежно больным и дефективным логически привела к умерщвлению «гуманным» медицинским способом сотен тысяч стариков, душевнобольных и дефективных в больничных учреждениях. Новые технологии, если их развитие не сопровождается возрастанием духовной ответственности исследователей, обращается в оружие, несущее гибель. Именно в такое аномальное явление, по сути уже не относящееся к медицине, выродилась ПД. У многих людей, в том числе и у врачей, нет четкого понимания срока возникновения человеческой жизни и статуса эмбриона.

И хотя нерожденный младенец абсолютно беззащитен и нуждается в самом осторожном и внимательном отношении, одним из видов медицинской деятельности, закрепленным законодательно, стал аборт, то есть убийство пациента. А пропаганда «профилактики» рождения инвалидов путем их внутриутробного убиения только способствует росту числа аборт, а значит и женских болезней, и бесплодия, и сопровождается бессмысленной гибелью множества здоровых младенцев (в качестве «побочного эффекта»). С нравственной стороны внедрение этой технологии только способствует росту жестокости, безответственного отношения к детям и инвалидам и возрастанию напряженности в обществе. Возникают нелепые ситуации, когда в одном отделении больницы производят аборт на позднем сроке беременности, а в соседнем — спасают жизнь младенца, рожденного на более раннем сроке (по законам некоторых стран, например США, это делают даже против воли родителей).

Специалисты по медицинской генетике видят только один вариант для младенцев с синдромом Дауна и другими отклонениями — внутриутробное убийство, а параллельно этому существует очередь бесплодных пар, которые готовы усыновить ребенка с синдромом Дауна. Кроме того, благодаря усилиям отдельных подвижников, создаются Центры и программы развития и обучения таких же детей, помогающие «в значительной мере, а иногда и полностью, нейтрализовать действие первичного дефекта на ход психофизического развития ребенка».

Опасные медицинские утопии. Наблюдаемые тенденции к повсеместному внедрению ПД и притязания организаторов этих мероприятий на ключевые позиции в перинатологии объясняются, по-видимому, тем, что эта весьма дорогостоящая деятельность приносит экономические выгоды осуществляющим ее коммерческим диагностическим центрам, а также биотехнологическим фирмам, производящим соответствующие тест-системы. Вместе с тем ПД является практическим воплощением крайне примитивных идей — «генетического редуccionизма» и «генетического детерминизма», согласно которым человек должен восприниматься исключительно биологически, как производное от генотипа. Отсюда и отношение к человеку с позиций ПД, имеющее сверхценный характер, — как к племенному скоту, который можно селекционировать.

Можно привести взгляды редуccionистов на «предназначение» человека: «Все мы — аппараты для сохранения генетической информации, роботы, слепо запрограммированные сохранять эгоистичные молекулы, известные под названием генов». Эти идеи не соответствуют ни современному уровню развития науки, ни традиционной этике, образцам поведения, установкам и добродетелям, которые исторически усвоены обществом и передаются из поколения в поколение. Немецкие ученые М. Клопфер и А. Кольбе высказывают опасение, что генетическая предрасположенность может стать непосредственным показателем качества жизни и тем самым — критерием для селекции человека. Ученые и общественные деятели из разных стран мира подчеркивают, что невозможно в общем и целом объяснить с помощью генетики и молекулярной биологии уникальность человека, его духовный мир и социальные и культурные отношения.

Жизнь — это непреложная основа раскрытия всех личностных качеств человека в первоначальном единстве с его физической природой, и поэтому должно быть категорически запрещено, независимо от индивидуального генотипа, любое суждение о конкретной жизни как «имеющей ценность» или «не имеющей ценность», точно так же, как любая вытекающая отсюда селекция, будь то «in vitro», «in vivo» или после рождения. Согласно христианской вере, жизнь является бесценным даром Божиим, который, как для здоровых, так и для инвалидов, при их стремлении к этому, простирается в Жизнь Вечную.

В связи с развитием новых медицинских технологий еще никогда так остро, в таком объеме и в таких сложных условиях не стоял вопрос о необходимости ограничения человеческих действий, как в настоящее время. Несколько лет назад Клопфер и Кольбе предостерегали общество в отношении последствий, которые может иметь для него внедрение ПД. Это — отождествление ПД с «терапевтическим» прерыванием беременности, зависимость принятия обществом инвалидов от ПД, опасность возрождения евгеники и селекции человека, возможность изменения понятий «здоровье», «болезнь» и «инвалидность», возможность изменения рамочных условий врачебных действий, отмена основного положения этики: принципа уважения достоинства человека. Все пункты этого списка сейчас с исключительным напором и энергией претворяются в жизнь нашими отечественными репродуктологами-генетиками. Кроме того, они внедряют в массовое сознание новое понимание профилактики как целенаправленного убийства пациента.

В дальнейшем, вместо понятия «здоровье» может появиться понятие «генетическая норма», а вместо понятия «болезнь» — понятие «неполноценная жизнь», в которое будут включать не признаки заболевания, а просто признаки, не принимаемые индивидуумом или обществом. В понятие болезни может войти особая группа недостатков рождения — низкорослость, низкий коэффициент интеллекта, склонность к депрессиям, а также «особенности индивидуума в рамках нормального развития человека», что сейчас заболеваниями не считаются.

Таким образом, идеология ПД возвращает общество к «ценностям» времен революционного террора, когда ради «строительства лучшего общества» уничтожали всех неугодных. Может вызвать только содрогание нескрываемо циничное отношение специалистов по ПД к инвалидам, подкрепляемое расчетами, какова будет экономия для государства, если их уничтожить до появления на свет. Расценивать инвалидов как ненужный балласт они уже учат новое поколение медицинских работников. Ту же самую евгенику, за которую осуществлявших ее врачей на Нюрнбергском процессе приговорили к повешению, в трактатах по ПД преподносят как «позитивное» явление. Следует подчеркнуть, что общества, предпринимавшие попытки добиться процветания за счет евгеники (спартанцы, фашисты-гитлеровцы и др.), терпели полный крах, и поэтому новые репродуктивные технологии (в том числе и ПД), способствуя моральной деградации нашего народа, могут привести к непредсказуемым последствиям в общегосударственном масштабе.

Заключение. Таким образом, ПД в современном варианте разрушает духовно-нравственные ориентиры, которыми держится общество, способствует снижению рождаемости и углублению демографического кризиса. Хочется обратиться к медицинскому сообществу с призывом не оставаться равнодушным и дать оценку этой области медицинской генетики, которая, наподобие раковой опухоли, разрастается с огромной скоростью и, прикрываясь наукообразной демагогией, уже утратила существенные признаки врачебной деятельности.

С помощью дородового обследования следует выявлять те заболевания у матери и плода, которые могут быть излечены, и на основе этого проводить терапию беременной и плода *in vitro*, или готовить женщину к родам в специализированном центре с немедленной постнатальной терапией. Замечательных успехов в этом плане добились в Научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии. ПД не должна мешать родиться ребенку с врожденными аномалиями. Консультируя беременную женщину, следует указывать на то, что и ребёнок-инвалид имеет право на жизнь. Установки в смысле евгеники здесь недопустимы. Проблема защиты слабых, больных, беспомощных —

это проблема самого смысла, самой цели жизни человека в мире. Это также проблема медицины, которая призвана служить человеку, а не распоряжаться его жизнью.

Требуется неотложная государственная поддержка правового регулирования статуса эмбриона, противоабортных программ и программ, поддерживающих создание полноценной семьи, материнство и многодетность.

Соколова Н. А., Массино Ю. С. Пренатальная диагностика: приобретенная аномалия медицинской генетики // <http://www.demographia.ru>. Дата доступа 24.05.11.

Вопросы:

1. В чем состоят цели и каковы последствия пренатальной диагностики?
2. Какие опасности и нравственные проблемы, по мнению авторов статьи, порождает пренатальная диагностика?

ТЕМА 8. МОРАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СМЕРТИ И УМИРАНИЯ (4 ЧАСА)

Болезнь и смерть составляют сердцевину нашей участи.

Г. О. Марсель

План-конспект семинарского занятия:

8.1. Проблема критериев смерти человека и морально-мировоззренческое понимание личности. Биологическая и клиническая смерть. Проблема «смерти мозга».

8.2. Психология терминальных больных. Право на правду о последнем диагнозе.

8.3. Понятие эвтаназии. Пассивная и активная эвтаназия.

8.4. Паллиативная медицина. Хосписная помощь.

Ключевые понятия: смерть; клиническая и биологическая смерть; «смерть мозга»; стойкие вегетативные состояния; реанимация; терминальные состояния; активная и пассивная эвтаназия; «эвтаназия новорожденных»; паллиативная медицина; хоспис; «пограничная ситуация».

8.1. ПРОБЛЕМА КРИТЕРИЕВ СМЕРТИ ЧЕЛОВЕКА

И МОРАЛЬНО-МИРОВОЗЗРЕНЧЕСКОЕ ПОНИМАНИЕ ЛИЧНОСТИ.

БИОЛОГИЧЕСКАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ СМЕРТЬ. ПРОБЛЕМА «СМЕРТИ МОЗГА»

Проблема смерти — одна из основных тем философского, морально-религиозного и биомедицинского размышлений.

Смерть — прекращение жизнедеятельности организма и вследствие этого — гибель индивида как обособленной живой системы.

Различие клинической смерти (обратимого этапа умирания) и биологической смерти (необратимого этапа умирания) явилось определяющим для становления реаниматологии — науки, изучающей механизмы умирания и оживления умирающего организма.

Клиническая смерть — особый вид существования — *терминальное состояние*, граница бытия и небытия живого; процесс *умирания* как переход из одного качества в другое. Специфическая особенность клинической смерти — ее принципиальная обратимость, поскольку, с биологической точки зрения, при ней сохраняется еще достаточное количество «элементов жизни», многие функции которых лишь приостановились. Временной интервал, характеризующий клиническую смерть — 5–6 минут (иногда менее) — количественно выраженная *мера* еще сохраняющейся жизни. Этический императив требует от медиков отношения к клинической смерти как состоянию, нуждающемуся в неотложных мерах помощи.

Критерии смерти — признаки, определяющие окончательную степень деградации жизненного процесса и объективное наступление смерти. Современные концепции предлагают считать таким критерием смерти человеческого индивида омертвление головного мозга, так как в этом случае утрачивается автономность и индивидуальность личности.

Формирование в 60–70-е гг. реаниматологии многие считают признаком революционных изменений в медицине. Это связано с преодолением традиционных критериев человеческой смерти — прекращения дыхания и сердцебиения — и выходом на уровень принятия нового критерия — «смерти мозга». Коренные изменения, вносимые достижениями медицинской науки во временное пространство смерти, оборачиваются ростом этической напряженности врачебной деятельности. Безусловно, комплекс технических средств для поддержания жизни дает возможность предотвратить смерть ряда больных, но в то же время для других это «поддержание» оказывается лишь способом продления умирания.

Говоря о коматозных больных, профессор Б. Г. Юдин называет период между состоянием «определенно жив» и «определенно мертв» — «зоной неопределенности». Об этой «зоне» типичны такие суждения врачей: «Человек еще жив, но он без сознания, необходимо дождаться его физической смерти от голода, инфекции», или, что одно и то же, «человек мертв, но он еще дышит, необходимо прекратить дыхание». В границах новых достижений медицины бьющееся сердце и дыхание — не есть признаки жизни. Констатация «смерти мозга» определяет смерть, в границах которой допустима «растительная» (на клеточном уровне) жизнь. Новые медицинские постулаты с большим трудом адаптируются в общественном сознании, для которого очень странно суждение о том, что смерть констатирована, но человек еще дышит. Пытаясь освободить от моральной и юридической ответственности невольных исполнителей «воли зоны» — врачей, культура обращается к теме эвтаназии — умышленному, безболезненному умерщвлению безнадежно больных людей.

8.2. ПСИХОЛОГИЯ ТЕРМИНАЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ.

ПРАВО НА ПРАВДУ О ПОСЛЕДНЕМ ДИАГНОЗЕ

Реакции пациентов на сообщение врача о наличии у них смертельного заболевания могут быть разнообразными. **Элизабет Кюблер-Росс в книге «О смерти и умирании»** описывает реакцию пациента как последовательность стадий.

Первый этап: отрицание и изоляция. «Нет, только не я, не может быть!» Такое первоначальное отрицание присуще и пациентам, которым сказали правду в самом начале развития болезни, и тем, кто догадался о печальной истине самостоятельно. Отрицание — во всяком случае, частичное — присуще почти всем пациентам не только на первых стадиях

болезни, но и впоследствии, когда оно проявляется время от времени. Отрицание играет роль буфера, смягчающего неожиданное потрясение. Оно позволяет пациенту собраться с мыслями, а позже пользоваться другими, менее радикальными формами защиты. Отрицание чаще всего является временной формой защиты и вскоре сменяется частичным смирением.

Второй этап: гнев. Первой реакцией на ужасную весть становится мысль: «Неправда, со мной такого случиться не может». Но позже, когда человек наконец-то понимает: «Да, ошибки нет, это действительно так», у него возникает другая реакция. К счастью или сожалению, очень немногие больные способны до самого конца цепляться за выдуманный мир, в котором они остаются здоровыми и счастливыми.

Когда пациент уже не в силах отрицать очевидное, его начинают переполнять ярость, раздражение, зависть и негодование. Возникает следующий логичный вопрос: «Почему именно я?» В противоположность этапу отрицания, с этапом гнева и ярости семье больного и сотрудникам больницы справиться очень трудно. Причина заключается в том, что возмущение пациента распространяется во всех направлениях и временами выплескивается на окружающих совершенно неожиданно. Проблема заключается в том, что лишь немногие люди пытаются поставить себя на место больного и представить, что может означать эта раздражительность. Если к больному относятся с уважением и пониманием, уделяют ему время и внимание, тон его голоса скоро станет нормальным, а раздраженные требования прекратятся. Он будет знать, что остается значимым человеком, что о нем заботятся, хотят помочь ему жить как можно дольше. Он поймет: для того, чтобы его выслушали, не обязательно прибегать к вспышкам раздражения.

Третий этап: торговля. Третий этап, когда пациент пытается договориться с болезнью, не так хорошо известен, но тем не менее очень полезен для больного, хотя длится совсем недолго. Если на первом этапе мы не могли открыто признать печальные факты, а на втором чувствовали обиду на окружающих и на Бога, то, возможно, нам удастся прийти к некоему соглашению, которое отсрочит неизбежное. Смертельно больной пациент прибегает к сходным приемам. По опыту прошлого он знает, что всегда существует слабая надежда на вознаграждение хорошего поведения, исполнение желаний за особые заслуги. Его желание практически всегда заключается сначала в продлении жизни, а позже сменяется надеждой на хотя бы несколько дней без болей и неудобств. По существу, подобная сделка представляет собой попытку отсрочить неизбежное. Она не только определяет награду «за примерное поведение», но и устанавливает некую «окончательную черту» (еще одно выступление, свадьба сына и т. д.). С психологической точки зрения, обещания могут указывать на скрытое

чувство вины. По этой причине очень важно, чтобы сотрудники больницы с вниманием относились к подобным заявлениям пациентов.

Четвертый этап: депрессия. Когда обреченный пациент уже не может отрицать свою болезнь, когда ему приходится идти на очередную операцию или госпитализацию, когда проявляются новые симптомы недуга, а больной слабеет и теряет вес, небрежной улыбкой грустные мысли уже не отбросишь. Оцепенение или стоическое отношение, раздражительность и обиды вскоре сменяются ощущением огромной потери. Интенсивное лечение и пребывание в больнице усугубляются денежными расходами, так как не все больные могут позволить себе в начале лечения роскошные условия, а затем и предметы первой необходимости. Причины депрессии хорошо известны любому, кто имеет дело с больными. Однако мы часто забываем о подготовительной скорби, которую переживает смертельно больной, когда готовится к окончательному прощанию с этим миром. Чуткий человек без труда выявит причину депрессии и избавит больного от неоправданного чувства вины, которое нередко сопутствует депрессии.

Пятый этап: смирение. Если в распоряжении пациента достаточно много времени (то есть речь не идет о внезапной и неожиданной смерти) и ему помогают преодолеть описанные выше этапы, он достигнет той стадии, когда депрессия и гнев на «злой рок» отступают. Он уже выплеснул все прежние чувства: зависть к здоровым людям и раздражение теми, чей конец наступит еще не скоро. Он перестал оплакивать неминуемую утрату любимых людей и вещей и теперь начинает размышлять о грядущей смерти с определенной долей спокойного ожидания. Больной чувствует усталость и, в большинстве случаев, физическую слабость. Смирение не следует считать этапом радости. Оно почти лишено чувств, как будто боль ушла, борьба закончена и наступает время «последней передышки перед дальней дорогой», как выразился один из пациентов. Кроме того, в это время помощь, понимание и поддержка больше нужны семье больного, чем самому пациенту. Большинство пациентов умирали на стадии смирения, не испытывая страха и отчаяния.

Как следует и как не следует вести себя с умирающим пациентом:

1. Не следует занимать жесткую позицию, например: «В таких случаях я всегда информирую пациента». Пусть пациент будет гидом. Многие пациенты хотят узнать диагноз, а другие — нет. Следует выяснить, что пациенту уже известно о прогнозе его заболевания. Не лишайте больного надежды и не переубеждайте его в случае, если отрицание является основным механизмом защиты, до тех пор, пока он может получить и принять необходимую помощь. Если пациент отказывается принять её в результате отрицания своей болезни, в мягкой форме и постепенно дайте ему понять, что помощь необходима и будет ему оказана. Убедите больного, что забота о нём будет проявлена вне зависимости от его поведения.

2. Следует побыть с пациентом после сообщения ему информации о его состоянии или диагнозе. После этого пациент может испытать сильный психологический шок. Побудите его задавать вопросы и давайте правдивые ответы. Скажите, что вы вернётесь, чтобы ответить на вопросы пациента или его семьи. Следует по возможности вернуться к пациенту спустя несколько часов, с тем чтобы проверить его состояние.

3. Следует дать советы членам семьи пациента, касающиеся его заболевания. Посоветуйте им чаще общаться с пациентом и позволять ему рассказывать о своих страхах и переживаниях. Членам семьи не только придется столкнуться с трагедией потери близкого человека, но также и с осознанием мысли о собственной смерти, которое может вызвать тревогу.

4. Следует облегчить боль и страдания пациента.

8.3. ПОНЯТИЕ ЭВТАНАЗИИ. ПАССИВНАЯ И АКТИВНАЯ ЭВТАНАЗИЯ

В современной культуре и науке особое внимание уделяется проблеме эвтаназии. Термин «*эвтаназия*» означает безболезненную добровольную смерть и отражает естественное для человека желание *умереть спокойно, легко и безболезненно*. В данном понятии можно выделить такие смыслы, как ускорение смерти тех, кто переживает тяжкие страдания, забота об умирающих, предоставление человеку возможности умереть, прекращение жизни «лишних» людей. Возникает вопрос, как с этими смыслами сочетается принцип клятвы Гиппократова «Клянусь не давать смертельного лекарства, даже если меня об этом попросят, или советов, которые могут привести к смерти», или принцип, предписывающий врачу *бороться с болезнью до конца*. Вместе с тем использование современной медициной новейших средств позволяет продлить биологическое существование человека на бесконечно долгий срок, превращая порой несчастных пациентов и его близких в заложников сверхгуманизма. Все это порождает многочисленные дискуссии, в которых одни отвергают эвтаназию как акт убийства, другие рассматривают ее как панацею от всех бед.

Новые технологии и удивительные достижения в области биомедицинских научных и методологических исследований, граничащие с настоящей научной революцией, позволяют сегодня сохранить жизнь таким серьезно больным и получившим травмы людям, лечение которых еще вчера не представлялось возможным. Современные методы обеспечения работы сердечно-сосудистой системы, дефибриляция сердца, вентрикулярная, респираторная поддержка, мониторинг и стимуляция сердца, регулирование и выравнивание обменных процессов, диализ и профилактика инфекционных заболеваний позволяют поддерживать жизнь больных, получивших серьезные травмы, больных с глубокими обменными нарушениями и больных с нарушениями функций различных органов.

В результате больные оказываются в новых ситуациях, когда можно искусственно поддерживать жизнь человека, находящегося в терминальном состоянии, пострадавшего человека, абсолютно не надеясь привести его в сознание и вернуть к нормальной жизни. Это послужило причиной горячих дискуссий по поводу ненужной реанимации и права на смерть. Основой для таких дискуссий служили также некоторые известные случаи необоснованно затянутой реанимации. Так, например, случай с Карен Квилан. В 1975 г. у американской школьницы остановилось сердце, реанимационные процедуры позволили восстановить вегетативные функции организма. В течение года Карен находилась на аппаратной поддержке без надежд на восстановление сознания. Через год, по решению суда, аппаратура была отключена, но у пациентки появилось спонтанное дыхание. В таком состоянии она прожила еще 10 лет. Другой параллельно имевший место случай: Пол Бейлей, который умер в 1982 г., пробыв 25 лет в коматозном состоянии. Такая затянутая реанимация пациентов при отсутствии какой-либо надежды на выздоровление послужила причиной того, что эвтаназия, равно как и «право на достойную смерть», становятся все более актуальными.

Различают пассивную и активную эвтаназию. *Пассивная* — это отказ от жизнеподдерживающего лечения, когда оно либо прекращается, либо вообще не назначается. Пассивная эвтаназия означает недопустимость использования для сохранения жизни больного экстраординарных и чрезвычайных средств, если он не хочет их применения. Она также предполагает прекращение дальнейшего лечения, за исключением того, которое уменьшает боль. В этих случаях по желанию пациента должны быть прекращены даже внутривенные вливания и искусственное питание, при этом нельзя предпринимать попыток воскрешения человека, если его сердце или лёгкие перестали работать. Если пациент может выписаться из больницы для того, чтобы умереть дома, то ему нельзя препятствовать в этом. *Активной* эвтаназия называется в тех случаях, когда пациент требует специальных средств для ускорения смерти. Активная эвтаназия — это преднамеренное действие с целью прервать жизнь пациента. Различают такие ее формы, как умерщвление из сострадания, когда жизнь, являющаяся мучением для больного, прерывается врачом (даже без согласия пациента); добровольная — активная эвтаназия и уход из жизни по согласию с пациентом при помощи врача.

Право человека распоряжаться собственной жизнью и отказ от негуманного, уничтожающего его достоинство лечения выступает основным *аргументом* сторонников активной эвтаназии. Святость человеческой жизни, возможность врачебной ошибки при безнадежном диагнозе, опасность злоупотреблений, если эвтаназия будет узаконена и т. п. являются *вескими контраргументами* против активной эвтаназии.

Следует уточнить, что под эвтаназией понимается не просто лёгкая, безболезненная смерть, а смерть, которая соответствует желанию самого умирающего (либо его родственников и близких, если умирающий безвозвратно потерял сознание) и происходит при содействии (активном или пассивном) медика. Именно этим определяется как контекст медицинской практики, в котором можно осмысленно обсуждать проблемы эвтаназии, так и круг непосредственно причастных к ней лиц. Вместе с тем здесь затрагиваются и глубинные слои человеческого существования, а также фундаментальные ценности общества, чем и объясняется острота и сложность дискуссий. Противоречивые взгляды на эвтаназию с медицинской и морально-этической точек зрения породили и противоречивую юридическую оценку этого явления. Очевидно, что это междисциплинарная проблема, требующая для своего разрешения профессиональных и нравственных усилий философов, медиков, правоведов, всех заинтересованных людей.

8.4. ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНА. ХОСПИСНАЯ ПОМОЩЬ

Хоспис — это медицинское (медико-социальное) учреждение/отделение, где команда профессионалов оказывает комплексную помощь больному, который нуждается в облегчении страдания — физического, психосоциального и духовного, связанного с заболеванием, излечить которое невозможно, и оно неминуемо должно привести к смерти в обозримом будущем (3–6 мес.).

Хосписная служба — это вид паллиативной помощи больным в терминальной стадии любого хронического заболевания (рак, СПИД, рассеянный склероз, хронические неспецифические заболевания бронхолегочной и сердечно-сосудистой системы и др.), когда лечение уже не дает результатов, прогноз неблагоприятный в отношении выздоровления и жизни.

Хоспис — это не только учреждение, это философия, в основе которой лежит отношение к больному как к личности до самой последней минуты его жизни и желание облегчить его страдания, учитывая его желания и предпочтения.

Больной направляется в хоспис не умирать, а для проведения мероприятий, направленных на купирование боли, уменьшение одышки или других симптомов, с которыми он и его лечащий врач не могут справиться в домашних условиях. Кроме того, больным и их родственникам в хосписе предоставляется психологическая, социальная и духовная поддержка.

Так, **основными показаниями для госпитализации в хоспис** (медицинское стационарное учреждение) являются:

- необходимость подбора и проведения адекватного лечения боли и других тяжелых симптомов при отсутствии эффекта от проводимой терапии на дому;
- проведение манипуляций, которые не могут быть выполнены в домашних условиях;
- отсутствие условий для оказания паллиативной помощи на дому (одинокие пациенты, сложная психологическая ситуация в семье);
- предоставление кратковременного отдыха ухаживающим за тяжелым больным родственникам.

Хосписная помощь — помощь комплексная, медико-социальная. Это помощь медицинская, психологическая, социальная и духовная. Но главным компонентом все же является квалифицированная помощь врача и медицинской сестры, имеющих специальную подготовку и особые человеческие качества. В хосписе наряду с оказанием помощи проводится обучение и исследовательская работа. Сегодня хосписы являются неотъемлемой частью системы здравоохранения во всех цивилизованных странах.

Паллиативная помощь — область онкологии, отличающаяся отсутствием непосредственного воздействия на злокачественное новообразование и применяемая в ситуации, когда возможности послеопухолевого лечения ограничены или исчерпаны. Паллиативная помощь призвана улучшить качество жизни онкологических больных.

Историческая справка. Первый хоспис современной истории основан в 1842 г. в Лионе (Франция) обществом «Калвер». В 1879 г. Мэри Эйкенхед открыла в Дублине (Ирландия) приют Девы Марии для умирающих. В 1905 г. в Англии был основан приют Св. Джона (Лондон). В нем работала Сесилия Сандерс, которая стала первым штатным врачом и организовала хоспис для онкобольных современного типа. Хосписы создавались как система помощи, которая могла быть оказана в учреждении или на дому. В России паллиативная помощь развивается в течение двух последних десятилетий. Первый хоспис (Лахтинский) открылся в 1990 г. в Санкт-Петербурге. В Минске состоит на учете порядка 35 000 онкологических больных, из которых 1800 имеют терминальную стадию заболевания и нуждаются в паллиативной помощи. В 1994 г. был создан первый в СНГ Белорусский детский хоспис. Решением Мингорисполкома от 18 августа 2005 г. № 1430 6 октября 2005 г. было создано государственное учреждение «Больница паллиативного ухода «Хоспис». Приказом комитета по здравоохранению Мингорисполкома № 147 от 14 марта 2006 г. был определен порядок организации работы первого государственного учреждения «Больница паллиативного ухода «Хоспис».

Основными задачами хосписа являются⁵⁵:

1. Ликвидация или уменьшение болевого синдрома и страха смерти у пациентов при максимально возможном сохранении их сознания и интеллектуальных способностей.
2. Обеспечение медицинского наблюдения, проведение симптоматического лечения, при котором используются специальные многоступенчатые протоколы ненаркотического и наркотического обезболивания, лечения побочных и сопутствующих заболеваний пациентов.
3. Психосоциальная адаптация больных.
4. Обучение членов семьи безнадежно больного правилам ухода за ним.
5. Оказание психологической помощи членам семей, имеющим безнадежно больного или потерявшим родственника.
6. Создание службы добровольных помощников (волонтеров), обеспечивающих безвозмездный уход за больными в хосписе и на дому.
7. Изучение, обобщение и применение на практике передового опыта работы хосписов, пропаганда волонтерского движения.
8. Повышение профессиональной квалификации, теоретического уровня, а также проведение систематической учебной и воспитательной работы с медицинским персоналом.
9. Привлечение государственных, коммерческих, общественных и религиозных организаций к решению проблем incurable больных.

Основные положения концепции хосписов:

1. Хоспис оказывает помощь преимущественно онкологическим больным с выраженным болевым синдромом в терминальной стадии заболевания.
2. Первичным объектом медико-социальной и психологической помощи в хосписе являются больной и его семья. Уход за больными осуществляет специально подготовленный медицинский и обслуживающий персонал, а также родственники больных и добровольные помощники, прошедшие предварительное обучение в хосписе.
3. Хоспис обеспечивает амбулаторную и стационарную помощь больным. Амбулаторная помощь оказывается на дому бригадами выездной службы хосписа («хоспис на дому»). Стационарная помощь в зависимости от нужд больного и его семьи оказывается в условиях круглосуточного, дневного или ночного пребывания больных в стационаре.
4. В хосписе может быть реализован принцип «открытости диагноза». Вопрос о сообщении больным их диагноза решается индивидуально и только в случаях, когда на этом настаивает больной.

⁵⁵ <http://www.mhospice.of.by>. Дата доступа 24.05.11.

5. Вся совокупность медико-социальной и психологической помощи больному должна быть направлена на ликвидацию или уменьшение болевого синдрома и страха смерти при максимально возможном сохранении его сознания и интеллектуальных способностей.

6. Каждому больному в хосписе должен быть обеспечен физический и психологический комфорт. Физический комфорт достигается созданием в стационаре условий, максимально приближенных к домашним. Обеспечение психологического комфорта осуществляется на основе принципа индивидуального подхода к каждому больному с учетом его состояния, духовных, религиозных и социальных нужд.

7. Источниками финансирования хосписов являются бюджетные средства, средства благотворительных обществ и добровольные пожертвования граждан и организаций.

Опыт практической работы зарубежных и отечественных хосписов позволил разработать ряд правил, положений, нравственных предписаний, впервые обобщенных и сформулированных в виде 10 заповедей А. В. Гнездиловым (г. Санкт-Петербург).

В дальнейшем В. В. Миллионщиковой (г. Москва) в текст заповедей включены дополнения. В дополненном виде текст заповедей выглядит следующим образом.

Заповеди хосписа⁶:

1. Хоспис — не дом смерти. Это достойная жизнь до конца. Мы работаем с живыми людьми. Только они умирают раньше нас.

2. Основная идея хосписа — облегчить боль и страдания как физические, так и душевные. Мы мало можем сами по себе и только вместе с пациентом и его близкими мы находим огромные силы и возможности.

3. Нельзя торопить смерть и нельзя тормозить смерть. Каждый человек живет свою жизнь. Время ее не знает никто. Мы лишь попутчики на этом этапе жизни пациента.

4. За смерть нельзя платить, как и за рождение.

5. Если пациента нельзя вылечить, это не значит, что для него ничего нельзя сделать. То, что кажется мелочью, пустяком в жизни здорового человека — для пациента имеет огромный смысл.

6. Пациент и его близкие — единое целое. Будь деликатен, входя в семью. Не суди, а помогай.

7. Пациент ближе к смерти, поэтому он мудр, узри его мудрость.

⁶ Подробная информация о назначении и философии хосписов, принципах и организации их работы изложена в единственном на русском языке и уникальном издании «Хосписы», опубликованном под редакцией В. В. Миллионщиковой в 2003 г. (издательство «Грант»). Полный текст сборника можно найти на сайте первого московского хосписа <http://www.hospice.ru>. Дата доступа 24.05.11.

8. Каждый человек индивидуален. Нельзя навязывать пациенту своих убеждений. Пациент дает нам больше, чем мы можем дать ему.

9. Репутация хосписа — это твоя репутация.

10. Не спеши, приходя к пациенту. Не стой над пациентом — посиди рядом. Как бы мало времени не было, его достаточно, чтобы сделать все возможное. Если думаешь, что не все успел, то общение с близкими ушедшего успокоит тебя.

11. Ты должен принять от пациента все, вплоть до агрессии. Прежде чем что-нибудь делать — пойми человека, прежде чем понять — прими его.

12. Говори правду, если пациент этого желает и если он готов к этому. Будь всегда готов к правде и искренности, но не спеши.

13. «Незапланированный» визит не менее ценен, чем визит «по графику». Чаще заходи к пациенту. Не можешь зайти — позвони; не можешь позвонить — вспомни и все-таки... позвони.

14. Хоспис — дом для пациентов. Мы хозяева этого дома, поэтому переобуйся и вымой за собой чашку.

15. Не оставляй свою доброту, честность и искренность у пациента — всегда носи их с собой.

Темы докладов и рефератов:

1. Реанимация и морально-этические проблемы «управления умиранием».

2. Медицинские критерии смерти человека.

3. Проблема эквивалентности смерти мозга и смерти человека.

4. Правда и ложь о «легкой смерти» в медицине и средствах массовой информации (СМИ). (Как и почему СМИ формируют образ «легкой смерти»?)

5. Нравственная ответственность врача «перед лицом смерти».

6. Проблема переживания смерти в произведении Л. Н. Толстого «Смерть Ивана Ильича».

7. «Физика» и «метафизика» смерти.

8. Эвтаназия: история проблемы.

9. Право на правду о последнем диагнозе.

10. Умирание как стадия жизни.

Вопросы для самоконтроля:

1. В чем заключается суть концепции Е. Кюблер-Росс «смерть как стадия роста»?

2. Перечислите основные стадии и формы реакции пациента на сообщение о неблагоприятном диагнозе (по Е. Кюблер-Росс).

3. Запрещена ли законодательно эвтаназия в Беларуси, если да, то в каких документах?

4. Назовите основные аргументы противников эвтаназии.
5. По каким критериям в настоящее время осуществляется констатация смерти человека в Беларуси?
6. Что такое хосписы и есть ли они в Беларуси?
7. Какие виды помощи оказываются пациентам в хосписе?
8. Разрешено ли врачу (законодательно) сообщать неизлечимо больному пациенту диагноз?
9. Каковы границы достоверности неблагоприятного медицинского прогноза и диагноза, рассматриваемых в качестве оснований для активной эвтаназии?

ТЕКСТЫ ДЛЯ ОБСУЖДЕНИЯ

Ф. Арьес

ЧЕЛОВЕК ПЕРЕД ЛИЦОМ СМЕРТИ

Смерть перевернутая

Еще в начале XX в., скажем, до Первой мировой войны, на всем Западе смерть одного человека приводила в движение целую социальную группу или даже все общество — например, в пределах деревни. В комнате умершего закрывали ставни, зажигали свечи, приносили святую воду. Дом наполнялся соседями, родственниками, друзьями, все перешептывались с видом серьезным и торжественным. На входной двери прикрепляли траурное извещение, заменившее собой старинный обычай выставлять в дверях тело усопшего или его гроб. Богослужение в церкви собирало множество людей, вставших затем в очередь, чтобы выразить свои соболезнования семье покойного. После чего траурная процессия медленно сопровождала гроб на кладбище. Но и на этом дело не кончалось. Период траура был заполнен визитами: семья умершего ходила на кладбище, родственники и друзья навещали семью. Лишь постепенно жизнь входила в привычное русло, так что оставались только посещения кладбища близкими усопшего. Смерть индивида затрагивала целую социальную группу, и она реагировала коллективно, начиная с ближайшей родни и до более широкого круга знакомых и подчиненных. Не только каждый умирал публично, но и смерть каждого становилась общественным событием, трогавшим — и в переносном, и в буквальном смысле — все общество.

Все изменения в отношении к смерти на протяжении тысячелетия не нарушили этой фундаментальной картины. Связь между смертью отдельного человека и обществом оставалась нерушимой. Смерть всегда была фактом социальным. Она и сегодня продолжает быть таковым во многих случаях, и нет уверенности, что эта традиционная модель обречена на исчезновение. Но абсолютно всеобщей эта модель уже не является. В течение нынешнего столетия сложился совершенно новый тип смерти, особенно в наиболее индустриально и технически развитых и урбанизированных регионах западного мира. И конечно, мы наблюдаем сегодня лишь первый этап в становлении новой модели.

Две ее черты бросаются в глаза любому. Первая поразительно нова и противоположна всему, что мы видели в прошлые века: общество изгоняет смерть, если только речь не идет о выдающихся деятелях государства. Ничто не оповещает в городе прохожих о том, что что-то произошло. Старинный черный с серебром катафалк превратился в самый обычный лимузин, незаметный в потоке уличного движения. Смерть больше

не вносит в ритм жизни общества паузу. Человек исчезает мгновенно. В городах все отныне происходит так, словно никто больше не умирает.

Другая черта нового отношения к смерти не менее примечательна. Разумеется, и прежде в течение долгих веков образ смерти и восприятие ее менялись, но как медленно! Маленькие перемены совершались столь долго, растягиваясь на целые поколения, что современники их просто не замечали. В наше время полный переворот в нравах произошел — или кажется совершившимся — на протяжении жизни одного поколения. В дни моей молодости женщин, носивших траур, было не видно из-под черных вуалей и шелков. В буржуазных семьях дети, потерявшие бабушку, ходили в фиолетовом. Моя мать после 1945 г. последние двадцать лет своей жизни носила траур по сыну, погибшему на войне. А сегодня...

Быстрота и резкость перемен сделали их заметными. Их знают, обсуждают, о них ведут свои исследования социологи, готовят телевизионные передачи, устраивают медицинские и юридические дебаты. Изгнанная обществом через дверь, смерть вновь входит в окно, возвращается так же стремительно, как и исчезла. [...]

Триумф медикализации

Итак, романтическая модель смерти, как она существовала в середине XIX в., проходит целый ряд последовательных этапов распада. Прежде всего, изменения затрагивают в конце XIX в. первый период умирания: период тяжелой болезни. Это случай толстовского Ивана Ильича: больного начинают держать в неведении относительно его состояния и того, что его ждет. Затем, после того как Первая мировая война показала миру гибель миллионов людей одновременно, общество накладывает негласный запрет на траур и на все, что в публичной жизни напоминает о смерти, во всяком случае о смерти обычной, не сенсационной. Неизменным остается еще только самый момент смерти, который в эпоху Толстого и долгое время спустя продолжал сохранять традиционный характер: прокручивание в памяти прожитой жизни, умирание на людях, сцена последних прощаний.

После 1945 г. и этот пережиток романтической модели прекрасной смерти исчезает. Причиной явилась полная медикализация смерти. [...] Бурный прогресс медицинской техники и методов стационарного лечения, подготовка достаточного количества компетентного персонала, рост общественных расходов на здравоохранение привели к тому, что больницы заняли в этой сфере монопольное положение. Оказалось невозможно чем-либо заменить эти учреждения с их сложной, редкой и дорогостоящей аппаратурой, с их высококвалифицированным персоналом, множеством вспомогательных лабораторий и служб.

С момента, когда болезнь становится серьезной и затяжной, врач все чаще бывает склонен направить пациента в больницу. К успехам диагностики, наблюдения и лечения в больницах добавились успехи реанимации, обезболивания, облегчения физических страданий. Методы эти применяются уже не только до, во время или после операции, но во время агонии, чтобы сделать уход из жизни менее мучительным для умирающего. Постепенно умирающий в больнице уподобился тяжелому послеоперационному больному, что обеспечило сходную заботу и уход. В городах люди в большинстве случаев перестали умирать дома, как еще раньше перестали дома появляться на свет. В Нью-Йорке в 1967 г. 75 % умерших скончались в больнице или в аналогичном заведении (в 1955 г. — 69 %), а в целом по США — 60 %. В дальнейшем процент умерших в больнице продолжал расти. [...]

Триумф медикализации имел огромные последствия для самого понимания смерти. В традиционном менталитете (на Западе до XVII в.) мгновенность смерти смягчена уверенностью в продолжении существования человека и по ту сторону роковой грани.

В XVII в. идея дуализма души и тела и их разделения в момент кончины устранила это протяженное во времени восприятие смерти: смерть стала мгновением, моментальным переходом из одного состояния в другое. Сегодняшняя смерть в окружении врачей вновь обрела протяженность во времени, но не по ту, а по эту сторону грани. Смерть укорачивается или продлевается в зависимости от действий врача: он не может ее предотвратить, но часто в состоянии регулировать ее длительность — от нескольких часов, как обычно длится агония, до нескольких недель, месяцев или даже лет. Стало возможным оттянуть роковой момент, а меры, призванные смягчить боль, имеют важный побочный эффект, фактически продлевая жизнь больному.

Бывает, оттягивание смертного часа становится самоцелью, и медицинский персонал не жалеет усилий, чтобы продлевать жизнь человека искусственными методами. Вспомним хотя бы шекспировскую агонию генералиссимуса Франсиско Франко в Испании в окружении его двадцати личных врачей. Известны и более сенсационные случаи, особенно в Америке, когда больному в коматозном состоянии врачи не дают умереть в течение долгих месяцев, несмотря на настояния семьи или даже решение суда. При этом медики часто ссылаются на то, что у таких больных еще не наступила смерть мозга, определяемая по электроэнцефалограмме. В нашу задачу не входит обсуждать здесь этические проблемы эвтаназии, когда врачи в полном согласии с законом отключают аппаратуру, поддерживающую жизнь безнадежного больного, или иным способом прекращают его существование, нередко ненавистное ему самому. Повторим лишь, что медицина, организованная в форме больницы, в принципе может позволить неизлечимому больному продолжать существовать неопределенно долго. [...]

Одновременно смерть перестала восприниматься как феномен естественный и необходимый. Смерть — это провал, несчастный случай. Так считает врач, ибо в этом оправдание его существования. Но и он выражает здесь лишь то, что чувствует само общество. Смерть — знак бессилия, беспомощности, ошибки или неумелости, который следует поскорее забыть. Смерть в больнице не должна нарушать обычного хода вещей и потому должна быть скромной, незаметной, «на цыпочках». [...]

Сознавая это или нет, врачи и медсестры выработали свое понимание того, что исследователи Глэйзер и Стросс называют *acceptable style of facing death*, «приемлемый стиль того, как встречать смерть». Для больничного персонала, да и для всего общества лучше всех умирает тот, кто не кажется умирающим. Человеку тем легче скрыть, что он умирает, чем меньше он сам подозревает об этом. Его неведение в наши дни еще необходимо, чем во времена Ивана Ильича. Неведение может даже стать важным фактором выздоровления, а для лечащего персонала условием эффективности его действий.

То, что сегодня мы называем прекрасной смертью, — смерть в неведении — точно соответствует тому, что в далеком прошлом считалось несчастьем и проклятием: *mors repentina et improvvisa* — смерть внезапная, непредвиденная, к которой человек не успел подготовиться. Как дико звучали бы для средневековых людей наши привычные слова: «Он скончался сегодня ночью во сне, не просыпаясь. Умер самой прекрасной смертью, какая только может быть».

Однако умирание в больнице зачастую длится долго, и умный пациент способен по действиям и поведению врачей и медсестер понять, что его ждет. Поэтому лечащий персонал инстинктивно, неосознанно вынуждает больного, который от них зависит и хочет им угодить, разыгрывать неведение. В некоторых случаях молчание превращается в безмолвное соучастие, в других случаях страх делает невозможной никакую коммуникацию между умирающим и теми, кто за ним ухаживает. Пассивность больного поддерживается успокаивающими препаратами, особенно в конце, когда страдания

становятся невыносимыми. Морфий снимает боль, но он же притупляет сознание, повергая умирающего в желанное для всех неведение своей участи.

Противоположностью «приемлемого стиля умирания» является смерть плохая, безобразная, лишенная какой бы то ни было элегантности и деликатности. В одном случае больной, который знает, что умирает, восстает против неизбежности, кричит, становится агрессивен. Другой случай — его лечащий персонал боится не меньше — это когда умирающий принимает свою смерть, сосредоточивается на ней, отворачивается к стене, становится безучастен к окружающему миру, перестает общаться с людьми. Врачи и медсестры отталкивают это отталкивание, как бы устраняющее их и делающее ненужными их усилия. [...]

Возвращение предупреждения. Смерть сегодня.

[...] Если на исходе XIX в. смерть исчезает из медицинской науки, то в новейших исследованиях она возвращается как тема не только философии, но и медицины. Речь идет о достоинстве умирающего, о том, чтобы смерть не игнорировалась и замалчивалась, а была признана как реальное состояние и — более того — как фундаментальный акт. Одно из условий признания смерти: умирающий должен быть информирован о своем состоянии. Вскоре английские и американские врачи уступили этому давлению, в особенности потому, что теперь они могли наконец разделить ответственность, ставшую казаться невыносимой. Не стоим ли мы на пороге нового глубокого изменения менталитета в том, что касается смерти? Не умирает ли старая заповедь молчания о смерти? [...]

В современной драме идей в отношении смерти общество в целом по-прежнему отталкивает от себя смерть, какой она предстает в реальности. Все согласны в том, что условия умирания в больницах должны быть улучшены, но смерть не должна выходить оттуда. Те, кого подобный компромиссный подход не устраивает, кто отвергает эти половинчатые смягчения, в конце концов, если доводят свои рассуждения до логического предела, начинают оспаривать саму идею медикализации смерти. [...] Все чаще раздаются голоса сомнения в том, что подчинение жизни и смерти человека развитию медицинской техники и клинических методик есть такое уж безусловное благо. [...]

Арьес Ф. Человек перед лицом смерти. М., 1992.

Вопросы:

1. Почему Ф. Арьес называет современную модель отношения к смерти «смертью перевернутой»?
2. Чем характеризуется процесс «медикализации смерти»? Какие противоречия он в себе несет?

ТЕМА 9. МОРАЛЬНЫЕ, ПРАВОВЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ (2 ЧАСА)

План-конспект семинарского занятия:

- 9.1. Трансплантология: история и современность.
- 9.2. Моральные проблемы трансплантологии.
- 9.3. Юридические модели забора органов от трупных доноров.
- 9.4. Правовые основы трансплантации органов и тканей человека в Республике Беларусь.

Ключевые понятия: трансплантология; донор; реципиент; трансплантат; коммерциализация; смерть мозга; стойкое вегетативное состояние; эксплантация органов; «презумпция согласия» (неиспрошенное согласие); «испрошенное согласие» (информированное); лист ожидания; отторжение.

9.1. ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ: ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ

Трансплантация органов и тканей человека — замещение отсутствующих или каким-либо образом поврежденных органов или тканей, которое основано на заборе органов и тканей у донора или трупа человека, их типизировании, консервации и хранении и осуществляемое посредством проведения хирургической операции.

При этом следует иметь в виду, что органы и ткани человека — анатомические образования, не определяющие отличительных черт личности. **Донор** органов и тканей человека — лицо, добровольно отдающее свои анатомические образования для пересадки больным людям. **Реципиент** — лицо, которому с лечебной целью пересаживают органы или ткани человека.

Основы научной трансплантации были заложены в начале XIX в. Известно, что в 1804 г. Бароньо сообщил об аутооттрансплантации кожи у овец и о результатах успешных экспериментов по пересадке кожи от одного животного другому одного или другого вида. 1823 г. Бюндер восстановил часть носа у женщины с помощью пересадки свободного трансплантата.

Если изначально трансплантология развивалась в рамках пластической хирургии, то ее следующий этап становления специалисты связывают с успехами в хирургии, открытием наркоза, внедрением в клиническую практику асептики и антисептики, разработкой техники сосудистого шва.

1902 г. — Е. Ульман осуществил первую попытку по экспериментальной трансплантации почек у собак.

1905 г. — Каррель сообщил о первой экспериментальной пересадке сердца у собаки.

1923 г. — в США (Холмен) осуществил первую пересадку кожи от матери ребенку с ожогами.

1933 г. — Ю. Ю. Воронов впервые в мире осуществил пересадку трупной почки.

1954 г. — в США (Бостон) Joseph Murray выполнил первую в мире родственную пересадку почки от гомозиготного близнеца, а в 1991 г. этот пластический хирург стал Нобелевским лауреатом.

1965 г. — первую в СССР успешную трансплантацию почки в клинических условиях произвел Б. В. Петровский.

1966 г. — в Лондоне произошло юридическое оформление концепции мозговой смерти, а в 1968 г. в медицинской школе Гарварда были четко определены критерии мозговой смерти.

1967 г. — К. Бернارد (ЮАР) произвел первую в мире пересадку сердца человеку. Реципиентом был 54-летний мужчина с коронарной болезнью сердца и постинфарктной аневризмой левого желудочка, а донором — 25-летняя женщина, погибшая в результате черепно-мозговой травмы.

1970 г. — первая трансплантация почки в БССР, выполненная в 4-й городской больнице г. Минска академиком Н. Е. Савченко.

2008 г. — первая трансплантация печени в Республике Беларусь, осуществленная хирургом О. О. Руммо в 9-й городской больнице г. Минска.

2009 г. — первая трансплантация сердца в Республике Беларусь, выполненная Ю. И. Островским.

Сегодня трансплантология как отрасль медицины признается одной из самых перспективных в медицине. Уровень ее функционирования в разных странах мира не одинаковый. В целом, к службе трансплантации предъявляются следующие требования: высококачественная профессиональная подготовка специалистов; проведение научных исследований; соблюдение принципов международной кооперации; формирование школы национальной трансплантологии.

9.2. МОРАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ

Следует выделить комплекс медицинских, правовых и этических проблем, которые становятся актуальными в связи с активным развитием трансплантологии. К ним относят: проблему справедливого распределения дефицитных ресурсов здравоохранения; проблему справедливости в распределении между потенциальными реципиентами дефицитных ресурсов (органов и тканей) трансплантологии; моральные проблемы процедуры забора органов от живых доноров; моральные проблемы пересадки органов от трупа; этические проблемы, связанные с торговлей человеческими органам и тканями; проблему донора (особенно при трансплантации таких непарных жизненно важных органов, как сердце, печень, поджелудочная железа и т. д.); научное установление критериев биологической смерти; моральные проблемы трансплантации фетальных органов и тканей; этиче-

ские аспекты ксенотрансплантации; совершенствование правовых аспектов трансплантации и др.

Существует несколько видов трансплантации. Они отличаются друг от друга не только с медицинской, но и с этической точки зрения. Сложность ситуации заключается в том, что трансплантологи должны сделать всё для спасения жизни пациента, но одновременно с этим, чем раньше они начнут забор органов и тканей из тела, тем больше шансов, что пересадка пройдет успешно. При пересадке органа от **живого донора** основными считаются следующие проблемы: как и в какой степени гарантировать добровольное согласие донора (согласие по принуждению; продажа органов и тканей и т. д.). В случае изъятия и пересадки органов и тканей от **умершего донора** долгое время оставался нерешенным вопрос относительно критериев понятия «умерший донор». В соответствии с традиционными критериями, необратимое прекращение работы сердца и легких — достаточное основание для констатации смерти, тогда какой смысл пересаживать нежизнеспособные органы? В обратном случае, нет оснований признать человека умершим. Со временем использовать органы умерших доноров стало возможным, когда был узаконен новый критерий смерти человека — смерть мозга. Именно после этого в течение нескольких дней можно искусственно поддерживать работу сердца, легких, печени.

Коллизия очевидна: борьба за жизнь умирающего и необходимость скорейшего получения органов и тканей для пересадки реципиенту. Нет единого мнения в решении этой проблемы. Существуют две полярные позиции. Либеральная биоэтика всесторонне поддерживает трансплантацию как перспективное направление в медицине. Ее представители акцентируют внимание на гуманистических ценностях, исключая экономические выгоды. Консервативно-христианская позиция сводится к тому, что нанесение повреждений телу означает потерю уважения к живущему.

9.3. ЮРИДИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ ЗАБОРА ОРГАНОВ ОТ ТРУПНЫХ ДОНОРОВ

Выделяют две юридические модели забора органов от трупных доноров: «презумпция согласия» (неиспрошенное согласие) и «презумпция несогласия» («испрошенное согласие», информированное). Первая предполагает, что забор и использование органов из трупа осуществляется, когда умерший при жизни не высказывал возражений против этого, или если возражения не высказывают его родственники. То есть, если человек не запретил пересадку органа при жизни, то он автоматически становится донором после смерти. Вторая юридическая модель предполагает, что до своей смерти человек явно заявлял о своем согласии на изъятие органа, либо член семьи четко выражает согласие на изъятие в том случае, когда умерший не оставил подобного заявления. В этой модели важно наличие документально подтвержденного согласия.

Юридические модели при заборе органов от трупных доноров	
Презумпция согласия Согласие, считающееся выраженным человеком, пока не заявлено обратное, и которое может быть изменено только посредством запрета	Информированное согласие Согласие, получаемое от донора при жизни, либо ближайших членов его семьи или официальных попечителей после его смерти, которое затем фиксируется в специальных документах
Австрия, Бельгия, Франция, Финляндия, Польша, Венгрия, Латвия, Эстония, Литва, Греция, Португалия, Чехия, Словакия, Россия	Германия, США, Канада, Ирландия, Голландия, Швейцария, Австралия, Латинская Америка, Люксембург, Словения

9.4. ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ЧЕЛОВЕКА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

ЗАКОН РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ «О ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ЧЕЛОВЕКА» от 4 марта 1997 г. № 28-3 (в ред. от 09.01.2007 г. № 207-3) (извлечение)

Статья 5. Условия и порядок трансплантации

Трансплантация может быть произведена только тогда, когда невозможно иными средствами и методами оказать медицинскую помощь, сохранить жизнь больного или восстановить его здоровье, и осуществляется в соответствии с клиническими протоколами, утверждаемыми Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Перечень органов и (или) тканей человека, подлежащих трансплантации, определяется Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Медицинское заключение о необходимости трансплантации выдается реципиенту консилиумом врачей государственной организации здравоохранения в составе лечащего врача, врача-трансплантолога, врача-хирурга и врача-анестезиолога, а при необходимости — и врачей других специальностей в порядке, определенном Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Органы и (или) ткани человека не могут быть объектом гражданско-правовых сделок, за исключением сделок, носящих безвозмездный характер. Совершение возмездных сделок, а также реклама предложений органов и (или) тканей человека запрещаются.

Врачи-трансплантологи не вправе осуществлять трансплантацию, если не соблюдены условия, предусмотренные настоящим Законом.

Статья 6. Организации здравоохранения, осуществляющие забор органов и трансплантацию

Забор органов у живого или трупного донора и трансплантация осуществляются только государственными организациями здравоохранения, имеющими специальное разрешение (лицензию), выдаваемое в порядке, предусмотренном законодательством Республики Беларусь.

Статья 7. Ограничение круга живых доноров

Живыми донорами не могут быть:

- несовершеннолетние лица (за исключением случаев забора костного мозга);
- лица, признанные в установленном порядке недееспособными, а также лица, страдающие психическими расстройствами (заболеваниями);
- лица, у которых обнаружены заболевания, являющиеся опасными для жизни и здоровья реципиента;
- беременные женщины;
- дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей.

Статья 8. Условия забора органов для трансплантации у живого донора

Забор органов для трансплантации у живого донора разрешается при соблюдении следующих условий:

- письменного предупреждения данного живого донора лечащим врачом государственной организации здравоохранения о возможном ухудшении его здоровья в связи с забором органов для трансплантации;
- наличия добровольного согласия данного живого донора на забор органов, выраженного в письменной форме, удостоверенного нотариально (за исключением случая, указанного в части второй настоящей статьи);
- проведения всестороннего медицинского обследования данного живого донора и наличия заключения консилиума врачей-специалистов о возможности забора у него органов для трансплантации.

Забор костного мозга у несовершеннолетнего лица, которое не приобрело дееспособности в полном объеме, осуществляется с письменного согласия его законного представителя, удостоверенного нотариально, и органа опеки и попечительства. При письменном или устном возражении несовершеннолетнего лица забор костного мозга не допускается.

У живого донора для трансплантации может производиться забор только одного из парных органов, фрагмента непарного органа, ткани, отсутствие которых не вызывает необратимых процессов в организме.

Принуждение лица к согласию на забор у него органов запрещается.

Статья 9. Права живого донора

Перед забором органов живой донор имеет право на получение полной и объективной информации о состоянии своего здоровья и последствиях, которые могут наступить в связи с осуществлением забора органов.

Согласие на забор органов может быть в любой момент отозвано, за исключением случаев, когда врачи уже приступили к забору органов и его прекращение либо возврат к первоначальному состоянию невозможны или связаны с угрозой для жизни либо здоровья живого донора, в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь.

Живой донор после осуществления у него забора органов имеет право:

- на получение компенсации расходов, связанных с необходимостью восстановления его здоровья в связи с забором органов. Порядок выдачи и размеры этой компенсации определяются Советом Министров Республики Беларусь;

- получение пособия по временной нетрудоспособности в размере 100 процентов заработка на период нетрудоспособности, наступившей в связи с забором органов.

Инвалидность живого донора, наступившая в связи с забором органов, приравнивается к инвалидности, связанной с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием.

Статья 10. Обязанности живого донора

Живой донор обязан сообщить лечащему врачу государственной организации здравоохранения, осуществляющей забор органов, сведения о перенесенных им либо имеющихся у него заболеваниях и вредных привычках.

Статья 11. Условия забора органов у трупного донора

Забор органов у трупного донора разрешается с момента констатации смерти в порядке, определяемом Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Забор органов у трупного донора не допускается, если руководителю государственной организации здравоохранения, руководителю структурного подразделения государственной организации здравоохранения или лицам, исполняющим их обязанности, до момента забора органов представлено заявление о несогласии на забор органов для трансплантации, написанное данным лицом при жизни либо его супругом (супругой), а при его (ее) отсутствии — одним из его близких родственников (родители, дети, родные братья и сестры, дед, бабушка, внуки) или законным представителем.

Забор органов у трупного донора не допускается также в случае, если государственная организация здравоохранения была поставлена в известность о несогласии лица на забор органов для трансплантации до его смерти путем устного или письменного заявления в присутствии врача (врачей), других должностных лиц государственной организации здравоохранения, иных лиц, которые могут засвидетельствовать такой отказ.

Участие врачей-трансплантологов и членов бригад, обеспечивающих забор органов, в констатации смерти человека, труп которого предполагается использовать для забора органов, запрещается.

В случае если трупный донор подлежит судебно-медицинской экспертизе или патологоанатомическому исследованию, письменное разрешение на забор органов у трупного донора должно быть дано соответственно судебно-медицинским экспертом либо врачом-патологоанатомом, присутствующими на операции по забору органов.

Государственная организация здравоохранения после получения письменного разрешения на забор органов у трупного донора, выданного соответственно судебно-медицинским экспертом либо врачом-патологоанатомом, незамедлительно уведомляет органы прокуратуры о предстоящем заборе органов у трупного донора, подвергаемого впоследствии судебно-медицинской экспертизе или патологоанатомическому исследованию.

Статья 12. Согласие реципиента на трансплантацию

Трансплантация осуществляется только с письменного согласия реципиента. При этом реципиент должен быть письменно предупрежден о возможном ухудшении его здоровья в результате предстоящего медицинского вмешательства. Если реципиентом является несовершеннолетнее лицо, которое не приобрело дееспособности в полном объеме, либо лицо, признанное в установленном порядке недееспособным, то трансплантация осуществляется с письменного согласия его законного представителя.

Трансплантация реципиенту, не способному по состоянию здоровья к принятию осознанного решения, производится с согласия его супруга (супруги), а при его (ее) отсутствии — близких родственников (родители, дети, родные братья и сестры, дед, бабушка, внуки) или законных представителей.

В исключительных случаях, когда промедление в проведении трансплантации угрожает жизни реципиента, а лица, указанные в частях первой и второй настоящей статьи, отсутствуют или установить их местонахождение невозможно, решение о проведении трансплантации принимается консилиумом врачей, а при невозможности собрать его — врачом, осуществляющим трансплантацию, с оформлением записи в медицинской документации и последующим уведомлением об этом должностных лиц государственной организации здравоохранения в течение суток.

Темы рефератов и докладов:

1. Этико-правовые проблемы распределения донорских органов и пути их решения.
2. Сравнительная характеристика презумпции согласия и презумпции несогласия.
3. Коммерциализация трансплантологии и принцип справедливости.
4. Диагностические критерии смерти мозга человека.
5. Мировой опыт решения проблемы изъятия трансплантатов у живых и умерших доноров.

Вопросы для самоконтроля:

1. Назовите наиболее значимые периоды в истории трансплантации.
2. Морально ли продление жизни одних людей за счет других?
3. Объясните, что значит моральное зло торговли человеческими органами.
4. Перечислите виды трансплантации.
5. Что такое презумпция согласия и презумпция несогласия донора? Какой вид презумпции является приемлемым с точки зрения этики?
6. Основные юридические документы, регулирующие трансплантацию: международный и отечественный опыт.

ТЕКСТЫ ДЛЯ ОБСУЖДЕНИЯ

А. Л. Усс, Д. Л. Пиневиц, В. С. Кушниренко, Н. Ф. Миланович, О. О. Руммо

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Общеизвестно, что уровень развития трансплантологии в стране является индикатором развития медицины. Экономика трансплантационного лечения определяется финансовыми затратами общества и эффективностью медицинских технологий. Установлено, что трансплантация почки позволяет существенно снизить затраты на лечение хронической почечной недостаточности гемодиализом и добиться при этом лучших результатов лечения и реабилитации пациентов. Лечение хронического, периодически повторяющегося гепатита с трансформацией в цирроз печени (частые госпитализации, применение интерферонов, полная инвалидизация больных и т. д.) в целом обществу обходится дороже, чем трансплантация печени у того же пациента. Это касается в равной мере трансплантации костного мозга у больных злокачественными новообразованиями, трансплантации сердца, поджелудочной железы, лёгких и других органов. Авторитетной организацией «Британия-Трансплант» в 2003 г. опубликованы данные о более высокой экономической эффективности трансплантации органов: почки, печени, сердца, лёгких, костного мозга, по сравнению с обычными методами лечения. Следует отметить, что как стоимость, так и эффективность лечения с помощью трансплантации зависит от числа проводимых операций и перечня применяемых методик пересадки органов, тканей и клеток. Чем больше в клинике выполняется трансплантаций, тем лучше результаты, меньше длительность пребывания больного на койке, что, в свою очередь, ведёт к уменьшению стоимости лечения. Поэтому, если программа развития трансплантологии принята государством, не следует экономить на организации службы, которая создаёт предпосылки к снижению затрат в ближайшем будущем. В Республике Беларусь на данном этапе при планировании увеличения числа трансплантаций и их вида необходимо уже сегодня определить структуру и мощность создаваемой в 9-й клинической больнице службы трансплантологии. От чёткой организации этой службы на начальном этапе в конечном итоге будут зависеть результаты труда всего коллектива трансплантологов.

Чтобы уменьшить затраты на трансплантацию, необходимо инвестировать финансовые средства в развитие донорской службы с целью увеличения числа трансплантаций. В частности, следует достаточно хорошо оплачивать труд врачей, которые в силу специфики работы (частая и полная круглосуточная занятость) не имеют возможности работать по совместительству. Это эффективнее, чем открытие новых отделений диа-

лиза, гастроэнтерологии, кардиологии, гематологии и др. Примером могут служить страны Европейского Союза, и в первую очередь Испания, где проблема лечения почечной, печёночной, легочной и сердечной недостаточности решается главным образом за счёт трансплантации органов.

Не вызывает сомнения, что при определении перспектив трансплантологии приоритет должны иметь дети. Вместе с тем при решении вопроса об организации детской службы следует учитывать, что детей в листе ожидания в трансплантационных центрах не более 5 % и операции эксплантации почки, доли печени при родственных трансплантациях от живых доноров проводят у взрослых людей.

Трансплантация является не только клинической дисциплиной, но и сложной проблемой в плане этики и морали. Эта отрасль медицины не может развиваться без участия общества, без учёта происходящих в нём изменений и без его поддержки. Во многих странах уровень развития трансплантологии в значительной мере зависит от религиозных воззрений. Проблема донорства нуждается в поддержке церкви, так как все ведущие конфессии мира одобряют в принципе этот метод лечения неизлечимых ранее заболеваний человека.

Среди трансплантологов в последние годы с учётом увеличения трансплантационной активности широко обсуждаются этические аспекты трансплантации органов. В XXI в. главным в трансплантационной активности следует считать не технологию, не стоимость, а этику. Трансплантация — единственная область медицины, которая не может существовать без публичного участия. Обсуждение всего круга проблем в обществе позволяет специалистам в итоге работать уверенно, совершенствовать своё мастерство, заниматься научными исследованиями. Это обеспечивает этическую стабильность при проведении нововведений в таком медицинском учреждении, где очень высок уровень медицинских технологий.

Учреждение, где планируется проведение трансплантаций, должно обладать современной научно-технической базой и быть многопрофильным. Нововведения в таком центре обуславливаются в первую очередь пользой для больного, а уже потом факторами престижа и желанием медицинских работников заработать деньги. По рекомендации международных экспертов по трансплантологии этими принципами следует руководствоваться тем странам, где тот или иной метод трансплантации органов, тканей и клеток нуждается в одобрении государственными органами и последующем внедрении в клиническую практику.

Ведущую роль в формировании общественного мнения о трансплантологии играют средства массовой информации. Благодаря позитивным публикациям в прессе и сюжетам на телевидении население понимает проблему донорства и, соответственно, формирует своё к ней отношение. Все, кто связан с трансплантологией — врачи, учёные, трансплантационные координаторы, юристы, представители религиозных конфессий, — сами обращаются к журналистам с просьбами об объективном освещении данной проблемы. Они хотят, чтобы граждане понимали пользу от трансплантации, чтобы все — от простого гражданина до министра — знали о возможности существенного влияния технологий трансплантации органов, тканей и клеток на жизнь и здоровье многих тысяч больных людей.

Вопросы:

1. Дайте краткую характеристику трансплантологической службы Республики Беларусь.
2. Почему в XXI в. главным в трансплантационной активности считается не технология, не стоимость, а этика?

ТЕМА 10. ЭТИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ РЕГУЛИРОВАНИЯ БИМЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ (2 ЧАСА)

План-конспект семинарского занятия:

10.1. Международные документы по регулированию биомедицинских исследований.

10.2. Этические комитеты: статус, механизмы создания, функции и задачи.

10.3. Соблюдение принципов биомедицинской этики в обращении с телами умерших и анатомическими препаратами.

10.4. Этические нормы использования животных в биомедицинских исследованиях.

Ключевые понятия: информированное согласие; правила GCP; этический комитет; клиническое исследование/испытание; доказательная медицина; этическая экспертиза; биомедицинские исследования; принципы и нормы биомедицинской этики в обращении с телами умерших и анатомическими препаратами.

10.1. МЕЖДУНАРОДНЫЕ ДОКУМЕНТЫ ПО РЕГУЛИРОВАНИЮ БИМЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Регулирование биомедицинских исследований с участием человека, защита его прав и достоинств осуществляется в современных условиях благодаря международным документам, выступающим в качестве основы национальных стратегий и программ развития биоэтической службы. Интенсивное развитие современной медицины и биомедицинских технологий ставит перед обществом ряд вопросов: как соблюсти права и обязанности испытуемого, какие ценности должны стать доминирующими при исследованиях в области здравоохранения, какие успехи и возможный ущерб следует ожидать от биомедицинских поисков и т. д. Все эти и ряд других вопросов регулируются международными документами. Они создаются такими международными организациями, как Всемирная организация здравоохранения, ООН по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО), Совет Европы, Европейский Союз, Всемирная медицинская ассоциация (ВМА), Международный совет медицинских научных обществ (CIOMS) и др. Международные документы отличаются друг от друга по юридической силе. Одни из них являются необязательными для исполнения, другие — юридически обязывающими в отношении тех стран, которые присоединились к ним и ратифицировали. К числу наиболее значимых следует отнести:

- «Всеобщая декларация прав человека» (ООН, 1948 г.);

- «Женевская декларация: Международная клятва врача» (ВМА, Генеральные Ассамблеи 1948, 1968, 1983 гг.);
 - «Хельсинкская Декларация» (ВМА, Генеральные Ассамблеи 1964, 1975, 1983, 1989, 1996, 2000, 2002 гг.);
 - «Международный Кодекс медицинской этики» (ВМА, Генеральные Ассамблеи 1949, 1968, 1983 гг.);
 - «Международное руководство по этике биомедицинских исследований с участием человека» (CIOMS, Женева, 1993 г.);
 - «Декларация по продвижению прав пациентов в Европе» (ВОЗ, 1994 г.);
 - «Руководство по надлежащей клинической практике», подготовленное Международной конференцией по гармонизации (ICH GCP, 1996 г.);
 - «Всеобщая декларация о геноме человека и о правах человека» (ЮНЕСКО, 1997 г.);
 - «Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины», принятая Советом Европы (1997 г.) с последующими «Дополнительными протоколами»;
 - рекомендации комитетам по этике, проводящим экспертизу биомедицинских исследований (ВОЗ, 2000 г.);
 - «Всеобщая декларация по биоэтике и правам человека» (ЮНЕСКО, 2005 г.) и ряд других документов;
 - дополнительный протокол к Конвенции Совета Европы о биомедицине и правах человека, касающийся биомедицинских исследований (2005 г.);
 - рекомендации Совета Европы относительно исследований, проводимых на биологических материалах человеческого происхождения (2006 г.).
- Сегодня в Республике Беларусь формируется система нормативно-правовых документов, в которых также нашли отражение основные принципы и нормы биоэтики, этики биомедицинских исследований: Конституция Республики Беларусь (статьи 21, 24, 25, 45, 46, 47), законы: «О здравоохранении» (1999), «О лекарственных средствах» (от 20 июля 2006 г. № 161-3), «О безопасности генно-инженерной деятельности» (от 9 января 2006 г.), «О внесении изменений и дополнений в Закон Республики Беларусь «О трансплантации органов и тканей человека» (от 9 января 2007 г.) и др., подзаконные акты (постановления, инструкции, приказы, методические рекомендации), кодексы.

10.2. ЭТИЧЕСКИЕ КОМИТЕТЫ: СТАТУС, МЕХАНИЗМЫ СОЗДАНИЯ, ФУНКЦИИ И ЗАДАЧИ

Этическое сопровождение биомедицинских исследований стало общепризнанной нормой. Выделяют два основных механизма такого сопровождения и этического регулирования научных исследований, связанных с

воздействием на человека. Во-первых, процедура информированного согласия, которое перед началом исследования дает каждый испытуемый. Во-вторых, современная практика биомедицинских исследований предполагает, что каждый исследовательский проект может определяться только после того, как заявка будет одобрена независимым *этическим комитетом* (ЭК).

Этические комитеты (в ряде случаев комитеты по биоэтике) являются в современных условиях важнейшей структурой для соблюдения различных нормативных актов, принятых на международном уровне в области биоэтики.

Этический комитет призван способствовать и всемерно содействовать укреплению доверия, консолидации и партнерских отношений между врачами (и всеми медицинскими работниками) и пациентами, добиваться согласия путем объективного и принципиального обсуждения сложных в морально-правовом отношении ситуаций. Этические комитеты рассматривают все вопросы, связанные с соблюдением общих принципов гуманизма, нравственности и биомедицинской этики. Методологическими основаниями деятельности национальных комитетов выступают теоретические ориентиры — биомедицинская этика и международные документы по общественному контролю за соблюдением прав человека в соответствии с Хельсинкской декларацией и Международной хартией прав человека.

Этические комитеты — это структурные подразделения, которые обеспечивают регулирование проведения независимой этической экспертизы при проведении всех биомедицинских исследований. Впервые они появились в США (в 50-х гг. XX в.) и получили статус государственных. В Европе этические комитеты чаще работают на общественно-профессиональной основе. Комитеты по биоэтике отличаются друг от друга по видам, функциям и своим задачам. Согласно Руководству ЮНЕСКО № 1 по созданию комитетов по биоэтике, опубликованному ЮНЕСКО, выделяют следующие виды: Комитеты по биоэтике для разработки политики и/или рекомендации (КБП); Комитеты по биоэтике ассоциаций профессиональных медиков (КБМ); Комитеты по биоэтике медицинских учреждений/больниц (КББ); Комитеты по биоэтике исследований (КБИ).

В Республике Беларусь существуют аналогичные подразделения. Они имеют свои цели, задачи, функции. Однако существует ряд биоэтических дилемм, решение которых предполагает наличие единого консультативного и координационного органа. В частности, требуют обсуждения и принятия конкретных решений вопросы по общественному контролю над соблюдением прав человека в области биомедицинских исследований, разработка политики проведения научных исследований в области здравоохранения, организация международных конференций для обсуждения спектра биоэтических проблем и т. д. Такую роль в нашей стране выполняет **Нацио-**

нальный комитет по биоэтике (НКБЭ), созданный в 2006 г. при Министерстве здравоохранения Республики Беларусь.

НКБЭ — организация полифункциональная, включающая подкомитеты в соответствии с основными направлениями деятельности:

1. В области лечебно-профилактической деятельности:

– биоэтика в системе профилактики, диагностики, лечения и решения экспертных вопросов при профессиональных и производственно обусловленных заболеваниях;

– биоэтика в медицине труда, этические проблемы гигиенической экспертизы условий труда;

– этика применения фетальных препаратов в практической медицине;

– биоэтические аспекты ксенотрансплантации;

– этические проблемы пренатальной диагностики;

– этические проблемы современной нейрохирургии, онкологии и т. д.;

– биоэтический аспект суицидального поведения;

– этика отношений к сиротам, детям с врожденными дефектами и др.

2. В области научно-исследовательской деятельности:

– этические проблемы, связанные с вовлечением человека в экспериментальные и производственные биомедицинские (неклинические) исследования по изучению воздействия вредных факторов рабочей среды и трудового процесса;

– этические аспекты проведения экспериментальных исследований на лабораторных животных, клинического и экспериментального использования стволовых клеток человеческого эмбриона, генетических исследований, клеточной и тканевой трансплантации, клонирования и др.

3. В области клинических испытаний и регистрации новых лекарственных средств и медицинских технологий:

– вопросы биомедицинской этики при проведении клинических испытаний лекарственных средств;

– биоэтические проблемы применения биологически активных добавок.

4. В области учебно-образовательной деятельности:

– вопросы изучения биомедицинской этики в образовательных медицинских учреждениях и контроль над обеспечением этого процесса;

– формирование необходимых моральных качеств личности специалиста в контексте требований биомедицинской этики;

– вопросы биоэтики в медицинской рекламе;

– вопросы биоэтического просвещения населения.

5. В области законодательства по вопросам здравоохранения и проведения биомедицинских исследований:

– разработка предложений, касающихся законодательного регулирования в области биомедицины с позиций биоэтики;

- обеспечение участия страны в международном сотрудничестве по вопросам биоэтики;

- этическое регулирование лицензионных вопросов, вопросов сертификации, медицинской рекламы.

6. В области организационного обеспечения биоэтической службы:

- сотрудничество и координация деятельности с «Центром экспертиз и испытаний в здравоохранении» при Министерстве здравоохранения Республики Беларусь;

- помощь в создании, регуляции и координации деятельности этических комитетов разных уровней, обучение членов этических комитетов;

- координация и мониторинг деятельности ведомственных комиссий и комитетов по биоэтике;

- контроль над соблюдением рекомендаций по проведению биоэтической экспертизы (совместно с «Центром экспертиз и испытаний в здравоохранении»).

7. В решении социальных и правовых вопросов:

- осуществление общественного контроля над соблюдением прав человека по критериям биомедицинской этики;

- защита жизни в контексте действующего законодательства Республики Беларусь;

- профессиональная ответственность медицинских работников (этические и правовые аспекты);

- формирование эколого-этических подходов к охране здоровья, безопасной жизнедеятельности и долголетия человека;

- правовые и этические аспекты использования эмбриональных стволовых клеток;

- проблемы эвтаназии в контексте биоэтики.

8. В области природоохранительной деятельности:

- биоэтика и экология: биосферный аспект;

- биотехнологии, генетика и биоэтика;

- биоэтические проблемы защиты растений, современного животноводства;

- экологическая этика и безопасность сельскохозяйственной продукции, трансгенные организмы.

Основные функции НКБЭ:

- осуществление общественного контроля за соблюдением прав человека по критериям биомедицинской этики;

- укрепление доверия, консолидации и партнерских отношений между врачами и пациентами путем объективного и принципиального рассмотрения сложных в морально-правовом отношении ситуаций;

- помощь и контроль за обеспечением биоэтического образования будущих специалистов — медиков и биологов, за повышением квалификации врачей и исследователей в области биоэтики;
- разработка предложений, касающихся законодательного регулирования в области биомедицинской этики и экологической безопасности;
- обеспечение участия страны в международном сотрудничестве по вопросам биоэтики и экологической этики;
- помощь в создании, регуляции и координации деятельности этических комитетов разных уровней и обучение членов этических комитетов;
- контроль за соблюдением рекомендаций по проведению биоэтической экспертизы;
- координация и мониторинг деятельности межведомственных комиссий и комитетов по биоэтике;
- этическое регулирование лицензионных вопросов, вопросов сертификации, медицинской рекламы;
- пропаганда здорового образа жизни, информирование населения о достижениях и существующих проблемах в области биоэтики и др.

10.3. СОБЛЮДЕНИЕ ПРИНЦИПОВ БИМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ В ОБРАЩЕНИИ С ТЕЛАМИ УМЕРШИХ И АНАТОМИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ

Сегодня в отечественных и зарубежных высших учебных медицинских заведениях для изучения строения тела человека студентами в учебном процессе используются планшеты, муляжи, атласы, мультимедийные демонстрации и натуральные анатомические препараты. Использование последних, а также трупного материала человека позволяет видеть в натуральную величину все элементы анатомического строения, тактильно получить представление об органе, его форме, рассмотреть естественное взаиморасположение органов и частей тела. При этом уделяется внимание гуманному отношению к трупному материалу человека. Все это должно соответствовать позициям современной биоэтики с учетом норм права, этики и религиозной морали.

Правовые основы использования в учебных целях тел умерших представлены в белорусском законодательстве: «О здравоохранении» и «О погребении и похоронном деле». Согласно этим документам, дееспособное лицо может добровольно передать свое тело в организацию или высшее медицинское учреждение образования для использования в учебном процессе и научных исследованиях. Государственная служба медицинских судебных экспертиз имеет право передавать в организации для научных или учебных целей трупы, не взятые для погребения, на безвозмездной основе.

В группу этических норм обращения с телами и органами умерших, используемых в образовательных целях, входят исторические этические традиции в анатомии и новые этические требования, предъявляемые биоэтикой. К числу основных принципов относят: признание каждого человека личностью, уважение достоинства и автономии личности при использовании тела мертвого человека для обучения. На практике это означает соблюдение следующих норм:

- передача тела умершего в медицинские учреждения образования должна совершаться на основе права и быть альтруистичной;
- соблюдение уважительного отношения к телу умершего при исследовании вскрытого тела, изготовлении и изучении анатомических препаратов;
- недопущение деперсонализации умерших;
- достойное погребение останков.

В учебном процессе студенты не только приобретают знания о строении тела человека в норме и при патологии, но и учатся уважать личность и достоинство человека посредством воспитания нравственного обращения с телом умершего и анатомическими препаратами. Гуманное отношение означает осознание факта, что анатомический материал — это останки людей, неповторимых личностей при жизни. Символично, что при входе на кафедру нормальной анатомии Белорусского государственного медицинского университета сделана надпись на латинском языке, которая переводится «Здесь смерть помогает жизни», поскольку люди, умершие не насильственной смертью и при отсутствии родных и близких, послужили обществу не только при жизни, но и после смерти на благо живых.

Следует выделить ряд факторов, которые способствуют формированию этических установок у студентов в учебном процессе:

1. Пример обращения с анатомическим материалом преподавателей и учебно-вспомогательного персонала, эстетика оформления кафедры.
2. Акцентирование бережного отношения к тканям в процессе обучения технике препарирования.
3. Использование пинцета для показа фрагментов на анатомических препаратах.
4. Правила поведения на кафедрах, использующих в обучении тела умерших (недопустимы громкий разговор, смех, шутки).
5. Анонимность используемого в учебном процессе трупа, который маркируется номером регистрации в журнале учета без оглашения личных данных.
6. Приучение студентов к закрытости и сдержанности в обсуждении профессиональных вопросов.
7. Исключение деперсонализации тела и принадлежащих ему тканей, оторгнутых при выполнении препарирования (удаленные в процессе пре-

парирования ткани собираются в персональные для каждого трупа емкости и хранятся до захоронения).

8. В БГМУ сложилась традиция захоронения останков тела человека. Кремация на кладбище «Северное» с погребением урны с прахом покойного в одном из двух склепов, приобретенными университетом для этих целей. На урне производится гравировка с указанием фамилии, имени и отчества, а также даты рождения и смерти.

10.4. ЭТИЧЕСКИЕ НОРМЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЖИВОТНЫХ В БИМЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

Использование животных в медицине — одна из важных проблем в биоэтике. Врач как представитель гуманной профессии должен быть не только добрым человеком, но и милосердным и к людям, и к другим живым существам. Исторически сложилось так, что обезболивающие средства были открыты в XIX в., а до этого времени всех животных, которых использовали в медицинских экспериментах, нещадно сжигали, отравляли, резали, выбрасывая останки как ненужный хлам. Эксперименты на животных в интересах развития науки получили распространение в начале XIX в.

1824 г. — переломный этап, с которого ведется отсчет начала борьбы на уровне государства в защиту животных от жестокости. В Лондоне создано Общество по предотвращению жестокости к животным. Вслед за Великобританией Германия, Швейцария, Скандинавские страны приняли законодательные акты по защите животных. В России активизация движения в защиту животных от жестокости наметилась во 2-й половине XX в. В Беларуси уже давно был разработан законопроект о защите прав животных, он несколько раз рассматривался парламентом.

Одним из основных международных документов, регламентирующих проведение экспериментов и исследований на животных, являются «Международные рекомендации по проведению биомедицинских исследований с использованием животных» (1985). Основные его положения:

- стремление к замене экспериментальных животных за счет использования математических моделей, компьютерного моделирования и биологических систем *in vitro*;
- использование минимально возможного количества животных;
- следование таким этическим императивам, как должная забота о животных и избежание или минимизация дискомфорта, дистресса, боли;
- принять во внимание то, что причиняет боль человеку, причиняет боль и животному;
- использование анестетических, анальгетических и седативных болеутоляющих средств;
- если условия эксперимента требуют обходиться без таких средств, то эксперимент проводить после обязательного одобрения этического комитета;

– если после эксперимента животное обречено на страдания, хронические боли или тяжелые увечья, то его следует безболезненно умертвить.

Длительный период времени при обучении студентов-медиков использовали огромное количество животных. Например, по физиологическим дисциплинам — до 3000 лягушек, 1000 белых мышей, 600–800 крыс и 15 собак в год. Лягушкам без наркоза отрезали нижнюю челюсть и железным штырем разрушали спинной мозг для того, чтобы изучить влияние раздражителей. На одной из военных кафедр собакам простреливали бедро всего лишь для того, чтобы показать, что входное пулевое отверстие мало, а внутри все ткани разворочены. Все опыты заканчивались смертью животных. Опрос студентов БГМУ и практикующих хирургов г. Минска показал, что практические занятия с использованием собак им ничего не дали для совершенствования хирургической техники. Эти занятия были жестоки и бессмысленны. Студентов учили только убивать, и ни одно животное не было спасено во время обучения. Таким образом, получалось, что будущему врачу не прививали чувства ответственности перед живым, не учили спасать, не демонстрировали послеоперационное выхаживание.

Белорусский государственный медицинский университет прекратил использовать животных в учебном процессе. В 1997 г. в Минске по инициативе БГМУ при поддержке Министерства здравоохранения Республики Беларусь, Европарламента и Всемирного общества защиты животных состоялся Международный Белорусско-Британский симпозиум «Этические вопросы использования животных в учебной работе и научных исследованиях». Его основная цель — обмен опытом гуманного отношения к животным при проведении медико-биологических исследований. Эта международная встреча сыграла важную роль в преобразовании учебного процесса и работе исследовательских коллективов согласно с международными нормами биоэтики. Стало очевидным использование альтернативного метода научных исследований и обучения студентов. Вместо демонстрации неэффективных опытов на животных можно внедрить в учебный процесс такие средства обучения, как компьютерные программы, опыты на виртуальных животных, видеофильмы, видеодиски, трехмерные модели, иллюстрированные альбомы и атласы, тематические ситуационные задачи. Замена животных альтернативными методами не наносит вреда качеству образования, и более того содержит ряд преимуществ: скорость и глубина обучения, индивидуальный подход, повторяемость, легкость контроля и оценки результата, возможность самообучения, воспитание позитивного отношения к живому.

При проведении научных анатомических исследований (морфологические и морфометрические), когда невозможно произвести подобную замену, специалисты придерживаются принципа использования минимального количества животных, необходимых для получения статистически

достоверных результатов. Для изучения строения и топографии различных органов и систем органов на одном животном выполняют несколько научно-исследовательских работ или целесообразно используют животных, снятых с эксперимента из других биомедицинских исследований. Лабораторных животных используют в сравнительно-эмбриологических и сравнительно-морфологических исследованиях, что позволяет установить общие закономерности строения и развития у животных и человека, создать базу биометрических данных и экстраполировать полученные данные на человека.

Таким образом, если в предыдущие века жестокие эксперименты можно было оправдать необходимостью получения фундаментальных знаний в медицине, то в современных условиях терзания животных не имеют никакого смысла. Перед наукой поставлена иная задача — найти альтернативный способ эксперименту. К тому же следует всегда помнить о том, что отношение человека к живому — это показатель его уровня нравственности и порядочности.

Темы рефератов и докладов:

1. Медицинский эксперимент: из истории вопроса. Уроки Нюрнберга.
2. Этические положения Хельсинской декларации.
3. Этические комитеты в Беларуси (НКБЭ — Национальный комитет по биоэтике в Республике Беларусь).
4. Этические проблемы клинических исследований лекарственных средств (Правила проведения качественных клинических исследований (GCP)).
5. Этико-правовые аспекты проведения исследований на животных.

Вопросы для самоконтроля:

1. Назовите основные международные законодательные акты, регулирующие эксперименты с участием человека.
2. Что такое этический комитет, каковы его функции и назначение?
3. Перечислите принципы биоэтики в обращении с телами умерших и анатомическими препаратами.
4. Что значит этика использования животных в биомедицинских исследованиях?
5. Что такое клиническое исследование и какова его цель (Правила проведения качественных клинических исследований (GCP))?

ТЕКСТЫ ДЛЯ ОБСУЖДЕНИЯ

ХЕЛЬСИНКСКАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ ВСЕМИРНОЙ АССОЦИАЦИИ ВРАЧЕЙ

Рекомендации для врачей, проводящих биомедицинские исследования на человеке. Принята 18-й ассамблеей Всемирной ассоциации врачей, Хельсинки, Финляндия, июнь 1964 г.

Внесены поправки: 29-й ассамблеей Всемирной ассоциации врачей, Токио, Япония, октябрь 1975 г.; 35-й ассамблеей Всемирной ассоциации врачей, Венеция, Италия, октябрь 1983 г. и 41-й Всемирной медицинской ассамблеей, Гонконг, сентябрь 1989 г.

ВВЕДЕНИЕ

Предназначение врача состоит в охране здоровья человека. Его знания и совесть нацелены на исполнение этого предназначения.

Женевская декларация обязывает врача «заботиться, прежде всего, о здоровье моего пациента», а Международный кодекс медицинской этики провозглашает, что «врач должен действовать только в интересах пациента в тех случаях, когда он применяет такие виды медицинской помощи, которые могут ослабить физическое или психическое состояние пациента».

Цели биомедицинских исследований на человеке должны заключаться в усовершенствовании диагностических, терапевтических и профилактических методик, а также в углублении понимания этиологии и патогенеза заболеваний.

В сегодняшней медицинской практике большинство диагностических, терапевтических и профилактических методик имеют различную степень опасности. Особенно это касается биомедицинских исследований.

Развитие медицины основано на исследованиях, которые, в конечном счете, должны частично проводиться на человеке.

В области биомедицинских исследований должно делаться основополагающее различие между медицинскими исследованиями, цели которых имеют важное диагностическое или терапевтическое значение для пациента, и теми медицинскими исследованиями, цель которых имеет чисто научное значение, без непосредственной опасности для человека, вовлеченного в эксперимент.

Особая осторожность должна соблюдаться при проведении исследований, которые могут повлиять на окружающую среду, кроме того, необходимо принимать во внимание благополучие животных, используемых для исследования.

Всемирная медицинская ассоциация подготовила данные рекомендации в качестве направляющих принципов для каждого врача, проводящего биомедицинские исследования на человеке, так как очень важно, чтобы результаты лабораторных исследований были полезны для людей, для дальнейших научных поисков и могли бы быть использованы для помощи страдающему человечеству. Данные рекомендации будут пересмотрены в будущем. Нужно подчеркнуть, что выработанные стандарты служат только направляющими принципами для врачей всего мира. Врач не освобождается от криминальной, гражданской и этической ответственности в соответствии с законами своей страны.

I. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ

1. Биомедицинские исследования на человеке должны подчиняться общепринятым научным нормам, основываться на тщательно выполненных лабораторных опытах, опытах на животных и на доскональном знании научной литературы.

2. Планирование и выполнение каждой экспериментальной процедуры на человеке должно быть ясно описано и внесено в протокол эксперимента. Этот протокол должен быть передан для рассмотрения, лицензирования и руководства специально назначенной комиссии, независимой от исследователя и спонсора, с обеспечением того, что эта независимая комиссия соответствует законодательству и нормам страны, в которой проводится исследование.

3. Биомедицинские исследования на человеке должны проводиться только квалифицированным научным персоналом под наблюдением медика, имеющего достаточный клинический опыт. Ответственность за участника эксперимента всегда возлагается на медика, но ни в коем случае не на участника эксперимента, даже если он дал свое согласие.

4. Биомедицинские исследования на человеке не могут считаться законными, если важность исследования несоразмерна с риском для человека.

5. Перед каждым биомедицинским исследованием должно производиться тщательное сравнение возможного риска и ожидаемых выгод для участника эксперимента или для других лиц. Интересы участника эксперимента должны всегда превалировать над интересами науки и общества.

6. Всегда должно соблюдаться право участника эксперимента на защиту своего здоровья. Должны быть предприняты все меры для сохранения тайны участника эксперимента и для уменьшения возможных воздействий на его физическое и психическое здоровье и личность.

7. Врачам следует воздерживаться от исследований на человеке, если они считают, что нельзя предвидеть опасности, сопряженные с таким исследованием. Врачам следует прекращать любое исследование, если выясняется, что опасности слишком велики по сравнению с ожидаемой пользой.

8. Врач должен быть точным при публикации результатов своего исследования. Отчеты об исследованиях, которые не соответствуют принципам, изложенным в настоящей Декларации, не должны приниматься к публикации.

9. При проведении любого исследования на человеке каждый потенциальный участник эксперимента должен быть соответствующим образом проинформирован о целях, методах, ожидаемых результатах и потенциальных опасностях данного эксперимента, а также о возможных неудобствах, связанных с его проведением. Участники эксперимента должны быть информированы о том, что они вольны отказаться от участия в эксперименте вообще, а также могут прекратить свое участие в эксперименте в любой момент. Затем врачу следует получить от участника эксперимента добровольное информированное согласие, желательно в письменной форме.

10. Получая информированное согласие на проведение эксперимента, врач должен быть особенно осторожен, если участник эксперимента каким-либо образом находится под давлением. В этом случае согласие должно быть получено врачом, который не принимает участия в проведении данного исследования и полностью свободен от каких-либо служебных обязанностей, связанных с ним.

11. В случае неспособности участника эксперимента информированное согласие должно быть получено от его официального опекуна в соответствии с национальным законодательством. Если физическая или психическая неполноценность делает невозможным получение осознанного согласия или участник эксперимента является несовершеннолетним, то разрешение, данное ответственным родственником, служит вместо согласия участника эксперимента в соответствии с национальным законодательством. В случае же, если несовершеннолетний ребенок фактически в состоянии

дать согласие, его согласие должно быть получено в дополнение к согласию его официального опекуна.

12. Протокол исследования всегда должен содержать положения, рассматривающие вопросы этики исследования, свидетельствующие, что принципы, провозглашенные настоящей Декларацией, соблюдены.

II. МЕДИЦИНСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, СОВМЕЩЕННЫЕ С ОКАЗАНИЕМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОМОЩИ (КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ)

1. При лечении больных врач должен быть свободен в применении новых диагностических и терапевтических методов, если он считает, что их применение дает надежду на спасение жизни, восстановление здоровья или уменьшение страданий.

2. Потенциальные выгоды, опасности и неудобства нового метода должны сравниваться с преимуществами лучших общепринятых диагностических и терапевтических методов.

3. При проведении любого медицинского исследования каждый пациент, включая входящих в контрольную группу, если таковая имеется, должен быть обеспечен наилучшими, проверенными диагностическими и терапевтическими методами.

4. Отказ пациента от участия в исследовании ни в коем случае не должен влиять на взаимоотношения врача и пациента.

5. Если врач полагает возможным не получать информированное согласие, то основания для этого должны быть изложены в протоколе эксперимента для передачи на рассмотрение независимой комиссии (см. I, п. 2).

6. Для получения новых медицинских знаний врач может совмещать медицинское исследование с оказанием профессиональной помощи, но только в той степени, в которой потенциальные диагностические и терапевтические результаты являются ценными для пациента.

III. НЕТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ БИМЕДИЦИНСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НА ЧЕЛОВЕКЕ (НЕКЛИНИЧЕСКОЕ БИМЕДИЦИНСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

1. При проведении чисто научных медицинских исследований на человеке врач обязан обеспечить защиту жизни и здоровья человека, на котором проводится биомедицинское исследование.

2. Исследование должно проводиться на добровольцах, которые должны быть здоровы, или, если это пациенты, их болезнь не должна иметь отношения к исследованию.

3. Исследователь или исследовательская группа должны прервать эксперимент, если они полагают, что его продолжение может причинить вред участнику эксперимента.

4. В исследованиях на человеке интересы науки и общества ни в коем случае не должны ставиться выше соображений благополучия участника эксперимента.

ТЕМА 11. ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ (4 ЧАСА)

План-конспект семинарского занятия:

11.1. Биотехнология, биобезопасность и генная инженерия: история вопроса.

11.2. Генно-инженерные организмы на службе у медицины.

11.3. Основные факторы риска генно-инженерной деятельности для здоровья человека и окружающей среды. Принцип принятия мер предосторожности.

11.4. Биобезопасность: структура и правовые основы регулирования.

11.5. Этические аспекты создания и использования трансгенных растений и животных.

11.6. Манипуляции со стволовыми клетками, клонирование человеческих органов и тканей и духовно-нравственная природа человека.

Ключевые понятия: этика; генетика; геномика; геном; трансген; хромосомы; генно-инженерная деятельность; ДНК; РНК; генетический паспорт; искусственный отбор; биобезопасность; биотехнология; биополитика; высвобождение генно-модифицированных организмов в окружающую среду; патентование генов; проект «Геном человека»; стволовые клетки; клонирование человеческих органов и тканей.

11.1. БИОТЕХНОЛОГИЯ, БИОБЕЗОПАСНОСТЬ И ГЕННАЯ ИНЖЕНЕРИЯ: ИСТОРИЯ ВОПРОСА

Длительный период времени под биотехнологией понимали микробиологические процессы. В широком смысле под термином «**биотехнология**» обозначают использование живых организмов для производства продуктов питания и энергии. Последние годы XX в. знаменовались большими достижениями молекулярной биологии и генетики. Были разработаны методы выделения наследственного материала (ДНК), создания его новых комбинаций с помощью манипуляций, осуществляемых вне клетки, и перенесения новых генетических конструкций в живые организмы. Таким образом, появилась возможность получать новые породы животных, сорта растений, штаммы микроорганизмов с признаками, которые невозможно отобрать с помощью традиционной селекции.

История использования генетически модифицированных организмов (ГМО) в практической деятельности небольшая. В связи с этим существует элемент неопределенности относительно безопасности ГМО для здоровья человека и окружающей среды. Поэтому обеспечение безопасности генно-

инженерных работ и трансгенных продуктов является одной из актуальных проблем в этой области.

Безопасность генно-инженерной деятельности, или **биобезопасность**, предусматривает систему мероприятий, направленных на предотвращение или снижение до безопасного уровня неблагоприятных воздействий генно-инженерных организмов на здоровье человека и окружающую среду при осуществлении генно-инженерной деятельности. Биобезопасность как новая область знаний включает два направления: разработка, применение методов оценки и предупреждения риска неблагоприятных эффектов трансгенных организмов и систему государственного регулирования безопасности генно-инженерной деятельности.

Генетическая инженерия — это технология получения новых комбинаций генетического материала с помощью манипуляций с молекулами нуклеиновых кислот, проводимых вне клетки, и переноса созданных конструкций генов в живой организм. Технология получения генно-инженерных организмов расширяет возможности традиционной селекции.

11.2. ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫЕ ОРГАНИЗМЫ НА СЛУЖБЕ У МЕДИЦИНЫ

Производство **трансгенных медицинских препаратов** — перспективное направление генно-инженерной деятельности. Если раньше, например, эффективным методом лечения анемии считалось частое переливание донорской крови (рискованная и дорогостоящая процедура), то сегодня для производства трансгенных медицинских препаратов используют модифицированные микроорганизмы и культуры животных клеток. Эффективность использования трансгенных организмов в медицине можно рассмотреть на нескольких примерах решения проблем здоровья человека. По данным ВОЗ, в мире около 220 млн людей, страдающих диабетом. Для 10 % пациентов показана инсулиновая терапия. Обеспечить всех нуждающихся животным инсулином невозможно (вероятность переноса вирусов от животных к людям; дорогостоящее лекарство). Именно поэтому разработка технологии биологического синтеза гормона в клетках микроорганизмов — оптимальное решение задачи. Инсулин, полученный на микробиологической фабрике, идентичен натуральному инсулину человека, дешевле препаратов животного инсулина, не вызывает осложнений.

Выраженное замедление роста детей, приводящее к появлению лилипутов, карликов, — еще одна проблема здоровья человека, связанная с нарушением работы желез внутренней секреции (недостаток гормона роста соматотропина, который вырабатывается гипофизом). Раньше эту болезнь лечили путем введения в кровь пациентов препаратов гормона роста, выделенных из гипофиза умерших людей. Однако здесь возникал ряд технических, медицинских, финансовых и этических проблем. Сегодня эта про-

блема решена. Ген, кодирующий образование гормона роста человека, синтезирован и встроен в генетический материал *E. coli*.

11.3. ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ГЕННО-ИНЖЕНЕРНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА И ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ. ПРИНЦИП ПРИНЯТИЯ МЕР ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ

Использование достижений современной биотехнологии позволило прийти к выводу, что, с одной стороны, они содействуют решению мировых проблем благосостояния людей. С другой стороны, генетическая инженерия — действительно революционная технология, которая открывает немыслимые ранее возможности направленной модификации генетического материала. В связи с этим у людей невольно возникает вопрос: а насколько безопасны организмы, созданные с помощью этой технологии для здоровья человека и окружающей среды?

Принимая во внимание этот второй аспект, при использовании достижений современной биотехнологии определяющим стал принцип принятия мер предосторожности. Источники появления и применения этого принципа проистекают из экологического общественного движения 70-х гг. прошлого века, когда он был сформулирован как реакция на скептицизм относительно возможности научной оценки риска и предотвращения вредных последствий применения сложных технологий. По сути, принцип определяет, что перед лицом научной неопределенности или отсутствия необходимых знаний лучше ошибиться в сторону избыточности мер безопасности по отношению к здоровью человека и окружающей среде, чем ошибиться в оценке риска. В настоящее время этот принцип содержат более 20 международных законов, договоров, протоколов и конвенций, в том числе Картахенский протокол по биобезопасности к Конвенции о биологическом разнообразии. Приведенные в них формулировки принципа принятия мер предосторожности не требуют доказательства абсолютной безопасности технологии, но скорее предполагают ее ограничение в случае, если уровень научной неопределенности относительно потенциального риска является значительным, а возможности управления риском — недостаточными. При наличии обоснованных научных предположений о том, что новый процесс или продукт может быть опасным, он не должен внедряться до тех пор, пока не будут получены доказательства того, что риск невелик, управляем и преимущества технологии его «перевешивают». Применение принципа предосторожности в этом смысле должно продемонстрировать, не абсолютным образом, но выше уровня обоснованных сомнений, что предлагаемая заявителем генно-инженерная деятельность является безопасной.

Для решения этой задачи создана международная структура и структуры биобезопасности отдельных государств, которые включают:

- законодательную базу, регулирующую генно-инженерную деятельность;
- административную систему, которая исполняет и контролирует законный порядок осуществления генно-инженерной деятельности;
- систему обоснованного принятия решений, которая предполагает оценку и предупреждение соответствующего риска генно-инженерной деятельности;
- механизм информирования и участия общественности в принятии решений о разрешении генно-инженерной деятельности и контроле над их исполнением.

Факторы риска генно-инженерной деятельности — это возможные прямые и непрямые неблагоприятные воздействия генно-инженерных организмов или продуктов, изготовленных из них (включающих их), на здоровье человека и/или окружающую среду, обусловленные эффектом вставки рекомбинантной ДНК, функционирования трансгенов и их передачей от генно-инженерных организмов другим организмам. В итоге оценки риска должны быть получены ответы на следующие вопросы: является ли потенциальный риск генно-инженерной деятельности приемлемым по сравнению с выгодами, получаемыми в результате ее осуществления; есть ли регуляторные механизмы, адекватные для безопасного осуществления генно-инженерной деятельности.

Различают факторы риска генно-инженерной деятельности для здоровья человека и животных в замкнутых системах и в хозяйственной деятельности, связанной с высвобождением генно-инженерных организмов в окружающую среду (высвобождение патогенных генно-инженерных организмов в окружающую среду не предусматривается). К числу потенциально опасных эффектов при работе с ГМО в замкнутых системах относят:

- токсичные и/или аллергенные эффекты генно-инженерных организмов или продуктов их метаболизма;
- вероятные вредные воздействия целевых продуктов генно-инженерной деятельности;
- патогенность генно-инженерных микроорганизмов по сравнению с донором, реципиентом;
- способность к микробному обсеменению;
- факторы патогенности генно-инженерного организма (тип вызываемого заболевания; механизм патогенности, включающий способ проникновения патогенного организма и вирулентность; инфекционная доза и т. д.).

Для оценки риска генно-инженерной деятельности исходят из того, что патогенные для человека и животных организмы не должны высвобождаться в окружающую среду ни при каких обстоятельствах. Обязательными условиями оценки риска являются:

- работа с патогенными организмами должна проходить в замкнутых системах;
- соблюдение специальных защитных мер (физических, химических, биологических);
- охрана здоровья и безопасности следующих категорий людей: предполагаемых пользователей продуктов генно-инженерной деятельности; персонала лабораторий или предприятий, которые занимаются генно-инженерной деятельностью; потенциально контактирующих; населения региона в случае случайного высвобождения генно-инженерных организмов.

Базой для процедуры оценки риска патогенности в рамках генно-инженерной деятельности является Директива Европейского Союза 90/219/ЕЕС от 23 апреля 1990 г.

Факторы риска генно-инженерной деятельности для здоровья человека в хозяйственной деятельности связаны, прежде всего, с потреблением продуктов, полученных из ГМО или произведенных ими. К числу потенциальных рисков для здоровья человека относят:

- синтез новых белков — продуктов трансгенов, которые могут быть токсичными и/или аллергенными;
- изменение активности отдельных генов ГМО, в результате чего может произойти ухудшение потребительских свойств продуктов питания, получаемых из них;
- горизонтальная передача трансгенов устойчивости к антибиотикам микроорганизмам пищеварительного тракта.

Оценка безопасности генетически модифицированных продуктов питания основывается на принципе «существенной эквивалентности», разработанном Организацией экономического сотрудничества и развития. Его суть заключается в том, что оценивается не уровень безопасности новых продуктов питания, а его изменение в сравнении с традиционными пищевыми аналогами с длительной историей безопасного использования. Так, например, оценка потенциальной токсичности новых продуктов питания заключается в следующем. Если исследуемое вещество — известный компонент растительной пищи с длительной историей безопасного использования, то исследования токсичности необязательны. В других случаях придерживаются такого плана:

1. Определение концентрации потенциальных токсинов в съедобных частях растений.
2. Установление удельного веса данного продукта в пищевом рационе определенных групп населения.
3. Сравнение (для белков) их аминокислотной последовательности с таковой у известных токсинов и пищевых антагонистов по электронным базам данных.
4. Оценка стабильности новых веществ к термической обработке.

5. Определение скорости разрушения потенциальных токсинов в желудочно-кишечном тракте (в модельных системах).

6. Анализ уровня токсичности новых веществ в модельных системах (культура клеток *in vitro*).

7. Анализ токсичности в экспериментах по принудительному скармливанию лабораторным или домашним животным пищи, содержащей продукты, полученные из изучаемого генетически модифицированного организма в течение длительного времени (1–2 года) либо в течение короткого времени, но с использованием высоких концентраций изучаемых продуктов (около двух недель).

Кроме рисков для здоровья человека при оценке безопасности ГМО также рассматриваются риски возможных неблагоприятных эффектов на окружающую среду:

1. Разрушительное влияние на биологические сообщества и утрата ценных биологических ресурсов в результате засорения местных видов генами, перенесенными от генетически модифицированных организмов (в результате возможно увеличение численности одних видов и снижение численности других).

2. Создание новых паразитов (сорняков), усиление вредоносности уже существующих на основе самих генно-модифицированных организмов или в результате переноса трансгенов другим видам (появление суперсорняков и супервредителей).

3. Выработка веществ — продуктов трансгенов, которые могут быть токсичными для организмов, живущих или питающихся на генетически модифицированных организмах и не являющихся мишенями трансгенных признаков (например, пчел).

4. Неблагоприятное воздействие на экосистемы токсичных веществ, производных неполного разрушения опасных химикатов, например, гербицидов (первые генно-модифицированные организмы были устойчивы к гербицидам. Появилось опасение, что их использование может привести к отрицательному воздействию на экосистемы. Но практика использования гербицидоустойчивых генетически модифицированных сортов показала обратное).

11.4. БИОБЕЗОПАСНОСТЬ: СТРУКТУРА И ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ РЕГУЛИРОВАНИЯ

Вопросы безопасности генно-инженерной деятельности получили правовое регулирование на международном и национальном уровнях в конце двадцатого века. Основные вехи процесса разработки международных руководящих принципов безопасности в биотехнологии: публикация «Кодекса добровольного поведения при высвобождении организмов в окружающую среду» (1991), Международная конвенция по охране новых

сортов растений (1961, 1972, 1978, 1991), которая была ратифицирована Законом Республики Беларусь в 2002 г., Конференция ООН по окружающей среде и развитию (1992), деятельность Европейской экономической комиссии ООН (1994), второе совещание конференции сторон Конвенции о биологическом разнообразии (1995), Орхусская конвенция (1998), к которой присоединилась Республика Беларусь в 1999 г., Картахенский протокол по биобезопасности к Конвенции о биологическом разнообразии (2000), Закон Республики Беларусь «О присоединении Республики Беларусь к Картахенскому протоколу по биобезопасности к Конвенции о биологическом разнообразии» (2002).

Система правового регулирования безопасности генно-инженерной деятельности в Республике Беларусь создана с учетом международных документов, а также с учетом опыта ведущих стран мира в области генетической инженерии. Сегодня политика Беларуси в области биобезопасности — часть политики в области здравоохранения и охраны окружающей среды с позиций концепции устойчивого развития. В области безопасного использования биотехнологий сделаны следующие шаги: создание в 1999 г. Национального координационного центра биобезопасности, который осуществляет полномасштабный мониторинг за развитием этого направления. В 2002 г. Беларусь присоединилась к Картахенскому протоколу по биобезопасности к Конвенции о биологическом разнообразии. В 2006 г. принят Закон «О безопасности генно-инженерной деятельности». Он не охватывает весь комплекс общественных отношений, его положения не распространяются на отношения, связанные с применением методов генетической инженерии к человеку, его органам и тканям, а также обращением с фармацевтическими препаратами, продовольственным сырьем и пищевыми продуктами, кормами для животных, полученными из генно-инженерных организмов (эти вопросы регулируются специальным законодательством о здравоохранении).

В Законе прописаны основы правового регулирования четырех групп общественных отношений, согласно главным мировым направлениям генно-инженерной деятельности:

- генно-инженерная деятельность в замкнутой системе (научно-исследовательских лабораториях);
- высвобождение генно-инженерных организмов в окружающую среду для оценки и отбора полезных и безопасных для человека улучшенных сортов растений и пород животных на специально обустроенных территориях;
- использование полученных результатов в хозяйственной деятельности;
- перемещение различных генно-инженерных организмов через границу Республики Беларусь.

Дискуссии по вопросу разработки модели государственного регулирования безопасности генно-инженерной деятельности продолжаются.

11.5. ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОЗДАНИЯ И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТРАНСГЕННЫХ РАСТЕНИЙ И ЖИВОТНЫХ

Первые трансгенные животные были получены более 20 лет назад, однако до сих пор они не используются в хозяйственной деятельности. Причин этому много: этические, технические, финансовые и т. д.

Основным направлением генетической инженерии животных является выведение пород с повышенной продуктивностью, устойчивостью к болезням, из которых получают продукцию с лучшими качественными характеристиками. Существуют отдельные проекты, основной целью которых является улучшение потребительских свойств продуктов, вырабатываемых животными или из животных, а также научные разработки, исследующие модификации отдельных генов для изменения физико-химических свойств.

Какие преимущества открывает **генетическая инженерия животных**? С помощью ее методов возможно улучшение здоровья домашних животных, повышение их устойчивости к болезням. Все это повысит продуктивность животных, уменьшит затраты на их лечение, снизит уровень употребления антибиотиков для их лечения, а также вероятность переноса инфекций от животных к человеку. Для решения этих задач выделяют три генно-инженерных подхода:

- добавление генов, повышающих устойчивость к болезням;
- изъятие генов восприимчивости к болезням;
- замена одних генов другими, способствующими активному противостоянию болезни.

Еще одним направлением генетической инженерии является использование животных как «биореакторов» для производства фармацевтических препаратов. Это значит, что с помощью молочных желез трансгенные животные способны производить моноклональные антитела, коллаген, фибриноген и т. д. Рассчитана и экономическая выгода: использование трансгенных животных снизит стоимость препаратов в 10–20 раз.

Ситуация с использованием генетически модифицированных организмов в сельском хозяйстве такова, что основным вопросом является оценка соотношения между пользой и вредом, преимуществами и недостатками технологии и самих продуктов. Ключевыми выступают следующие вопросы: какие риски для здоровья человека и окружающей среды несет в себе трансгенная продукция, какие преимущества имеет генетическая инженерия по сравнению с традиционной селекцией растений. Здесь существуют различные точки зрения. По мнению белорусских генетиков (см. монографию А. П. Ермишина «Генетически модифицированные организ-

мы: мифы и реальность». Минск, 2004), использование генетически модифицированных организмов дает следующие социальные и экологические выгоды:

- сокращение обработки полей пестицидами и отказ от вспашки уменьшают интенсивность эксплуатации сельскохозяйственной техники, расход топлива и выбросов углекислого газа в атмосферу;
- снижение химической загрязненности воды и почвы позволяет предотвратить эрозию почвы, так как генетически модифицированные растения, устойчивые к гербицидам, дают возможность перейти на щадящий беспашотный метод обработки почвы;
- использование сортов с избирательной устойчивостью к насекомым-вредителям в условиях снижения интенсивности применения инсектицидов увеличивает биоразнообразие, так как на полях, занятых трансгенными сортами, наблюдается увеличение численности популяций птиц, полезных насекомых.

11.6. МАНИПУЛЯЦИИ СО СТВОЛОВЫМИ КЛЕТКАМИ, КЛОНИРОВАНИЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКИХ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ И ДУХОВНО-ПРАВСТВЕННАЯ ПРИРОДА ЧЕЛОВЕКА

Особый интерес в биоэтическом контексте представляет проблема клонирования. Выделяют несколько **методов клонирования**:

- манипуляции со стволовыми клетками;
- пересадка клеточного ядра.

Уникальность стволовых клеток заключается в том, что попадая на поврежденные участки разных органов, они способны превращаться в клетки именно такого типа, которые необходимы для восстановления ткани (мышечные, костные, нервные, печеночные и т. д.). То есть, используя технологию клонирования, можно «на заказ» выращивать необходимые человеческие органы. Настоящая фантастика, однако, где взять стволовые клетки? Результаты многолетних экспериментов таковы:

- абортивный материал при естественном и искусственном оплодотворении;
- извлечение стволовых клеток из уголков и борозд мозга, костного мозга и волосяных фолликулов взрослого организма и других тканей;
- кровь из пупочного канатика;
- откачанный жир;
- выпавшие детские зубы.

Изучение стволовых клеток взрослого организма, безусловно, обнадеживают и не вызывают этических проблем в отличие от эмбриональных стволовых клеток. Общеизвестно, что лучшим источником стволовых клеток для терапевтического клонирования (т. е. получения эмбриональных стволовых клеток) являются эмбрионы. Однако в связи с этим нельзя за-

крывать глаза на потенциальные опасности. Европейская группа по этике выдвинула на первый план проблему прав женщин, которые могут попасть под сильное давление. Кроме того, специалисты отмечают проблему добровольного и информированного согласия для донора (а также анонимности) и для получателя клеток. Дискуссионным остаются вопросы о приемлемом риске, о применении этических стандартов в исследованиях на людях, охрана и безопасность клеточных банков, конфиденциальность и защита частного характера генетической информации, проблема коммерциализации, защита информации и генетического материала при перемещении через границу и т. д.

В большинстве стран мира существует полное или временное запрещение на репродуктивное клонирование человека. Во Всеобщей Декларации о геноме человека и правах человека ЮНЕСКО (1997 г.) запрещена практика клонирования с целью воспроизводства человеческой особи.

Другим методом клонирования является пересадка клеточного ядра. Сегодня таким образом получено много клонов различных видов животных: лошади, кошки, мыши, овцы, козы, свиньи, быки и т. д. Ученые констатируют, что клонированные мыши живут меньше и больше подвержены разным заболеваниям. Исследования по клонированию живых существ продолжаются.

Темы рефератов и докладов:

1. Медико-генетическая информация: моральные проблемы получения и использования.
2. Моральные проблемы генной терапии.
3. Экспертиза биобезопасности генетически модифицированных организмов.
4. Регистрация и регламентация генетически модифицированных продуктов: теория и практика.
5. Этические проблемы международного проекта «Геном человека».
6. Клонирование человека: уроки дискуссии.
7. Национальная система биобезопасности Республики Беларусь.

Вопросы для самоконтроля:

1. Что такое биотехнология, биобезопасность, генная инженерия.
2. Что такое «трансгенный организм»? Какова цель создания трансгенных организмов?
3. Перечислите меры предосторожности, которые должны применяться в генно-инженерной деятельности.
4. Дайте оценку риска неблагоприятных эффектов воздействия генно-инженерных организмов на здоровье человека.
5. Какие моральные проблемы могут возникнуть в будущем в связи с использованием стволовых клеток?

6. В чем заключаются моральные проблемы клонирования человека? Почему в большинстве стран мира введен запрет на репродуктивное клонирование?

ТЕКСТЫ ДЛЯ ОБСУЖДЕНИЯ

А. П. Ермишин

ГОСУДАРСТВЕННОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

В большинстве развитых стран мира принято и эффективно функционирует специальное законодательство, касающееся биобезопасности, а также созданы соответствующие компетентные органы, которые претворяют его в жизнь. Важнейшим соглашением, регулирующим межгосударственные отношения в этой сфере, является Картахенский протокол по биобезопасности к Конвенции о биологическом разнообразии, который вступил в силу 11 сентября 2003 г. Республика Беларусь присоединилась к Картахенскому протоколу 6 мая 2002 г. Его Сторонами в настоящее время является более 130 государств.

Развитие генно-инженерных биотехнологий в научных исследованиях, появление на рынке продуктов, полученных из генно-инженерных организмов, выполнение международных обязательств в области биобезопасности обусловили необходимость разработки и создания национальной системы безопасности генно-инженерной деятельности в Республике Беларусь. Концепция государственного регулирования биобезопасности в Республике Беларусь разрабатывалась специалистами Национального координационного центра биобезопасности при участии ведущих юристов страны, международных экспертов. Она прошла широкое обсуждение на национальных конференциях, семинарах, в процессе согласования проектов правовых актов в заинтересованных министерствах и ведомствах.

Для выбора модели государственного регулирования безопасности генно-инженерной деятельности очень большое значение имеет адекватная оценка преимуществ и возможных неблагоприятных эффектов использования достижений современной биотехнологии. Недооценка или преувеличение последних может привести к существенному снижению эффективности модели.

Разработчики взяли за основу научно обоснованное, подтвержденное на практике представление о генетической инженерии как новом методе селекции, позволяющем существенно расширить возможности традиционной селекции за счет использования всего разнообразия ценных генов, существующих в природе. С помощью методов генетической инженерии можно добавлять сорту растений, породе животных, штамму микроорганизмов строго определенные гены, не изменяя при этом остальные его генетические характеристики. Риски для здоровья человека и окружающей среды, связанные с генно-инженерной деятельностью, не отличаются в принципе от таковых при использовании традиционных селекционных технологий. Они могут быть выявлены и оценены на ранних этапах селекционного процесса или даже во время планирования экспериментов. Это дает возможность избежать возможных неблагоприятных последствий генно-инженерной деятельности или свести их к минимуму.

При разработке модели государственного регулирования безопасности генно-инженерной деятельности к ней предъявлялись следующие требования:

Во-первых, она должна обеспечить безопасность человека и окружающей среды при осуществлении генно-инженерной деятельности и использовании её результатов,

одновременно создавая благоприятные условия для развития генетической инженерии как одного из приоритетных научных направлений.

Во-вторых, при формировании системы биобезопасности государство должно избегать существенного изменения действующего законодательства, создания новых государственных структур, которые лягут дополнительным бременем на республиканский бюджет и рядового налогоплательщика. Надо использовать уже существующие структуры, наделив их, если в этом есть необходимость, соответствующими полномочиями.

В-третьих, в новом законодательстве в области биобезопасности важно использовать нормы и процедуры, которые можно выполнить с минимальными затратами ресурсов и средств. А сами процедуры должны быть простыми и понятными для граждан.

В-четвертых, общество имеет право получать полную и достоверную информацию о результатах генно-инженерной деятельности и осуществлять общественный контроль. Поэтому в создаваемой системе биобезопасности должен быть предусмотрен механизм информирования и участия общественности в принятии решений в этой области.

В основу концепции государственного регулирования безопасности генно-инженерной деятельности в Республике Беларусь положен имеющийся опыт ряда ведущих стран, существующее законодательство Республики Беларусь и сложившаяся в стране система государственного управления, ее обязательства по международным соглашениям. Важнейшие ее положения нашли отражение в Законе Республики Беларусь «**О безопасности генно-инженерной деятельности**», который был принят 9 января 2006 г. Настоящий закон в совокупности с актами действующего законодательства, а также рядом правовых документов, разработанных в его развитие, составляет основу нормативно-правовой базы формирующейся национальной системы биобезопасности.

Закон Республики Беларусь «О безопасности генно-инженерной деятельности» (далее — Закон) устанавливает правовые и организационные основы обеспечения безопасности генно-инженерной деятельности и направлен на охрану здоровья человека и окружающей среды, выполнение Республикой Беларусь международных обязательств в области безопасности генно-инженерной деятельности. Он включает преамбулу и 7 глав, в которых содержится 29 статей.

Прежде всего, необходимо отметить, что в Законе впервые раскрыто содержание важнейших понятий, которые имеют значение для правильного формирования и развития нормативно-правовой базы в этой области отношений (статья 1). Считаю целесообразным привести следующие определения:

генно-инженерная деятельность — деятельность, связанная с созданием генно-инженерных организмов, высвобождением их в окружающую среду для проведения испытаний, использованием в хозяйственных целях, ввозом в Республику Беларусь, вывозом из Республики Беларусь и транзитом через ее территорию генно-инженерных организмов, их хранением и обезвреживанием;

безопасность генно-инженерной деятельности — состояние защищенности, достигаемое посредством выполнения мер, направленных на предотвращение или снижение до безопасного уровня возможных вредных воздействий генно-инженерных организмов на здоровье человека и окружающую среду при осуществлении генно-инженерной деятельности;

генно-инженерный организм (генетически измененный (модифицированный, трансгенный) организм) — живой организм, содержащий новую комбинацию генетического материала, полученного с помощью генетической инженерии;

генетическая инженерия — технология получения новых комбинаций генетического материала путем проводимых вне клетки манипуляций с молекулами нуклеиновых кислот и переноса созданных конструкций генов в живой организм, в результате которого достигаются включение и активность их в этом организме и у его потомства;

использование генно-инженерных организмов в хозяйственных целях — выращивание (культивирование) и (или) разведение сортов генно-инженерных растений, пород генно-инженерных животных и штаммов непатогенных генно-инженерных микроорганизмов для производства сельскохозяйственной и микробиологической продукции.

В Законе однозначно закреплено, что его положения не распространяются на отношения, связанные с применением генетической инженерии к человеку, его органам и тканям, обращением с фармацевтическими препаратами, продовольственным сырьем и пищевыми продуктами, кормами для животных, полученными из генно-инженерных организмов или их компонентов (статья 2). Они регулируются специальным законодательством о здравоохранении.

В статье 3 Закона сформулированы основополагающие принципы, на которых построена система биобезопасности в Республике Беларусь:

принятие мер предосторожности при осуществлении генно-инженерной деятельности;

научно обоснованный, интегрированный и индивидуальный подходы при оценке риска возможных вредных воздействий генно-инженерных организмов на здоровье человека и окружающую среду;

независимость государственной экспертизы безопасности генно-инженерных организмов;

доступ к информации в области безопасности генно-инженерной деятельности.

Важным для функционирования предлагаемой модели государственного регулирования является закрепление в качестве объектов данной сферы отношений генно-инженерных организмов, а также права на осуществление генно-инженерной деятельности. В качестве субъектов этой деятельности могут выступать государственные органы, осуществляющие государственное регулирование и контроль, физические и юридические лица, занимающиеся генно-инженерной деятельностью, эксперты, проводящие государственную экспертизу безопасности генно-инженерных организмов, граждане и общественные объединения, осуществляющие общественный контроль в области биобезопасности (статья 4).

Указанные выше принципы положены в основу системы обеспечения безопасности генно-инженерной деятельности (статья 5), которая согласно Закону достигается путем:

принятия (издания) нормативных правовых актов, утверждения и введения в действие технических нормативных правовых актов в области безопасности генно-инженерной деятельности и их реализации;

выдачи специально уполномоченными республиканскими органами государственного управления в области безопасности генно-инженерной деятельности разрешений на ввоз, вывоз или транзит условно патогенных и патогенных генно-инженерных организмов, а также разрешений на высвобождение непатогенных генно-инженерных организмов в окружающую среду для проведения испытаний;

проведения аккредитации замкнутой системы для осуществления работ второго, третьего и четвертого уровней риска генно-инженерной деятельности;

проведения государственной регистрации сортов генно-инженерных растений, пород генно-инженерных животных и штаммов непатогенных генно-инженерных микроорганизмов;

осуществления учета генно-инженерных организмов в соответствии с законодательством;

установления и соблюдения требований безопасности генно-инженерной деятельности;

планирования и выполнения мероприятий по обеспечению безопасности генно-инженерной деятельности;

проведения государственной экспертизы безопасности генно-инженерных организмов;

осуществления контроля в области безопасности генно-инженерной деятельности;

установления ответственности за нарушение требований законодательства о безопасности генно-инженерной деятельности;

осуществления иных мер безопасности генно-инженерной деятельности в соответствии с законодательством.

Всякая модель государственного регулирования конкретной деятельности требует наделения достаточными полномочиями государственных органов с целью создания целостной управленческой системы. В статье 6 Закона закреплен перечень государственных органов, наделенных компетенций в данной области отношений, а в статьях 7–11 определены основные функции государственного управления, которые они обязаны осуществлять в силу закона. Порядок реализации предоставленных законом полномочий подробно регламентируется в статьях о регулировании отдельных направлений генно-инженерной деятельности. Система республиканских органов государственного управления, осуществляющих надведомственные полномочия в области генно-инженерной деятельности, включает Министерство природных ресурсов и охраны окружающей среды, Министерство здравоохранения, Министерство сельского хозяйства и продовольствия. Дополнительные права и обязанности в этой сфере возлагаются на названные министерства также в связи с решением Совета Министров о выполнении международных обязательств республики (Постановление Совета Министров Республики Беларусь № 734 от 5 июня 2002 г. «О мерах по реализации положений Картахенского протокола по биобезопасности к Конвенции о биологическом разнообразии»).

В главе 3 Закона определены обязанности лиц, осуществляющих генно-инженерную деятельность, а также сформулированы требования безопасности при осуществлении отдельных видов генно-инженерной деятельности. При проведении работ с генно-инженерными организмами установлены следующие уровни риска генно-инженерной деятельности:

первый уровень риска — работа с непатогенными генно-инженерными организмами;

второй уровень риска — работа с условно-патогенными генно-инженерными организмами;

третий уровень риска — работа с патогенными генно-инженерными организмами, способными вызывать опасные инфекционные заболевания и распространять инфекцию, для которых имеются эффективные меры профилактики и лечения;

четвертый уровень риска — работа с патогенными генно-инженерными организмами, которые являются возбудителями особо опасных инфекционных заболеваний, обладающих способностью быстро распространяться, и для которых неизвестны эффективные меры профилактики и лечения.

Индивидуальные предприниматели имеют право осуществлять генно-инженерную деятельность только первого уровня риска, то есть деятельность, связанную с непатогенными генно-инженерными организмами. Генно-инженерная деятельность второго, третьего и четвертого уровней риска осуществляется исключительно государственными юридическими лицами.

Законом определены требования безопасности при осуществлении следующих основных видов генно-инженерной деятельности, сложившихся в мировой практике: а) осуществление генно-инженерной деятельности в замкнутой системе, т. е. в научно-исследовательских лабораториях (статья 14); б) высвобождение генно-инженерных организмов в окружающую среду для проведения испытаний, т. е. для оценки и отбора полезных и безопасных для человека улучшенных сортов растений и пород животных на специально обустроенных участках (статья 15); в) использование полученных сортов генно-инженерных растений, пород генно-инженерных животных и штаммов непатогенных генно-инженерных микроорганизмов в хозяйственных целях (статья 16); г) перемещение различных генно-инженерных организмов через границу Республики Беларусь, т. е. ввоз, вывоз и транзит, например, семян сельскохозяйственных культур, клубней картофеля и др. (статья 18). Также сформулированы требования безопасности при транспортировке и обезвреживании генно-инженерных организмов (статья 17 и 19).

Отдельная глава Закона посвящена организации государственной экспертизы безопасности генно-инженерных организмов, которая проводится с целью определения допустимости их высвобождения в окружающую среду для проведения испытаний или использования в хозяйственных целях на основе идентификации генно-инженерных организмов и изучения материалов по оценке риска возможных вредных воздействий генно-инженерных организмов на здоровье человека и окружающую среду. В соответствии с Законом государственной экспертизе подлежат непатогенные генно-инженерные организмы при их первом высвобождении в окружающую среду для проведения испытаний и при государственной регистрации сортов генно-инженерных растений, пород генно-инженерных животных и штаммов непатогенных генно-инженерных микроорганизмов, предназначенных для использования в хозяйственных целях. В статье 21 подробно описывается процедура осуществления государственной экспертизы безопасности генно-инженерных организмов.

Значительное внимание в Законе уделено вопросам информационного обеспечения в области безопасности генно-инженерной деятельности, а также учету и государственной статистической отчетности в этой области. Как показывает мировая практика, без отлаженного механизма обмена информацией между отдельными органами государственного управления, международными организациями решение проблемы обеспечения биобезопасности оказывается неэффективным. Ответственным за информационное обеспечение в области безопасности генно-инженерной деятельности определен Институт генетики и цитологии НАН Беларуси, на который ранее были возложены обязанности Национального координационного центра биобезопасности, а также координационного центра, ответственного за связь с секретариатом Картахенского протокола по биобезопасности.

В Законе закреплено право граждан и общественных объединений на получение полной, своевременной и достоверной информации в области безопасности генно-инженерной деятельности. Специально уполномоченные республиканские органы государственного управления в этой области, а также юридические лица и индивидуальные предприниматели, осуществляющие генно-инженерную деятельность, обязаны, в соответствии с Законом, по просьбе заинтересованных граждан и общественных

объединений предоставлять информацию в области безопасности генно-инженерной деятельности.

Глава 6 Закона посвящена организации контроля в области безопасности генно-инженерной деятельности. Государственный контроль в области безопасности генно-инженерной деятельности осуществляется в целях проверки соблюдения нормативных правовых актов и технических нормативных правовых актов, а также выполнения мероприятий по обеспечению безопасности этой деятельности. Ведомственный контроль в этой области осуществляется республиканскими органами государственного управления, местными исполнительными и распорядительными органами и иными организациями в целях обеспечения выполнения подведомственными им организациями требований законодательства о безопасности генно-инженерной деятельности и охраны окружающей среды. Юридические лица и индивидуальные предприниматели, осуществляющие генно-инженерную деятельность, организуют и осуществляют производственный контроль в целях проверки соблюдения требований безопасности генно-инженерной деятельности, установленных нормативными правовыми актами и техническими нормативными правовыми актами в области безопасности генно-инженерной деятельности. Общественный контроль в области безопасности генно-инженерной деятельности осуществляется гражданами и общественными объединениями в соответствии с законодательством.

Глава 7 определяет порядок вступления Закона в силу, согласно которой это должно произойти через шесть месяцев после его официального опубликования. За этот срок Совет Министров, согласно статье 29, обязан обеспечить приведение актов законодательства Республики Беларусь в соответствии настоящим Законом, а также обеспечить принятие нормативных правовых актов, необходимых для его реализации.

Таким образом, рассмотренный выше Закон Республики Беларусь «О безопасности генно-инженерной деятельности» устанавливает правовые и организационные основы в данной области. Настоящий закон в совокупности с актами действующего законодательства, а также рядом правовых документов, разработанных в его развитие, составляет основу нормативно-правовой базы формирующейся национальной системы биобезопасности. При осуществлении конкретных видов генно-инженерной деятельности необходимо руководствоваться, помимо настоящего Закона, также действующим законодательством Республики Беларусь, в том числе правовыми актами, разработанными в связи с принятием данного Закона. Ниже, в качестве примера, рассматривается порядок государственного регулирования безопасности генно-инженерной деятельности, связанной с созданием, испытанием и использованием в хозяйственных целях новых сортов генно-инженерных растений [...].

<http://biosafety.org.by>. Дата доступа 24.05.11.

Вопросы:

1. Чем была обусловлена необходимость разработки и создания национальной системы безопасности генно-инженерной деятельности в Республике Беларусь?
2. Перечислите основные положения Закона Республики Беларусь «О безопасности генно-инженерной деятельности».

ТЕМА 12. ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ. МОРАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ И ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ (4 ЧАСА)

План-конспект семинарского занятия:

- 12.1. Этико-правовые проблемы современной психиатрии.
- 12.2. Этические проблемы в наркологии.
- 12.3. Этико-деонтологические принципы в онкологии.
- 12.4. СПИД и требования медицинской этики.

Ключевые понятия: психология; психиатрия; сознание; бессознательное; психопатология; дееспособность; принудительная госпитализация; права человека; психические и поведенческие расстройства; «карательная психиатрия»; психотерапия; личность; девиация; наркомания.

12.1. ЭТИКО-ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ ПСИХИАТРИИ

Фундаментальные проблемы биоэтики оказались исключительно близки по своему содержанию морально-этическим дилеммам, возникающим при исследовании проблем психиатрии. Особая роль на протяжении всей истории психиатрии принадлежит дилемме патерналистского и непатерналистского подходов. Она является «сквозной» для всей биоэтики. *Патерналистская модель* взаимоотношений врача и пациента предполагает, что в условиях врачевания здоровье и жизнь человека выступает, безусловно, приоритетными ценностями, что этическая позиция врача однозначно учитывает, что «Благо больного — высший закон» и что полноту ответственности за принятие клинических решений врач берет на себя. *Непатерналистская модель* взаимоотношений врача и пациента исходит из приоритета моральной автономии пациента, в силу чего ключевой категорией такого подхода становится категория прав пациента.

Трудность работы психиатра заключается в том, что он зачастую попадает в этически противоречивые ситуации, где сложно следовать положениям кодекса этики. Среди наиболее распространенных этических дилемм в психиатрии выделяют следующие:

1. Недобровольные госпитализация и лечение в отношении лиц с глубокими психическими расстройствами (психиатры признают, что критерий непосредственной опасности не может быть для этого единственным основанием, потому что без лечения остается группа больных, которые в силу своих психических расстройств не сознают необходимости лечения).
2. Конфиденциальность (ее правила нарушаются в следующих случаях: повышенный риск для жизни пациента или других людей (самоубийства, агрессивные действия); преступные действия (насилие, развращение,

инцест), которые совершаются над несовершеннолетними; недобровольная госпитализация пациента в силу тяжести его психического состояния; участие пациента в тяжких преступлениях).

3. Принцип информированного согласия (согласие пациента должно быть добровольным и осознанным при том, что получение информации о характере психических расстройств пациента должно происходить в доступной для него форме и с учетом его психического состояния; предполагается получение предварительного согласия перед началом лечения, а также соблюдение прав пациента на отказ от лечения за исключением случаев, предусмотренных в законодательстве).

4. Выбор патерналистской либо непатерналистской модели взаимоотношений врача и пациента (случаи, когда у пациента нарушены способности рассуждать о болезни, способности адекватно оценить риск и пользу лечения).

5. Принцип «не навреди» в психиатрии находит выражение в выборе «наименее ограничительной альтернативы» (вред, который может сопутствовать при оказании психиатрической помощи пациенту, специалисты видят в следующем: принуждение (широкий диапазон мер со стороны врача); социальные ограничения и запреты по отношению к психически больным; отчуждение душевнобольных от современного общества; моральный вред, причиняемый пациенту в ходе психотерапевтической работы; вред, который сопутствует применению инвазивных методов исследования и методов лечения с побочными действиями).

6. Проведение исследований на пациентах с психическими расстройствами, а также использование информации о пациентах во время обучения студентов и врачей, в научных публикациях (если пациенты не признаны недееспособными и не могут дать информированное согласие. Общепринятого критерия определения дееспособности при получении согласия на участие в исследовании нет).

В современной психиатрии при постановке диагноза все чаще используется синергетический подход (**синергетика** — междисциплинарная наука, исследующая сложные самоорганизующиеся системы), позволяющий исследовать психику как синергетический объект, гиперсистему. В этом контексте психика человека, ее состояние и структура, выступает как сложная саморазвивающаяся система, которая в условиях стрессовых ситуаций теряет свою устойчивость и может переходить к одному из непредсказуемых состояний. При этом ее «судьбу» и «разрешимость» определяют очень малые события (флуктуации), на которые в устойчивом состоянии, состоянии равновесия, эта система (психика) не реагирует.

Использование синергетической модели психики, отход от однолинейности и жесткости, обращение к теориям случайных процессов приведет, как считают некоторые специалисты, к обновлению психиатрии, ибо

понятие болезни будет вероятностным, а ее возникновение в ряде случаев — принципиально непредсказуемым. В психиатрии появится свобода воли в ее термодинамическом выражении, что повлечет за собой и изменение суждения о «норме» и болезни, к размыванию «границы» между нормой и болезнью, широким спектром адаптационных реакций, а суждение о «нормальном» будет изменяться вместе с обществом и в зависимости от развития медицинской науки.

12.2. ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В НАРКОЛОГИИ

Поскольку наркология представляет собой раздел психиатрии, которая занимается диагностикой, лечением и профилактикой болезней, проявляющихся в пристрастии к приему наркотических лекарственных веществ и средств как результат стойкой психической и физической зависимости от них, то и в этой области своеобразно действуют принципы и нормы биоэтики:

1. Принцип автономии личности (зависимые пациенты на принудительном лечении от алкоголизма или наркомании представляют собой неавтономную личность. В этом случае возникает проблема реализации информированного согласия).

2. Принцип непричинения вреда (некоторые средства, используемые в наркологии, вызывают у пациентов опасные побочные эффекты при полном отсутствии или слабодоказанной их эффективности, но при этом данное лечение является «меньшим злом»).

3. Принцип благодеяния (врач-нарколог самостоятельно выбирает в качестве нравственных ценностей жизнь и здоровье пациента, игнорируя автономию личности (свободу самоопределения пациента)).

4. Принцип справедливости (пациенты с наркологической патологией не относятся к социально ценным. Специалисты утверждают, что затраты общества на лечение зависимых будут во много раз компенсированы через сохранение их жизни и трудоспособности);

Биоэтические нормы в наркологии:

1. Правдивость (ситуации умолчания правды во благо больного и прямой обман пациента).

2. Приватность (обсуждение врачом состояния здоровья пациента с родственниками или другими заинтересованными лицами без ведома больного).

3. Конфиденциальность (нераспространение информации).

4. Компетентность (профессионализм).

12.3. ЭТИКО-ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ В ОНКОЛОГИИ

Поскольку злокачественная опухоль оказывает на состояние человека психотравмирующее влияние, то к числу ключевых этических проблем он-

кологии относят сообщение врачом диагноза злокачественного новообразования пациентам, находящимся на разных стадиях развития. Это предполагает выстраивание определенной системы убеждений в следующих случаях:

1. Больной обследуется в связи с подозрением на злокачественную опухоль с последующей рекомендацией о необходимости консультации у онколога (предположение о заболевании возникло при сохранении у больного постоянных симптомов какого-либо заболевания; при профилактическом осмотре; при безуспешной терапии либо появлении симптомов, характерных для злокачественных опухолей).

2. Больной подлежит специальному лечению (система убеждений выстроена так, как и при подозрении на наличие у больного злокачественной опухоли, а также обращается внимание на возможность специального противоопухолевого лечения).

3. Больной уже проходил радикальное лечение по поводу злокачественной опухоли (внимательное отношение к жалобам больных, врач должен осмотреть пациента, использовать консультации других специалистов. Подавленное состояние пациента может сопровождаться очевидной утратой интереса к жизни, чувством одиночества, затрудненным общением. Следует обратить внимание на своевременное решение вопроса о трудоустройстве больного).

4. Больным с запущенными формами злокачественных опухолей (паллиативное или симптоматическое лечение).

5. Деонтологический подход к родственникам больного злокачественным новообразованием (разговор с родственниками проводится объективно и отдельно от больного. С ними нужно обсудить, как разговаривать с пациентом, оставляя надежду на выздоровление).

6. Деонтологический подход среднего медперсонала к онкологическим больным (медицинская сестра, работающая с онкологическими больными, обязана выполнять врачебные назначения; совместно с врачом выполнять диагностические и лечебные мероприятия; независимое вмешательство медсестры предполагает самостоятельное определение своей тактики в отношении пациента).

12.4. СПИД И ТРЕБОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ

Неизбежной реакцией большинства людей на слово «СПИД» является страх. Страх перед заражением, перед умиранием, смертью, бессилием медицины и общества в целом, неспособных, по распространенному мнению, противопоставить СПИДу что-либо действенное. «Спидофобия» — социально-психологический феномен, аналогичный «канцерофобии», «сифилофобии», «радиофобии» и т. п. В силу ряда обстоятельств вспышка спидофобии в массовом сознании даже более выражена. К таким обстоятельствам

прежде всего относится то, что летальность при СПИДе выше, чем при холере и черной оспе. К несчастью, одним из парадоксальных проявлений спидофобии является бессознательное стремление людей «забыть» об угрозе, отвернуться от нее. Это проявляется как в безответственном, постоянно грозящем инфицированием поведении, так и, что не менее важно, в недооценке проблемы со стороны государственных органов.

В сознании же самих ВИЧ-инфицированных на первом плане нередко оказывается *страх перед дискриминацией и стигматизацией, социальным ostrакизмом*. Как известно, поначалу в западных странах СПИД распространялся в основном среди так называемых «маргинальных социальных групп» — гомосексуалистов, наркоманов, проституток. Строгие моралисты не раз заявляли, что СПИД есть «кара Божья» за «грех гомосексуализма», «спортивный секс», «секс-туризм» и т. п. Негативное отношение общества к представителям названных маргинальных групп по инерции было перенесено на всех ВИЧ-инфицированных лиц, причем их стигматизация многократно усиливалась нарастающим страхом перед СПИДом.

Уместно, видимо, в связи с обсуждаемой проблемой сравнить СПИД с раком. Диагноз рака воспринимается массовым сознанием и отдельным человеком как смертный приговор. Диагноз психического заболевания нередко стигматизирует человека. Больные СПИДом, как правило, испытывают и то, и другое: сознание неизлечимости, обреченности на смерть усугубляется эмоциональной изоляцией, враждебным отношением к ним со стороны общества. Отсюда вытекает особая значимость *сохранения врачебной тайны* в случаях ВИЧ-инфекции.

Последние несколько лет зарубежные и отечественные средства массовой информации были полны сообщений о фактах насилия над больными СПИДом, изгнания их из родных мест, создания вокруг них «эмоционального гетто» и т. п. Так, в Буэнос-Айресе больные СПИДом содержались на цепи, а в одном из городов США соседи подожгли дом, принадлежавший семье, в которой три ребенка были ВИЧ-инфицированы. Российские газеты писали о случае, когда рейсовый автобус, следовавший из Элисты (где в это время была обнаружена вспышка внутрибольничного заражения детей СПИДом) в Волгоград, забрасывали камнями. Как видим, имея дело с ВИЧ-инфицированными или больными СПИДом, врачу приходится сталкиваться не только с клинической реальностью, но также и со связанными с этим заболеванием мифами и предрассудками, распространение которых во многом порождается невежеством значительной части населения — он должен иметь достаточно мужества, чтобы противостоять этим проявлениям.

Между тем запрет на какую-либо дискриминацию (в том числе и больных СПИДом) является нормой международного права, содержится во многих документах, принятых различными международными организациями, членом которых является и наша страна. Можно в связи с этим

напомнить и моральное обязательство врача, содержащееся в «Женевской декларации» Всемирной медицинской ассоциации (ВМА): «Я не позволю соображениям пола или возраста, болезни или недееспособности, вероисповедания, этнической, национальной или расовой принадлежности, политической идеологии, сексуальной ориентации или социального положения встать между исполнением моего долга и моим пациентом».

На примере отношения медиков к ВИЧ-инфицированным лицам, представляющим маргинальные группы, особенно хорошо видна важность принципа «делай благо», в соответствии с которым моральным долгом медицинского работника является оказание профессиональной помощи, проявление заботы и сострадания к таким лицам, а не оценка их образа жизни. Здесь же уместно напомнить еще одно требование биомедицинской этики — недопустимость со стороны врача, медсестры, медицинского психолога и т. д. навязывания своего мировоззрения, своих религиозных и философских взглядов, своих убеждений пациенту. Уважение автономии пациента — это и уважительное отношение к его системе ценностей, особенностям его индивидуальности.

В первых же документах, принятых ВОЗ, ВМА и другими международными организациями в связи с нарастанием пандемии СПИДа, одно из центральных мест заняло специально выделяемое требование не допускать дискриминации ВИЧ-инфицированных, а также лиц, представляющих так называемые «группы риска». Важно, однако, не только моральное осуждение дискриминации больных СПИДом, но и создание соответствующих гарантий. Дело в том, что борьба с дискриминацией является одним из компонентов борьбы со СПИДом как таковым. Об этом, в частности, четко говорится в принятой в 1988 г. Резолюции ВОЗ «СПИД: избежание несправедливости в отношении лиц, инфицированных ВИЧ и больных СПИДом».

Дискриминация инфицированных и больных СПИДом, невежество и предрассудки, присущие не только населению, но и части специалистов-медиков, — все это в конечном счете негативно отражается на эпидемиологической обстановке, на темпах распространения инфекции. То есть дискриминация ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом не только попирает права человека, но и подрывает основополагающие принципы общественного здравоохранения. Она может провоцировать у инфицированного или больного чувство мести, способное превратить его в злобно-преднамеренного распространителя инфекции. У человека, осознавшего свою обреченность, такое чувство мести может быть особенно ожесточенным.

Отказы врачей и других представителей медицинской профессии оказывать помощь ВИЧ-инфицированным — это едва ли не самая напряженная с точки зрения медицинской этики проблема. Проведенное еще

в начале 90-х гг. в США исследование показало, что, отказывая в помощи больным СПИДом, врачи ссылались на недостаточную специальную подготовку, страх перед инфицированием, отвращение к гомосексуалистам, наркоманам или другим представителям «групп повышенного риска», а также на опасения отпугнуть других пациентов.

Между тем подобный отказ не отвечает не только нормам медицинской этики и этики вообще, но и требованиям закона. Отказ в помощи ВИЧ-инфицированным и людям, живущим с ВИЧ/СПИД является грубейшим нарушением профессиональной медицинской этики.

Темы рефератов и докладов:

1. Этика в психиатрии.
2. Междисциплинарно-синергетические подходы в современной психиатрии.
3. Правовые аспекты оказания психиатрической помощи в Республике Беларусь.
4. Правило правдивости в онкологии.
5. Наркомания как форма психопатологии личности.
6. Депрессивные расстройства как болезнь цивилизации.
7. ВИЧ и сексуальный либерализм XX века.
8. СПИД и профессиональный риск медицинских работников.
9. Опыт реабилитации наркозависимых и ВИЧ-инфицированных.

Вопросы для самоконтроля:

1. Покажите взаимозависимость психиатрии, наркологии от социокультурного контекста.
2. Перечислите права граждан при оказании им психиатрической помощи (статья 8), а также основания для принудительной госпитализации и лечения в психиатрическом стационаре (статья 30, 33–37), согласно действующему закону Республики Беларусь «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».
3. Назовите возможные формы сотрудничества психиатра и священника.
4. Перечислите основные принципы онкологической деонтологии.
5. Объясните сущность этических проблем в наркологии.
6. Перечислите этические проблемы, возникающие в связи с распространением ВИЧ/СПИД?
7. Каковы основные пути передачи ВИЧ-инфекции и направления её профилактики?
8. Имеет ли врач моральное право отказаться от оказания помощи ВИЧ-инфицированному?

Тексты для обсуждения

Ф. Б. Плоткин

врач психиатр-нарколог

ПРОФИЛАКТИКА НАРКОМАНИИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ: СОСТОЯНИЕ, ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ

[...] Санитарное просвещение является самой эффективной, экономичной и оправданной мерой по улучшению здоровья людей, на что, тем не менее, выделяются минимальные средства. Западные аналитики, изучающие организацию здравоохранения в странах бывшего СССР, склонны считать, что одним из наиболее серьезных упущений советской системы здравоохранения была недооценка санитарного просвещения как способа улучшения здоровья населения.

В настоящее время во многих странах мира государственные органы и общественность серьезно озабочены размахом наркомании, ставшей для отдельных регионов настоящей катастрофой, которая подрывает экономику, способствует разгулу террора и преступности, процветанию коррупции. Употребление наркотических средств отмечается среди представителей всех социальных групп и возрастов. Особенно настораживает то, что употребление психоактивных веществ (ПАВ) становится особенностью молодежной субкультуры, компонентом общения в подростково-молодежной среде.

В Республике Беларусь наблюдается устойчивая тенденция к увеличению распространения потребления наркотических веществ в молодежной среде. Употребление наркотических средств, их незаконный оборот и связанная с ним преступность постоянно и неумолимо растут. За последние 15 лет в Республике Беларусь общее число больных наркоманией, состоящих на учете, возросло в 32,4 раза. В действительности же эти цифры значительно выше. [...]

В настоящее время наркомания рассматривается как форма псевдоадаптивного совладающего поведения, использующего в качестве основного психологического механизма избегание жизненных проблем, уход от реальности при наличии извращенной патологической мотивации поиска и употребления наркотиков. В борьбе с такими социально опасными явлениями, как наркомания и токсикомания, особое значение приобретает профилактика. Специалисты определяют профилактику злоупотребления психоактивными веществами как комплекс социальных, образовательных и медико-психологических мероприятий, направленных на выявление и устранение причин, способствующих распространению и употреблению психоактивных веществ, предупреждению развития наркозависимости.

Поскольку общепринятым является представление о наркоманиях как о мультифакторных заболеваниях, имеющих как медико-биологические, так и социальные аспекты, очевидно, что в системе их профилактики необходимо различать медицинские и социальные комплексы мероприятий. Можно говорить о медицинской профилактике (научно обоснованной медико-гигиенической «контрпропаганде» и других сугубо медицинских мерах) и о социальной профилактике, заключающейся в претворении в жизнь широкого комплекса общегосударственных мероприятий по обеспечению реализации материальных и духовных потребностей граждан, их целенаправленному нравственному и трудовому воспитанию, а также по ликвидации источников и путей распространения наркотических средств. Конечным результатом выполнения этих мероприятий будет исключение потенциальных потребностей отдельных личностей в приеме наркотиков, а также практической возможности приобщения к ним. Приоритет

всегда будет за социальной профилактикой, но и медицинская — жизненно необходима, ее качество определяет конечный результат.

В понятии «предупреждение наркоманий» выделяют три аспекта: первичная, вторичная и третичная профилактика. Они охватывают весь спектр существующего и потенциального злоупотребления наркотиками — от полного воздержания до повседневного злоупотребления. Для такого широкого спектра форм поведения должны применяться различные стратегии и тактики деятельности. Так, чтобы подготовить молодых людей к отказу от каких-либо экспериментов с незаконными наркотиками, требуется применить подход, качественно отличающийся от того, которым пользуются, чтобы убедить подростков прекратить такого рода опыты. Отличаются друг от друга и подходы, нацеленные на прекращение наркотизации, применяемые к лицам, злоупотребляющим наркотиками на регулярной основе, но еще не ставшим зависимыми от них, и подходы, которые убеждают в необходимости пройти курс лечения, изменить поведение и обращены к лицам, принимающим наркотики несколько раз в день.

При третичной профилактике с использованием медицинских моделей речь идет об ограничении или уменьшении некоторых из наиболее серьезных последствий заболевания или вредного для окружающих поведения, предотвращении распространения ВИЧ и гепатита, снижении числа преступлений, совершаемых наркоманами. Цель такого подхода заключается в том, чтобы ограничить масштабы физической болезни и преступного поведения путем предоставления информации, лекарств заменителей, одноразовых шприцев, ухода за больными и консультирования. В настоящее время в республике функционирует 58 пунктов обмена шприцев для наркоманов. В области заместительной терапии планируются пилотные исследования по применению метадона в качестве заместительной терапии больным с наркотической зависимостью на базе Гомельского областного наркодиспансера.

Цель вторичной профилактики — оказать помощь людям, которые злоупотребляют наркотиками, в прекращении такой практики. Эта цель может быть достигнута разными способами — начиная с издания брошюр о том, как справиться с абстинентными расстройствами, возникающими в отсутствие наркотика, и кончая широким кругом режимов лечения, за которыми следуют программы реабилитации.

Важнейшей частью профилактики наркомании является выявление потребителей ПАВ, особенно на ранней стадии формирования зависимости. Лица, страдающие зависимостью, часто обращаются за различного рода помощью в медицинские учреждения общего типа. Врачи общей практики, работники первичной медицинской помощи и другие сотрудники системы здравоохранения должны проводить скрининг и выявлять лиц, злоупотребляющих наркотиками, устанавливать с ними контакт, не только оказывать им необходимую помощь, но и убеждать их обращаться в специализированные наркологические учреждения. Не секрет, что многие наркоманы в период развития синдрома отмены вызывают бригаду скорой помощи, весьма успешно симулируя в присутствии ее сотрудников приступ почечной колики, люмбаго или другие заболевания, сопровождающиеся болевым синдромом и требующие для их купирования применения достаточно сильных анальгетиков. Работники скорой помощи должны также в этих ситуациях выявлять признаки зависимости, убеждать больных обращаться за медпомощью, а в случаях передозировки доставлять в токсикологические отделения. Аптечные работники, зная в лицо многих клиентов, покупающих безрецептурные анальгетики или обезболивающие препараты по рецептам, также должны убеждать их обращаться в наркологические учреждения. Могли бы участвовать в выявлении зависимых пациентов и сотрудники частных учреждений, оказывающих помощь в виде

«выведения из запоя круглосуточно на дому», притом, что повторные вызовы для снятия «ломки» повышают эффективность деятельности такого предприятия.

Известно, что приобщение подростков к приему психоактивных веществ наиболее часто происходит в возрасте 14–18 лет. Поэтому главную роль в выявлении наркопотребителей могут и должны сыграть педагоги и воспитатели. Что же предпринимают педагоги, если у них появилось подозрение в употреблении подростком наркотиков? Преподаватели, воспитатели не имеют достаточной подготовки для решения подобных проблем, нередко они чувствуют себя беспомощными в этой трудной ситуации. Одни из них привыкли к старым порядкам и не хотят ничего менять. Другие считают, что детей-наркоманов нужно сажать за решетку. Нередко в такой ситуации педагоги ничего и не делают, предпочитая закрывать глаза на тревожный факт, боясь испортить «статистику», ждут, пока ученик уйдет из школы, колледжа и т. п. Следует осудить тенденцию порицания педагогического коллектива тех учебных заведений, где выявлены наркоманы, со стороны органов образования. Претензии нужно предъявлять тем руководителям, которые заявляют о полном благополучии в их коллективах, скрывают случаи употребления наркотических и токсических препаратов учащимися. Очень важно понимать, что именно от тактики поведения педагога при выявлении употребления ПАВ может зависеть вся дальнейшая судьба подростка. Работники системы образования должны получить соответствующую подготовку для того, чтобы они могли проводить скрининг, выявлять лиц, злоупотребляющих наркотиками, устанавливать с ними контакт, оказывать необходимую поддержку, убеждать их обращаться за помощью. Педагоги, воспитатели должны располагать конкретной информацией о психоактивных веществах и знанием того, как пользоваться этой информацией.

В Европе стало нормой анонимное тестирование учеников на употребление наркотических средств при помощи анализа мочи. В наших же условиях представляется чрезвычайно важным внедрение в образовательную среду инновационных педагогических и психологических технологий раннего обнаружения случаев употребления наркотиков учащимися, а также усовершенствование работы по взаимодействию школьных психологов, социальных педагогов и сотрудников инспекции по делам несовершеннолетних по раннему выявлению детей и подростков, употребляющих ПАВ. Особенно важно выявление экспериментаторов и зависимых в начальных стадиях болезни с целью прекращения экспериментирования и отказа от приема ПАВ.

В трудной ситуации оказываются родители: когда они узнают, что их дети употребляют наркотики, их реакция варьирует от изумления до паники. Поэтому родители должны знать симптомы наркотического опьянения, способы и возможности предварительной диагностики, причем, не столько сформировавшейся болезни, сколько ее начальных проявлений, иметь навыки оказания первой медицинской помощи таким пациентам, обладать информацией о службах помощи. Особенно важно для родителей придерживаться правильной тактики в данной ситуации, чтобы не оттолкнуть подростка, не вызвать у него ответную реакцию в виде негативизма, желания уйти в компанию, где его личностные потребности в эмоциональных контактах будут удовлетворены, хотя бы и в извращенной форме. Поэтому объектом пристального внимания антинаркотической пропаганды, ее центром должна стать семья. Родителей необходимо проинформировать о вреде наркотиков для подрастающего поколения и научить первым приемам, помогающим направить интересы подростка на занятия спортом, искусством, на приобщение к культурным ценностям.

В настоящее время поводом для постановки на наркологический учет являются самостоятельное обращение пациента, информация милиции и следственных органов, лечебных учреждений, администрации места работы и учебных заведений, родственни-

ков, комиссий военкомата, инспекций по делам несовершеннолетних и др. Анализ обстоятельств выявления новых случаев заболевания наркоманией или злоупотребления ПАВ показал, что роль медучреждений в этом процессе — лишь 16,6 %. Отмечается низкая обращаемость самих больных — 10,0 % и их родственников — 1,8 % — в наркологические учреждения.

В системе профилактических мероприятий важнейшей является первичная профилактика — предупреждение любого незаконного приема какого-либо психоактивного вещества. Она осуществляется посредством контроля за незаконным предложением и путем просвещения относительно рисков и проблем, связанных с незаконным потреблением наркотиков, особенно с опасностями злоупотребления путем внутривенных инъекций.

Для проведения санитарно-просветительной работы по профилактике наркоманий представляется целесообразным выделить следующие группы населения:

- подростки, состоящие на учете в наркологических диспансерах;
- подростки, состоящие на учете в инспекции по делам несовершеннолетних;
- подростки из неблагополучных семей;
- подростки-члены неформальных групп;
- подростки-учащиеся школ, ПТУ, техникумов;
- родители, имеющие детей подросткового возраста;
- учителя, воспитатели, педагогические работники;
- сотрудники правоохранительных органов (инспекции по делам несовершеннолетних, отделов по борьбе с наркотиками и др.);
- взрослое население.

Принято считать, что первая информация о наркотиках является основополагающей в формировании отношения к ним. Поэтому основной сферой приложения комплекса системных мер по профилактике наркологических заболеваний должен быть детский и подростково-молодежный контингент, где с целью предотвращения формирования положительных установок к наркотикам у подростков и молодежи необходимо установить высокий защитный барьер, предотвращающий употребление психоактивных веществ. Реальной формой создания такого профилактического барьера будет активная, регулярная, плановая антинаркотическая пропагандистская работа во всех учебных заведениях, начиная с начальных звеньев. Важнейшим элементом антинаркотической пропаганды является работа по созданию «сплошной наркологической грамотности». Речь идет о преодолении информационного дефицита, о доведении до широких масс населения (и в первую очередь до молодежи) необходимых данных о сущности наркотиков как средств, изменяющих психическое состояние, о механизмах формирования физической и психической зависимости от них, то есть развития наркомании и токсикомании как болезней, стоящих в ряду психических заболеваний и имеющих тяжелые биологические и социальные последствия. Первичная профилактика должна проводиться со всеми без исключения здоровыми детьми. Как для предупреждения инфекционных заболеваний необходимы профилактические прививки, так и для предупреждения аддиктивного поведения требуется специальное обучение. По аналогии его можно назвать психологической иммунизацией.

Доказано, что представления трети учащейся молодежи об ощущениях от воздействия наркотиков являются отнюдь не пугающими, а ассоциируются с приятными ощущениями. Многие считают, что если предоставить молодежи как можно больше информации о наркотиках, то таким образом можно привить «иммунитет против наркопотребления». Исследования, посвященные последствиям просвещения молодежи по проблемам наркотиков, показали, что:

– попытки запугать или эпатировать, описывая ужасные стороны жизни наркоманов, не дают никакого эффекта;

– запреты на употребление наркотиков могут подтолкнуть некоторых подростков к экспериментированию с ними;

– нагнетание тягостной атмосферы вокруг разговора о наркотиках — ошибка. Обсуждение этой темы должно быть обыденным делом, вопросом, с которым можно обратиться всегда;

– иногда попытки снизить вред от употребления наркотиков могут оказаться более целесообразными, чем стремление любой ценой отказаться от них. Это вопрос постановки достижимых целей;

– слишком часто бывает, что информация о наркотиках намеренно искажается таким образом, чтобы представить положение вещей страшнее, чем оно есть на самом деле. Возможно, спустя некоторое время подростки на собственном опыте обнаружат, что не всё так плохо. По сути, их ждет любопытное открытие — наоборот, употреблять наркотики очень даже круто, причем, «кайфа» еще больше от того, что родители и учителя запрещают это делать. Впредь они будут не слишком доверять тому, что рассказывают взрослые.

Грамотная профилактическая работа должна состоять из трех обязательных компонентов.

1. Образовательный компонент включает:

– знание о действии на организм химических веществ, изменяющих состояние сознания, о механизмах развития зависимости во всех аспектах;

– принятие концепции болезни и понимание последствий, к которым приводит зависимость от ПАВ;

– знание о себе, понимание своих чувств, эмоций, знание о возможных способах работы с ними, способность заботы о себе. Цель — научить подростка понимать и осознавать, что происходит с человеком при употреблении ПАВ, формирование развитой концепции самосознания у подростка.

2. Психологический компонент включает коррекцию определенных психологических особенностей личности, способствующих развитию зависимости от ПАВ, психологическую адаптацию подростков из группы риска. Цель — формирование навыков эффективного общения, критического мышления, принятия решений; выработки адекватной самооценки; умения постоять за себя, избегать ситуаций неоправданного риска; делать рациональный, жизненный выбор; регуляции эмоций; избегания стрессов; разрешения конфликтов; сопротивления давлению извне; умения сказать «нет»; нести ответственность за свои действия и свой выбор; умение обратиться при необходимости за помощью.

3. Социальный компонент включает помощь в социальной адаптации подростка, решение проблемы занятости.

Таким образом, профилактическая работа должна включать не только информационно-просветительский блок, но и психолого-педагогические аспекты (тренинги, ролевые игры). Именно это позволяет увлечь детей, донести до них ценности здоровья, активного творческого образа жизни. В учреждениях образования имеет значение и дисциплинарный элемент для правильного реагирования на проступки и нарушения учебных правил.

Решаемые антинаркотической пропагандой и профилактикой задачи — это воспитание установки на здоровый и социально позитивный образ жизни, в котором нет места наркотикам и другим одурманивающим веществам, алкоголю, табаку, на раскрытие всех возможностей духовного и физического развития. Наиболее эффективной и

действенной формой воздействия на сознание молодежи является агитация за здоровый образ жизни в сочетании с антинаркотической пропагандой.

В настоящее время на месте прежней цели — достижение абсолютной абстиненции, то есть полного отказа от немедицинского потребления каких-либо психоактивных веществ — оказалась иная: формирование здорового образа жизни. Новая цель обусловила необходимость перестановки акцентов в профилактической работе. В ее фокусе должны быть не химические вещества и вызываемые ими эффекты, а люди и анализ причин потребления ими наркотиков. Деструктивные, связанные с запугиванием методы первичной профилактики заменяются на конструктивные, направленные не на изменение или разрушение спонтанных социальных установок, а на формирование таких установок и смысловой ориентации личности, при которых алкоголь и психоактивные вещества не являются ценностями. Фундаментом превенции зависимости считается сегодня содействие формированию жизненных компетенций. Если молодые люди научатся справляться с повседневными конфликтами и выдерживать нагрузки, брать на себя ответственность, формировать стабильное чувство собственного достоинства, расслабляться и наслаждаться, в таком случае понижается вероятность того, что они выберут аддиктивные средства в качестве стратегии преодоления жизненных проблем. В плане формирования здорового образа жизни на данном этапе важен переход от одноразовых акций к созданию общегосударственной, постоянно действующей воспитательной и образовательной системы. На воспитание здорового поколения необходимо ориентировать всю систему образования, особенно школьного, с изучением вопросов здорового образа жизни как отдельной дисциплины.

Профилактика потребления психоактивных веществ является одной из важнейших проблем современности. Во всем мире создаются программы превентивного обучения подрастающего поколения здоровому образу жизни и навыкам сопротивления приобщению к наркотикам. Задачи программы: развитие социальной и личностной компетенции детей; выработка навыков самозащиты и предупреждения возникновения проблем. Решение каждой из этих задач предполагает: 1) обучение навыкам эффективного общения, критического мышления, принятия решений, выработки адекватной самооценки; 2) обучение навыкам умения постоять за себя, избегать ситуаций неоправданного риска, делать рациональный, здоровый жизненный выбор, а также навыкам регуляции эмоций, избегания стрессов, разрешения конфликтов, сопротивления давлению извне. В настоящее время количество различных профилактических программ, созданных по вышеуказанной модели, исчисляется трехзначным числом. Большинство школ и значительная часть детских учреждений многих развитых стран охвачены практической работой, реализующей теорию и методологию обучения в русле таких программ. В нашей ситуации программы просвещения являются практически единственным средством осуществления деятельности по сокращению спроса на психоактивные вещества. Существующая проблема научно-методического обеспечения профилактических мероприятий в нашей стране определяется выбором между адаптацией зарубежных программ и созданием собственных авторских. В настоящее время имеется достаточно материалов по методике и организации профилактической работы.

В среде медицинской общественности растет понимание чрезвычайной важности профилактики зависимостей. Результатом этого становится происходящее на наших глазах формирование новой научно-медицинской дисциплины — профилактической наркологии. Свидетельство этому — выход в свет коллективного труда «Наркотическая аддикция: социальные, медицинские и психологические аспекты», а также замечательной монографии академика П. И. Сидорова, которая так и называется «Наркологическая превентология». Это первое фундаментальное междисциплинарное руководство

по профилактике зависимости от психоактивных веществ, предназначенное для наркологов, психиатров, организаторов здравоохранения, врачей общей практики, социальных работников, клинических психологов, педагогов, юристов, религиозных деятелей, работников культуры. В нем анализируются теоретико-методологические проблемы наркологической превентологии и детально описаны ее основные направления — педагогические, медицинские, социальные, психологические, культуральные, административно-правовые и духовные. [...]

Плоткин Ф. Б. Профилактика наркомании в Республике Беларусь: состояние, проблемы, перспективы // Здравоохранение. 2008. № 9. С. 74–88.

Вопросы:

1. Объясните, почему наркомания является мультифакторным заболеванием, имеющим как медико-биологические, так и социальные аспекты.
2. Какие задачи ставятся перед антинаркотической пропагандой и профилактической работой специалистов?

**ПРИМЕРНЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ К ЗАЧЕТУ ПО КУРСУ
«БИОМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА»**

1. Этика как философская дисциплина. Структура современного этического знания.
2. Понятие морали и ее специфика.
3. Структура и функции морали.
4. Медицинская этика как разновидность профессиональной этики.
5. История профессиональной этики врача. Этика Гиппократов.
6. Медицинская этика в Беларуси. Кодекс врачебной этики и Клятва врача Республики Беларусь.
7. Понятие биоэтики и социокультурные предпосылки ее формирования.
8. Особенности и проблемное поле биоэтического знания.
9. Специфика высших моральных ценностей в медицине. Здоровье и болезнь в контексте моральных ценностей.
10. Принципы биомедицинской этики.
11. Правило информированного согласия.
12. Правило правдивости.
13. Правило конфиденциальности (врачебная тайна).
14. Основные понятия и проблемное поле современной медицинской деонтологии.
15. Модели отношений «врач–пациент».
16. Морально-психологические особенности общения врача с пациентом и его родственниками. Права и обязанности пациента.
17. Этика взаимоотношений медицинских работников.
18. Проблема врачебных ошибок и ятрогений в деятельности медицинских работников.
19. Биоэтика и формирование нравственной культуры врача.
20. Биоэтика и религия.
21. Природа и статус эмбриона.
22. Этические проблемы искусственного аборта.
23. Этика новых репродуктивных технологий. Морально-этические проблемы контрацепции и стерилизации.
24. Смерть в контексте исторических типов мировоззрения.
25. Дефиниция и критерии смерти в медицине.
26. Эвтаназия как этическая проблема.
27. Паллиативная помощь. Хосписы.
28. Психология терминальных больных. Этика в онкологии.
29. Этико-правовое регулирование биомедицинских исследований с участием человека.

30. Этические нормы использования животных в биомедицинских исследованиях.

31. Принципы биомедицинской этике в обращении с телами умерших и анатомическими препаратами. Понятие «анатомический дар».

32. Этические комитеты: сущность, структура и функции.

33. Этические аспекты трансплантологии.

34. Понятие биобезопасности и правовые основы ее регулирования.

35. Моральные проблемы получения и использования генетической информации.

36. Этические аспекты создания и использования трансгенных растений и животных.

37. Этические аспекты использования стволовых клеток и клонирования человека.

38. Морально-этические основы помощи людям, живущим с ВИЧ/СПИД.

39. Этика в психиатрии и наркологии.

40. Помощь людям с особенностями психофизического развития и проблема их социализации.

41. Морально-этические проблемы эпидемиологии, иммунологии, радиационной и экологической медицины.

42. Этические аспекты функционирования и развития белорусской системы здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

Основная

1. *Основы биоэтики* : учеб. пособие / под ред. Я. С. Яскевич, С. Д. Денисова. Минск, 2009.
2. *Биомедицинская этика* : учеб. пособие / под общ. ред. Т. В. Мишаткиной, С. Д. Денисова, Я. С. Яскевич. Минск, 2003.
3. *Биоэтика* : междисциплинарные стратегии и приоритеты : учеб.-метод. пособие / под ред. Я. С. Яскевич. Минск, 2007.
4. *Биоэтика* : вопросы и ответы / под ред. Б. Г. Юдина, П. Д. Тищенко. М., 2005.
5. *Биомедицинская этика* / под ред. В. И. Покровского, Ю. М. Лопухина. М., 2002. Вып. 3.
6. *Введение в биоэтику* / под общ. ред. Б. Г. Юдина, П. Д. Тищенко. М., 1998.
7. *Вековщина, С. В.* Биоэтика : начала и основания / С. В. Вековщина, В. Л. Кулиниченко. Киев, 2002.
8. *Силуянова, И. В.* Биоэтика в России : ценности и законы / И. В. Силуянова. М., 1997.
9. *Сгречча, Э.* Биоэтика : учеб. / Э. Сгречча, В. Тамбоне. М., 2002.
10. *Этика* : энциклопедический словарь / под ред. Р. Г. Апресяна, А. А. Гусейнова. М., 2001.
11. <http://www.bioetics.ru>. Дата доступа 24.05.11.

Дополнительная

К теме 1

1. *Библер, В. С.* Нравственность. Культура. Современность / В. С. Библер. М., 1990.
2. *Войтыла, К.* Основания этики / К. Войтыла // Вопросы философии. 1991. № 1.
3. *Гусейнов, А. А.* Этика / А. А. Гусейнов, Р. Г. Апресян. М., 2000.
4. *Дробницкий, О. Г.* Моральная философия : избранные труды / О. Г. Дробницкий. М., 2002.
5. *Зеленкова, И. Л.* Этика / И. Л. Зеленкова. Минск, 2004.
6. *Золотухина-Аболина, Е. В.* Современная этика: истоки и проблемы / Е. В. Золотухина-Аболина. Ростов н/Д, 2003.
7. *Разин, А. В.* Этика / А. В. Разин. М., 2006.
8. *Этика* : учеб. пособие / под ред. Т. В. Мишаткиной, Я. С. Яскевич. Минск, 2002.
9. *Этика* : учеб. пособие для студ. философ. ф-тов вузов / под ред. А. А. Гусейнова, Е. Л. Дубко. М., 1999.

К теме 2

1. *Амосов, Н.* Мысли и сердце / Н. Амосов. М., 1994.
2. *Булгаков, М. А.* Записки юного врача : собр. соч. в 5 т. / М. А. Булгаков. М., 1989.
3. *Вересаев, В. В.* Записки врача / В. В. Вересаев. М., 1994.
4. *Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы* : сб. офиц. материалов. М., 1996.
5. *Врачи, пациенты, общество. Права человека и профессиональная ответственность врача в документах международных организаций.* Киев, 1999.
6. *Гиппократ.* Избранные книги. М., 1994.

7. *Деонтология в медицине*. В 2 т. / под ред. Б. В. Петровского. М., 1988.
8. *Иванюшкин, А. Я.* Профессиональная этика в медицине / А. Я. Иванюшкин. М., 1990.
9. *Михайлова, Е. П.* Биомедицинская этика : теория, принципы и проблемы / Е. П. Михайлова, А. Н. Бартко. М., 1995.
10. *Молль, А.* Врачебная этика. Обязанности врача во всех отраслях его деятельности. Для врачей и публики / А. Молль. СПб., 1903.
11. *Петров, Н. Н.* Вопросы хирургической деонтологии / Н. Н. Петров. Л., 1956.
12. *Солженицын, А. И.* Раковый корпус / А. И. Солженицын. М., 2001.
13. *Яровинский, М. Я.* Медицинская этика (биоэтика) / М. Я. Яровинский. М., 2006.

К теме 3

1. *Биомедицинская этика : проблемы и перспективы : материалы Междунар. конф.*, Минск, 12–13 окт. 2000 г. Минск, 2000.
2. *Биоэтика : междисциплинарные стратегии и приоритеты : учеб.-метод. пособие* / под ред. Я. С. Яскевич. Минск, 2007.
3. *Биоэтика : принципы, правила, проблемы* / под ред. Б. Г. Юдина. М., 1998.
4. *Коновалова, Л. В.* Прикладная этика. Вып. 1. Биоэтика и экоэтика / Л. В. Коновалова. М., 1998.
5. *Лопухин, Ю. М.* Биоэтика / Ю. М. Лопухин // Вестник РАМН. 1993. № 3.
6. *Михайлова, Е. П.* Биомедицинская этика : теория, принципы и проблемы / Е. П. Михайлова, А. Н. Бартко. М., 1995.
7. *Поттер, В. Р.* Биоэтика : мост в будущее / В. Р. Поттер. Киев, 2002.
8. *Тищенко, П. Д.* Био-власть в эпоху биотехнологий / П. Д. Тищенко. М., 2001.
9. *Фролов, И. Т.* Этика науки : проблемы и дискуссии / И. Т. Фролов, Б. Г. Юдин. М., 1986.
10. *Хабермас, Ю.* Будущее человеческой природы / Ю. Хабермас. М., 2002.

К теме 4

1. *Биоэтика : принципы, правила, проблемы* / под ред. Б. Г. Юдина. М., 1998.
2. *Гусейнов, А. А.* Этика / А. А. Гусейнов, Р. Г. Апресян. М., 2000.
3. Закон Республики Беларусь «О здравоохранении» от 11 января 2002 г. № 91-3.
4. *Зеленкова, И. Л.* Этика / И. Л. Зеленкова. Минск, 2004.
5. *Коновалова, Л. В.* Прикладная этика. Вып. 1. Биоэтика и экоэтика / Л. В. Коновалова. М., 1998.
6. *Михайлова, Е. П.* Биомедицинская этика : теория, принципы и проблемы / Е. П. Михайлова, А. Н. Бартко. М. : ММСИ, 1995. Ч. 1, 2.
7. *Кэмпбелл, Э.* Медицинская этика / Э. Кэмпбелл, Г. Джиллетт, Г. Джонс. М., 2004.
8. *Этика : учеб. пособие* / под ред. Т. В. Мишаткиной, Я. С. Яскевич. Минск, 2002.
9. *Этика : учеб. пособие для студ. философ. ф-тов вузов* / под ред. А. А. Гусейнова, Е. Л. Дубко. М., 1999.
10. *Яровинский, М. Я.* Медицинская этика (биоэтика) / М. Я. Яровинский. М., 2006.

К теме 5

1. *Биомедицинская этика : проблемы и перспективы : материалы Междунар. конф.*, Минск, 12–13 окт. 2000 г. Минск, 2000.
2. *Биоэтика : принципы, правила, проблемы* / под ред. Б. Г. Юдина. М., 1998.

3. *Бойко, Ю. Г.* Клинико-анатомический анализ врачебных ошибок / Ю. Г. Бойко, Н. Ф. Силаева. Минск, 1994.
4. *Витч, Р.* Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений / Р. Витч // Вопросы философии. 1994. № 3.
5. *Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы* : сб. офиц. материалов. М., 1996.
6. *Врачи, пациенты, общество. Права человека и профессиональная ответственность врача в документах международных организаций.* Киев, 1999.
7. *Деонтология в медицине.* В 2 т. / под ред. Б. В. Петровского. М., 1988.
8. *Закон Республики Беларусь «О здравоохранении» от 11 января 2002 г. № 91-3.*
9. *Кассирский, И. А.* О врачевании / И. А. Кассирский. М., 1995.
10. *Кэмпбелл, Э.* Медицинская этика / Э. Кэмпбелл, Г. Джиллетт, Г. Джонс. М., 2004.
11. *Медицина и права человека.* М., 1992.
12. *Орлов, А. Н.* Основы клинической биоэтики / А. Н. Орлов. Красноярск, 2000.
13. *Яровинский, М. Я.* Медицинская этика (биоэтика) / М. Я. Яровинский. М., 2006.

К теме 6

1. *Архиепископ Лука Войно-Ясенецкий.* Дух, душа и тело. М., 1997.
2. *Библия.* Книги Священного Писания Ветхого и Нового завета.
3. *Бочаров, А.* Любовь исцеляющая. Очерки психологии болезни и выздоровления / А. Бочаров, А. Чернышев. М. : Свет Православия, 2004.
4. *Еротич, В.* Психологическое и религиозное бытие человека / В. Еротич. М., 2008.
5. *Гольшиев, С.* Мой сын — даун / С. Гольшиев. М., 2009.
6. *Зеньковский, В. В.* Проблемы воспитания в свете христианской антропологии / В. В. Зеньковский. М., 2002.
7. *Брек, Иаон* Священный дар жизни / Иаон Брек, протопресвитер. М., 2004.
8. *Иерофей (Влахос)* Православная психотерапия / Иерофей (Влахос), митрополит. Изд-во Свято-Троицкой Сергиевой Лавры, 2004.
9. *Ларше, Ж.-К.* Исцеление психических болезней : опыт христианского Востока первых веков / Ж.-К. Ларше ; пер. с франц. М., 2007.
10. *Основы социальной концепции Русской Православной Церкви.* М., 2001.
11. *Православное учение о человеке.* Избранные статьи. Москва–Клин, 2004.
12. *Силуянова, И.* Антропология болезни / И. Силуянова. М., 2007.
13. *Ухтомский, А. А.* Доминанта / А. А. Ухтомский. СПб. : Питер, 2002.
14. *Ухтомский, А. А.* Заслуженный собеседник : Этика. Религия. Наука / А. А. Ухтомский. Рыбинск : Рыбинское подворье, 1997.
15. *Флоренская, Т. А.* Диалог в практической психологии. Наука о душе / Т. А. Флоренская. М., 2001.

К теме 7

1. *Обухов, М.* Аборт и «трудные случаи» / М. Обухов // Православие и проблемы биоэтики / под ред. проф. И. В. Силуяновой. М., 2001.
2. *Уиллки, Дж.* Мы можем любить их обоих. Аборт : вопросы и ответы / Дж. Уиллки, Б. Уиллки. М., 2002.
3. *Пултавская, В.* Влияние прерывания беременности на психику женщины / В. Пултавская. М., 2002.

4. Глуховец, Б. И. Влияние противозачаточных средств на состояние женского организма : учеб. пособие / Б. И. Глуховец, Н. Г. Глуховец. СПб., 1999.
5. Чернега, К. А. Некоторые правовые аспекты искусственного прерывания беременности / К. А. Чернега // Медицинское право и этика. 2002, № 3.
6. Биоэтика : принципы, правила, проблемы / под ред. Б. Г. Юдина. М., 1998.
7. Распутин, В. Г. Женский разговор / В. Г. Распутин // Литература в школе. 1997. № 2.
8. Бобров, А. А. Дети — живая надежда России / А. А. Бобров // Русский дом. 2001. № 1.
9. Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. М., 2001.
10. Леонов, Б. Рождение in vitro / Б. Леонов // Человек. 1995. № 3.
11. Сабурова, В. И. Фетальные исследования в материалах Комитета по этическим и правовым вопросам Американской медицинской ассоциации / В. И. Сабурова, И. В. Силуянова, Н. А. Сушко // Медицинское право и этика. 2002. № 2.
12. <http://orthomed.ru>. Дата доступа 24.05.11.
13. <http://www.getmanov.ru>. Дата доступа 24.05.11.

К теме 8

1. Гурвич, А. М. Стойкие вегетативные состояния / А. М. Гурвич // Биомедицинская этика / под ред. В. И. Покровского, Ю. М. Лопухина. М., 1997.
2. Инструкция по констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга // Медицинское право и этика. 2000. № 3.
3. Кюблер-Росс, Э. О смерти и умирании / Э. Кюблер-Росс ; пер. с англ. Киев, 2001.
4. Тищенко, П. Д. Эвтаназия : российская ситуация в свете американского и голландского опыта / П. Д. Тищенко // Медицинское право и этика. 2000. № 2.
5. Чернега, К. А. Правовые проблемы эвтаназии в России / К. А. Чернега // Медицинское право и этика. 2001. № 3.
6. Першин, М. С. Статус мертвого тела в философской антропологии и медицине / М. С. Першин // Биоэтика : реальность жизни. М., 2001.
7. Бялик, М. Л. Хоспис : этический выбор / М. Л. Бялик // Медицинское право и этика. 2002. № 3.
8. Толстой, Л. Н. Смерть Ивана Ильича / Л. Н. Толстой // Собр. соч. в 12 т. М., 1984. Т. 11.
9. Войно-Ясенецкий, В. Ф. Очерки гнойной хирургии / В. Ф. Войно-Ясенецкий. М., 1946.
10. Кураев, Андрей Христианская философия и пантеизм / Андрей Кураев, диакон. М., 1997.
11. Барбур, Иен Религия и наука : история и современность / Иен Барбур. М., 2000.
12. Лосский, В. Н. Богословское понятие человеческой личности / В. Н. Лосский // Богословие и Боговидение. М., 2000.
13. Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. Гл. XII. Биоэтика. М., 2001.
14. Гнездилов, А. Путь на Голгофу. Очерки работы психотерапевта в онкологической клинике и хосписе / А. Гнездилов. СПб, 1995.
15. Антоний (Сурожский) Жизнь. Болезнь. Смерть / Антоний (Сурожский), митрополит. Клин, 2001.

16. Зорза, Р. Путь к смерти. Жить до конца / Р. Зорза, В. Зорза ; пер. с англ. М., 1990.
17. Солженицын, А. И. Раковый корпус / А. И. Солженицын. М., 2001.
18. Павлова, Ю. В. Проблемы эвтаназии в праве / Ю. В. Павлова // Здоровый смысл. 2005, № 3 (36).
19. Першин, М. С. Эвтаназия : легко ли «легко» умирать / М. С. Першин // <http://rsmu.ru/335.html>. Дата доступа 24.05.11.
20. <http://bioethics.orthodoxy.ru>. Дата доступа 24.05.11.

К теме 9

1. *Биоэтика* : принципы, правила, проблемы / под ред. Б. Г. Юдина. М., 1998.
2. Сальников, В. П. Трансплантология органов и тканей человека : проблема правового регулирования / В. П. Сальников, С. Г. Стеценко. СПб., 2000.
3. Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины : конвенция о правах человека и биомедицине (ETS № 164) 4.04.97.
4. Состояние и перспективы трансплантологии : материалы Междунар. науч.-практ. конф., Минск, 9–10 окт. 2008 г. Минск, 2008.
5. Закон Республики Беларусь «О трансплантации органов и тканей человека» от 04.03.1997 г. № 28-3.
6. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 47 от 2 июля 2002 г. «Об утверждении инструкции о порядке констатации биологической смерти и прекращения мер по искусственному поддержанию жизни пациента».
7. Проблема трансплантации органов и клеток человека в Республике Беларусь / А. Л. Усс [и др.] // Здравоохранение. 2009. № 7.

К теме 10

1. *Биоэтика* : принципы, правила, проблемы / под ред. Б. Г. Юдина. М., 1998.
2. *Биоэтика* : теория, практика, перспективы : материалы респ. студ. науч.-практ. конф. Минск, 2005.
3. Игнатъев, В. Н. Этика медицинских исследований на людях : от Нюрнберга до Страсбурга / В. Н. Игнатъев. М., 1998.
4. Этические и правовые проблемы клинических испытаний и экспериментов на человеке и животных. М., 1994.
5. Философия биомедицинских исследований : этос науки начала третьего тысячелетия. М., 2004.
6. Хельсинкская декларация. Рекомендации для врачей, проводящих медико-биологические исследования с участием людей / Принята Хельсинки, 1964 г. ; пересмотрена Токио, 1975 г. ; Венеция, 1983 г. ; Гонконг, 1989 г.
7. Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины: конвенция о правах человека и биомедицине (ETS № 164) 4.04.97.
8. Руководство по качественной клинической практике (GCP) // Междунар. конф. по гармонизации требований к регистрации медикаментов, применяемых у людей / пер. С. Ю. Варшавского. М., 1997.

К теме 11

1. *Биоэтика* : принципы, правила, проблемы / под ред. Б. Г. Юдина. М., 1998.
2. *Биоэтика* : теория, практика, перспективы : материалы респ. студ. науч.-практ. конф. Минск, 2005.

3. *Этико-правовые* аспекты проекта «Геном человека» (международные документы и аналитические материалы). М., 1998.
4. *Ермишин, А. П.* Генетически модифицированные организмы : мифы и реальность / А. П. Ермишин. Минск, 2004.
5. *Биотехнология. Биобезопасность. Биоэтика* / под ред. А. П. Ермишина. Минск, 2005.
6. *Этика геномики* // Человек. 1999. № 4, 5.

К теме 12

1. *Закон Республики Беларусь «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»* от 01.07.1999 г. № 274-3.
2. *Евсегнеев, Р. А.* Психиатрия для врача общей практики / Р. А. Евсегнеев. Минск, 2001.
3. *Кирпиченко, А. А.* Психиатрия / А. А. Кирпиченко. Минск, 1996.
4. *Духовные основы наркомании* / под ред. иером. Анатолия (Берестова). М., 2002.
5. *Прокопенко, А. С.* Безумная психиатрия. Секретные материалы о применении в СССР психиатрии в карательных целях / А. С. Прокопенко. М., 1997.
6. *Плоткин, Ф. Б.* Профилактика наркомании в Республике Беларусь : состояние, проблемы, перспективы / Ф. Б. Плоткин // Психиатрия. 2009. № 1.
7. *Мюллер-Хилл, Б.* Психиатрия при нацизме. Этика психиатрии / Б. Мюллер-Хилл. Киев, 1998.
8. *Этика практической психиатрии* : рук. для врачей / под ред. В. А. Тихоненко. М., 1996.

Словарь терминов

Автономная модель взаимоотношений врача и больного — исходит из принципа автономности пациента, уважения автономии личности и стремления к обеспечению блага пациента.

Автономность (от греч. *autonomia*: *autos* — сам и *nomos* — закон) — принцип медицинской этики, основанный на единстве прав врача и пациента, предполагающий их взаимный *диалог*, при котором право выбора и ответственность не сосредотачиваются всецело в руках врача, а распределяются между ним и пациентом.

Аксиология (от греч. *axios* — ценность и *logos* — слово, понятие) — учение о ценностях, цель которого исследовать высшие смыслообразующие принципы как условие необходимого и общезначимого различения истинного и ложного, доброго и злого, справедливого и несправедливого. Важнейшими вопросами аксиологии являются: что есть благо, место ценности в структуре бытия — предметной реальности, ее значимость для субъекта и общества.

Альтруизм (от лат. *alter* — другой) — самоотверженное, сознательное и добровольное служение людям, желание помогать другим, способствовать их счастью на основе мотива любви, преданности, верности, взаимопомощи, сочувствия, сострадания.

Антропоцентризм — мировоззрение, согласно которому человек есть центр Вселенной и конечная цель всего мироздания.

Апатия (от греч. *apatheia* — бесчувственность) — термин античной этики, означающий бесстрашие, безмятежность, умение властвовать над собой.

Атараксия (от греч. *ataraxia* — невозмутимость) — термин античной этики, означающий состояние душевного покоя, безмятежность, невосприимчивость души к аффектам, перенос внимания с внешних обстоятельств на внутреннее состояние и предпочтение разума чувствам.

Аффект (от лат. *affectus* — душевное волнение, страсть) — относительно кратковременное, сильно и бурно протекающее эмоциональное переживание (страх, ужас, отчаяние, ярость и т. п.), сопровождающееся криком, плачем, резкими выразительными движениями; может нарушать нормальное течение восприятия, мышления, вызывать помрачение сознания вплоть до патологической формы.

Бессмертие — термин, означающий веру в нескончаемость человеческого существования, особенно души человека. В человеческой культуре выделяются следующие концепции бессмертия: 1) бессмертие как приобщение к миру вечных идей — *эйдетическая концепция* (от греч. *eidos* — идея, образ, существующие отдельно от единичных вещей); 2) бессмертие

как воскресение и причастие к благодати Святого Духа — *христианская концепция* (исходит из смертности человека, воплощающего единство тела и духа); 3) бессмертие первоначал человеческой природы (атомов, генетического кода и др.) и брэнность (смертность) человеческого существования — *натуралистическая концепция*; 4) бессмертие как сохранение достижений человеческой личности в памяти человечества — *социокультурная концепция*.

Бессознательное — совокупность активных психических образований, состояний, процессов, операций и действий человека, неосознаваемых им, или состояние человека, характеризующееся отсутствием сознания. В XX в. наиболее полно учение о бессознательном разрабатывается в рамках психоаналитической концепции З. Фрейда. По Фрейду, бессознательное — основная и наиболее содержательная система психики человека, регулируемая принципом удовольствия и включающая в себя различные врожденные и вытесненные мотивы, импульсы, влечения, желания, установки, комплексы, характеризующиеся неосознанностью и асоциальностью.

Биомедицинская этика (БМЭ) — этико-прикладная дисциплина, предметом которой выступает нравственное отношение общества в целом и профессионалов — медиков и биологов в особенности — к человеку, его жизни, здоровью, смерти и которая ставит перед собой задачу сделать их охрану приоритетным правом каждого человека.

Бионика — прикладная наука о применении в технических устройствах и системах (в частности, в системах искусственного интеллекта) принципов, свойств, функций и структур живой природы.

Биополитика — учение о целостной системе теоретических разработок и практических мер по обеспечению сохранения жизни и ее разнообразия на Земле; обозначает также использование биологических подходов, методов и данных в политике и политологических исследованиях.

Биоразнообразие — совокупность всех видов и форм живого, взаимосвязанных, взаимозависимых и необходимых друг другу, что обуславливает требование бережного отношения к нему и заботу человека о его сохранении.

Биосфера (от греч. bios — жизнь, sphaire — шар) — оболочка Земли, содержащая всю совокупность живых организмов и ту часть вещества планеты, которая находится в непрерывном обмене с ними.

Биота (биос) (от греч. biotē — жизнь) — 1) исторически сложившаяся совокупность растений и животных, объединенных общей областью распространения; 2) целостная совокупность живого на Земле.

Биофилософия — междисциплинарное направление, ориентированное на изучение онтологических, гносеологических, методологических,

мировоззренческих, аксиологических проблем бытия через призму исследования феномена *жизни*.

Биоэтика (bioethiks — англ.) — междисциплинарное направление, ориентирующееся на изучение и разрешение моральных проблем, порожденных новейшими достижениями биомедицинской науки и практики. Высшей моральной ценностью в биоэтике выступает нравственно-понимающее отношение к Жизни и любому Живому, в частности, забота о правах *биоса*.

Биоэтическая ситуация — нестандартная ситуация в медицине, возникающая в связи с новейшими достижениями биомедицинской науки, практики и биотехнологий (в области генной инженерии, клонирования, трансплантологии, психиатрии и т. д.) и требующая этического вмешательства, экспертизы или контроля.

Благоговение перед жизнью — принцип гуманистической этики, требующий от личности индивидуального выбора на основе формулы *А. Швейцера*: «Я — жизнь, которая хочет жить... среди жизни, которая хочет жить», согласно которой следует «относиться с благоговением к каждому живому существу и уважать его как собственную жизнь»

Болезнь — нарушение жизнедеятельности организма, выражающееся физиологическими и структурными изменениями, возникающими под влиянием чрезвычайных (для данного организма) раздражителей внутренней и внешней среды. Болезнь характеризуется общим или частичным снижением приспособляемости к среде и ограничением свободы жизнедеятельности. Задачей медицины является *лечение* болезни, которое состоит в воздействии лечебными факторами или на причины, или на механизм ее развития, а также в мобилизации защитных сил организма.

Боль — своеобразное психофизиологическое состояние человека, тягостное, гнетущее ощущение, возникающее под влиянием сильных или разрушительных внешних воздействий, вызывающих органические или функциональные нарушения в организме. Боль является защитной реакцией организма и играет положительную роль в жизни живых существ, пока она предупреждает или предохраняет организм от грозящей ему опасности или помогает врачу распознать болезнь.

Вегетативное существование (от лат. vegetativus — растительный) — биологическое существование организма, находящегося в бессознательном состоянии ввиду прекращения функционирования мозга. Медицинская помощь — искусственное поддержание основных жизненных функций организма с помощью аппаратуры, способствующей воспроизведению лишь биологической — растительной — жизни, которая никогда не станет автономно-суверенной, а обречена на прогрессирующую деградацию.

Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) — специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, крупнейшая меж-

дународная медицинская организация, провозгласившая целью своей деятельности «достижение всеми народами возможно высшего уровня здоровья» (ст. 1 Устава ВОЗ).

Генетика (от греч. *genesis* — происхождение) — наука о законах наследственности и изменчивости организмов; о методах управления наследственностью и наследственной изменчивостью для получения нужных человеку форм организмов или в целях управления их индивидуальным развитием.

Генетика человека — отрасль генетики, тесно связанная с антропологией и медициной. Подразделяется на *антропогенетику*, изучающую наследственность и изменчивость нормальных признаков человеческого организма, и *генетику медицинскую*, которая изучает его наследственную патологию (болезни, дефекты, уродства и др.).

Генная инженерия — прикладное направление в генетике, в рамках которого разрабатываются различного рода биотехнологии, создаются генетически измененные организмы и модифицированные продукты, реализуются возможности генной терапии некоторых заболеваний человека, его зародышевых и соматических клеток, получения идентичных генетических копий данного организма и др.

Генетически модифицированные продукты (GMP) — новые, сконструированные с помощью генной инженерии продукты (продукты питания, лекарства, косметика и др.), отдаленное воздействие которых на человека пока не известно.

Гуманизм (от лат. *humanus* — человеческий) — мировоззрение, основанное на принципах равенства, справедливости, человечности отношений между людьми, проникнутое любовью к людям, уважением к человеческому достоинству, заботой о благе людей.

Деонтология врачебная (медицинская) (от греч. *deon* — должное, надлежащее и *logos* — учение) — учение о долге, обязанностях и нормах поведения медицинского персонала, обеспечивающих оптимальное качество и результативность его работы по восстановлению и сохранению здоровья людей. Предполагает *долг* врача перед обществом и пациентами, *право* медиков на профессиональное достоинство и честь, включает *нормативные принципы поведения*, определяющие характер отношений между врачом и пациентом. Вписывается в структуру *медицинской этики*, воплощается в *деонтологических кодексах*.

Добро и Зло — наиболее общие понятия морального сознания, разграничивающие нравственное и безнравственное; универсальная этическая характеристика всякой человеческой деятельности и отношений. Добро есть все, что направлено на созидание, сохранение и укрепление блага; Зло есть уничтожение, разрушение блага. Все профессиональные медицинские кодексы и клятвы, в которых сформулированы основные нравственные

принципы, определяющие идеалы, мотивы и действия врача, ориентированы на добро.

Доверия принцип — принцип автономной биомедицинской этики, основанный на симметричности, взаимности отношений врача и пациента, при которых пациент отдает себя в руки врача с верой в его профессионализм и добрые намерения.

Долг врачебный (профессиональный) — ключевое понятие медицинской деонтологии и врачебной этики. *Долг врача* заключается в выполнении всех требований, связанных с его работой и достижением главной цели — успеха в лечебной деятельности и оздоровлении больного, в независимости от условий и времени оказания медицинской помощи, от состояния врача и его отношения к личности больного.

Евгеника (от греч. eugenes — породистый) — влиятельное научное направление первой половины XX в., в рамках которого ставилась задача совершенствования наследственных характеристик человеческой популяции (физических и интеллектуальных).

Жизнь — форма существования целостных высокомолекулярных систем, отличающаяся обменом веществ и энергии, способностью к размножению, росту, активной регуляции своего состава и функций, раздражимостью, приспособляемостью к среде и т. д.

Здоровье — естественное состояние организма, характеризующееся его уравновешенностью с окружающей средой и отсутствием каких-либо болезненных изменений, «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» (ВОЗ).

Здравоохранение — социальная система, включающая совокупность действий, главная цель которых состоит в *охране здоровья* населения — его укреплении, восстановлении и поддержании; предупреждении и лечении заболеваний; создании здоровых условий труда и быта; содействии всестороннему физическому и духовному развитию населения; обеспечении его общедоступной квалифицированной медицинской помощью.

Идентификация (от лат. identificare — отождествлять) — психологическая категория, отражающая процесс и результат эмоционального и иного самоотождествления индивида с другим человеком, группой, образцом или идеалом.

Интернет-зависимость (Internet addiction disorder, IAD — англ.) — реально существующий феномен психологической зависимости от Интернета. Различают два подхода в интерпретации сетевой зависимости: 1) страсти к Сети рассматривается как социальное явление, как феномен массовой культуры, когда человек, работающий в Сети, получает «удовольствие от общения» (communication pleasure); 2) интернет-зависимость трактуется как болезнь, результат влияния информационных технологий

на человеческое сознание, проявляющийся в особой страсти к Сети, когда человек страдает от такой зависимости, но не может без посторонней помощи прекратить это общение или регулировать его.

Информированное согласие — принцип биомедицинской этики, предполагающий соблюдение права пациента знать всю правду о состоянии своего здоровья, о существующих способах лечения его заболевания и риске, связанном с каждым из них.

Искусственное (экстракорпоральное) оплодотворение — современный биотехнологический метод преодоления бесплодия — зачатие *in vitro* (в пробирке): внутриматочное оплодотворение яйцеклетки бесплодной, но способной к вынашиванию ребенка женщины спермой мужа (или другого мужчины), а затем имплантация оплодотворенной яйцеклетки в ее матку.

Казуистический подход — концепция биомедицинской этики, в основе которой лежит рассмотрение *казусов*. Нацелена на выработку конкретных правил и рекомендаций в конкретных ситуациях лечения и биомедицинских исследований.

Казус — сложный, необычный случай в лечебной практике или биомедицинских исследованиях, требующий принятия конкретного неординарного решения.

Клонирования этические проблемы (от греч *klōn* — ветвь, отпрыск). Клонирование — получение генетически однородного потомства путем неполового размножения. Разработанные методы клонирования животных пока еще несовершенны; наблюдается высокая смертность плодов и новорожденных; неясны многие теоретические вопросы клонирования из отдельной соматической клетки. Вместе с тем существует теоретическая возможность создания генетических копий человека из отдельной клетки любого его органа.

Клонирование терапевтическое — направление современной генетики, целью которого является клонирование не целостного организма, а отдельных его органов в интересах лечения больных, в частности для трансплантации. Один из предлагаемых методов — клонирование и использование эмбриональных стволовых клеток, что возвращает исследователей к этическим проблемам статуса эмбриона.

Клятва Гиппократа — свод морально-этических норм поведения врача по отношению к больным и коллегам, предусматривающий уважительное отношение к учителям, обучившим искусству врачевания; соблюдение принципа «Не навреди»; признание святости жизни; готовность воздерживаться от злодеяний и коррупции, сохранять врачебную тайну; отдать все силы и знания укреплению здоровья больных; делиться знаниями с коллегами.

Кодекс (от лат. *codex* — книга) — свод нравственных норм, предписываемых к исполнению: Кодекс врачебной этики; Клятва Гиппократова; Клятва врача Республики Беларусь.

Комитеты этические (биоэтические) — специальные структурные подразделения для проведения независимого этического контроля, обязательного для всех биомедицинских исследований.

Конфиденциальности принцип (от лат. *confidentia* — доверие) — принцип биомедицинской этики, обеспечивающий *взаимное доверие* между врачом и пациентом.

Корпоративность профессиональная (медицинская) (от лат. *corporatio* — объединение, сообщество) — преданность узким групповым интересам в рамках профессиональных объединений (корпораций).

Медицинская (врачебная) этика — отрасль прикладной профессиональной этики, выступающая составной частью биомедицинской этики и регулирующая «человеческие отношения» в медицине «по вертикали» (врач–больной) и «по горизонтали» (врач–врач) на основе традиционных установок *медицинской деонтологии*.

Милосердие — общечеловеческая ценность, проявление человеческого в человеке, наиболее действенная, «практическая» форма сострадания больному, «сердолобие, готовность делать добро всякому, любовь на деле».

Мораторий (от лат. *moratorius* — задерживающий) — временный запрет на проведение каких-либо исследований в области новейших биотехнологий, отсрочка внедрения тех или иных научных открытий, отдаленные последствия которых могут нанести вред или несут опасность.

Нейролингвистическое программирование (НЛП) (*neuron linguistic programming* — англ.) — новое междисциплинарное направление, цель которого — формирование модели успешной психотерапии на основе использования методов изменения текста (трансформационной грамматики) и его воздействия на человека. Методики НЛП позволяют быстрее добиваться взаимопонимания с окружающими, активизировать умственные способности (*нейро*); особым образом использовать язык (*лингвистическое*) для достижения своих целей; научиться управлять состоянием своего разума, психики, приводить свои убеждения и ценности в соответствие с желаемыми результатами (*программирование*).

Ноосфера (от греч. *noos* — разум и *sphaire* — шар) — эволюционное состояние биосферы, при котором разумная деятельность человека становится решающим фактором ее развития. В. И. Вернадский развил представление о ноосфере как качественно новой форме организованности, возникающей при взаимодействии природы и общества в результате преобразующей мир творческой деятельности человека, опирающейся на научную мысль.

Норма (от лат. *norma* — руководящее начало, правило, образец) — установленный эталон для оценки существующих и создания новых объектов. Наиболее известная область применения в медицине — это *диагноз*, позволяющий установить, находится ли данный субъект в границах нормы.

Нравственность — совокупность моральных норм и правил, регулирующих отношения и поведение людей в обществе.

Нравы — принятые в обществе формы поведения, реально существующие «житейские», «живые» нормы нравственности (в отличие от высших, декларируемых строгих идеалов и норм морали), бытующие в определенной общности (сфере жизни) в определенную эпоху. Объективированные в обязанностях и ставшие образом мышления и действия стереотипы поведения человека, рождающиеся в реальной жизни и не санкционированные специально.

«Особые» люди («необычные» люди) — лица с нарушениями или серьезными препятствиями физического или психического развития. Термин введен российским проф. Д. Н. Исаевым как гуманистическая альтернатива традиционному термину «неполноценные люди (дети)», несущему в себе прямое нарушение биоэтических принципов, запрещающих проведение сегрегации (разделения) людей по любым признакам. Основная этическая проблема связана с неготовностью общества и специалистов — медиков и педагогов — к включению этих людей (детей) в систему общественных связей, к последовательному проведению их адаптации, к созданию условий для их «нормализации».

Оценка моральная — суждение, выражающее моральное отношение к феноменам ценностного мира (одобрение — неодобрение, добро — зло, правильно — неправильно и т. п.). В биоэтике моральная оценка выполняет роль моральной санкции проводимых биомедицинских исследований с участием человека, применения новых биомедицинских знаний и технологий, новейших достижений биомедицинской науки и практики здравоохранения.

Ошибка врачебная — негативный результат лечения больного, связанный с профессиональным действием (или бездействием) врача и ухудшением здоровья или даже смертью больного. Наличие в медицинской практике врачебных ошибок и несчастных случаев как неизбежных явлений, сопутствующих лечению, не должно означать «права врача на ошибку», что могло бы породить элементарную профессиональную недобросовестность.

Патернализм (от лат. *paternus* — отцовский) — принцип биомедицинской этики, определяющий форму заботы о нуждах другого (пациента), подобно тому, как отец заботится о ребенке. Суть патернализма в том, что врач не только принимает на себя обязанность действовать, исходя из блага пациента, но и самостоятельно решает, в чем именно это благо состоит.

Патернализм «ослабленный» (ограниченный) — пограничная модель отношений врача и пациента, допускающая частичное ограничение свободы личности в случае снижения уровня ее автономии, например, когда необходимо удержать индивида с заметно сниженным уровнем личности от нанесения себе или другим существенного ущерба (попытка суицида, наркоманические галлюцинации) и выиграть время, чтобы выяснить серьезность его намерений.

Патология (от греч. pathos — страдание и logos — учение) — 1) раздел медицины, изучающий болезненные процессы и состояния в живом организме; 2) болезненное отклонение от нормы.

Права Живого (биоса) — базируются на принципе *благоговения перед жизнью*, признающем самоценность любого Живого как самостоятельного субъекта, независимо от его пользы или вреда для человека.

Право на достойную жизнь — предполагает реализацию личностью и обществом отношения к жизни как естественному, неотъемлемому праву каждого человека, которое принадлежит ему с момента его зарождения.

Право на достойную смерть (ПДС) — естественное право каждого человека, такое же, как *право на достойную жизнь*, так как смерть — другая сторона жизнедеятельности человека. Это право предполагает нравственную заботу об автономии и достоинстве умирающего, прежде всего, со стороны медицинских работников, которые должны дать больному правдивую информацию о его диагнозе, лечебных процедурах и доводах за и против них, чтобы пациент сам смог сделать выбор.

Пренатальная диагностика — определение пола ребенка, выявление наследственных заболеваний и другие манипуляции в период внутриутробного развития плода. Моральная правомерность процедуры определяется, во-первых, целями диагностики: определение пола плода или выявление у него наследственной патологии; во-вторых, последствиями диагностики: повлечет ли она за собой селективное прерывание беременности в зависимости от результата.

Принципы биоэтики — наиболее фундаментальные понятия биоэтической этики, на базе которых вырабатываются конкретные моральные нормы поведения врача и медика-исследователя. Основными принципами биоэтики признаются, прежде всего, *уважение автономии личности* (ее права на самоопределение) и *стремление к обеспечению блага пациента*, базирующиеся на фундаментальных демократических ценностях, которыми выступают, в частности, солидарность, соучастие, сострадание (Б. Дженнингс).

Прогноз (от греч. prognōsis — предвидение) — первоначально — предсказание хода болезни, основанное на ее распознавании, диагнозе; затем вообще всякое конкретное предсказание, суждение о состоянии какого-либо явления в будущем.

Профессионализм врача — понятие, включающее знания на уровне последних достижений медицинской науки; знания в области практической и социальной психологии; умение логически мыслить, наличие развитой интуиции и способности к анализу и синтезу фактов; обладание высокой техникой исполнения необходимых действий; высокие моральные качества, такие как гуманность и верность долгу.

Психология медицинская — один из составных элементов профессионализма врача, который повседневно имеет дело с конкретными и различными по своим психическим реакциям людьми, к каждому из которых нужен индивидуальный подход с учетом их психологических особенностей, социально и индивидуально обусловленных поведенческих и идеологических стереотипов, что требует от врача глубокого усвоения *практической и социальной психологии*.

Реанимации этические проблемы (от лат. re-animatio — оживление вновь) — совокупность мероприятий по оживлению человека в состоянии *клинической смерти*. Меры реанимационной помощи направлены к тому, чтобы задержать переход от жизни к смерти и как можно скорее восстановить жизнедеятельность организма.

Риск врачебный — необходимость принятия решения и совершения осознанного ответственного выбора в экстремальных лечебных ситуациях. Риск может быть: 1) оперативным — отражает неполноту знаний медицины или недостаток опытности врача; 2) этическим — отражает область межличностных отношений врача с больными, с их близкими, самооценку врачом своих возможностей и способностей; 3) рассчитанным — в случае, когда методы диагностического или лечебного воздействия тщательно проанализированы и врач выбирает тот метод, который связан с меньшим риском и большей эффективностью медицинского вмешательства.

Синергетика (от греч. synergos — вместе действующий) — междисциплинарное направление в современной науке, в рамках которого обособывается теория сложных самоорганизующихся систем, исследуется совместное действие многих подсистем самой различной природы, в результате которого возникает структура и соответствующее функционирование (Г. Хакен, 1978). Выступает методологическим основанием современной биоэтики как науки.

Смерть — прекращение жизнедеятельности организма и вследствие этого — гибель индивида как обособленной живой системы; процесс *перехода живого в мертвое*. Определение философско-онтологического *статуса смерти* предполагает решение проблемы *существования и сущности* смерти: если смерть (в строгом смысле слова) существует, то она представляет собой *процесс умирания*, переход одного качества в другое, одной формы бытия в другую.

Смерть клиническая — особый вид существования — *терминальное состояние*, граница бытия и небытия живого; процесс *умирания* как переход одного качества в другое. Специфическая особенность клинической смерти — ее принципиальная обратимость, поскольку с биологической точки зрения при этом состоянии сохраняется еще достаточное количество «элементов жизни», многие функции которых лишь приостановились.

Смерти критерии — признаки, определяющие окончательную степень деградации жизненного процесса и объективное наступление смерти. Современные концепции предлагают считать таким критерием смерти человеческого индивида омертвление головного мозга, ибо именно в этом случае утрачивается автономность и индивидуальность личности.

Справедливости принцип — в рамках гуманистической биоэтической парадигмы предполагает реализацию социальной программы, в соответствии с которой обеспечивается равный доступ всех слоев и групп населения к общественным благам, в том числе получению биомедицинских услуг, доступность фармакологических средств, необходимых для поддержания здоровья, защита при проведении биомедицинских исследований наиболее уязвимых слоев населения.

Страдание и Сострадание — взаимодополняющие друг друга этические категории. *Страдание* — эмоциональное состояние человека, порожденное трудностями, превышающими его физические, душевные и духовные возможности; физическая или нравственная мука, боль. Страдание рассматривается в этике как *школа жизни*, так как оно 1) учит правде и справедливости; 2) очищает душу, успокаивая совесть; 3) облагораживает человека, являясь источником нравственных ценностей; 4) закаляет волю, выдержку, настойчивость. Основное предназначение врача — освободить пациента от страдания. *Сострадание* — жалость, сочувствие, вызываемые несчастьем, горем, страданием другого человека, соединенное с желанием помочь ему. Сострадание — способность страдать вместе с другим, сочувствовать, сопереживать, соболезновать ему — неотъемлемое качество врача, в основе которого лежит высокоразвитая эмоционально-чувственная сторона личности.

Субординация медицинская (от лат. *sub* — под и *ordinatio* — приведение в порядок) — система служебного подчинения младшего медицинского персонала среднему и старшему, основанная на правилах служебной дисциплины.

Суррогатная мать (от лат. *surrogatus* — заменяющий другого) — женщина, вынашивающая чужой эмбрион, плод, имплантированный в ее организм (оплодотворенную яйцеклетку другой женщины, которая не может или не хочет вынашивать ребенка). Этические проблемы возникают из-за обоюдных претензий генетических родителей и суррогатной матери по поводу «принадлежности» родившегося ребенка.

Тайна врачебная — фундаментальная ценность и принцип медицинской этики, включающий в себя сохранение в тайне информации, касающейся пациента. Принцип основан на доверительном отношении врача и пациента друг к другу. Понятие «врачебная тайна» включает в себя: 1) сведения о больном, полученные от него самого, его родственников, близких ему людей; 2) медицинские знания, которые не следует доверять больному и другим непосвященным.

Танатология (от греч. *thanatos* — смерть, *logos* — учение) — раздел медицины, изучающий причины, признаки и механизмы смерти, течение процесса умирания, изменения в тканях организма, связанные с умиранием и смертью, а также этические вопросы врачебного вмешательства в процессы умирания — оживление организма (*реанимация*) и облегчение предсмертных страданий больного (*эвтаназия*).

Телемедицина (от греч. *tēle* — вдаль) — «отдаленная», дистантная медицина — оказание медицинской помощи с использованием новейших компьютерных технологий и средств удаленной радио- и телесвязи.

Тело — понятие, имеющее несколько значений: 1) живой организм в его соотнесенности с душой; 2) естественные природные тела (наделенные и не наделенные жизнью, изучаемые соответственно физикой, химией, биологией, физиологией и т. д.); 3) искусственные тела, произведенные человеком в процессе цивилизационного развития. В современной биоэтике важнейшими проблемами, связанными с понятием тела, являются проблема трансплантации органов, использование тел умерших людей и тел животных в биомедицинских исследованиях.

Трансплантации этические проблемы (от лат. *transplantare* — пересаживать) — пересадка органов с последующим их приживлением в пределах одного организма (ауто трансплантация), или от одного организма другому того же вида (гомотрансплантация), или другого вида (гетеротрансплантация), или даже в пределах разных классов и отрядов (ксенотрансплантация).

«Умирание с достоинством» — предполагает нравственную заботу об умирающем больном, проявляющуюся в уважительном отношении как к его телесному, так и духовному достоинству. Включает в себя психологическое и эстетическое измерения: уважение личной уникальности пациента, его мировоззренческих, религиозных взглядов и убеждений, его национальной принадлежности; заботу о гигиеническом и эстетическом состоянии тела умирающего.

Хосписы — специальные организации помощи умирающим, особые медико-социальные институты, в которых безнадежно больные люди получают возможность достойно завершить свою жизнь. Обстановка и деятельность персонала в хосписе нацелены на создание человеческих условий для *умирания с достоинством*.

Ценность — термин, используемый в философии и социологии для указания на человеческое, социальное и культурное значение определенных объектов и явлений, отсылающих к миру должного, целевого, значимого, абсолютного.

Честь и Достоинство — этические оценочные категории, отражают *моральную ценность* личности и представляют собой общественную и индивидуальную *оценку* нравственных качеств и поступков человека, выступают необходимым условием выполнения врачом своего профессионального долга. Честь как моральный феномен есть внешнее общественное признание поступков человека, его заслуг, проявляющееся в почитании, авторитете, славе. Достоинство — это, прежде всего, внутренняя уверенность в собственной ценности, чувство самоуважения, проявляющиеся в сопротивлении попыткам посягнуть на свою индивидуальность и определенную независимость. Это объективная ценность личности, которая принадлежит человеку по праву рождения, потому что он человек (*человеческое достоинство*). Поэтому все пациенты, независимо от их социального статуса, психического и физического состояния и поведения имеют равные права на признание своего достоинства.

Эвтаназия (от древнегреч. eu — хорошо и thanatos — смерть) — понятие, означающее добровольную безболезненную смерть и отражающее естественное для каждого человека желание умереть легко и спокойно.

Экспертиза биоэтическая (от лат. expertus — опытный) — изучение какого-либо вопроса, связанного с исследованиями в области биологии и медицины, с представлением мотивированного заключения с позиций этической правомерности, безопасности и целесообразности данного исследования.

Эмбриона статус, эмбриона права (от греч. embryo — зародыш) — биоэтическое решение проблемы зависит от отношения общества к *правам Живого* и к двум различным *состояниям плода*: а) не имеющего никакого «человеческого» содержания, б) за которым это содержание признается. В основе запрета на использование эмбриона или его тканей в целях биомедицинских исследований лежит противопоставление гипотетической пользы для человечества и реальных прав конкретного эмбриона.

Эмбриональных стволовых клеток (ЭСК) использования этические проблемы. ЭСК — клетки, выделенные из ранних эмбрионов, которые могут самостоятельно существовать в недифференцированном состоянии, сохраняя возможность дифференцироваться в любую ткань, благодаря чему они являются потенциальными поставщиками тканей для трансплантации и лечения многих болезней. Основная этическая проблема состоит в том, что ЭСК получают из эмбрионов, культивированных *in vitro* для искусственного оплодотворения, использование же человеческих эмбрионов для целей биотехнологий недопустимо с точки зрения биоэтики и запре-

щено в большинстве стран. Сторонники использования ЭСК ссылаются на то обстоятельство, что исследования проводятся на «обреченных» эмбрионах, из которых никогда не возникнет человеческая жизнь («лишние» при искусственном оплодотворении или полученные в результате аборта).

Этика (от греч. *ēthos* — характер, нрав) — учение о *морали* — системе норм, принципов, ценностей и идеалов, регулирующих поведение и отношение человека к обществу, другому человеку и самому себе.

Этика прикладная (ЭП) — область этического знания, учитывающая, в отличие от фундаментально-теоретического, специфику объекта и целей как особых нормативно-ценностных подсистем, конкретизирующих фундаментально-теоретические принципы и нормы морали применительно к определенным ситуациям и сферам жизнедеятельности людей.

Этика профессиональная — особая отрасль прикладной этики, совокупность норм и правил, регулирующих поведение специалиста на основе общечеловеческих моральных ценностей, с учетом особенностей его профессиональной деятельности и конкретной ситуации.

Этика ситуативная — отрасль прикладной этики, предметом регуляции которой выступают моральные проблемы, возникающие в конкретных жизненных ситуациях, применительно к которым ситуативная этика разрабатывает практические рекомендации, а также возможные варианты норм и правил их решения.

Ятрогении (от греч. *jatros* — врач и *gennaio* — порожденный) — 1) заболевание, возникающее в результате ошибочных действий врача, или неверно истолкованных медицинских назначений или медицинской литературы; 2) способ обследования, лечения или проведения профилактических мероприятий, в результате которых врач причиняет вред здоровью больного.

Оглавление

Предисловие	3
Тема 1. Природа этического знания	5
1.1. Этика как философская дисциплина	5
1.2. Сущность и специфика морали. Ее структура и функции	6
1.3. Структура современного этического знания	8
Тексты для обсуждения	10
Тема 2. История профессиональной этики врача	16
2.1. Особенности профессиональной этики. Медицинская этика как разновидность профессиональной этики	16
2.2. История медицинской этики. Медицинская этика в Беларуси	17
Тексты для обсуждения	21
Тема 3. Теоретические основания биоэтики	29
3.1. Понятие биоэтики и социокультурные предпосылки ее формирования	29
3.2. Особенности биоэтики. Биоэтика как социальный институт	31
3.3. Проблемное поле биоэтики	32
Тексты для обсуждения	34
Тема 4. Моральные ценности, принципы и правила биомедицинской этики	38
4.1. Высшие моральные ценности в медицине	38
4.2. Принципы биомедицинской этики	39
4.3. Правила биомедицинской этики	41
Тексты для обсуждения	49
Тема 5. Деонтологические проблемы в контексте биоэтики	59
5.1. Основные понятия и проблемное поле современной медицинской деонтологии	59
5.2. Врач и пациент: этические модели взаимодействия. Деонтология и права пациента	60
5.3. Этика взаимоотношений в медицинском коллективе	62
5.4. Врачебные ошибки и ятрогении в деятельности медицинских работников	63
Тексты для обсуждения	66

Тема 6. Биоэтика, культура, религия	70
6.1. Нравственная культура врача как основание медицинского профессионализма.....	70
6.2. Проблемы биоэтики в свете христианской морали. Христианские ценности в медицине	71
Тексты для обсуждения	73
Тема 7. Жизнь как высшая ценность. Моральные аспекты репродукции человека	92
7.1. Проблема определения начала человеческой жизни. Моральный статус эмбриона.....	92
7.2. Этико-медицинские проблемы аборта.....	93
7.3. Этические проблемы новых репродуктивных технологий.....	95
Тексты для обсуждения	97
Тема 8. Моральные аспекты смерти и умирания	111
8.1. Проблема критериев смерти человека и морально-мировоззренческое понимание личности. Биологическая и клиническая смерть. Проблема «смерти мозга».....	111
8.2. Психология терминальных больных. Право на правду о последнем диагнозе	112
8.3. Понятие эвтаназии. Пассивная и активная эвтаназия	115
8.4. Паллиативная медицина. Хосписная помощь.....	117
Тексты для обсуждения	122
Тема 9. Моральные, правовые и организационные аспекты трансплантологии	126
9.1. Трансплантология: история и современность.....	126
9.2. Моральные проблемы трансплантологии.....	127
9.3. Юридические модели забора органов от трупных доноров	128
9.4. Правовые основы трансплантации органов и тканей человека в Республике Беларусь	129
Тексты для обсуждения	133
Тема 10. Этические и правовые основы регулирования биомедицинских исследований	135
10.1. Международные документы по регулированию биомедицинских исследований.....	135

10.2. Этические комитеты: статус, механизмы создания, функции и задачи	136
10.3. Соблюдение принципов биомедицинской этики в обращении с телами умерших и анатомическими препаратами	140
10.4. Этические нормы использования животных в биомедицинских исследованиях	142
Тексты для обсуждения	145
Тема 11. Этические проблемы применения генно-инженерных технологий	148
11.1. Биотехнология, биобезопасность и генная инженерия: история вопроса	148
11.2. Генно-инженерные организмы на службе у медицины	149
11.3. Основные факторы риска генно-инженерной деятельности для здоровья человека и окружающей среды. Принцип принятия мер предосторожности	150
11.4. Биобезопасность: структура и правовые основы регулирования	153
11.5. Этические аспекты создания и использования трансгенных растений и животных	155
11.6. Манипуляции со стволовыми клетками, клонирование человеческих органов и тканей и духовно-нравственная природа человека	156
Тексты для обсуждения	158
Тема 12. Этические проблемы психиатрии и наркологии. Моральные аспекты оказания помощи онкологическим больным и ВИЧ-инфицированным	164
12.1. Этико-правовые проблемы современной психиатрии	164
12.2. Этические проблемы в наркологии	166
12.3. Этико-деонтологические принципы в онкологии	166
12.4. СПИД и требования медицинской этики	167
Тексты для обсуждения	171
Примерный перечень вопросов к зачету по курсу «Биомедицинская этика»	178
Литература	180
Словарь терминов	186

Учебное издание

Денисов Сергей Дмитриевич
Яскевич Ядвига Станиславовна
Луйгас Наталья Евгеньевна
Тарасевич Татьяна Степановна

БИОМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА. ПРАКТИКУМ

Учебное пособие

Ответственный за выпуск С. Д. Денисов
В авторской редакции
Компьютерная верстка Н. М. Федорцовой
Корректор Ю. В. Киселёва

Подписано в печать 24.02.11. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».

Печать офсетная. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 11,86. Уч.-изд. л. 13,71. Тираж 500 экз. Заказ 429.

Издатель и полиграфическое исполнение:
учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».

ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.

ЛП № 02330/0150484 от 25.02.2009.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.