

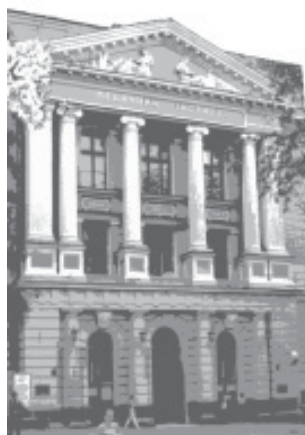


*Бібліотека
студента-медика*

БИОЭТИКА



ОДЕСЬКИЙ
МЕДУНІВЕРСИТЕТ



100 років
ОДЕСЬКОМУ
МЕДУНІВЕРСИТЕТУ
1900–2000

Бібліотека студента-медика

*Започатковано 1999 р. на честь 100-річчя
Одеського державного медичного університету
(1900 — 2000 рр.)*

*Видається за загальною редакцією
лауреата Державної премії України
академіка АМН України
В. М. ЗАПОРОЖАНА*

ГОЛОВНА РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

В. М. ЗАПОРОЖАН (*головний редактор*),
Ю. І. БАЖОРА, І. С. ВІТЕНКО,
В. Й. КРЕСЮН (*заст. головного редактора*),
О. О. МАРДАШКО, В. К. НАПХАНЮК,
Г. І. ХАНДРІКОВА (*відповідальний секретар*),
П. М. ЧУЄВ



**Одеський державний
медичний університет**



Вельмишановний читачу!

Одеський державний медичний університет продовжує видання нової серії навчальної літератури — «Бібліотеки студента-медика».

Розбудовуючи незалежну Україну, дбаючи про майбутнє, слід турбуватися про збереження і примноження історичних, культурних і наукових цінностей для нащадків. Найкращим засобом для цього слугує хороша книжка. Є й інші причини, які спонукали нас до роботи.

По-перше, недостатня кількість і якість сучасних підручників, виданих державною мовою. Тому ми прагнули створити серію підручників і навчальних посібників, яка б містила як класичні відомості з різних галузей медицини, так і новітні досягнення та великий досвід наших провідних фахівців.

По-друге, останнім часом згідно з навчальними планами та типовими програмами запроваджено цілу низку нових дисциплін і курсів, з яких немає аніяких підручників.

По-третє, ми вважаємо, що саме Одеський медуніверситет, якому 2000 року виповнилося сто років, має всі підстави для створення серії оригінальних підручників і навчальних посібників. Адже він є ядром, навколо якого згуртувалося чимало медичних шкіл і напрямків, очолюваних відомими медиками, що мають неабиякий авторитет не лише в Україні, а й у багатьох країнах світу.

Сподіваємося, що ця серія стане вагомим внеском у розвиток медицини, підготовку медичних кадрів.

***Валерій ЗАПОРОЖАН,
головний редактор серії,
лауреат Державної премії України,
академік АМН України***

БИОЭТИКА

*Рекомендовано
Центральным методическим кабинетом
по высшему медицинскому образованию
МЗ Украины как учебник для студентов
высших медицинских учебных заведений
IV уровня аккредитации*



Одесса
Одесский медуниверситет
2005

ББК 87.75я73

3-33

УДК 57:17

Автори: В. Н. Запорожан,
Н. Л. Аряев

Рецензенти: акад. НАН України, РАМН, АМН України,
директор Інститута педіатрії, акушерства
і гінекології АМН України,
проф. Е. М. Лукьянова

чл.-корр. АМН України,
ректор Київської медичної академії
последипломного образования ім. П. Л. Шупика
Ю. В. Вороненко

Перевод с украинского Л. Е. Каплиной

Учебник содержит сведения о предмете, теоретических основах и этапах развития биоэтики как дисциплины. Рассмотрены биоэтические аспекты взаимоотношений между медицинским персоналом, больным человеком и членами его семьи, а также вопросы умирания и смерти, репродукции человека, контроля генетических технологий, медицинских исследований и социальной этики медицины.

*Рекомендовано Центральным методическим кабинетом
по высшему медицинскому образованию МЗ Украины
как учебник для студентов высших медицинских учебных заведений
IV уровня аккредитации (протокол № 1 от 12.04.2005 г.)*

Запорожан В. М., Аряев М. Л.

3-33 Біоетика: Підручник: Пер. з укр. — Одеса: Одес. держ. мед.
ун-т, 2005. — 296 с. — (Б-ка студента-медика). — Рос. мова.
ISBN 966-7733-78-5

У підручнику йдеться про предмет, теоретичні основи й етапи розвитку біоетики як дисципліни. Розглянуто біоетичні аспекти взаємовідношень між медичним персоналом, хворою людиною та членами її сім'ї, а також питання вмирання та смерті, репродукції людини, контролю генетичних технологій, медичних досліджень і соціальної етики медицини.

Для студентів, викладачів, практичних лікарів різних спеціальностей.
Іл. 5. Табл. 2. Бібліогр.: 38 назв.

ББК 87.75я73

ISBN 966-7733-47-5

ISBN 966-7733-78-5

© В. М. Запорожан, М. Л. Аряев, 2005

© Одеський державний медичний
університет, 2005

Я верю, настанет день, когда больной неизвестно чем человек отдастся в руки физиков. Не спрашивая его ни о чем, эти физики возьмут у него кровь, выведут какие-то постоянные. Перемножат их одна на другую, затем, сверившись с таблицей логарифмов, они выечат его одной-единственной пилюлей. И все же, если я заболею, я обращусь к какому-нибудь сельскому врачу. Он взглянет на меня уголком глаза, пощупает пульс и живот, послушает, затем кашляет, раскурит трубку, потрет подбородок — улыбнется мне, чтобы лучше утолить боль. Разумеется, я восхищаюсь наукой, но я восхищаюсь и мудростью

А. де Сент-Экзюпери

ВСТУПИТЕЛЬНОЕ СЛОВО

Наука без совести опустошает душу.
Франсуа Рабле

Эпиграфом к вступительному слову взят лозунг Первого и Второго национальных конгрессов по биоэтике, которые состоялись в Киеве в 2001 и 2004 гг. Эти без преувеличения эпохальные события являются знаковыми, поскольку отражают факт становления и динамичного развития биоэтики в нашей стране, провозгласившей приверженность принципам демократического построения общества и защиты прав личности.

Биоэтика стала логическим ответом на многочисленные этические вопросы и проблемы, которые появились в последние десятилетия в процессе клинической работы, а также в ходе биомедицинских исследований и экспериментов. Она призвана не только идентифицировать и анализировать конфликтные ситуации на стыке медицины, биологии, философии и юриспруденции, но и определять конкретные пути их разрешения.

Предметом рассмотрения биоэтики есть, прежде всего, новейшие достижения биологии и медицины с точки зрения определения степени их опасности для человека и общества в настоящем и будущем. Биоэтика направлена на разработку мер морального, а затем и законодательного свойства, которые смогут оградить индивидуум, общество и человечество в целом от нежелательных, а иногда и губительных последствий внедрения в практику новых медико-биологических технологий.

Становление и поразительный прогресс биоэтики связаны с революционными изменениями и достижениями в сфере медико-биологических дисциплин. Речь идет о расшифровке генома человека, клонировании животных, возможности клонирования человека, искусственном изменении пола, экстракорпоральном оплодотворении, использовании трансгенных растений для пищевых целей, успехах генной терапии, лечении с применением эмбриональных тканей, новых способах планирования семьи, прогрессе трансплантологии, совершенствовании вакцинопрофилактики, внедрении новейших технологий диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний человека. В современной биоэтической оценке

нуждаются вопросы врачебной тайны эвтаназии, конфликты между матерью и плодом, концепции планирования семьи, методологии биомедицинских исследований.

Возникновение биоэтики оказалось прямым следствием практического внедрения достижений научно-технической революции в условиях глубокого идеологического кризиса и нарастания груза глобальных экологических проблем. Огромные успехи наук медико-биологического комплекса породили множество вопросов морального характера. Дело дошло до того, что человек пытается распространить свой контроль на собственную эволюцию и претендует на то, чтобы не просто поддерживать свою жизнь, но улучшить и изменить свою природу, опираясь на собственное понимание. В подобной ситуации возникают обоснованные дискуссии об этической основе и моральной правомочности таких действий.

Биоэтика представляет собой не только современный этап развития медицинской этики и деонтологии, но и основу для построения научно обоснованного баланса между новейшими медико-биологическими технологиями, с одной стороны, и правами человека, принципами гуманизма, общественного прогресса — с другой. Биоэтика основывается на уважении жизни и достоинства здорового и больного человека, интересы которых всегда должны оцениваться выше интересов науки или общества. Ведущим постулатом биоэтики является принцип автономии с неприкосновенностью психического и физического статуса человека, который реализуется правилом информированного согласия пациента и общества на проведение лечебных и профилактических манипуляций.

Биоэтика объединяет обширный круг социально-экономических, морально-этических и юридических проблем, которые рассматриваются не только медицинским сообществом, но также органами государственной власти, общественностью, средствами массовой информации. Биотические вопросы углубленно обсуждаются в авторитетных международных организациях — ООН, ЮНИСЕФ, ЮНЕСКО, Совете Европы, ВОЗ. Соответствующие декларации, конвенции, соглашения, рекомендации, резолюции этих организаций обеспечивают разработку национального юридического и этического регулирования практического здравоохранения и медико-биологических исследований.

За последние годы в Украине сделано немало на пути внедрения этических принципов в медицинскую практику и биомедицинскую науку. В частности, создана Комиссия по вопросам биоэтики при Кабинете Министров Украины, Комитеты по биоэтике НАН, АМН и МЗ Украины. Комитеты по медицинской этике действуют в лечебно-диагностических учреждениях, где проводятся клинические испытания лекарств и биомедицинские научные исследования. Во Львове открыт Институт биоэтики им. Я. Базилевича на базе Львовского филиала Украинской академии государственного управления при Президенте Украины и Института биоэтики Римского университета им. А. Джемели. Непрерывно растет количество научных публикаций по данной проблематике.

Важным импульсом для дальнейшего развития биоэтики в Украине стало совещание экспертов Совета Европы по вопросам биомедицины в Страсбурге (Франция), в котором приняла участие украинская делегация. Был рассмотрен комплекс проблем, связанных с Европейской конвенцией о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины. Речь шла и о состоянии биоэтики в Украине, перспективах ратификации конвенции по биомедицине Верховным Советом Украины и дальнейшей демократизации отечественной науки. Эти проблемы становятся особенно важными в настоящее время — в период перемены социально-экономических отношений в стране, и в частности реформирования системы здравоохранения.

Украина может и должна внести важный вклад в развитие биоэтики. Географическое положение Украины, которая находится между Западом и Востоком, несомненно, влияет на формирование наших философских воззрений на науку в целом и медицину с биологией, в частности. Исторически наша страна вобрала в себя элементы технократичности Запада и духовности Востока. Такое гармоничное единство, несомненно, способствует гуманизации медицины, пониманию человека как единства биологического, психологического и социального компонентов. Взаимному проникновению и обогащению Западной и Восточной культур способствует сотрудничество высших медицинских учебных заведений Украины с медицинскими университетами в административной, научной и образовательной областях.

Особенности биоэтических концепций Западного и Восточного мировоззрений авторы имели возможность уточнить в процессе реализации партнерских программ, соглашений и грантов с высшими учебными заведениями США, Нидерландов, Греции, Италии, Германии, Швейцарии, Польши, Индии, Вьетнама, Малайзии, Китая, Сирии.

В ходе выполнения международных программ в области биомедицинской этики мы особенно ясно осознали значение и роль национальных этических традиций, а также факт существенных особенностей биоэтической практики в многонациональных обществах.

В настоящее время, согласно информации ВОЗ, преподавание биоэтики осуществляется в большинстве экономически развитых стран мира. Преподавание в Украине проводится только в отдельных высших учебных заведениях и недостаточно обеспечено учебно-методическим материалом. Возникла настоятельная необходимость в подготовке и издании современных отечественных учебников, учебных пособий, монографий, информационных материалов по всем основным разделам и проблемам биоэтики.

При подготовке данного учебника авторы использовали опыт практической работы в Комиссии по вопросам биоэтики при Кабинете Министров Украины, в Комитетах по биоэтике АМН и МЗ Украины, в Комитетах по медицинской этике базовых лечебных учреждений Одесского

государственного медицинского университета и учитывали результаты выполнения международных научных программ и проектов по биоэтике с ведущими зарубежными специалистами — почетными докторами ОГМУ. Лучшему пониманию современных тенденций развития биоэтики способствовали встречи и сотрудничество с такими выдающимися людьми, как проф. К. Барнард (Кейптаунский университет, ЮАР), проф. С. Маркетос (Президент Международного фонда Гиппократ, лауреат Олимпийской медали Гиппократ), проф. К. Имиелински (Президент Международной медицинской академии А. Швейцера и Польской медицинской академии, лауреат Олимпийской медали Гиппократ), академик РАМН Е. Чазов (Генеральный директор Российского кардиологического исследовательского комплекса, лауреат Нобелевской премии мира, Россия), Р. Риджвей (Президент Международной ассоциации интегрированной охраны здоровья, лауреат Нобелевской премии мира, Великобритания), проф. Б. Любан-Плоцца (Президент Фонда психосоматической и социальной медицины, Швейцария), проф. С. Трахтенберг (Президент Дж. Вашингтонского университета, США), проф. философии Ди Бернарди (Туринский университет, Италия).

При подготовке учебника новейшую информацию авторы получали в процессе работы в качестве членов Совета европейской организации психосоматической и социальной медицины (Аскона, Швейцария), членов Международной медицинской академии А. Швейцера и Польской медицинской академии (Польша).

Практическими результатами международного сотрудничества в области биоэтики стало участие авторов в подготовке к публикации в Украине книги проф. К. Барнарда «50 путей к здоровому сердцу» (2001), книги проф. К. Имиелински «Альберт Швейцер» (2001), совместное с проф. Б. Любан-Плоцца написание и издание монографии «Терапевтический союз врача и пациента» (2001) и как следствие — награждение Олимпийскими медалями Гиппократ.

Возрастание интереса к биоэтике совпало с реформированием системы здравоохранения, высшего образования и разработкой в Украине новой концепции оказания первичной медико-санитарной помощи. Складывается уникальная возможность внедрения достижений биомедицинской этики в практику семейного врача. Авторы использовали собственный опыт работы по созданию национальной модели семейной медицины с учетом биоэтических проблем в рамках международных проектов Matra (Нидерланды) и АІНА (США). Вопросы биоэтики нашли свое отражение в дополнениях к программам додипломной и последипломной подготовки семейных врачей, которые были предложены в ходе выполнения перечисленных международных программ.

Трудности всестороннего изложения материала обусловлены быстрым прогрессом в медицине, биологии, философии и юриспруденции, постоянным возникновением и изменением характера и глубины проблем

биоэтики. Представляемый учебник призван способствовать дальнейшему развитию в Украине концепции биоэтики и применению ее постулатов в клинической практике, при проведении медико-биологических исследований и экспериментов. Необходимость глубокого и полного освоения основ биоэтики студентами высших медицинских учебных заведений IV уровня аккредитации назрела и очевидна. Авторы рассчитывают на диалог с коллегами, учеными, заинтересованными профессионалами, представителями общественных организаций и государственных учреждений. Конструктивные критические замечания будут приняты с глубокой благодарностью как предмет для плодотворных дискуссий и устранения недостатков.

РАЗДЕЛ 1

ПРЕДМЕТ, ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ И ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ БИОЭТИКИ КАК ДИСЦИПЛИНЫ

Врач-философ подобен богу.
Гиттократ

Глава 1

ПРЕДМЕТ И ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ БИОЭТИКИ

Предметом биоэтики является совокупность спорных этических вопросов, которые могут идентифицироваться в процессе медицинской практики, при выполнении биомедицинских исследований и экспериментов либо при комбинации этих видов профессиональной деятельности. Под термином «биоэтика» следует понимать систематический анализ действий человека в биологии и медицине в свете нравственных ценностей и принципов. По образному выражению академика Ю. И. Кундиева, «биоэтика — это органичное соединение современных достижений науки и медицины с духовностью». Биоэтика включает обширный круг социально-экономических, морально-этических и юридических проблем, содержание и глубина которых постоянно изменяются по мере прогресса биологии, медицинской науки и практики. Характерной задачей биоэтики является всесторонний анализ таких проблем с целью их уяснения и разрешения. Часто наряду с термином «биоэтика» употребляют термин «биомедицинская этика». Хотя оба эти термина прочно вошли в современный словарный запас и могут использоваться как взаимозаменяемые, можно найти некоторые различия между ними. Термин «биомедицинская этика» определяет больший акцент на обсуждение проблем, которые связаны с практической медициной. В таком контексте термин «биоэтика» предполагает более глобальный охват спорных вопросов, включая социальную медицину, биоправо, этику проведения биомедицинских испытаний и экспериментов. В любом случае — «практическую медицину» следует понимать в широком смысле, то есть не только как профессиональную

деятельность врачей, но и как деятельность представителей других специальностей, которые имеют отношение к охране здоровья населения.

Приоритетным объектом изучения биоэтики является профессиональное поведение медицинских работников. Ее становление в 70-е годы XX в. стало естественным развитием медицинской этики и произошло на стыке медицины, биологии, философии, социологии, психологии, профессиологии, религиоведения, педагогики, менеджмента, юриспруденции. Сам термин «биоэтика» ввел в употребление В. Р. Поттер в статье «Биоэтика, наука выживания» (сборник «Перспективы биологии и медицины», 1970) и книге «Биоэтика, мост в будущее» (1971). Концепция биоэтики появилась в атмосфере этических обвинений медицины и науки, которые возникли в конце 60-х годов. Термин «биоэтика» был предложен В. Р. Поттером для того, чтобы указать на необходимость новых этических подходов, которые могли бы противостоять вызовам достижений науки и техники и обеспечить выживание человечества в постиндустриальном обществе.

Биоэтика является наукой о законах, принципах и правилах регулирования профессионального поведения медицинских работников и исследователей, которая обеспечивает безопасность использования новых медицинских технологий и предупреждает врачей и ученых о недопустимости нанесения вреда человеку, его потомству, всему человечеству и биосфере в целом.

Биоэтика представляет собой подраздел более общей науки — этики. Этика по своей природе является философской дисциплиной. В качестве раздела философии, этика может быть определена как «философское изучение морали». В таком случае ее необходимо отделить от «научного изучения морали», которое обозначается термином «описательная этика». Цель описательной этики состоит в получении эмпирических знаний о морали. Специалисты в области описательной этики стремятся к описанию существующих моральных взглядов, а затем к их объяснению на основании учета причин их возникновения с позиций психологии или социологии. Моральные взгляды, не в меньшей степени чем другие аспекты человеческого опыта, предоставляют психологам и социологам спектр феноменов, которые нуждаются в объяснении. Например, некоторые особенности сексуальной морали могут быть объяснены психоаналитиками категориями теории Фрейда, а позиция какой-либо социальной группы к вопросам эвтаназии после проведения социологом анкетирования может оказаться связанной с религиозным мировоззрением.

В дальнейшем термин «этика» будет употребляться только в философском значении, отличном от предмета описательной этики. Философы обычно подразделяют этику на нормативную и метаэтику. Нормативная этика пытается определить, какие действия человека правильны с моральной точки зрения и какие нет. В метаэтике ставятся задачи установления природы моральных взглядов и определения подходящих методов для

подтверждения правильности отдельных моральных взглядов и теоретических систем. Вероятно, дискуссии в сфере нормативной этики, в определенной мере, затрагивают метаэтические рассуждения и не могут быть от них полностью отделены. Какие бы ни были особенности взаимоотношения нормативной этики и метаэтики, важно понять наличие логических различий между нормативной и описательной этикой. В то время как описательная этика пытается изобразить и объяснить те моральные взгляды, которые фактически *уже приняты*, нормативная этика пытается установить, какие моральные взгляды *оправданы* и поэтому *должны быть приняты*. Задача общей нормативной этики состоит в разработке и обоснованном подтверждении обобщающей теории моральных обязательств, иначе говоря, этической теории, которая дает общий ответ на вопрос: «Что правильно с моральной точки зрения и что неправильно?» Задача прикладной нормативной этики, в отличие от общей нормативной этики, состоит в решении частной моральной проблемы, например, может ли аборт иметь моральные оправдания и если да, то при каких условиях.

В свете оговоренных различий биоэтика может быть идентифицирована как один из разделов прикладной нормативной этики. Задачей биоэтики является решение этических проблем, которые связаны с медицинской практикой, биомедицинскими исследованиями либо с одной и с другой областями. Понятно, что этические проблемы, связанные с иными аспектами жизни, относятся к другим разделам прикладной нормативной этики. Например, этика бизнеса касается этических проблем, которые возникают в процессе различных видов деловой активности. Важно то, что во всех разделах прикладной этики обсуждаемые частные проблемы по своему характеру являются нормативными. Необходимо давать ответы на вопросы об этической правоте или неправомерности конкретной практики действий и его моральной оправданности. В прикладной этике не ставится задача установить, каких моральных взглядов люди придерживаются фактически. Это задача описательной этики. Прикладная нормативная этика, как и общая нормативная этика, направлена на то, чтобы установить, какие моральные взгляды оправданы.

Характерными проблемами биоэтики являются: «Имеются ли у врача моральные обязательства сообщать пациенту о неизлечимости болезни?», «Может ли иметь моральную защиту нарушение врачебной тайны?», «Может ли иметь моральные оправдания эвтаназия?», «Является ли моральным суррогатное материнство?». Все подобные вопросы относятся к сфере прикладной нормативной этики и направлены на оценку отдельных действий и практик. Другие проблемы биоэтики касаются этической оправданности законов. Например, правомочен ли вопрос о моральной справедливости закона о запрете или ограничении обществом аборта? Необходимы ли законы о запрете активной эвтаназии? Нужны ли законы, которые позволяют помещать человека в психиатрическую клинику без его согласия? Такие вопросы показывают, что биоэтика взаи-

действует не только с общей нормативной этикой, но и с социально-политической философией и философией законодательства. Этот факт свидетельствует о междисциплинарном характере биоэтики внутри самой философии. Междисциплинарный характер биоэтики определяется также тем, что дискуссионные проблемы часто рассматриваются не только с точки зрения философских взглядов на мораль (этика — наука о морали), но и с точки зрения теологических оценок морали. Принципиальное различие состоит в том, что философские аргументы строятся вне признания какого-либо религиозного направления и религиозной веры, в то время как теологические аргументы в целом находятся в пределах религиозной веры. Однако наиболее важным признаком междисциплинарности биоэтики является ее связь с медициной и биологией. Достижения медицины и биологии играют важнейшую роль в развитии биоэтики, характере и направленности философской мысли. Необходимо признать исключительное значение участия врачей и исследователей в биоэтических дискуссиях. Это обеспечивает проведение философского анализа в соответствии с реалиями медицинской практики и биомедицинских наблюдений (Т. А. Mappes, D. De Grazia, 2001).

Развитию биоэтики как науки способствовали теоретические разработки в области основополагающих принципов предмета. Исключительная роль в определении оригинального подхода к данной проблеме принадлежит Т. Л. Beauchamp и J.F. Childress. В своей оригинальной публикации «Принципы биомедицинской этики» они в 1979 г. сформулировали четыре принципа данного предмета:

1. Принцип уважения автономии — предполагает уважение личности и защиты лиц со сниженной автономией (дети, психические больные и др.).

2. Принцип ненанесения вреда подразумевает, что медицинский работник не действует таким образом, что фактически вредит пациенту.

3. Принцип помощи и содействия требует от медицинского работника действовать в интересах благополучия пациента, проявлять милосердие и благодеяние.

4. Принцип справедливости направлен на соблюдение справедливого распределения как социальных благ (например, возможностей эффективного здравоохранения), так и социальных нагрузок (например, налогов).

Обучение биоэтике должно осуществляться непрерывно на протяжении всей профессиональной деятельности специалиста. Междисциплинарный характер биоэтики предполагает социологическое понимание медицинского и биологического сообщества; а также психологическое понимание характера потребностей, которые ощущают исследователи, врачи, медицинские работники, больные, и виды воздействий, объектом которых они являются. Необходимо историческое понимание истоков теории биоэтики и ее практики. Овладение методами этического анализа,

как он понимается философами и теологами, должно сочетаться с пониманием ограничений этих методов, когда они применяются к конкретным практическим ситуациям. Каждому, кто занимается биомедицинской этикой, необходим собственный контакт с теми этическими проблемами, которые возникают в медицине и биологии. Для биомедицинской этики очень важно, чтобы она развивалась индуктивно, т. е. от тех проблем, которые осознаются самими врачами и исследователями и для решения которых они рассчитывают на взаимодействие в определении методологической стратегии и принятии решений. Интересно мнение о том, что медицина спасла этику от умирания. Речь идет о том, что взаимодействие философов, медиков, юристов и других профессионалов оказало серьезное и необратимое влияние на методы и содержание философской этики. Внесение в этические дискуссии материалов конкретных жизненных ситуаций заставило философов вновь вернуться к положениям Аристотеля, которые не применялись в течение столь долгого времени (S. Toulmin, 1982).

Формирование и развитие биоэтики непосредственно связано с процессами становления и трансформации классической этики в целом и врачебной этики или медицинской деонтологии в частности. Новая наука подняла и пытается разрешить проблемы, которые связаны с сохранением природы человека, защитой биосферы Земли, и выживания человечества. Специалист в области биомедицинской этики работает в трех основных направлениях:

1. Нахождение проблем, которые подлежат моральной оценке (определение предмета обсуждения).

2. Систематический анализ и обсуждение действий человека в биологии и медицине в свете нравственных ценностей и принципов (методологическая стратегия).

3. Помощь врачам и биомедицинским исследователям в обосновании правильных действий на основе применения принципов и теорий биомедицинской этики (процесс принятия решений).

Концептуально основные направления биоэтики были разработаны еще ее основоположником — В. Р. Поттером. Он считал, что биоэтика призвана охватить целый комплекс знаний о живом и рассматривать проблемы не только медицинской, но также экологической этики. «Ясно, — писал В. Р. Поттер, — что биоэтика должна строиться на мультидисциплинарной основе, я предлагаю две области, интересы которых, казалось бы, различны, но которые нуждаются друг в друге: медицинская и экологическая этика. Они пересекаются в том смысле, что медицинская этика преимущественно связана с непосредственными решениями, правом выбора пациентов и врачей в их стремлении продлить жизнь... Экологическая этика имеет устойчивые представления относительно того, что мы должны делать, чтобы сохранить экосистемы в такой форме, которая будет совместима с длительным существованием человеческого рода».

Идея такой глобальной биоэтики, которая предлагает достижение «приемлемого выживания» (*acceptable survival*) устойчивого общества в здоровой экосистеме начала реализовываться практически, начиная с 90-х годов прошедшего столетия. В 70–80-х годах биоэтика, по сути, развивалась в пределах медицины и биомедицинских исследований. Именно в 70–80-е годы термины «биоэтика» и «биомедицинская этика» практически были синонимами (характер незначительных различий был обсужден в самом начале главы).

В 80-е годы прошлого века было сформулировано предложение, которое не встретило достаточно широкой поддержки: выделить из биомедицинской этики так называемую «клиническую этику». Как известно, основанием для появления биоэтики были новейшие научные достижения в биологии, генетике, геномной инженерии, трансплантологии и клинические испытания. Конечно, все эти сферы были клиническими и предполагали контакты врачей и пациентов. Однако большинство врачей не являлись исследователями, относительно малое их число имели отношение к медицинской генетике и совсем немногие занимались трансплантологией. В то же время практические врачи ежедневно сталкивались с проблемами тяжелобольных и умирающих пациентов и другими этическими проблемами современной медицины. Такие рутинные повседневные и распространенные этические проблемы практической медицины и были отнесены к «клинической этике» в отличие от биомедицинской этики, которая касалась преимущественно проблем высоких медицинских технологий и социальной медицины (M. Siegler, 1979).

Глобальный характер биоэтика приобрела в 90-х годах XX ст. в связи с глобализацией экономики, науки и культуры, столь характерных для современного общества. Причинами всемирной глобализации являются интернационализация экономики, развитие единой системы мировой связи, ослабление роли национальных государств, активизация деятельности транснациональных негосударственных организаций (этнических диаспор, религиозных конфессий, экологических движений). Сам процесс глобализации в современном обществе неоднозначен, имеет неодинаковую морально-этическую оценку и есть причиной серьезных идеологических противоречий и даже столкновений. Однако в биоэтике глобализация имеет, несомненно, позитивное значение, поскольку направлена на обеспечение выживания человечества на основе создания связующего звена (моста), необходимого для соединения медицинской этики и этики окружающей среды во всемирном масштабе.

В настоящее время глобальная биоэтика развивается в следующих направлениях:

1. Этика медицинских профессий (врачи, медицинские сестры, технические сотрудники, администраторы).

2. Этика клинических исследований и экспериментов на животных в терапевтических и нетерапевтических целях.

3. Социальная этика медицины (социальная справедливость, социо-этические обязательства, распределение ресурсов здравоохранения, био-этические проблемы медицины труда, спорта, многонационального общества, демографического развития).

4. Этика охраны окружающей среды.

5. Этическая оценка биоэтики как юридической регламентации вмешательства в организм человека, геном и биосферу его обитания.

6. Этическая модификация поведения определенных групп населения на основе разработки и внедрения глобальных учебно-образовательных программ с целью предупреждения заболеваний, которые связаны с неправильным образом жизни и поведением человека (ВИЧ-инфекция / СПИД, инфекционные заболевания с водным, пищевым и воздушно-капельными путями передачи) и т. п.

Повышенный и устойчивый интерес к биоэтике во всем мире, в том числе в Украине, не является случайным и не может расцениваться как проявление быстро меняющейся моды. Биоэтика явилась ответом не только на проблемы, связанные с новейшими достижениями научно-технической революции, но и стала следствием серьезных социальных и идеологических изменений в современном обществе.

Во второй половине XX ст. возникли и получили распространение идеи постмодернизма. Постмодернистские тенденции современного постиндустриального потребительского общества характерны отсутствием каноничности, асистематичностью, разочарованием в идеалах и ценностях Возрождения и Просвещения. Оказались утрачены главные идеи человечества: прогресс, эмансипация личности, абсолютизация научного знания, вера в безграничность возможностей человека и торжество разума. Идеология постмодернизма оказала влияние не только на этику, но и на мировоззрение в целом, образ жизни, науку, искусство и религию.

Сегодня на смену теориям модернизма и постмодернизма приходит идея глобализации, которая, к сожалению, как и предыдущие теории, не дает ответы на проблемы, связанные с неравномерностью развития различных регионов планеты, вестернизацией, ослаблением национальной самоидентификации. Возникновение глобальной биоэтики как особого мировоззрения конца XX — начала XXI в. было обусловлено в первую очередь осознанием опасности дегуманизации науки, забвения подлинной человечности, оторванности человека от истинной жизни, когда она является ему только опосредованно, в качестве образа в процессе познания, вместо того чтобы восприниматься непосредственно. Этому во многом способствовали события, которые произошли во второй половине прошлого века и стали началом общественному обсуждению вопросов нравственной ответственности за широкое использование новейших технологий. Как совершенно справедливо отмечает С. В. Вековщина (2003), глобальная биоэтика — это, в определенной мере, результат взаимопрото-

никновения и взаимного влияния различных культур и различных этических систем. Ее возникновение, наряду с другими культурными феноменами, стало точкой отсчета в зарождении нового человеческого самосознания, для которого характерна демократизация взглядов, деидеологизация, толерантность, плюрализм вкусов, идеалов, множественность этических парадигм. Как мультидисциплинарное направление, глобальная биоэтика стремится преодолеть ограниченность философских и теоретических основ прежнего научного знания. Она критикует одномерность традиционных философских аксиом, стремится к созданию качественно нового сплава из различных этических точек зрения. В поле научного анализа глобальной биоэтики находится обширный набор этических установок, правил и принципов, которые в чем-то противоречат друг другу: утилитарных, деонтологических, коммуникативных, теологических.

Современное общество проявляет возрастающий интерес к методам этического контроля работы медиков и медико-биологических исследователей, который осуществляется на основе нормативных документов, разработанных и принятых различными международными организациями. Важнейший из них — принятая Советом Европы Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины — Конвенция о правах человека и биомедицине.

Объективной реальностью жизни современного общества становится юридическое оформление биоправа как механизма регламентации исследований в сфере медицины, биологии и экологии. Переход от этических ценностей к юридическим нормам сопряжен с необходимостью методологически правильного определения характера взаимоотношений между биоэтикой и правом (раздел сфер ответственности, автономия, сосуществование). Задача состоит в том, чтобы на основе принципа социальной справедливости создать эффективный механизм контроля и регуляции вмешательства науки в организм человека и среду его обитания. Когда-то А. Пуанкаре (1910) считал смехотворной саму идею о том, чтобы парламенты государств рассматривали и принимали компетентные решения по вопросам научных исследований. По его мнению, «следует руководствоваться своей совестью; любое правовое вмешательство будет неуместно и несколько нелепо». Все изменилось: в современном обществе обсуждается учреждение научного трибунала для урегулирования спорных вопросов и подготовки свода законов, регламентирующих проведение научных исследований. Научные журналы вправе воздержаться от публикаций результатов исследований, которые не прошли этическую экспертизу.

На развитие и становление биоэтики в Украине дополнительное влияние оказывают процессы, связанные с задачами создания рыночного механизма экономики и становления общества, которое привержено идеалам демократии и гуманизма. Медицина и здравоохранение в нашей

стране превращаются в одну из приоритетных сфер общественной жизни. Существенное влияние на модификацию отношений врач — пациент оказывает повышение медицинской сознательности населения, растущее понимание, что здоровье человека и его детей является, прежде всего, предметом его собственной заботы и ответственности. В связи с внедрением страховой медицины и изменением правовой базы, профессия медицинского работника становится сферой не только законодательного регулирования, но и повседневного юридического контроля. Изменяется социальная роль врача, который должен не только исполнять распоряжения администрации, но и принимать ответственные решения в рамках системы производитель (поставщик услуг) — потребитель продукции и в соответствии с законодательством о защите прав потребителей.

Глобальная биоэтика открыта для видоизменений и модификаций. В ней сосуществуют идеи различных видов секулярного варианта биоэтики и ее религиозных версий: биоэтика православная, католическая, протестантская, иудейская, исламская и т. д. Характерной особенностью глобальной биоэтики является ее глубинная связь и близость к христианскому мироощущению. В ней присутствует необходимость бережного отношения человека к любому проявлению жизни как высшей ценности и «благоговения перед жизнью» (А. Швейцер).

Мультидисциплинарный характер и «многоукладность» глобальной биоэтики определяют возможность моральной ориентации в современном многонациональном обществе и нахождения нестандартных решений индивидуальных этических проблем. Социальная направленность глобальной биоэтики, ее ориентация на соблюдение принципов справедливости, правдивости, автономии личности, ненанесения вреда, информированного согласия определяют возможность создания органичной и устойчивой связи между научными знаниями и моральными ценностями с целью выживания человечества и сохранения среды его обитания. Роль и значение глобальной биоэтики в современном мире особенно ясны с исторических позиций.

Глава 2

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ

Путь нравственного становления человечества продолжается тысячелетия и еще далек от завершения. Истоки медицинской этики связаны с формированием общечеловеческой этики и зарождением профессиональной медицины. В самых общих чертах (и достаточно условно) история медицинской этики может быть разделена на пять этапов:

- I — этап формирования основ предмета;
- II — этап формирования корпоративной медицинской этики;
- III — деонтологический этап;
- IV — биоэтический этап;
- V — нооэтический этап.

Начало первого этапа медицинской этики теряется в глубине веков. Первобытная мораль, которая декларировала в форме тотема и табу «разрешено все, что не запрещено», возникла в эпоху неолита (VIII–III вв. до н. э.). В этот же период, когда первобытное человеческое стадо превратилось в родовую общину и занялось производством (скотоводство, земледелие), начала формироваться медицина. По-видимому, тогда медики и знахари впервые сопоставили результаты своей профессиональной деятельности с моральными понятиями о добре и зле.

История медицинской этики включает древний шаманизм, воззрения и заповеди египетского врача и жреца Имхотепа (3000 лет до н. э.), первый медицинский кодекс царя Хаммурани (Вавилон, 2500 лет до н. э.). С давних времен в культурах всех народов искусство излечения рассматривалось в моральном и религиозном аспектах. Способности целителя считались божьим даром. Лечебные процедуры сопровождалась молитвами и ритуалами. В древнегреческой и древнеримской цивилизациях в храмах, посвященных богам-покровителям медицины, таким как Асклепий, врачи были жрецами. Бог медицины Асклепий считался основоположником знаменитой медицинской школы, выпускником которой был греческий врач Гиппократ II Великий Косский, который родился в 460 г. до н. э. и прожил 83 года (по другим данным — 104 года). Гиппократ настаивал, чтобы врачевание было видом научной деятельности, которая основана на наблюдении за течением болезни и оценке эффективности попыток лечения. Он отодвинул медицину от религии, но не от моральных истоков. Гиппократ считал, что «любовь к медицинскому искусству

есть любовь к человечеству». Врач должен входить в дом больного с намерениями принести добро и избежать вреда и несправедливости.

С именем Гиппократ связан один из самых древних медико-этических документов, который известен всем как «Клятва Гиппократ». В основе этики Гиппократ лежит идея уважения к больному, пациенту, обязательность требования, чтобы лечение не причиняло ему вреда и боли. Врач обязывался не разглашать секреты своих пациентов, не вступать с ними в интимные отношения, не проводить прерывания беременности, не давать препараты, способные привести к смерти. Поощряется самоотверженность и бескорыстие врачей. Гиппократ советует своему ученику: «И я советую, чтобы ты не слишком негуманно вел себя, но чтобы обращал внимание на обилие средств (у больного) и на их умеренность, а иногда лечил бы и даром, считая благодарную память выше минутной славы. Если же случай представится оказать помощь чужестранцу или бедняку, то таким особенно должно ее доставить». Возникла идея солидарности между коллегами, взаимной поддержки, осуждалась конкуренция. Сравнивая медицину с философией, Гиппократ утверждал, что все соответствующие мудрости есть и в медицине. Это презрение к деньгам, совесть, скромность, простота в одежде, рассудительность, решимость, аккуратность. «Клятва Гиппократ» вошла в историю как основа врачебных присяг и профессионального кодекса врача.

На протяжении средневековья и последующих столетий «Клятва Гиппократ» была моральным кодексом врачей и определяла правила их профессиональной деятельности. Этот документ входит в сборник трудов, который известен под названием «Корпус Гиппократ» и был подготовлен медицинской школой Гиппократ на острове Кос в Древней Греции в период V–IV вв. до н. э. Некоторые из работ сборника, несомненно, принадлежат Гиппократу, однако считается общепринятым, что сама «Клятва» написана приблизительно на 100 лет позже. По мнению наиболее известного исследователя в этой области L. Edelstein (1967), традиции Гиппократ происходят от пифагорейской школы философов. Пифагорейцы интересовались наукой философии, религией и, если L. Edelstein прав, положили начало медицинской школе в Древней Греции, которая стала известна как школа Гиппократ. Труды «Корпуса Гиппократ» включают, помимо «Клятвы», и другие сочинения по вопросам медицинской этики: «Закон», «О враче», «О благоприличии», «Наставления», «Об искусстве», «О древней медицине». В этих трудах рассмотрены такие важнейшие проблемы медицинской деонтологии, как взаимоотношения врача и больного, врача и родственников больного, врачебная тайна, врачебная ошибка, эвтаназия, взаимоотношения между врачами.

Медицинская этика формировалась в ходе становления классической этики как науки о морали (от лат. *moralis* — нравы, обычаи, привычки, поведение, мода). Основателем античной этики считается Сократ (469–

399 гг. до н. э.). Он определял моральность как способность личности возвышаться над природными страстями и инстинктами, как поведение, которое «подобает человеку», и полагал, что доброта (нравственность) заложены в самой природе человека, а безнравственные поступки определяются недостаточностью этического знания. Высшим благом Сократ считал подчинение частных интересов и поступков людей в обществе одной общей и высшей цели. Сократовская этика рациональна, выражает глубокую веру в разум и основывается на трех фундаментальных принципах:

- 1) самоконтроль, то есть самостоятельность разума;
- 2) самообладание, то есть господство разума над чувственными импульсами;
- 3) свобода, то есть способность разума подчинить себе инстинкты человека.

Разум по Сократу — это способность понимать добро и хотеть добра: он составляет сущность и душу человека.

Платон (427–347 гг. до н. э.) различал четыре основные добродетели: мудрость, мужество, благоразумие, справедливость. По мнению Платона, в процессе воспитания все добродетели, и главная из них — справедливость, должны стать основой для создания совершенного человека, живущего в идеальном обществе. Добродетели по Платону обеспечивают порядок и гармонию духовной жизни. Платон определил принцип ответственности, который стал управлять классической этикой. Ответственность — это требование к человеку полностью отвечать за свои действия. «Каждый отвечает за собственный выбор! — утверждал Платон. — Бог не виновен, и мы являемся единственными творцами нашей судьбы, путем выбора образа жизни».

Аристотель (384–322 гг. до н. э.) внес огромный вклад в развитие философии и предложил сам термин «этика» (от греч. *ethos* — привычка, мораль, обычай, нрав, характер). В широком понимании этика определена как наука о назначении и смысле жизни, о моральных принципах и нормах поведения человека. В своих истоках («Никомахова этика» Аристотеля) этика толковалась как одна из важнейших проблем жизнедеятельности человека, как способ духовной гигиены бытия. Этика стала рассматриваться как практическая философия (мудрость), поскольку давала ответы на вопросы о том, как должен поступать человек в той или иной ситуации. Такие рекомендации становились возможными благодаря формированию идей о должном (от греч. *deon*, отсюда деонтология как наука о должном). Синонимом деонтологии является термин «нормативная этика», который подчеркивает необходимость обсуждения и выработки норм и моральных законов самими мудрыми и самыми опытными членами общества. С таких позиций медицинская этика, медицинская деонтология, биомедицинская этика могут рассматриваться как мудрость врачевания. Именно таков смысл изречения Гиппократа, который

мы взяли в качестве эпиграфа к данному разделу учебника: «Врач-философ подобен богу».

В ходе становления и развития античной философии возникли устойчивые понятия «мораль» и «этика», которым, при некоторой общей основе, приданы существенные различия. Под моралью в целом стали подразумевать совокупность обычаев и норм, которые принадлежат данной культуре и признаются как правила поведения человека или групп людей. С другой стороны, под «этикой» понимается метамораль, то есть учение, которое стоит над моралью и анализирует ценности и моральные суждения с целью разработать основу и совокупность основополагающих принципов.

Труды великих античных греческих философов, и особенно школы Гиппократов, завершили первый этап истории медицинской этики, который начался еще в эпоху неолита — этап формирования основ предмета.

Второй этап становления морального кодекса медицинских профессионалов (этап формирования корпоративной медицинской этики) связан с появлением и распространением монотеистических религий — буддизма, иудаизма, христианства, ислама, — а в последующем — с созданием медицинских факультетов университетов и врачебных корпораций. Носителями медицинских знаний становятся священники и монахи. Они ухаживают за больными и немощными, оказывают медицинскую помощь и руководствуются при этом принципами религиозной морали. Вера стала духовной основой милосердия священнослужителей, их помощников, сестер и братьев милосердия. Моральные постулаты о необходимости творить добро, любить ближнего, заботиться о слабых, бедных, больных и немощных содержится во всех монотеистических религиях. В христианских и иудейских традициях врачи определялись как орудия Божьего исцеления. Им предписывалось быть компетентными для служения больным людям, в том числе бедным, нищим и даже врагам. Этический принцип буддизма — стремление делать добро, — применительно к медицинской этике, очень точно характеризует изречение Будды: «Братья, кто почитает меня, да почитит больного». Важный вклад в развитие медицинской этики внесли исламские ученые-медики Аль-Рухави, Ибн-абу Усейби, Ибн-Сина (Авиценна).

Помощь больным оказывается в монастырях, религиозными и гражданскими общинами сестер и братьев милосердия, различными попечительствами и даже рыцарскими орденами. Уставами этих организаций были предусмотрены моральные принципы, которые способствовали становлению медицинской этики. В Древней Руси врачебная деятельность в качестве особой профессии возникла приблизительно в X в. В собрании законов «Русская правда», который датируется XI в., содержатся этические нормы регуляции профессионального труда врача. Документы Кирилло-Белозерского монастыря (XV в.) свидетельствуют о знакомстве врачей с этическими взглядами Гиппократов.

Важнейшим историческим событием в истории развития медицинской этики стало формирование в X–XII вв. медицинских факультетов университетов. Прямым следствием открытия медицинских факультетов стала самостоятельность и большая распространенность профессии врача, а также рост ее престижа. Врач становится также ученым и доктором в обновленном понимании этого слова. Выпускники медицинских факультетов дают «факультетское обещание», содержание которого приближалось к тексту «Клятвы Гиппократата». Создание врачебных корпораций привело к дальнейшей актуализации проблем медицинской этики, хотя корпоративная этика в первую очередь была направлена на защиту интересов врачебного сословия, а не больного человека. Дальнейшему развитию медицинской этики способствовало формирование акушерских школ, постепенное появление элементов организации здравоохранения, совершенствование учебных медицинских программ, установление порядка прохождения практики, сдачи экзаменов и лицензирования.

История этапа становления корпоративной медицинской этики включает разработку в раннем средневековье кодексов «трех ученых профессий» (медицина, религия, право), труды Т. Парацельса, А. Везалия, У. Гарвея, Мальчипия, кодекс Томаса Персифаля. Медико-этические декларации этого периода, этические кодексы и факультетские обещания врачей Европы, в том числе Украины, формировали официальные и неофициальные правила, традиции и обычаи корпоративной медицинской этики. Первое высшее учебное заведение в Украине, в котором готовились врачи, возникло в XV в. в Замосте (недалеко от Львова). В средневековых университетах медицинское знание всегда преподавалось на основе глубокого освоения философии. Заслуженный авторитет в сфере этики имела Киево-Могилянская академия.

Третий (деонтологический) этап развития медицинской этики условно датируется 1834 г. — временем публикации книги английского философа и правоведа И. Бентама (1748–1832) «Деонтология, или Наука о морали». Заслуга ученого состоит в развитии известной со времен Аристотеля концепции деонтологии как науки о долге и должном поведении с позиций философского направления «утилитаризм». И. Бентам полагал: «Основание деонтологии — принцип пользы... , определенный поступок является хорошим или плохим, достойным или недостойным, заслуживающим или незаслуживающим одобрения в зависимости от его тенденции увеличивать или уменьшать сумму общественной пользы». И далее: «Благо как индивида, так и общества может быть гарантировано только готовностью к самоотдаче, которая и должна практиковаться в общении между людьми».

Существенный вклад в концепцию деонтологии внес и другой известный английский философ-утилитарист Д. Миль (1806–1873). Идеологическая направленность утилитаризма состоит в «принесении наивысшего счастья наибольшему числу людей», уменьшении до минимума стра-

даний и боли, расширения сферы личной свободы для большинства. Этим параметрам соответствует концепция «качества жизни», которая ориентируется, в первую очередь, на уменьшение боли и часто — на снижение экономических затрат.

Исключительная роль в развитии классических теорий деонтологии принадлежит выдающемуся немецкому философу-моралисту Э. Канту (1724–1804). Для его философских построений характерна концепция этического рационализма. Он полагал, что «практический разум» как основа этики не зависит от любого знания (религиозного или умозрительного). Основным принципом чрезвычайно сложной этической системы Э. Канта является «категорический императив», предписывающий поступки, которые служат гуманности, как себе, так и другим людям, и которые «не должны быть просто средствами достижения, но всегда быть в то же время целью». Деонтология Э. Канта — этика уважения других и себя.

Важный вклад в развитие деонтологических теорий внес английский философ В. Росс (1930). Его теория была посвящена принятию деонтологических решений в ситуации «конфликта обязательств» и в последующем сыграла важную роль в формировании современной теории биоэтики. Отправной точкой теории В. Росса стало стремление найти выход, когда одна группа этических обязательств склоняет в одну сторону, а другая — в обратную. Для адекватного решения ситуаций, которые связаны с конфликтом обязательств, философ предложил понятие “*prima facies*” (условных) обязательств. В. Росс утверждал, что не существует арбитра в отношении определений их приоритетности в каждом конкретном случае. К таким условным обязательствам он отнес:

- 1) обязательство верности — выполнять обещания, уважать контракты и соглашения, говорить правду;
- 2) обязательство возмещения — компенсация причиненного вреда другому;
- 3) обязательство благодарности;
- 4) обязательство благодеяния, милосердия;
- 5) обязательство ненападения вреда;
- 6) обязательство справедливости;
- 7) обязательство самоуважения.

По утверждению В. Росса, когда возникает конфликт двух (или более) условных обязательств, предпочтение отдается на основании анализа конкретных обстоятельств. В трудных случаях, в принципе, не существует ясного и быстрого правила, как поступить, и необходимо принятие «взвешенного», «подходящего» решения.

В процессе разработки и углубления деонтологических теорий с позиций различных философских систем обосновывались принципы и постулаты достойного исполнения долга, моральные требования и нормы. Интересно, что первоначально деонтология как раздел этической

теории охватывала содержание самых разнообразных профессий и специальностей. Однако с течением времени она все в большей степени стала рассматривать этические проблемы применительно к медицине. В результате к концу XIX столетия медицинская этика постепенно стала чаще именоваться врачебной деонтологией. Именно в этой связи период интенсивного развития деонтологии, начиная с классических трудов И. Бентама, назван деонтологическим этапом развития медицинской этики. Деонтология как учение о нравственном долге стала наукой практического применения принципов и норм врачебной этики в различных отраслях медицины, школой медицинского гуманизма и нравственного профессионализма. Это учение борется против коммерциализации медицины, за соблюдение интересов больных и профессиональных прав медиков.

Значительный вклад в формирование и развитие деонтологической теории и практики внесли выдающиеся ученые-медики Украины — М. Максимович-Амбодик, Д. Самойлович, Н. Пирогов, В. Образцов, Н. Стражеско, Ф. Яновский, Д. Заболотный, А. Богомолец, М. Ясиновский, Н. Амосов и многие другие. Им было присуще бескорыстное служение людям и самопожертвование при исполнении своего профессионального долга. Следует особо выделить весомый вклад в развитие медицинской деонтологии Н. Пирогова, который разработал моральный кодекс медицинской сестры, привлек внимание к взаимодействию врача с медицинской администрацией, и в своей знаменитой фразе: «Учиться и жить есть одно и то же» — сформулировал принцип непрерывности врачебного образования.

Огромная роль в разработке, популяризации и распространении принципов медицинской деонтологии принадлежит не только отдельным философам и ученым-врачам, но и работе профессиональных медицинских ассоциаций, правительственных и неправительственных организаций, законодательных органов, а также Церкви, деятелям науки, искусства и широкой общественности.

Дополнительным импульсом к развитию врачебной деонтологии стали итоги Нюрнбергского процесса, на котором были осуждены злодеяния врачей-фашистов во время Второй мировой войны. Потрясенное человечество узнало правду о бесчеловечных действиях нацистских медиков. Стало известно об умерщвлении 70 000 человек по расовым, социальным и медицинским критериям. Оказалось, что ими была разработана чрезвычайно эффективная программа эвтаназии. Миру также стало известно, что некоторые врачи, вопреки данной ими «Клятве Гиппократу», ставили злодейские опыты на военнопленных и на лицах, депортированных из занятых нацистами стран, тем самым обесчестив профессию медика. Именно на Нюрнбергском процессе мир впервые подверг сомнению добросовестность врачей и врачебную этику. Недавно стало известно, что во время Второй мировой войны такого же рода злодейские опыты ставились врачами в Японии. Международному обществу стала ясна

необходимость международных кодексов медицинской этики. В обстановке эмоционального подъема и взаимопонимания Всемирной медицинской ассоциацией были приняты Женевская декларация (1948), Международный кодекс медицинской этики (1949). Врачи оказались в числе первых, кто поднял свой голос против производства, распространения и использования бактериологического, химического и ядерного оружия.

Исключительная роль в анализе итогов деонтологического этапа развития медицинской этики и формировании философско-аналитической базы следующего этапа — биоэтического — принадлежит выдающейся личности, одному из величайших людей XX ст. — А. Швейцеру (1875–1965). В его этике «благоговения перед жизнью» нет деления на более ценную и менее ценную жизнь, на высшее и низшее. Считая каждую форму жизни священной и неприкосновенной, А. Швейцер критиковал антропоцентричность и перенес библейскую заповедь «не убий» за узкие пределы межчеловеческих отношений. Он имел полное право сказать: «Моим аргументом является моя жизнь». А. Швейцер, человек разносторонних интересов, стал известен не только как талантливый врач, но и как мыслитель, гуманист, философ, теолог, священник, музыкант, музыковед, писатель, журналист, социальный работник и филантроп. Он был удостоен звания лауреата Нобелевской премии. Его вклад в развитие медицинской этики огромен и состоит в создании нового мышления, которое включает концепцию защиты окружающей среды. Новое мышление означало признание ответственности жителей нашей планеты за сохранение и продолжение жизни на Земле. Выживание возможно, если изменение менталитета будут опережать темпы технического прогресса; если уменьшается пропасть между бедными и богатыми; если снизятся расходы на вооружение, а экономический прогресс не будет сопровождаться разрушением и деградацией окружающей среды. А. Швейцера можно по праву считать основоположником экологической науки. Он осознал проблему, которая возникла перед человечеством в середине XX ст.: экспотенциальный рост знания не сопровождается ростом мудрости, необходимой для управления этим знанием.

Этика А. Швейцера, которая характеризуется универсализмом и глобальностью, была направлена на преодоление этого разрыва и поиск выхода из духовного кризиса XX в. А. Швейцер видел причину идейного кризиса современности в противостоянии этики личности и этики общества. По А. Швейцеру все разнообразие этических систем и этических мировоззрений можно свести к двум основным типам: этика самоотречения и этика совершенствования. Этика самоотречения носит социально-утилитаристский характер и подразумевает, что каждый индивид должен жертвовать собой ради других и общества в целом. Другой тип этики — этика самосовершенствования нравственной личности. Нравственная личность из-за различий в оценке понятия гуманности постоянно polemизирует с этикой общества и не может беспрекословно ей подчиняться.

ся. А. Швейцер считает, что на первом месте должна стоять этика нравственной личности, а этика общества может быть нравственной только через признание индивидуальных этических ценностей. Ученый-гуманист считал величайшим заблуждением утверждение, что этику нравственной личности и этику общества нельзя объединить в единой системе этических ценностей.

Четвертый этап развития и формирования медицинской этики — биоэтический — берет свое начало с 1970 г. — времени публикации работ В. Р. Поттера, который стал основоположником новой науки — биоэтики — и определил ее как «путь к выживанию», «мост в будущее». В качестве современного этапа развития медицинской этики биоэтика направлена на проведение активного поиска путей гуманизации медицины и медико-биологической науки путем сопоставления возможностей медицины и биологии с правами человека. Биоэтика ставит своей задачей защиту физической, психической и духовной целостности человека и ее генома, животного и растительного мира, окружающей среды. Она представляет собой комплекс мероприятий по систематическому анализу и координации действий человека в области медицины, биологии и экологии с точки зрения общепризнанных моральных ценностей и принципов.

Становление и развитие биоэтики оказалось прямым следствием практического внедрения достижений научно-технической революции в условиях глубокого идеологического кризиса и нарастания груза глобальных экологических проблем.

Огромные успехи наук медико-биологического комплекса породили множество сложных проблем морального характера. Человек пытается распространить свой контроль на собственную эволюцию и претендует на то, чтобы не просто поддерживать свою жизнь, но улучшить и изменить свою природу по собственному разумению (!). В подобной ситуации неизбежны дискуссии об этической основе и моральном праве таких действий. Предметом интенсивного обсуждения и анализа стали этические проблемы клинических испытаний и экспериментов на животных, генной инженерии, трансплантации органов и тканей, новых репродуктивных технологий, эвтаназии.

Современное общество характеризуют глубокий духовный кризис, девальвация моральных ценностей, потребительский характер цивилизации, недостаток глобальных идей, технократичность мышления, прагматизм и цинизм.

В XX ст. человечество столкнулось с катастрофическими последствиями глобального экологического кризиса. Этот принципиально новый феномен поставил вопросы физического выживания, продолжения человеческого рода и развития всей цивилизации. Критическая фаза отношений и противоречий между обществом и природой обусловлена гигантским ростом потребления естественных ресурсов, изменением ландшафтов, созданием новой антропогенной среды и нарушением динамическо-

го равновесия в биосфере на различных уровнях ее организации. Стало очевидным, что решение проблемы глобального экологического кризиса связано с решением вопроса совмещения на этической основе целей экономического развития с поддержанием экологического равновесия и ресурсной устойчивости.

Заслуга В. Поттера состояла в построении «моста», «связующего звена», органичного соединения таких принципиально разных феноменов, как биология и этика. Естественные науки с начала их существования ориентировались на объективизм как идеал духовности, на изучение объективной реальности без субъективных переживаний и морально-этических оценок человека. Суть исторически сложившегося глубокого конфликта между натурализмом и гуманизмом состояла в тенденции описательной и экспериментальной науки к игнорированию информации и знаний, которые находятся вне пределов компетентности её способов исследования.

По замыслу В. Поттера, биоэтика — не только мост между различными дисциплинами, но и «мост в будущее», который необходим «для соединения медицинской этики и этики окружающей среды во всемирном масштабе, чтобы обеспечить выживание человека». Именно «глобальная биоэтика, основанная на интуиции и разуме (логике), подкрепленных эмпирическими знаниями всех отраслей науки, но особенно биологии», может и должна обеспечить «долгосрочное выживание человечества как вида в нормальной и устойчивой цивилизации». Таким образом, этика, которая исторически была исключительно антропоцентрической областью знаний и изучала отношения «человек — человек», стала рассматривать также сферу живого (А. Швейцер), а затем понятие моральности распространилось и на природу в целом (В. Поттер).

Становлению и развитию биоэтики способствовала разработка различных теорий: принципиализма, либеральной этики, утилитаризма, контрактуализма, социобиологии. Философский анализ и широкое обсуждение практических вопросов позволили на основе принципов, методов и теории биоэтики положить начало важнейшему процессу — формированию этического мышления. Важнейшим инструментом реализации принципов биоэтики стали Комитеты по биоэтике различных уровней — от местного до национального. В задачу Комитетов входит биоэтическая экспертиза всех проектов, включающих исследования на людях. Основной принцип их деятельности — уважение к жизни и достоинству здорового или больного человека, его правам и интересам. Права и интересы личности во всех случаях должны быть выше интересов науки или общества. Детальные рекомендации по организации, функции, правам и обязанностям Комитетов по биоэтике разработаны Комитетом экспертов ВОЗ на основании обобщения опыта их работы в различных странах. В Украине созданы и работают Комиссия по вопросам биоэтики при Кабинете Министров Украины, Комитеты по биоэтике при Министерстве

здравоохранения, Президиумах НАН и АМН Украины, а также многочисленные комитеты по медицинской этике лечебных учреждений.

Показателем бурного международного развития биоэтики является выход многочисленных книг и учебников, периодических изданий, энциклопедий по биоэтике, преподавание предмета в университетах, проведение конгрессов, конференций и симпозиумов.

В настоящее время медицинская этика, на наш взгляд, начинает свой очередной — пятый этап исторического развития, который обусловлен уровнем достигнутых цивилизацией необратимых изменений баланса отношений «человек — природа». Философские и мировоззренческие основы этого этапа определяются концепцией академика В. И. Вернадского о Биосфере и её трансформации в результате жизнедеятельности человечества как мощной геологической силы в Ноосферу (рис. 1).

Ретроспективная оценка истории биоэтики свидетельствует о том, что в 70-е годы она концентрировала своё внимание на защите прав человека, в 80-е годы была направлена на проблему улучшения качества жизни, а в 90-е приобрела характер глобальной биоэтики. Биосфера имеет присущие ей контрольные механизмы, которые призваны защитить Землю как небесное тело, всю биосферу и человечество. Биомедицинская этика и экоэтика как две составляющие глобальной этики возникли в результате осознанного стремления человечества к выживанию путем сохранения биосферы на основе объединения современных достижений науки и практики с моралью и духовностью, а также защиты естественных контрольных механизмов биосферы. К сожалению, несмотря на осознание угрозы глобальной экологической катастрофы, активную работу учреждений биоэтики, правительств, парламентов, правительственных и неправительственных организаций, врачей, юристов, педагогов, экологов, Церкви и широкой общественности, негативные тенденции деградации биосферы не удалось преодолеть, и человечество вступило в XXI в. с возрастающим грузом нерешенных проблем. В настоящее время жителям планеты Земля XXI ст. ясно, что человечество разрушило контрольные механизмы биосферы. Переделывая природу и окружающую среду, человек разумом, последствиями интеллектуального труда изменил условия жизни на планете, создал свою ноосферу, которая в отличие от биосферы, не имеет собственных контрольных механизмов.

К сожалению, в новой реальности прежние биоэтические принципы, методы и теории не будут достаточно адекватными и эффективными. В условиях реализованной ноосферы взаимодействия индивидуума или человечества в целом с объектами живой и неживой природы во всевозрастающей степени происходят не только прямым, но и непрямым путем через модифицированную биосферу.

Если деятельность человека в ноосфере не начнет регулироваться новыми этическими принципами, то последствия современного ноосферного кризиса могут иметь глобальный и катастрофический характер. Для

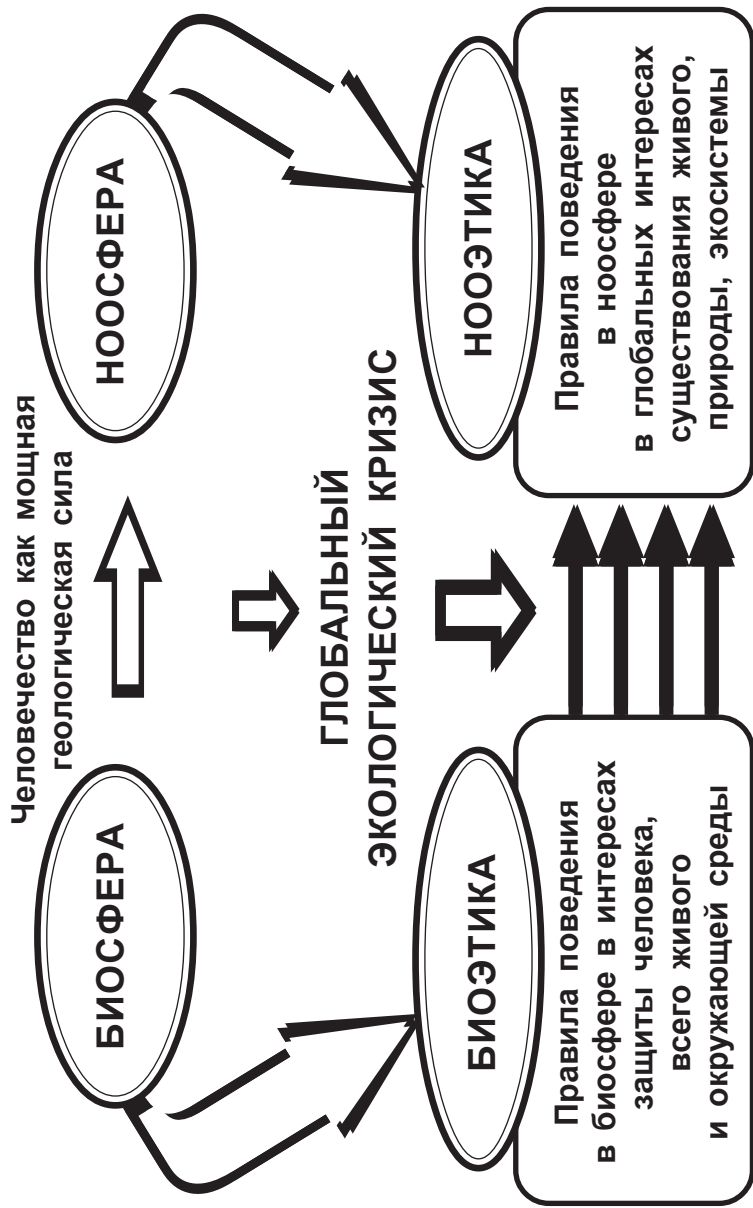


Рис. 1. Концепция академика В. И. Вернадского

сохранения всего живого, для всей природы и экосистемы в целом эта новая этика должна стать Нооэтикой, то есть правилами поведения в Ноосфере, которые бы максимально способствовали глобальным интересам всех составляющих Ноосферы: планеты Земля, человечества и трансформированной им биосферы. Нооэтика предназначена стать одним из многочисленных контрольных механизмов Ноосферы, которые должны обеспечить ее стабильное существование и развитие. Создание нооэтики может рассматриваться как стратегия развития этики и обеспечения выживания человечества на современном этапе его существования. Как высшая ступень развития биоэтики она должна войти в этику органично, как раздел философии, стать ее неотъемлемой и очень важной частью. Нооэтика будет способствовать дальнейшему развитию медицины и медико-биологической науки, что позволяет обоснованно именовать современный этап развития медицинской этики нооэтическим (В. Н. Запорожан, 2004; V. Zaporozhnan, 2005).

РАЗДЕЛ II

МЕТОДЫ БИОЭТИКИ

Жизнь коротка, искусство
обширно, случай шаток, опыт
обманчив, суждение трудно.

Гиппократ

Эпиграфом к разделу взят один из наиболее прославленных афоризмов Гиппократа, который стал особенно известным в латинском переводе: “*Vita brevis, ars longa, occasio autem praeseps, experientia fallax, iudicium difficile*”, и отражает сложность, относительность и бесконечность процесса познания, что в полной мере относится к биомедицинской этике как науке.

Биоэтика, которая, по выражению академика Ю. И. Кундиева, в современном обществе стала признаком цивилизации, первоначально касалась неотложных проблем повседневной клинической практики. Хотя клиническая этика остается ядром биоэтики, сфера последней расширилась до масштабов раздела прикладной нормативной этики, который рассматривает допустимость или недопустимость с моральной точки зрения тех или иных действий относительно живого и окружающей среды. Область биоэтики включила новые сферы, такие как концептуальный анализ биоэтических принципов, эмпирическая оценка действий медицинских работников, этическая критика политики здравоохранения и междисциплинарный анализ с позиций таких дисциплин, как антропология, литература и история. К тому же, специалисты в области биоэтики провели критическую оценку методов этического анализа, который они сами применяли.

Ни одна систематическая этическая теория не стала главенствующей в биоэтике: различные философы и теологи использовали концепции и аргументы из различных подходов к моральности. Такое положение не удивительно, поскольку в прикладных отраслях знаний (а биоэтика — прикладная наука) методологические дискуссии обычно не занимают центрального места. С другой стороны, большая свобода в выборе методологической основы позволяет уделить большее внимание самой сути рассматриваемой проблемы.

Этическая теория предлагает конструкцию, которая может быть использована для того, чтобы определить, что в действиях человека является морально приемлемым, а что нет, а также что с моральной точки зрения расценивать как хорошее в характере человека, а что как плохое. Теории правильного или неправильного действия привлекли наибольшее внимание в XX ст. и часто используются в биомедицинской этике. Этическая теория предлагает набор моральных стандартов (в некоторых случаях один обязательный моральный принцип), который позволяет определить правильность или неверность морального выбора того или иного действия человека. В отношении любой из множества этических теорий возникает однотипный вопрос: каковы критерии ее приемлемости. Теория должна быть взаимосвязанной, полной, ясной и достаточно простой для использования в практических целях. В соответствии с такими требованиями можно сформулировать два наиболее важных положения:

1. Положения этической теории должны в значительной мере соответствовать нашему жизненному моральному опыту.

2. Этическая теория должна представлять эффективное руководство в ситуациях моральных дилемм.

Безусловно, перечисленные критерии в оценке адекватности этических теорий не могут применяться механически. Например, положение, что адекватная этическая теория должна соответствовать опыту нашей моральной жизни, не означает, что любое отклонение от «общепринятой» морали должно интерпретироваться с точки зрения неверности этической теории. Более вероятно, что лучше перепроверить наши моральные оценки в свете теории. Кстати, в эмпирических исследованиях несоответствие между фактами и теорией иногда разрешаются не путем изменения теории, а иной интерпретацией фактов в свете теории.

Многочисленные этические теории используются в медицинской биоэтике в двух моделях этического мышления:

1) дедуктивный анализ;

2) индуктивный анализ (в том числе с использованием описательных методов качественных и количественных эмпирических исследований биоэтических проблем).

Глава 1

ДЕДУКТИВНЫЕ МЕТОДЫ

Дедуктивный метод решения этических проблем состоит в том, что аналитический процесс идет от философских теорий и принципов этики к конкретному случаю. Такой подход есть наукоемким в том отношении, что предлагается процедура формирования этического суждения. Первым шагом применения подобного методического подхода есть иденти-

фикация того, какая философская этическая теория наиболее предпочтительна в данном случае. Например, по мнению Singer (1980), наиболее приемлемая философская теория этики — утилитаризм. Теория, на которой остановлен выбор, по сравнению с другими, должна содержать возможно большее число преимуществ и наименьшее количество недостатков. Этическая теория дает ссылку на совокупность нормативных этических принципов. Обычно такие принципы носят скорее общий, нежели частный характер. Они универсальны (то есть применимы ко всем личностям) и внутренне взаимосвязаны. Логика дедуктивного анализа предполагает траекторию мысли от общей теории к подходящему этическому принципу или группе принципов и далее — к выбору более специфического этического правила. Заключительный шаг — применение этого правила к конкретному случаю, который содержит ту или иную этическую проблему.

Отличительные черты дедуктивного хода мысли — наглядность и определенность, когда предпосылка предопределяет вывод. Иными словами, дедуктивная модель этического анализа представляет собой строгую процедуру принятия решения: теория логически влечет за собой определенные принципы и правила, которые в свою очередь логически требуют частного этического суждения относительно конкретного случая. Суммарно дедуктивный метод может быть представлен в виде следующего алгоритма:

1. Определить предпочтительную философскую теорию этики.
2. Установить уместный этический принцип.
3. Установить уместное этическое правило.
4. Применить правило к конкретному случаю.

При использовании дедуктивного анализа в качестве предпочтительной философской теории этики наиболее часто используют теории Э. Канта, утилитаризма и теории, основанные на их принципах.

Теория Э. Канта

В соответствии с кантовским категорическим императивом, каждый человек имеет право на уважение и самоуважение, а его действия как по отношению к другим людям, так и по отношению к самому себе должны носить гуманный характер: никогда не быть средством достижения цели, но всегда, в то же время, служить самой цели. Согласно этической философской системе Э. Канта, каждый человек имеет прямые и не прямые обязательства по отношению как к себе, так и к другим людям. По представлениям философа, наиболее значимыми прямыми обязательствами по отношению к другим являются не убивать невиновного, не лгать и сдерживать обещания. Прямым обязательством по отношению к себе есть самоуважение и отношение к себе не как к средству достижения какой-то

цели. Непрямым долгом по отношению к себе Э. Кант считал самоусовершенствование и развитие способностей. Непрямым долгом по отношению к другим кантовская деонтология считает принцип благодеяния. По мнению философа, действия по выполнению не прямых обязательств не должны совершаться за счет нарушения прямых обязательств.

Хотя различия между прямыми и непрямыми обязательствами не столь очевидны, их структурное значение в этической системе Канта трудно переоценить. Прямые обязательства требуют выполнения или воздержания от выполнения определенных действий. Не существует легитимных исключений в выполнении прямых обязательств. Они остаются неизменными во всех обстоятельствах, поскольку определенные виды действий просто несовместимы с принципами уважения к личности и поэтому строго запрещены. Непрямые обязательства требуют от нас добиваться или способствовать достижению определенных целей (например, добра для других). Различия между прямыми и непрямыми обязательствами могут быть пояснены следующим образом. Прямые обязательства нарушаются, когда мы рассматриваем человека как средство. Непрямые обязательства нарушаются, когда мы не рассматриваем человека как цель действий, даже когда не относимся к нему активно как к средству. Теория Э. Канта в качестве дедуктивного метода анализа применима к проблемам биомедицинской этики, о чем свидетельствуют следующие примеры.

Достаточно часто обсуждается такая биоэтическая проблема, как оправданность сообщения врачом неправдивой информации своему смертельно больному пациенту относительно прогноза заболевания. С точки зрения Э. Канта, каждый человек имеет прямое обязательство по отношению к другим не лгать, и поэтому прямое применение данной этической теории предполагает, что врачу при любых обстоятельствах непозволительно лгать пациенту.

Деонтология Э. Канта содержит важный и прямой ответ относительно этичности проведения исследований на людях. Поскольку для каждого человека морально неправомерно использовать любого другого человека только в качестве средства, ясно, что и для исследователя морально непозволительно отнестись к субъекту исследования только как к средству. Такой ответ — база для обоснования необходимости добровольного информированного согласия как основного принципа исследовательской этики. Исследователь обязан предоставить испытуемому всю необходимую информацию о проекте наблюдений (и, прежде всего, о возможном риске), которая достаточна для рационального решения об участии. Иными словами, уважение к личности требует получения добровольного информированного согласия. После того как исследователь объяснил потенциальному субъекту испытания важность его участия и всю пользу для общества, которую принесут успешные результаты исследования, возникает вопрос: имеются ли у потенциального субъекта испы-

тания моральные обязательства к участию. Безусловно, нет. В соответствии с кантовской этикой, долг благодеяния является непрямым. Человек должен при случае оказывать помощь и содействие, но не имеет обязательств к выполнению каких-либо конкретных благодеяний.

Биоэтический анализ суицида также может быть проведен с позиций кантовской этической теории. Прямым обязательством по отношению к самому себе, по Канту, есть обязательство не совершать самоубийства. Ограничение собственной жизни полностью несовместимо с уважением к себе как к личности. Уничтожая себя как разумное существо, человек относится к себе только как к средству достижения цели (избежать дискомфорта или дистресса). Иными словами, самоубийство — внутренне неверное действие и не существует обстоятельств, при которых оно было бы морально позволительным. Одним из вариантов самоуничтожения является приверженность вредным привычкам. Согласно этике Э. Канта, человек имеет прямые обязательства по отношению к самому себе избегать пьянства, поскольку оно разрушает личностные мыслительные способности и несовместимо с уважением к себе как разумному существу. Философ утверждал, что люди уничтожают себя в попытках достичь удовольствия через опьянение. Человек, который употребляет алкоголь, относится к себе как к средству (достижения цели удовольствия).

Для оценки приемлемости взглядов Канта как этической теории необходимо обратиться к двум центральным критериям, которые ранее упоминались.

Используя первый критерий (соответствие общепринятым моральным правилам), можно утверждать, что многие положения теории Канта соответствуют нашему моральному опыту в отношении таких действий, как убийство, нанесение вреда, ложь, невыполнение обязательств. Деонтология Канта дает надежную основу индивидуальных прав, которые связаны с нашими прямыми обязательствами по отношению к другим (непрямые обязательства, напротив, не продуцируют прав). Однако кантовская этическая теория переоценивает значение определенных прямых обязательств и недооценивает значение непрямого обязательства помощи и содействия, по крайней мере тогда, когда благодеяние в состоянии предотвратить серьезный вред другому человеку. Например, если человек нарушает достаточно тривиальное обещание (в срок вернуть книгу) потому, что помогал другому человеку в серьезной беде, то нельзя считать его поступок аморальным (хотя с точки зрения кантовской этики действия по выполнению не прямых обязательств, — в данном случае благодеяние, — не должны совершаться за счет нарушения прямых обязательств, — в данном случае выполнения обещаний.)

Используя второй критерий приемлемости этической теории (способность быть эффективным руководством в решении этических дилемм), следует согласиться, что ответ также неоднозначен. Безусловно, кантов-

ская теория — за счет распределения этических обязательств на прямые и непрямые и обозначения приоритета прямых обязательств — предоставляет ясный алгоритм решения этических дилемм. Однако приоритет прямых обязательств над непрямыми в то же время — проблематичная черта кантовской деонтологии. Можно утверждать, что если даже теория дает приемлемо ясное руководство к действию, она иногда не в состоянии дать правильное руководство.

Теории утилитаризма

В современных дискуссиях утилитаризм присутствует в двух вариантах: теория «поступок — утилитаризм» и теория «правило — утилитаризм».

Теория «поступок — утилитаризм», в качестве базовой, утверждает следующий принцип: человек должен поступать так, чтобы достичь для всех наибольшего перевеса добра над злом. Поступок считается моральным, если, по сравнению с возможными альтернативами, его вероятные последствия обеспечат наилучший баланс между добром и злом, признаваемый всеми. Иными словами, человек должен поступать так, чтобы получить максимальную пользу. Что считать добром и злом при проведении этического анализа? Классический утилитаризм отвечает концепцией внутренних ценностей. По мнению Bentham, только удовольствие в широком смысле понятия, включая все типы удовлетворения или наслаждения, обладает внутренней ценностью и только боль, которая понимается широко, включая все типы неудовлетворенности, фрустрации или недовольства, имеет внутреннее значение зла. Согласно представлениям Mill, только состояние счастья имеет внутреннюю ценность и только ощущение несчастья является внутренним злом.

Практическое применение теории имеет следующий алгоритм:

1. Определить альтернативные пути решения этической проблемы.
2. Попытаться предвидеть возможные последствия (иногда множественные и отдаленные) каждого альтернативного поступка.
3. Оценить в каждом случае последствия с точки зрения баланса добра и зла, с учетом влияния поступка на каждого, кого он вероятно коснется.
4. Выбрать поступок, который вероятно приведет к наибольшему перевесу добра над злом, и определить его как морально оправданный в конкретной ситуации.

Если кажется вероятным, что оба альтернативных действия обеспечат одинаковый баланс добра и зла, то каждое из них признается морально правильным. В некоторых ситуациях, независимо от того, как человек поступает, баланс добра и зла становится отрицательным. В таком случае морально правильно поступить так, чтобы сделать перевес зла (боли и несчастья) над добром (удовольствия и счастья) был наименьшим.

Теория «поступок — утилитаризм» может быть правильно понята как «ситуационная этика». Теория не считает определенные виды действий как внутренние и по своей натуре неверные. Эти виды действий (например, ложь) могут быть признаны морально неправильными в одних обстоятельствах и правильными в других, поскольку последствия действий в значительной степени зависят от обстоятельств. Иными словами, моральность поступка является функцией ситуации — отсюда термин «ситуационная этика». Примером использования теории «поступок — утилитаризм» в биомедицинском контексте может быть анализ следующей ситуации.

У новорожденного с множественными врожденными пороками развития и тяжелым поражением центральной нервной системы, который не имеет шанса на выживание более нескольких недель, развивается приобретенная пневмония. Неонатолог совместно с родителями должен определить, имеет ли смысл начать терапию пневмонии антибиотиками и, следовательно, продлить жизнь ребенку. Альтернативное решение — просто дать новорожденному умереть. Кажется ясным, что интересы всех сторон, вовлеченных в данную этическую дилемму, наилучшим образом соблюдаются решением не проводить антибиотикотерапию пневмонии. Безусловно, сам ребенок ничего не приобретает, а в определенном смысле теряет, при небольшом продлении жизни, наполненной болью и страданием. Родители, чьи страдания не устраняются при любом альтернативном поступке, получают некоторое облегчение от того, что страдания их ребенка наконец закончены. И, наконец, ресурсы больницы и здравоохранения в целом могут быть использованы в дальнейшем с большей пользой, чем при продлении процесса умирания новорожденного, состояние которого невозможно улучшить известными методами терапии. Безусловно, должны быть учтены непрямые и долгосрочные последствия решения не проводить терапию. Возможно, будет нанесен вред устойчивым общественным традициям особого защитного отношения общества к новорожденным. Однако риск неблагоприятных последствий представляется минимальным. Поэтому, в обсуждаемой ситуации, отказ от антибиотикотерапии, который позволяет новорожденному умереть, представляется морально правильным поступком.

Как и каждая этическая теория, теория «поступок — действие» должна быть оценена с точки зрения ее приемлемости в соответствии с двумя стандартами.

Критики теории утверждают, что она противоречит нашему опыту моральной жизни, в частности, игнорирует или не оправдывает особый персональный характер взаимоотношений и моральных обязательств. Например, известно особое моральное обязательство родителей заботиться о детях. В то же время, с точки зрения теории «поступок — действие», наибольшую пользу могло бы дать перераспределение энергии и времени на выполнение какого-либо другого задания. Кроме того, примене-

ние теории в недостаточной мере соответствует нашей моральной убежденности, что индивидуумы имеют свои права. При определенных обстоятельствах действие, которое обеспечивает максимальную пользу (и поэтому, согласно теории, — морально верное), нарушает права отдельного человека по принципу «цель оправдывает средства». Теория предъявляет завышенные моральные требования к индивидууму, заставляя его постоянно оценивать любой свой поступок с точки зрения достижения максимальной пользы.

На вопрос о том, предоставляет ли данная теория эффективное руководство к решению этической проблемы (а в этом состоит другой критерий ее приемлемости), можно дать положительный ответ. Процедура принятия выбора логична и ясна, а анализ вероятных следствий альтернативных действий помогает выбрать то, которое обеспечит максимальную пользу. Хотя теория хорошо соответствует данному стандарту приемлемости, ее неполное соответствие предшествующему стандарту привело к тому, что большинство современных утилитаристов отошли от теории «поступок — утилитаризм» в направлении теории «правило — утилитаризм».

Теория «правило — утилитаризм»

Основным принципом данной теории является следующий: человек должен поступать в соответствии с таким правилом, которое, если ему в большинстве случаев следовать, позволяет достичь для всех наибольшего перевеса добра над злом. В общих утилитаристских теориях принцип пользы является основной этической нормой. Однако если в системе «поступок — утилитаризм» определение морально правильного поступка есть вопросом прямой оценки альтернативных действий по отношению к стандарту пользы, то в системе «правило — утилитаризм» определение моральности поступка предполагает непрямую апелляцию к принципу пользы. В духе теории «правило — утилитаризм» в соответствии с принципом пользы, прежде всего, составляется моральный кодекс. Это означает разработку набора значимых моральных правил путем определения того, какие из них (по сравнению с возможными альтернативами) позволяют, если им в большинстве случаев следовать, достичь для всех наибольшего перевеса добра над злом. Согласно данной теории, индивидуальные поступки морально верны, если они согласуются с этими правилами. Разница между двумя типами утилитаризма схематично представлена на рис. 2. В теории «поступок — утилитаризм» этическое решение принимается одноэтапно, в теории «правило — утилитаризм» — двухэтапно. Теория «поступок — утилитаризм» оценивает действия индивидуума строго на основе соображений пользы и поэтому часто называется «экстремальным», или «неограниченным», утилитаризмом. Теория

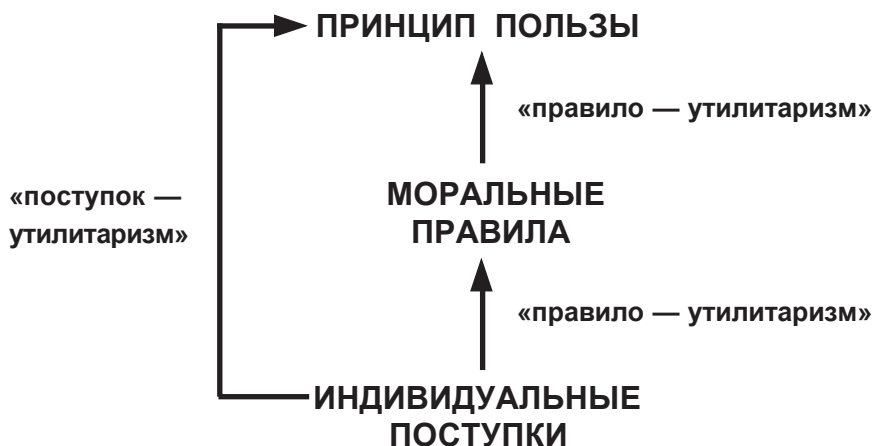


Рис. 2. Различия между типами утилитаризма

«правило — утилитаризм» разрабатывает моральный кодекс как совокупность моральных правил на основе понятия пользы и затем оценивает индивидуальные действия не на основе утилитарных соображений, а на основе соответствия их установленным моральным правилам, что дает основания для употребления термина «ограниченный утилитаризм».

В теории «поступок — утилитаризм» моральные правила находятся в подчиненном положении. Это просто «правило правой руки», и представляют они определенную меру практического руководства. В теории «правило — утилитаризм» моральные правила занимают значительно более фундаментальный статус и имеют теоретическое главенство. В первом приближении моральный кодекс может быть определен на базе соображений полезности как «общепринятые правила моральности», такие как «не убивай», «не кради», «не лги», «не нарушай обещаний». С точки зрения критерия пользы, последствия от принятия правила «не убивай» значительно лучше, чем от принятия правила «убивай, когда хочешь». Принятие последнего правила приводит общество к анархии. На базе утилитаризма возможно принятие правил не только запретительного, но и разрешительного характера. Вполне очевидно, что общество выигрывает от включения в моральный кодекс правил типа «приходи на помощь людям в беде» или «не допускай причинения вреда невиновному человеку». Однако в реальной жизни безоговорочное следование всем моральным правилам может приводить к возникновению конфликтов между ними. Поэтому моральный кодекс должен содержать оправданные исключения. Например, с точки зрения теории «правило — утилитаризм», считается морально оправданным такое исключение из правил «не убивай», как убийство с целью самозащиты. Обоснованием есть тот факт, что, хотя

следование правилу «не убивай» имеет несравненно лучшие последствия, чем правило «убивай, когда хочешь», принятие правила «не убивай, за исключением самозащиты» обеспечивает лучший баланс добра и зла для всех. Точно также принятие правила «не лги», за исключением необходимости защиты невинного человека от серьезных повреждений, сохраняет все социальные выгоды от принятия правила «не лги», но при этом дает дополнительную социальную пользу в виде повышения степени личной безопасности для потенциальных жертв насилия.

Примером использования теории «правило — утилитаризм» в биомедицинском контексте является обсуждение вопроса о том, имеет ли врач право лгать пациенту и говорить, что болезнь не смертельна, когда это не так. С точки зрения теории «правило — утилитаризм», проблема концептуализируется как вопрос о возможности оправданных исключений из правила «не лги». Кстати, с позиций теории «поступок — утилитаризм», проблема должна решаться в каждом индивидуальном случае самостоятельно на основе соображений максимальной пользы. Допустим, что правило «не лги» будет дополнено уточнением — «за исключением тех случаев, когда, по мнению врача, для больного будет лучше не знать о терминальности заболевания». Будет ли принятие правила, которое содержит такое исключение, иметь лучшие последствия, чем правило без исключения? Ответ не бесспорен, однако, с позиций теории «поступок — утилитаризм» предложенное исключение не является оправданным. Возможно, что принятие правила с предложенным исключением охранит многих пациентов, по крайней мере, от переживаний в связи с информацией о смертности заболевания. Однако, с другой стороны, этот выигрыш может оказаться незначительным ввиду нарушения отношений доверия между врачом пациентом. Дело в том, что родственники больного в будущем, когда сами заболеют, не будут в полной мере верить, что врач сообщает им правдивую информацию. Остается открытым вопрос, может ли быть сформулировано и принято более ограниченное исключение из данного правила.

Теория «правило — утилитаризм» в большей степени, чем «поступок — утилитаризм» соответствует первому критерию приемлемости этических теорий — согласованности с нашим опытом моральной жизни. Однако обе эти теории не дают адекватного теоретического обоснования прав человека и социальной справедливости.

С позиций второго критерия приемлемости, теория «правило — утилитаризм» может получить положительную оценку, поскольку предлагает эффективное руководство к решению актуальной этической проблемы. В ситуациях дилеммы, когда одно моральное правило или принцип направляет нас по данному пути, а другое моральное правило или принцип — по другому, «правило — утилитаризм» предлагает установить относительный приоритет путем анализа последствий введения приемлемо-

го исключения в правила, которые находятся в конфликте. Дилемма решается путем принятия правила, которое принесет максимальную пользу.

Теории, основанные на принципах

Так же, как кантовская этика и утилитаризм, теории, основанные на принципах, делают акцент на существование обязательств. Однако отличительной особенностью теорий Канта и утилитаризма является то, что они основываются на принципах монизма, когда один абсолютный принцип определяет характер действий в пределах этической системы. Теории, основанные на принципах, носят плюралистический характер, когда два или более условных (неабсолютных, *prima facie*) принципов формируют общий уровень нормативных утверждений. Другой отличительной чертой теорий, основанных на принципах, есть их близость к общепринятой морали, нежели опора на чистое размышление, естественные законы, специальный моральный смысл и тому подобное.

Теории, основанные на принципах, признаны найти выход из ситуации «конфликта обязательств», которая предполагает действия в противоположных направлениях, хотя решение должно быть только одно, несмотря на ощущение неопределенности и нерешенности проблемы. Ситуация «конфликта обязательств» не может быть решена ни с позиции утилитаризма, ни с позиции теории Канта, поскольку монистические теории дают однонаправленный алгоритм принятия решения. Утилитаристы видят основу различных этических обязательств в принципе достижения максимальной пользы. Однако утверждение, что в реальной жизни существует только одно обязательство увеличения выгоды, не согласуется со здравым этическим смыслом и фактом существования самых различных групп обязательств по отношению к разным людям. По теории Канта, наши различные обязательства определяются категорическим императивом. Однако в реальной жизни неприемлемо утверждение абсолютного приоритета прямых обязательств над непрямymi.

Основной теорией, основанной на принципах, является теория принципализма, предложенная Т. Beauchamp и J. Childress (1979). Она заняла видное место среди доминирующих этических теорий XX ст. Принципализм имеет связь с теорией В. Росса (1930), в которой введено понятие обязательств *prima facie*. Термин переводится с латинского как «на первый взгляд». Однако выражение «условные» лучше отражает характеристику обязательств. Перечень условных обязательств приводился ранее. Условное *prima facie* обязательство, в отличие от абсолютного, может быть подчинено другому условному обязательству, которое при данном стечении обстоятельств оказывается более веским. В теории принципализма (как и в теории В. Росса) абсолютные (неусловные) обязательства отсутствуют и существуют только условные (*prima facie*). Услов-

ные обязательства не имеют единой основы и происходят из многочисленных, морально значимых отношений гражданина к государству, человека к человеку, друг к другу, родителей к ребенку, супруга к супруге, кредитора к должнику, того, кто дал обещание, к тому, кто получил обещание и т. п. Каждое из таких отношений составляет основу определенного условного обязательства: оно оказывает большее или меньшее моральное давление в зависимости от обстоятельств конкретного случая. В непроблемных ситуациях, когда мы связаны только одним условным обязательством, именно оно и становится нашим фактическим (действительным) обещанием. В ситуации конфликта обязательств, когда в конкуренции за приоритет находятся два или более условных обязательства, только одно из них, более весомое при данных обстоятельствах может стать нашим фактическим (действительным) обязательством. В соответствии с теорией принципализма, этическая проблема может быть адекватно концептуализирована, проанализирована и решена при сопоставлении с принципами, каждый из которых соответствует условным (*prima facie*) обязательствам. Специально для сферы действия биомедицинской этики сформулированы четыре принципа: уважение к автономии, ненанесение вреда, помощь и содействие, социальная справедливость. Эти принципы происходят из принципов общепринятой морали. При принятии решения необходимо учитывать взаимосвязь этих принципов с другими аспектами нашей моральной жизни, такими как моральные эмоции, ценности и права. Несмотря на неизбежность определенных колебаний, решение должно строиться на основе моральной справедливости. В теории принципализма отсутствует какой-либо единый объединяющий принцип или концепция, либо описание наивысшего блага. Каждый принцип, с одной стороны, связан с условным обязательством, а с другой — субъектом для ревизии. Ни один принцип не действует как тирания и предполагает возможность разработки компромиссов. В сложных конфликтных ситуациях может не быть единственно правильного решения, поскольку два или более морально приемлемых поступка находятся в неизбежном конфликте и равноценны в данных обстоятельствах.

Пример разрешения «конфликта обязательств» — анализ этической приемлемости активной эвтаназии. Концептуализация проблемы состоит в конфликте обязательства помогать и содействовать, с одной стороны, и обязательства не причинения вреда — с другой. Конфликтные обязательства соответствуют опорным принципам теории. Убийство как таковое является абсолютно морально неприемлемым и противоречит условному (*prima facie*) обязательству ненанесения повреждения. С другой стороны, прекращение жизни терминально больного и страдающего от боли человека не может во всех ситуациях считаться морально неприемлемым, поскольку в конкретной ситуации иногда соответствует условному (*prima facie*) обязательству помощи и содействия. Хотя убийство, с точки зрения условного (*prima facie*) обязательства, аморально, оно мо-

жет оказаться единственным путем выполнения других моральных обязательств. Однако когда условные (*prima facie*) обязательства преодолеваются или перевешиваются другими обстоятельствами, они не просто исчезают или испаряются, а оставляют моральные следы, которые должны отражаться в отношениях и дальнейших действиях агента.

При оценке теории принципализма с точки зрения ее этической приемлемости необходимо традиционно использовать два стандартных критерия. Можно утверждать, что теория хорошо согласуется с нашим опытом моральной жизни, поскольку основана на «обычном моральном сознании». В то же время, хотя принципализм предлагает полезную схему для концептуализации наших моральных дилемм, он не обеспечивает надежного руководства для их решения. Ситуацию характеризует парадоксальное суждение Юма о том, что «принципы, по которым люди строят свои моральные суждения, всегда те же самые, а выводы, которые они делают, часто оказываются очень различными». Когда люди приходят к разным выводам, их моральные суждения также должны стать предметом анализа.

Индуктивный метод решения этических проблем принципиально отличается от дедуктивного. Он предлагает начать этический анализ с фактического изучения деталей частного случая: людей, обстоятельств и взаимоотношений, которые вовлечены в конкретную дилемму. Считается, что опыт и наблюдение вероятнее, нежели философские принципы и теории, являются предпосылками этических аргументов. Приверженцы метода ссылаются и на то, что качественные и количественные методы эмпирического наблюдения также приемлемы для идентификации и анализа этических вопросов в организации здравоохранения и клинической медицине.

Согласно индуктивной концепции, анализ следует начать с этической оценки частных особенностей случая. Умение реагировать на индивидуальные особенности дает возможность разобраться, какие наиболее общие принципы и обязательства могут быть самыми действенными в данной ситуации. Выбор этических принципов и обязательств, которые подходят к конкретной этической проблеме, — важнейший этап индуктивной концепции. И, наконец, без ссылки на философскую теорию, предпринимается попытка сопоставления общих принципов и обязательств с конкретными фактами и интуитивными суждениями. Это может потребовать, например, представить себя самого в данной моральной ситуации с целью понять пределы общих принципов и обязательств. Для лица, вовлеченного в этический анализ, важнее не оставаться беспристрастным, а попытаться представить разные перспективы или понять, что возможно сделать в аналогичных ситуациях.

В отличие от дедуктивного анализа, индуктивный подход неизбежно сохраняет в этических суждениях неопределенность и остаточную напряженность. Движение от частного к общему и обратно к частному сопровождается не логическим вмешательством, а скорее практическими мнениями. При индуктивном анализе логические посылки служат поддержкой вывода без неопровержимого логического обеспечения. Другими словами, индуктивный аргумент предполагает сделать определенный вывод более вероятным, но не превращает его в логически необходимый. Индуктивный подход определяет также, что общие руководящие принципы не являются универсально применимыми, и поэтому призывает к использованию общих нормативных принципов с ясным пониманием их пользы и ограничений. В соответствии с индуктивной моделью, сердце-

вина этического мышления находится не во владении философскими теориями, а в моральном опыте и оценке.

Алгоритм индуктивного метода этического анализа включает следующие этапы:

1. Уделить внимание конкретным особенностям.
2. Найти действующие этические принципы и обязательства.
3. Сбалансировать конкретные частности и общие принципы.

В редких случаях для выполнения задачи сбалансирования частного и общего требуется дополнительный четвертый шаг. Он необходим, когда общий принцип или обязательство, которые вовлечены в этический анализ, сами по себе поставлены под сомнение. Такая ситуация возможна, если определенная посылка, на которой базируется принцип или обязательство, более не считается разумной и ее ценность стала сомнительной. Тогда необходимо:

4. Отвергнуть или модифицировать общий этический принцип на основе идентификации того, какая неразумная посылка находится в его основе.

Индуктивная модель способна согласовывать междисциплинарные точки зрения. Многодисциплинарная индуктивная модель может объединять под общими принципами не только положения, которые следуют из философских теорий, но также те, которые исходят из многочисленных дисциплин и источников. Последние могут включать жизненный опыт непосредственного наблюдения за тем, как этические проблемы и их решения влияют на отношения людей. Предмет истории также может включаться в многодисциплинарную индуктивную модель, поскольку многие этические проблемы имеют непреходящий характер и входят в исторические источники. Даже если частный случай необычен, он может иметь важные аналогии со случаями, которые произошли в прошлом. Литература — еще один возможный источник общего этического понимания, поскольку извлекает его путем раскрытия характеров персонажей и описания житейских ситуаций. Наконец, ценную базу этических предпосылок для этического анализа случаев предоставляют различные культуры. Проблема состоит только в том, что доминирующая в обществе культура может подавлять этические взгляды прочих культурных групп, а ценности отдельно взятой культуры могут стать источником выводов, которые носят конфликтный характер по отношению к другим культурам национальных меньшинств.

Вариантами индуктивного подхода к решению этических проблем есть казуистический метод, этика заботы, феминистская этика.

Казуистический метод

Этот метод был разработан античными мыслителями и широко применялся в этических дискуссиях средневековья. Теоретической предпосылкой метода стало утверждение, что присущий дедуктивизму тип мышления «сверху вниз» является неадекватным для решения конкретных

проблем, подобных тем, какие возникают в биоэтике. Возрождение казуистического метода в биомедицинском аспекте — заслуга Jonsen и Toulmin (1988).

Приверженцы казуистического метода исходят из того, что ни одна из существующих этических систем не в состоянии преодолеть различия наших моральных идей. Следствием стал факт отсутствия консенсуса в оценке этических построений. Казуистический метод анализа этической проблемы оправдан также тем, что наше реальное моральное мышление обычно не содержит прямых дедуктивных построений, которые выводят этическое суждение из высших принципов. Практическая житейская мудрость требует определить, какие именно нормы, принципы и правила применимы к конкретному сложному или двойственному с этической точки зрения случаю. Последователи казуистического метода не согласны, что ответ на вопрос может быть получен на основе теорий Канта, утилитаризма или принципализма. Этические теории не учитывают и того факта, что моральная определенность там, где она существует, касается частных случаев.

Казуистический метод основан на анализе случаев. Он начинается с ясных «образцовых» случаев (парадигм), которые применимы к анализируемой проблеме и указывают на правильные действия или суждения. Из таких простых случаев экстрагируются правила поведения и принципы, например, «воровство аморально». «Образцовые» случаи (парадигмы) помогают осветить проблемы других случаев методом аналогии. Выведенные из «образцовых» случаев (парадигм) правила поведения и принципы сопоставляются с действиями, которые имеют двойственную или конфликтную этическую основу. Иногда они включают утверждения о необходимости исключений из правил.

Для правильной моральной оценки каждого частного случая необходимо, прежде всего, определить, какие «образцовые» случаи являются подходящими. Трудности неизбежны, если «образцовые» случаи неопределенны или двусмысленны или если два и более «образцовых» случая действуют в конфликтном направлении. История моральной практики представляет собой постоянное уяснение использования «образцовых» случаев (парадигм) и принятых исключений из правил.

Моральный анализ случаев невозможен без ссылок на существующие моральные традиции. Казуистический метод утверждает приоритет практики над теорией. Моральные нормы следует устанавливать на основе практики, причем она не должна оправдываться или осуждаться абсолютными моральными принципами, потому что таковых просто не существует. Приоритет практики во многом есть следствием исторической традиции как постоянного базиса европейского понимания моральности. Казуистический метод подкрепляется и развивается также деятельностью различных организаций, которые анализируют и обобщают реальную этическую практику решения проблем в отдельных случаях. Казуистическое мышление движется от ясного и очевидного случая к более

сложному и проблематичному. Базой является проявление соответствия важного принципа определенному случаю. Движение мысли происходит от этой базы к моральному суждению.

В повседневной медицинской практике возникают все новые случаи, которые требуют срочного практического решения. Последователи казуистического метода уверены, что ни элегантные теории, ни критические вопросы не дают ответов на возникшие клинические проблемы. В их руках находятся серии парадигм («образцовых» случаев), например таких, которые отражают этику ведения терминальных больных и т. д. Эти случаи хорошо понятны и могут использоваться в дискуссиях с оппонентами. Они содержат тщательный анализ мнений с достигнутым консенсусом и точками несогласия. Убеждение слушателей достигается на основе парадигм, путем сопоставления мнений и приведения аналогий в пользу того, что то или иное решение — наилучшее. В этом смысле дух дискуссий античных философов-казуистов присутствует в коридорах современных больниц. Именно такой факт лежит в основе утверждения, что биоэтика спасла от гибели нормативную этику.

В качестве примера применения казуистического метода можно рассмотреть дискуссию о том, имеют ли право родители — приверженцы веры Свидетелей Иеговы — запретить переливание крови их малолетнему ребенку, который погибнет без операции. Вместо того, чтобы обратиться к этической теории или общим принципам, таким как помощь и содействие или уважение к автономии, казуистический метод будет направлен на попытку решения проблемы нахождением аналогии в случаях, относительно которых нет значительных расхождений во мнениях. Последователь казуистического метода будет приводить различные парадигмы («образцовые случаи»), которые поддерживают, во-первых, право компетентных взрослых отказаться от предлагаемого им медицинского лечения, а, во-вторых, право родителей принимать решение за своих детей. Уважая последнее право, общество, например, не запрещает родителям направлять своих детей в религиозные школы. С другой стороны, общество стремится к ограничению такого выбора родителей, который наносит серьезный вред ребенку. Исходя из этого, родители имеют полную свободу в выборе школы, в которую они хотят направить ребенка, однако они не имеют права лишить его возможности посещать школу вообще (за исключением случаев обеспечения полноценного образования на дому). Решение об отказе от образования серьезно нарушает благополучие ребенка. Последователь казуистического метода проведет аналогию и сможет утверждать, что родители не имеют права отказаться от переливания крови ребенку. Такое решение аморально потому, что наносит непоправимый вред. Ребенок, в отличие от родителей, не принимал автономного решения стать членом церкви Свидетелей Иеговы. Став взрослым, он сможет согласиться с этой системой ценностей или отвергнуть ее и принимать соответствующие медицинские и другие решения.

Казуистический метод — реальная альтернатива доминирующим этическим теориям и методологии этического мышления «сверху вниз». Он действительно предлагает путь, который соответствует реальному процессу этического решения проблем. Более того, казуистический метод в состоянии привести к консенсусу даже тогда, когда люди не сходятся во мнении относительно этических теорий. По крайней мере, приверженцы данной методологии, безусловно, правы, что отдельные специфические моральные утверждения более определены, чем какая-либо этическая теория.

Критики казуистического метода отмечают, что хотя он действительно служит альтернативой ряду доминирующих дедуктивных этических теорий, в то же время — достаточно близок к принципализму. Действительно, если конкретные моральные суждения более определены, чем полная этическая теория, то из этого не вытекает, что такие суждения более определены, чем какой-либо принцип. Иными словами, нет оснований утверждать, что суждения о частных случаях более определены, чем суждения об условных (*prima facie*) принципах или правилах, приемлемых в данной ситуации.

Другим критическим возражением есть упрек в том, что метод избыточно «интуитивен» в решении трудных этических проблем.

Анализ сильных и слабых сторон казуистического метода приводит к заключению, что его наилучшее применение возможно в качестве составной части более современной модели этического мышления.

Этика заботы

Метод уделяет особое внимание эмоциональному компоненту моральной жизни со специальным акцентом на сопереживание и учет потребностей других, то есть на заботу и попечение. Так же как и казуистический метод, этика заботы концентрируется на особенностях и ситуации морального суждения.

Метод придает особое значение анализу взаимоотношений и признанию ответственности за моральное решение. Этика заботы была разработана С. Gilligan (1982) в процессе изучения половых различий этического мышления. При изучении реакции на моральные конфликты было обнаружено, что женщинам свойственно сосредотачиваться на деталях взаимоотношений между людьми и искать инновационные решения, которые максимально защищают интересы всех заинтересованных лиц. Мужчины, напротив, обычно стараются идентифицировать и применить подходящие принципы или правила, которые они считают универсальными или ценными с точки зрения справедливости, даже если в результате нарушаются чьи-то интересы. Первый тип подхода был назван этикой заботы (или ответственности), а другой, который включает дедуктивные методы, — этикой справедливости. Безусловно, эти эмпирические корреляции несовершенны: действия мужчин включают элементы за-

боты, а женщины используют принципы справедливости. Исторически традиционные этические подходы более соответствуют моральному опыту мужчин, нежели женщин. С. Gilligan приходит к выводу, что нет причины считать, что этика заботы менее значима, чем этика справедливости, и что идеальная этика должна включать оба этих подхода.

Этика заботы направляет и ориентирует универсальные принципы и права в пользу заботы, попечения, межличностных отношений и условий. Критика дедуктивных методов этического анализа основана на сомнении в том, что беспристрастность и справедливость — фундаментальный аспект морального мышления и отражают мужское этическое мышление. Пристрастность, которая происходит из взаимоотношений заботы, не менее легитимна. Определенные взаимоотношения исключительно важны. Например, во многих случаях родителям допустимо ставить интересы своих детей выше интересов других детей. Более того, абстрактные принципы традиционных теорий часто имеют весьма ограниченное практическое применение, в то время как для решения этических проблем необходимы внимание к деталям и учет обстоятельств.

Во многих сложных ситуациях с наличием этического конфликта такие принципы, как кантовский категорический императив или утилитаристское кредо «Увеличивай до предела пользу», дают попросту неадекватное руководство. Более того, этические теории с абстрактными принципами часто пренебрегают эмоциональным компонентом моральной жизни. Проявления заботы в соответствии с потребностями других людей часто морально предпочтительнее отстраненной, бесстрастной моральной оценки. Например, этика заботы твердо поддерживает сердечное отношение врача к больному без этической оценки последствий (как это требует утилитаризм) или уважения к личности (как это предполагает кантовская теория). Абстрактный характер дедуктивных методов этического анализа не в состоянии учитывать принципиальные особенности морального опыта отдельных контингентов агентов — женщин, родителей, представителей меньшинств, коллег-профессионалов. Медицинский работник в духе этики заботы должен выяснить индивидуальные физиологические и психологические потребности своего пациента и стремиться к их удовлетворению на основе индивидуализированного ухода и наблюдения. Он должен также стремиться к налаживанию, поддержанию и улучшению взаимоотношений между всеми заинтересованными лицами: пациентом, командой медицинских профессионалов и членами семьи больного.

Примером применения этики заботы в анализе биоэтической проблемы может служить случай, когда медицинская сестра находится в ситуации конфликта между обязанностями по отношению к пациенту и обязанностями по отношению к врачу как лидеру команды медицинских специалистов. Суть проблемы, например, может состоять в том, что, по мнению медицинской сестры, врач не использует всех современных возможностей ведения пациента. При использовании подхода «этики спра-

ведливости» концептуализация и решение проблемы реализуются с позиций всеобщей пользы (утилитаризм) или иерархии обязанностей (кантовская деонтология). В отличие от этого этика заботы концентрирует внимание на конкретных взаимоотношениях и вытекающей из них ответственности. Оценивается влияние возможных сценариев на эти взаимоотношения и определяются перспективы разрешения конфликта при максимальном учете интересов вовлеченных в конфликт лиц и в первую очередь — больного человека.

Феминистская этика

Феминистская этика исходит из признания существования женского взгляда на мораль и в этом отношении созвучна с этикой заботы. Эта этика требует строгого учета морального опыта женщин, хотя часто критически полагает, что на формирование этого опыта оказывает существенное влияние их неравноправное положение. Феминистская этика подчеркивает моральную важность преодоления всех форм угнетения с особым акцентом на дискриминацию женщин. Эти черты феминистской этики определяют особое моральное отношение к женщинам и, что очень важно, к другим исторически угнетенным слоям населения и меньшинствам. Акцент ставится как на значении интересов женщин, так и на обстоятельствах, которые их особо затрагивают или оказывают негативное влияние. Так, в биоэтических дискуссиях феминисты тщательно исследуют роль женщины в принятии решений при возникновении конфликта мать — плод, а также в качестве почти эксклюзивного участника медсестринской профессии. Обсуждаются особенности положения женщин в биомедицинских исследованиях, моральные сложности суррогатного материнства, проблемы оплодотворения *in vitro* и другие спорные вопросы, связанные с репродуктивными технологиями.

Особое внимание уделяется преодолению практики и институтов угнетения. Феминисты не исключают, что непропорциональное вовлечение женщин в сферу ухода и попечения отражает их подчиненное положение в обществе. Они подчеркивают, что воспитание, уход, стремление сохранить взаимоотношения почти любой ценой, — все это, возможно, признаки угнетенных групп и характерны не только для женщин, но и для лиц обоих полов в группах населения, которые стали объектом подчинения или колонизации. Радикальные феминисты утверждают также, что ценности материнства, которые занимают особое место и в этике заботы, могут быть отнесены только к традиционной семье, и девальвируются в неполных семьях, гражданских браках, среди гомосексуалистов. Они считают, что уход за другими мешает женщине адекватно удовлетворять свои собственные потребности на основе принципов автономии и прав человека.

Глава 3

АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ МЕТОДЫ И ПОДХОДЫ

Каждая из рассмотренных ранее дедуктивных и индуктивных теорий предлагает конструкцию, которая используется для определения того, какие действия человека в целом морально правильные, а какие морально неправильные. Одним из альтернативных подходов в этической науке стала разработка этических теорий, которые сфокусированы не на действие, а на характер человека и в целом пытаются дать ответ на вопрос о том, что такое хорошо и что такое плохо. Такой альтернативный подход отражает теория добродетельной этики.

Теория добродетельной этики

В традиционных этических теориях с акцентом на моральную оценку действия в качестве главной основы морального руководства рассматривается совокупность принципов и правил. Иногда эти принципы и правила выражаются языком прав и обязанностей. Например, утверждается, что компетентный взрослый человек имеет право на отказ от лечения, а медицинский работник обязан уважать его решения.

Добродетельная этика имеет другой подход и в продолжение традиций Платона и Аристотеля придает основное значение добродетельному характеру. В добродетельной этике в центре находится агент, т. е. тот, кто производит действие, а не сами по себе действия. Если в этических теориях, основанных на оценке поступков, принципиальным есть обоснование морально правильного действия, то в добродетельной этике основной акцент касается того, каким должен быть человек. В биоэтическом контексте добродетель может быть обозначена как морально ценная черта характера. К добродетелям относят такие качества человеческой личности, как справедливость, благоразумие, умеренность, храбрость, правдивость, искренность, сострадание. Теологическими (христианскими) добродетелями являются вера, надежда, любовь.

В последние годы отмечается рост влияния добродетельной этики и развитие эмоциональных аспектов в биоэтике. Обосновывается необхо-

димось отказа от этических теорий, основанных на оценке действия в пользу добродетельной этики или, по крайней мере, их равноправного сосуществования. В пользу добродетельной этики свидетельствует тот факт, что мы часто даем моральные оценки мотивации и характеру агентов, а не только их действиям. Иногда мы осуждаем человека, который поступил правильно, но на основании сомнительной мотивации или подходов. В то же время, порой мы не осуждаем человека за неправильное действие, если оно выполнено на базе благородной мотивации и добродетельной основы. Добродетельная этика не только соответствует опыту нашей моральной жизни, но и представляет собой руководство для решения моральных дилемм. По мнению сторонников данного альтернативного подхода, добродетельная этика — более надежная основа для практических, морально правильных действий, чем принципы, правила или кодексы. Добродетельные черты должны формироваться обществом посредством образования и культивирования правильных моделей поведения. Во многих случаях невозможно обосновать правильность действия без ссылки на добродетели. Более того, то, как мы выполняем наше действие (с точки зрения моральной нагрузки), может быть не менее (а иногда и более) важно, чем то, что мы делаем.

В настоящее время наиболее признана концепция комбинации в этическом анализе обоих альтернативных подходов. Она основана на признании ряда фактов. Во-первых, ни этическое руководство в соответствии с принципами и правилами, ни этическое руководство в соответствии с добродетелями не исчерпывают сами по себе всю полноту нашей моральной жизни. Человек может обладать хорошим характером и правильной мотивацией, однако поступить неправильно. В то же время действие вне связи с добродетелями не всегда означает неправильность поступка. В жизни мы оцениваем и действие, и характер с моральной позиции. К тому же правила, принципы и моральные кодексы теорий, которые базируются на поступках (такие как требования информированного согласия на медицинское вмешательство, конфиденциальности, правдивости и др.), часто способствуют установлению правильных взаимоотношений между командой медицинских профессионалов, больными и членами их семей, на основе которых определенные добродетели могут легче реализовываться. Необходимо учитывать, что спецификация добродетелей не всегда достаточна для этического руководства к действию. В биоэтике мы встречаемся с такими вопросами, как: имеет ли врач право нарушить конфиденциальность и если да, то при каких обстоятельствах. На такие вопросы невозможно ответить изолированной ссылкой на добродетели.

Иллюстрацией применения добродетельной этики в биомедицинском контексте является ситуация, связанная с моральным выбором врача, который диагностировал у своего больного онкологическое заболевание. С одной стороны, он должен информировать пациента о результатах обследования. В то же время на основе индивидуальной оценки ситуации

он осознает, что такие принципы, как помощь и содействие, нанесение вреда имеют слишком общий характер и в конкретном случае не могут быть полезными. Врач может обратиться к идеям сострадания, сочувствия, искренности. Хотя эти понятия описывают добродетели, мы можем на их основе сформулировать правила действия: «сострадай», «сочувствуй», «будь искренним». То есть в конкретной ситуации врач, для того чтобы найти выход из этической дилеммы, должен сострадать, сочувствовать пациенту и быть искренним с ним (однако нет набора правил, как это осуществить). Иными словами, врач должен проявить добродетельность и нравственность. Это может осуществиться при моделировании поведения по образцу его учителя или уважаемого им коллеги, которых он идентифицирует как обладающих необходимыми качествами.

Теория «мыслительного равновесия»

Теория «мыслительного равновесия» (*reflective equilibrium*, англ.) разработана J. Rawls (1971) как альтернативный подход к дедуктивным и индуктивным методам этического анализа. Необходимость альтернативных теорий определяется отсутствием эксклюзивного статуса у какого-либо метода. Современный этап развития биоэтической мысли характеризуется утверждением, что комбинация дедуктивного и индуктивного методов представляет третью модель этического анализа. Дедуктивный метод предлагает процедуру принятия решения «сверху вниз», в которой посылками есть философские теории и этические принципы, а выводы представляются конкретными логическими специфическими ответами на данную моральную дилемму.

Индуктивные методы, напротив, предлагают алгоритм решения проблемы «снизу вверх», исходя из тщательной оценки особенностей конкретного случая и получая поддержку в общих философских теориях и принципах, а также других дисциплинах и источниках. В отличие от очевидности и определенности дедуктивного метода, индуктивный подход не представляет тот или иной вывод как логически необходимый. Каждая из этих моделей обладает чрезмерной жесткостью в определении приоритетности уровня этической убедительности: теории и принципы либо частные случаи. По-видимому, наша этическая сущность и мышление не могут быть поняты на эксклюзивной основе какого-либо одного подхода.

В соответствии с моделью мыслительного равновесия J. Rawls, никакой уровень этической убедительности не должен обладать приоритетностью. Правомерность может быть установлена на всех уровнях этического анализа: 1) теории; 2) принципы и правила различных степеней специфичности; 3) суждения относительно случаев. Суждения, которые кажутся особо убедительными, на любом уровне могут использоваться для пересмотра менее определенных суждений любого уровня.

Теория мыслительного равновесия предлагает начинать анализ со взвешенных суждений, по отношению к которым достигнута высокая степень доверия после тщательного и интенсивного обсуждения. Взвешенные суждения могут касаться любого уровня этического анализа. Одни из них могут быть, как в казуистическом методе, суждениями о специфических случаях; другие — правилами (например, запрет совершать насилие), либо принципами (например, уважение к автономии). Взвешенным считается непредубежденное суждение. Взвешенные суждения служат основой для пересмотра других этических представлений и взглядов с целью достижения связанной совокупности моральных оценок. Связанность этического анализа (отсюда термин *coherentism*; от англ. *coherent* — связанный, сцепленный) обеспечивается вовлеченностью в оценку практической проблемы возможно большего числа теорий, принципов и подходов, которые разделяет человек. Связанный этический анализ должен продвигаться в обоих направлениях: и «сверху вниз» и «снизу вверх» с использованием как дедуктивных, так и индуктивных методов, а также альтернативных подходов (например, добродетельной этики).

Теория мыслительного равновесия, включая ее призыв к связанности этического анализа, — важная поддержка традиционных подходов. Модель включает принципы казуистического метода, а также аргументацию принципализма. Она допускает использование дедуктивизма как теоретического метода при необходимости проверки наших частных суждений. В зависимости от того, как развивается этический анализ, модель может также включать элементы добродетельной теории, этики заботы и феминистской этики. В этой связи R. M. Veatch (2003) рассматривает теорию мыслительного равновесия в качестве «полной теории биоэтики». В целом она может предоставить гибкий и сбалансированный подход к моральному мышлению.

Применение теории мыслительного равновесия направлено на пересмотр с позиции взвешенных суждений любого уровня менее убедительных суждений любого уровня с целью создания наибольшей связанности всей системы этических убеждений и разрешения на этой основе конфликта.

Ревизия суждений может осуществляться «сверху вниз», то есть от принципов к случаю. Например, при наборе участников важного медицинского исследования первоначально может возникнуть вопрос о целесообразности их полного информирования о сути эксперимента, поскольку это может отразиться на численности когорты наблюдения. Тогда ревизия такого этического суждения может начаться с принципа кантовского категорического императива об аморальности отношения к человеку исключительно как к средству. Предполагаемые участники исследования не будут в то же время и самой целью, если не дадут информированного согласия на медицинское исследование. Данный пример ил-

люстрирует движение этической мысли от принципа к случаю, однако в соответствии с теорией мыслительного равновесия возможна и противоположная направленность ревизии этических суждений. Например, если врачу-психиатру становится известно, что его пациент намерен причинить вред третьему лицу, то взвешенное суждение о необходимости защиты последнего принимается на уровне анализа случая и есть основанием для пересмотра принципа конфиденциальности и разрешения исключения в данной клинической ситуации.

Практически важен вопрос о том, каким образом мы определим суждения или нормы, которые при конфликте следует пересмотреть. Каким образом мы можем оправдать каждое конкретное разрешение конфликта? Суть состоит в том, чтобы урегулировать этический конфликт путем такого пересмотра суждений, который обеспечит наилучшую взаимосвязь этических взглядов аналитика.

R. M. Veatch (2003) рассматривает четыре уровня морального обоснования в мыслительном равновесии, добавляя к рассмотренным ранее уровням четвертый — метаэтику (рис. 3). Полный и разносторонний подход к биоэтике обеспечивается при создании «равновесия» всех четырех уровней. Не имеет принципиального значения точное определение места начала анализа. Например, можно начать с анализа конкретного случая, и если казуистический подход не дает разрешения конфликта, то необходимо принять взвешенное суждение на каком-нибудь ином уровне, чтобы пересмотреть этические взгляды либо на уровне конкретного случая, либо на более высоком уровне. На рис. 3 стрелками показана возможность движения мысли в обоих направлениях морального обоснования.

Очень часто в биомедицинской этике дискуссия начинается с уровня индивидуального конкретного случая. Обычно этически правильное решение очевидно и часто принимается интуитивно, автоматически, на основе укоренившихся моральных взглядов, и факт принятия решения может даже не осознаваться медицинским работником. Однако иногда выбор не легкий и требует более тщательной и сознательной оценки. Врач имеет возможность в сложных случаях посоветоваться с коллегами или с членами этического комитета лечебного учреждения. Больной может обратиться



Рис. 3. Уровни морального обоснования

ся за помощью к друзьям, родственникам, религиозным и общественным организациям. В результате может быть получена информация, содержащая опыт других клинических случаев, которые представляются сходными и были успешно решены в прошлом. Иногда в качестве аналогов используются библейские сюжеты, исторические аналогии или юридические случаи, в отношении которых общество достигло согласия. Такие случаи называют «образцовыми». Большинство людей согласны, что с точки зрения этики сходные случаи должны рассматриваться одинаково. Фактически важнейшая характеристика этического суждения (в отличие от простого вкуса или предпочтения) — уверенность, что если существенные признаки сходны, то и рассмотрение случаев должно быть сходным. До тех пор, пока люди могут согласиться с тем, что было сделано в «образцовом» случае, и что новый случай сходный в существенных отношениях, они будут в состоянии решать свои этические проблемы.

Следующий уровень морального обоснования — правила и права (моральные кодексы). На него можно перейти, если на казуистическом уровне базовые этические суждения не решают проблемы, или невозможно согласиться с этическим решением «образцового» случая, или если мы считаем, что рассматриваемая проблема не совпадает с «образцовым» случаем по существенным признакам. Иногда этический кодекс может разъяснить, что является законным или этичным. Не всегда все, что законно, — этично, и не все, что незаконно, — обязательно неэтично. Если правило или право считается этическим, это означает, что они основаны на моральной системе, которая представляет собой первичную систему убеждений и норм о правильности и неправильности поступков или характера человека. Могут использоваться различные кодексы и своды правил гражданских, культурных, политических, религиозных организаций, документы медицинских профессиональных ассоциаций и положения различных теорий. Примерами правил есть утверждения: «Всегда перед операцией необходимо получить согласие» или «Медицинская информация о пациенте должна быть конфиденциальной». Эти же утверждения можно выразить не в виде правил, а в виде прав: «Пациент имеет право на декларацию согласия перед операцией» или «Пациент имеет право на сохранение конфиденциальности медицинской информации о нем». Такие утверждения называются реципрокными, они специфичны и в совокупности со множеством других могут отвечать на основные типы биоэтических вопросов медицинской практики. Если достигается согласие в отношении применимости правил в конкретном случае, то этическая проблема будет решена на этом втором уровне.

Одно из этических противоречий — дискуссия о том, насколько строго следует придерживаться положений, правил и прав. Одной из крайних точек зрения (которой практически невозможно придерживаться) есть

утверждение о недопустимости исключений из правил и прав — так называемый легализм. Другая крайняя и также нереальная для практического применения точка зрения — мнение об уникальности каждого случая, что делает невозможным использование правил и прав для оценки того или иного поступка — так называемый антиномианизм. Более приемлемы две промежуточные точки зрения. Ситуационализм расценивает моральные правила просто как «руководства», «правила правой руки», которые могут применяться в каждой конкретной ситуации по-разному. И, наконец, точка зрения, которая называется «практические правила», ориентируют на строгое выполнение правил, устанавливающих порядок: исключения возможны, однако только при чрезвычайных обстоятельствах, и делаются гораздо реже, чем последователями ситуационализма.

В случаях, если применение различных правил или прав не в состоянии преодолеть противоречия, может потребоваться более полный этический анализ. С этой целью возможен переход на третий уровень морального обоснования — к теориям нормативной этики. Именно на этом уровне обсуждаются нормы поведения и характера. Эти базовые нормы позволяют вывести и защитить правила и права. Ключевой признак этических норм — их универсальность и широта применения. Нормативная этика рассматривает три типа вопросов, на которые отвечают теории действий, ценностей и добродетельности.

Теория действия отвечает на вопрос о том, какие принципы делают поступок морально правильным. Ответ включает перечень моральных принципов, таких как помощь и содействие, нанесение вреда, уважение к автономии, справедливость и др. В целом принципы правильного действия условно подразделяются на принципы, способствующие достижениям наилучших последствий, и на принципы, основанные на обязанностях. Поскольку в биоэтике включен более чем один этический принцип, теория действий как часть нормативной этики должна поставить вопрос о том, каким образом решить конфликт между ними.

Теория ценностей содержит ответ на вопрос, адресуемый нормативной этике: какие последствия того или иного действия следует считать хорошими или ценными? В биомедицинской этике помощь и содействие (то есть создание хороших последствий) — один из принципов правильного действия, а нанесение вреда (то есть предупреждение создания плохих последствий) — второй принцип правильного действия. Существуют различные мнения о том, что считать этически ценным. Некоторые вещи, например, деньги, кажутся ценными, но в действительности — только инструментально, поскольку они могут лишь способствовать получению того, что представляет истинную внутреннюю ценность. Среди стандартных ответов на вопрос о том, что обладает внутренней ценностью, упоминаются счастье, красота, знания, правда, мораль, доброта и, что важно для биомедицинской этики, — здоровье.

Теория добродетельности дает ответ на третий вопрос нормативной этики: какие черты характера заслуживают похвалы? Моральные качества, которые заслуживают одобрения (такие как сочувствие, доброжелательность, верность), обычно обозначают как добродетели, отсюда название этой части нормативной этики — добродетельная. Принципиально, что добродетели должны соотноситься не с характером действий, а с характером человека, который осуществляет эти действия. Следует различать понятия добродетельности и благодеяния. Доброжелательность — это добродетель, понимается как желание делать добро. Благодеяние (помощь и содействие) — принцип правильного действия, которое создает наилучшие последствия. Иногда человек желает делать добро, то есть демонстрирует добродетель доброжелательности, однако, в конце концов, не приносит добра, то есть не совершает благодеяния. Другой человек, по натуре недоброжелательный, может совершить благодеяние, вероятно посчитав, что в данном случае создание наилучших последствий соответствует его интересам.

Таким образом, нормативная этика поддерживает этические принципы (теория действия), внутреннее благо (теория ценностей) и добрый характер (теория добродетельности). В зависимости от типа этической проблемы и ситуации мы можем интересоваться одним из вопросов больше, чем другими. Например, в 70-е и 80-е годы прошлого века основное внимание специалистов по биоэтике уделялось принципам правильного действия. Тогда теоретики пытались понять, поступает ли врач морально верно, если он стремится создать наилучшие последствия, но при этом нарушает движение к автономии или прибегает ко лжи. В то время не обращалось большого внимания на характер врача. Важно было то, что делает его поступок морально правильным, а не то, имеет ли врач добродетельный характер. Биоэтики, которые в то время критиковали течение медицинского патернализма, утверждали, что добродетельный врач-патерналист действует морально неверно, когда нарушает принцип автономии, даже если делает это из наилучших побуждений. Только в начале 90-х годов XX ст. биомедицинская этика вернулась к более традиционному интересу относительно добродетелей характера медицинского работника. С этого времени начинается установление баланса между этическим анализом поступков и анализом характера тех, кто их осуществляет.

Иногда при моральном обосновании решения этической проблемы на третьем уровне оказывается ясно, какие принципы правильного действия, какие добродетели, или внутренние ценности наиболее важны. Например, участники дискуссии могут согласиться, что доминирующим есть принцип уважения автономии (или принцип благодеяния) и на этой основе решить проблему, определив, какие моральные правила или права являются легитимными в данной ситуации. В более сложных случаях разногласия устранить не удастся и участники дискуссии не в состоянии договориться, какие принципы должны превалировать. Например, одни

участники дискуссии могут отдать приоритет принципу благодеяния, в то время как другие — утверждать, что доминирующим должен стать принцип автономии, даже если уважение автономии создаст менее позитивные последствия, то есть будет менее благодеятельным.

Участники дискуссии могут, например, не придти к общему суждению о том, что более важно — принцип правильного действия или добродетельность характера. Все такие случаи затянувшейся дискуссии являются основанием для того, чтобы перенести моральное обоснование на четвертый, завершающий уровень — метаэтики.

Метаэтика направлена на решение самого основного вопроса этики: определение и трактовка этических терминов. Метаэтика рассматривает источник этики (то есть как люди узнают, какие принципы или добродетели важны), а также, что является основой этики (то есть как люди узнают, что этично). На уровне метаэтики уже не рассматриваются вопросы о том, какие действия морально правильные, или какие черты характера — морально значимы. Рассматриваются более основополагающие проблемы: каким образом и где можно получить ответы на эти вопросы и как мы узнаем, что ответы правильные.

Религиозная этика располагает стандартными ответами на эти метаэтические вопросы. Для верующего человека определение поступка как правильного означает, что действие осуществляется в соответствии с Божьей волей или по установленным Богом законам. Сказать, что черта характера — добродетельна, для него значит, что она морально оправдана Богом. Религиозные люди уверены, что точно знают о том, что является этичным, из таких источников, как откровения, религиозные книги, церковные традиции и авторитеты, религиозный опыт, спиритизм.

Нерелигиозные люди имеют другие взгляды. С их точки зрения, универсальной основой этики могут служить естественные законы, а также соглашения между людьми. Традиционная секулярная этика разделяет с монотеистическими религиями мнение об универсальности этики и о том, что в отношении конкретного этического случая в данное время и в данном месте все люди должны придти к одному и тому же этическому суждению в отношении правильности или неправильности поведения агента. Конечно, универсалисты признают, что в действительности не все люди согласятся с такими суждениями, но полагают, что существуют определенные стандарты (такие как Божья воля и закон, либо естественные законы), по отношению к которым сверяются этические суждения.

Другие секулярные теории разделяют мнение политеистических религий, что существует более чем один стандарт в отношении моральных взглядов. Такого рода метаэтическая позиция называется релятивизмом, потому что рассматривает моральные суждения относительно множества стандартов и авторитетов. Например, для последователя политеистической религии разные культуры вправе давать различные моральные оценки. В одной культуре возможно религиозное оправдание активной эвта-

назии страдающего терминального больного, в то время как в другой культуре то же самое действие запрещено религиозными авторитетами. Аналогично и секулярная этика может быть релятивистской, если утверждает стандарт оценки моральных взглядов с позиций той или иной культуры.

Метаэтика рассматривает по-разному с религиозных и секулярных позиций вопрос о том, каким образом мы узнаем, что является этичным. В то время как религиозная этика считает, что все происходит по Божьей воле или по законам через разум, священное писание, откровение или церковные традиции, секулярная этика основу таких знаний видит в эмпирическом опыте. Согласно Э. Канту, знания об этике базируются на разуме, согласно Юму, — на опыте симпатии.

Метаэтические вопросы находятся вне пределов рутинных проблем биоэтики. К счастью, даже при наличии серьезных расхождений на этом уровне этического обоснования и невозможности достижения согласия на религиозной или секулярной основе, возможно сближение позиций и консенсус на трех более низких уровнях морального обоснования. Участники дискуссии могут прийти к согласию по вопросам принципов, добродетелей и внутренних ценностей нормативной этики. Они могут согласиться по многим моральным правилам и правам. Иногда возможно согласие в том, что считать морально правильным в конкретном случае, даже если приглашение на метаэтическом уровне отсутствует. То, что обычно называется общепринятой моралью, позволяет достичь согласия по многим, по сути, по большинству этических дилемм независимо от культуры, религии, политики и времени. Обычно разумные люди могут достичь взаимопонимания на более низком уровне морального обсуждения. Алгоритм мысленного передвижения по уровням этического обоснования представлен на рис. 4.

К недостаткам модели мыслительного равновесия следует отнести потерю определенности и недостаточную структурализацию, ставших ценной за достигнутую гибкость и свободу от догматизма. Дедуктивизм, который идентифицирует единственный принцип как основу для этического обоснования, предлагает систему или метод, который обеспечивает более легкую концептуализацию проблемы. Казуистический метод за счет фокусировки внимания на конкретном случае предлагает более ясный подход к решению проблемы. Критик концепции мыслительного равновесия может заявить, что ее последователи точно не знают, на каком уровне этического обоснования следует начать и каким образом продвигаться по уровням. Теоретически следует начать там, где возможна декларация обоснованного суждения. Практически мы можем начать просто там, где имеется этический интерес и использовать все механизмы аргументации для достижения наибольшей связанности всей этической системы убеждений.

РАЗДЕЛ III

БИМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА ВЗАИМООТНОШЕНИЙ МЕЖДУ ВРАЧОМ И ПАЦИЕНТОМ —

Сила врача — в его сердце.
Парацельс

Глава 1

БИОЭТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА _____

В биоэтических основах профессиональной деятельности врача можно выделить несколько принципов: «не навреди», «делай добро», принцип уважения автономии пациента, принцип справедливости. Производными перечисленных принципов есть конфиденциальность, правдивость и информированное согласие.

Принципы современной биоэтики возникли задолго до периода ее становления: некоторые из них связаны со школой Гиппократов (IV в. до н. э.) и содержатся в знаменитой клятве Гиппократов. Клятва Гиппократов состоит из двух разделов: посвящение и кодекс поведения (прил. 1).

В разделе посвящения врач клянется Аполлоном, Асклепием, Гигией, Панацеей и всеми богами и богинями, беря их в свидетели, исполнять честно, соответственно своим силам и разумению присягу и письменное обязательство. В этом же разделе содержится обещание почитать своего учителя и уважать корпоративные интересы.

Вторая часть клятвы Гиппократов содержит сам этический кодекс, который регулирует профессиональную деятельность врача в сферах диететики, фармакотерапии и хирургии. Клятва включает ряд запретов, в частности абортот и эвтаназии. В традициях Гиппократов был заложен акцент на специальные знания, обучение и опыт медицинского работника, которые следует непосредственно применить в процессе лечения. В соответствии с таким подходом врач дает распоряжения и добросовестный пациент следует этим распоряжениям, поскольку знает, что специалист с глубокими знаниями и опытом работает наилучшим образом в его

интересах. Согласно традициям Гиппократу, врач обещает: «Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости». На языке современной биоэтики применения метода «к выгоде» больного составляет принцип помощи и содействия. Воздержание «от причинения всякого вреда и несправедливости» соответствует современному принципу «ненанесения вреда». Взятые вместе принципы помощи и содействия и нанесения вреда в современной биоэтике рассматриваются как принципы максимума: не просто «делай добро» и «не навреди», но создавай наибольшее добро и добейся наименьшего вреда.

В течение длительного времени врачи использовали текст клятвы Гиппократу как обобщенную моральную мудрость. Некоторые современные профессиональные этические кодексы придерживаются традиций Гиппократу, по крайней мере в том, что подчеркивают обязанность врача оказывать помощь и содействие больному и не наносить ему вреда. Наиболее яркий пример — известная Женевская декларация (1948), так называемая «Клятва Гиппократу XX в.», которая в редакции 1983 г. приведена в прил. 2. Женевская декларация была принята Всемирной медицинской ассоциацией после Второй мировой войны как реакция содружества национальных медицинских ассоциаций на медицинские эксперименты в нацистских концентрационных лагерях. Декларация написана современным языком, из текста исключены упоминания о древних богах, запреты на аборт и хирургические ограничения. Однако она содержит ключевое положение традиции Гиппократу: «здоровье моего пациента будет моим первейшим вознаграждением». В 1949 г. 3-й Генеральной Ассамблеей Всемирной медицинской ассоциации был принят Международный кодекс медицинской этики, текст которого в редакции 1983 г. приведен в прил. 3.

Интересно, что в половине высших медицинских учебных заведений США и Канады выпускники приносят одну из версий клятвы Гиппократу, в одном — клятва звучит в оригинале. В традициях Гиппократу составлена и современная «Торжественная присяга врача России». Текст клятвы выпускников высших медицинских заведений Украины приведен в прил. 4.

Традиции Гиппократу, которые выражают принципы помощи и содействия, а также нанесения вреда, в период становления биоэтики занимали доминирующее положение и сохраняют свое влияние в современных условиях.

Принцип «не навреди» — старейший в медицинской этике. В латинской формулировке он выглядит так: *primum non nocere*, что переводится как «прежде всего не навреди», причем слова «прежде всего» могут быть истолкованы и в том смысле, что этот принцип — наиболее важный в деятельности врача. Нередко в принципе «не навреди» усматривают суть врачебной этики Гиппократу. Любой врач, наверное, согласится с у-

верждением В. Ламберта, что «есть больные, которым нельзя помочь, но нет таких, которым нельзя навредить». Ведь известно, что порой лечение может быть тяжелее болезни. Речь идет о побочных действиях лекарств, негативных эффектах при одновременном применении большого числа препаратов, о несоответствии между прогнозируемой пользой и возможным риском от медицинского вмешательства.

С этической и юридической точек зрения недопустим вред, вызванный:

- бездействием, неоказанием помощи тому, кто в ней нуждается;
- недобросовестностью, злым или корыстным умыслом;
- неверными, нерасчетливыми или неквалифицированными действиями.

Принцип «делай добро» — дополнение и продолжение предыдущего. Это не запрет, в отличие от первого принципа, а норма, которая требует позитивных действий. Его смысл передается иногда с помощью таких слов, как благодеяние, благотворительность, милосердие, филантропия.

Этот принцип предполагает не простое избежание вреда, но активные действия по его предотвращению и исправлению. При этом имеется в виду не только тот вред, который вольно или невольно причинен врачом, а любой вред, который врач в состоянии предотвратить или исправить, будь это боль, страдание, недееспособность, наконец, смерть пациента. Существуют сложности в понимании и обосновании принципа «делай добро». Так, в самой крайней форме он мог истолковываться в смысле обязательного самопожертвования. Некто, например, действуя в соответствии с этим принципом, мог бы счесть себя обязанным предложить для пересадки любому, даже незнакомому человеку свою почку, а то и обе почки, иначе говоря, отдать собственную жизнь. Но, очевидно, было бы неразумно и, более того, безнравственно требовать от человека такой степени самопожертвования. Поэтому иногда принцип «делай добро» надо понимать как моральный идеал, а не моральное обязательство: хотя следование ему и заслуживает одобрения, но вместе с тем нельзя считать аморальным и осуждать того, кто отказывается делать добро другому.

Вообще-то, трудно представить отдельного врача, а тем более всю систему здравоохранения и медицины, которая бы ограничивалась единственной задачей непричинения вреда пациентам. В таком случае у общества просто не было бы оснований поддерживать эту систему. Поэтому цель всего здравоохранения — не просто ненанесение вреда, а обеспечение блага пациентов, а значит и всех людей и общества в целом. Когда, к примеру, были изобретены методы предотвращения таких болезней, как оспа или чума, вполне естественным стало осуществление позитивных действий, то есть принятие специальных общенациональных программ профилактики этих тяжелых заболеваний. Напротив, не предпри-

нимать эти меры было бы морально безответственным. Добро, которое должны творить врачи и другие медицинские профессионалы, — это обеспечение здоровья пациентов. Задача здравоохранения — предупредить потерю здоровья, если это возможно, восстановить утраченное здоровье пациента, если есть разумная надежда на его излечение. В ряде случаев приходится довольствоваться и меньшим, например тем, чтобы приостановить прогрессирующее развитие болезни или — в случае паллиативной медицины — облегчить боль и страдания умирающего.

В традициях Гиппократы принципы «делай добро» и «не навреди» реализуются в русле врачебного патернализма. В течение длительного исторического периода он был оправдан, однако, начиная с 60-х годов XX ст., оказался под огнем разносторонней критики в силу изменения характера взаимоотношений между врачом и пациентом. Во-первых, нарушилось личностное взаимодействие по причине усложнения медицины, нарастания медицинских знаний и совершенствования медицинских технологий. Во-вторых, рост числа ятрогенных заболеваний при осуществлении медицинских вмешательств породил сомнения в непогрешимости знаний и действий врача. В-третьих, в обществе появилось подозрение, что многие врачи вовлекаются в практику, которая нарушает интересы пациентов во имя интересов медицинских работников, фармацевтических фирм, страховых компаний и медицинских программ государства.

Изменение отношения к врачам в постиндустриальном обществе вызвало дискуссии, которые были направлены против избыточного патернализма традиционных кодексов медицинской этики. Многими авторами была выражена моральная оппозиция профессиональным кодексам, которые поддерживают патерналистские суждения в медицинской практике. Например, была поставлена под сомнение этичность лжи во имя блага пациента как практики, которая нарушает право больного на автономию. Не только больные, но и медицинские работники, органы власти, философы, медицинские социологи стали ставить под сомнение право врача на медицинские решения от имени пациента. Такой направленности дискуссии способствовали антипатерналистские настроения в обществе, которые поддерживались движениями за гражданские права, против войны во Вьетнаме, за права женщин. Под вопрос ставился приоритет врачей в определении того, что составляет вред или пользу для больного. Критики этики Гиппократы отмечали, что в клятве Гиппократы отсутствуют положения о даче пациентом информированного согласия на лечение. Они обращали внимание на то, что возможно возникновение конфликта между принципом «делай добро» и другими моральными обязательствами, в том числе уважением автономии пациента. И, наконец, вызов традициям Гиппократы возникает тогда, когда имеется конфликт между интересами пациента и окружающих. Клятва Гиппократы, по крайней мере, в своей оригинальной форме, сосредоточена исключительно на индивидуальном пациенте и не учитывает интересы других граждан об-

щества в областях исследовательской медицины, организации здравоохранения и социальной справедливости.

В результате перечисленных критических суждений и замечаний возникли клятвы, медицинские этические кодексы, которые основаны не на традициях Гиппократов, а базируются иногда на непрофессиональных этических системах. Наиболее важный из таких документов — «Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине» (Совет Европы, 1997; прил. 5).

Разработка и внедрение новых этических подходов относятся к концу 60-х годов XX ст., когда новейшие достижения медико-биологической науки и практики создали принципиально новые клинические ситуации. Не всегда искусственная вентиляция легких и другие технологии по поддержанию жизни имели благополучное завершение их применения. Даже когда использование таких вмешательств, как почечный диализ или сердечно-легочная реанимация, давали блестящие непосредственные результаты, отдаленные результаты оставались неопределенными. Возникла атмосфера некоторого информационного противостояния, выпадов и обвинений, адресованных медицине, медико-биологической науке, врачам и исследователям. В результате и пациенты, и медицинские работники стали чувствовать себя менее комфортно, чем раньше, когда врачам разрешалось самим решать: использовать или нет то или иное медицинское вмешательство. У обществ возникли определенные «сигналы тревоги», ощущение риска новейших медико-биологических технологий и отрицательных последствий их применения, о которых врачи и ученые не знали (или не хотели знать) и которых не могли избежать. Возрос уровень медицинской сознательности и информированности людей о состоянии их здоровья и о характере проводимой терапии. В результате они перестали автоматически воспринимать советы специалистов и чаще стали стремиться к получению альтернативной точки зрения, а также требовать более детальной информации о возможностях и особенностях предлагаемого им лечения.

В 60–70-е годы XX ст. объектом судебных рассмотрений стала практика информированного согласия на проведение медицинских вмешательств, а также на участие человека в выполнении медицинских исследований. Несмотря на мнение некоторых врачей о том, что полное раскрытие всей медицинской информации и получение информированного согласия несовместимы с квалифицированной клинической практикой, юридически возобладало требование о необходимости предоставления пациенту информации о любом факте, который может быть материалом для осознанного решения.

Утверждение и распространение концепции информированного согласия было частично связано со все более заметной ролью в биоэтическом анализе *принципа автономии пациента*. Этот принцип предполагал ува-

жение к выбору, который сделает компетентный пациент. Другими словами, люди должны быть самоуправляемыми и самоопределяющимися, когда это возможно. В этой связи медицинские профессионалы не должны противодействовать тому, что хочет компетентный пациент, даже если это представляет для пациента опасность; уважение автономии пациента приводит к несоблюдению этических принципов содействия и помощи либо нанесения вреда. То есть в конфликте с другими принципами биоэтики автономия получила преимущество. Такое центральное положение принципа автономии в ранний период развития биоэтики в значительной степени укрепились на основе дебатов по этическим проблемам клинических испытаний и принципиальной важности получения свободного добровольного согласия испытуемого человека. К тому же внимание к проблеме выбора пациентом методов терапии поддерживалось беспокойством общества относительно патернализма врачей во взаимоотношениях с больными. Только автономная личность может сделать свободный выбор, и только там, где есть такой выбор, можно говорить об ответственности и осознанно применять какие-либо этические категории. Действие можно считать автономным лишь в том случае, если тот, кто его осуществляет, действует:

а) преднамеренно, то есть в соответствии с некоторым собственным планом;

б) с пониманием того, что именно он делает;

в) без внешних влияний, определяющих ход и результат действия.

В соответствии с первым условием, чисто автоматическое действие, которое мы осуществляем не задумываясь, хотя и понимаем его смысл, не будет считаться автономным. Второе и третье условия в каждом конкретном случае могут реализовываться в различной степени. Если врач предлагает пациенту какую-либо серьезную хирургическую операцию, то пациенту вовсе не обязательно иметь все те специальные знания, которыми располагает врач. Для того чтобы сделать автономный выбор, ему, вообще-то, достаточно понимать лишь существо дела, а отнюдь не все те детали данной ситуации. Пациент может обратиться за советом к кому-то из своих близких, и их мнения, безусловно, будут влиять на его выбор. Но если он воспринимает эти мнения не как приказ, а как дополнительную информацию для принятия решения, то его окончательный выбор будет автономным. В конечном счете, пациент может согласиться или не согласиться, принять или не принять предложение. В случае согласия, больной, по сути, авторизует намерение врача, то есть делает его своим собственным решением, — тем самым удовлетворяется и первое условие автономного выбора.

Вполне возможно, что, делая свой выбор, пациент будет руководствоваться в первую очередь авторитетом врача. Но и в этой ситуации выбор, на котором остановится больной, будет именно его собственным и, значит, автономным решением. Принцип уважения автономии опирает-

ся на представление о том, что человеческая личность самоценна независимо от каких бы то ни было привходящих обстоятельств. Принцип автономии утверждает право личности на невмешательство в ее планы и поступки и, соответственно, обязанность других не ограничивать автономные действия. Из этого, конечно, не следует, что окружающие никогда не вправе препятствовать автономным действиям. Существенно здесь то, что в каждом случае ограничение автономии должно специально обосновываться другими принципами. Дело не в том, что этот принцип никогда и ни при каких условиях не должен нарушаться. Существенно, чтобы врач отдавал себе моральный отчет в том, почему он вынужден идти на ограничение автономии пациента. И если в той или иной конкретной ситуации требования принципа уважения автономии больного вступают в противоречие с требованиями какого-либо другого принципа, например, «не навреди», то возникает необходимость нарушить один из них. Типичный пример такой ситуации — это информирование безнадежно больного пациента о диагнозе его заболевания. Само сообщение правдивой информации в этом случае может нанести больному непоправимый вред, подорвать его психические и моральные силы. Поэтому, если пациент сам не задает вопроса о том, чем он болен, врач может и не сообщать ему диагноз, хотя такое действие и будет идти вразрез с принципом уважения автономии пациента. Необходимо отметить: законодательство многих стран дает пациенту право знать о таком диагнозе, хотя при этом обычно отмечается, что информация должна быть сообщена «в деликатной форме».

Следует обратить внимание, что действие принципа уважения автономии естественным образом ограничивается в отношении тех, кто не в состоянии действовать автономно, — детей до 15 лет, пациентов с психическими заболеваниями, тех, кто находится в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, и т. п. При этом существенно, что ограничение автономии оправдывается другим принципом — «делай добро», то есть действуй с целью защитить такого человека от вреда, который он может причинить себе сам.

В результате укрепления и расширения принципа автономии пациента в 60–70-е годы XX ст. роль врача существенно изменилась. Он начал действовать в какой-то мере «как слуга», которого пациент приглашает, когда считает это необходимым. Во все возрастающей мере врачи, как и другие профессионалы, стали находиться «под рукой», в распоряжении своих пациентов. В соответствии с таким подходом взаимоотношения между больными и медицинскими работниками приобрели черты контрактной модели, которая существует в других областях, например, в юриспруденции или бизнесе. Подобно юристу или бухгалтеру, врачи предоставляют своим клиентам информацию, необходимую для того, чтобы сделать информированный выбор лечения. В своих крайних проявлениях такая модель иногда называется «научной», «инженерной» или

«информационной», при которой ответственность медицинского работника состоит скорее в простой гарантии того, что пациент получил полную информацию о том, что, с точки зрения врача, есть наилучшим для больного. В этих условиях информированное согласие на лечение становится решающим тестом в оценке этичности ведения пациента.

В настоящее время очевидна необходимость проведения корректировки центрального положения принципа автономии больного человека в биоэтике, что обусловлено целым рядом обстоятельств.

Во-первых, автономия пациента и его способность принимать решения могут быть ограничены самим заболеванием. Больной человек раздражителен, подавлен, обеспокоен, и его суждения иногда существенно отличаются от тех, которые характерны для него в состоянии здоровья.

Во-вторых, иногда обязанность уважать автономию пациента может привести к нарушению собственной автономии медицинского работника, когда ему предлагается действовать вопреки своим человеческим или профессиональным ценностям.

В-третьих, обеспечение автономии больного в отдельных случаях может идти вразрез с ответственностью врача относительно охраны здоровья общества в целом. Например, известна эффективность современной вакцинации в отношении снижения риска инфекционной заболеваемости. Однако пациент может заявить, что его не интересует опасность заболевания других людей, или полагать, что риск заболевания уже достиг минимального уровня, поскольку достаточное число лиц прошли вакцинацию. В такой ситуации этически правомочно преодоление принципа автономии больного путем проведения программ обязательной иммунизации.

Еще одна слабая сторона модели автономии пациента заключается в неадекватности исходного положения, что индивид независим и самостоятелен в принятии решений. В реальности каждый человек существует в сети персональных и социальных взаимоотношений, которые (особенно внутрисемейные) влияют на характер окончательных решений.

И, наконец, к сожалению, принцип автономии больного человека не предлагает стимулов для экономии или справедливого распределения ограниченных ресурсов здравоохранения. По этой причине принцип автономии не всегда работает на макроуровне, когда средств не хватает на выполнение всего того, что пожелает автономный пациент, особенно когда ему хотелось, чтобы было сделано «все возможное».

В свете перечисленных ограничений этики, ориентированной на принцип автономии больного, в здравоохранении получил понимание и поддержку альтернативный принцип социальной справедливости. В его основе заложено требование социальной справедливости в распределении ограниченных ресурсов здравоохранения таким образом, чтобы как преимущества, так и экономические нагрузки были по-честному распреде-

лены между различными слоями общества. Интересно, что проблема социальной справедливости сыграла большую роль в зарождении и развитии биоэтики.

Так, в 70-е годы возникли дискуссии, в связи с внедрением в клиническую практику новейшей, по тем временам, технологии искусственного диализа.

Широкую огласку получили этические противоречия в одной из больниц Сизтла (США), где остро встал практический вопрос: кого из пациентов подключить к аппарату и продлить, таким образом, ему жизнь, а кому суждено умереть, так и не дождавшись своей очереди. Принцип социальной справедливости не всегда направлен на немедленное благодеяние для больного (как это предполагает принцип помощи и содействия) и не всегда предусматривает совпадения с автономным выбором пациента характера медицинской помощи (в отличие от принципа автономии). Скорее принцип социальной справедливости подчеркивает, что у медицинских профессионалов есть ответственность как перед обществом в целом, так и перед каждым индивидуумом-пациентом.

В русле общего принципа социальной справедливости стала возможной разработка связанных с ним этических принципов для управления распределением ограниченными ресурсами. Эти принципы предполагают такие этические критерии, как равенство, потребность, способность, усилия, социальную пользу и др. Основой распределения ресурсов здравоохранения обычно считается стандарт потребности, с помощью которого пытаются оценить потребности пациентов в лечении на базе вероятности и качества результатов проведения терапии. Терапия в первую очередь будет назначена тем пациентам, у которых шансы на успех окажутся наибольшими.

Принцип справедливости, как он понимается в биоэтике, можно сформулировать примерно так: каждый должен получать то, что ему положено. Термин «каждый» в данном контексте относится либо к отдельному человеку, либо к группе лиц, выделяемых по тому или иному критерию. Принцип справедливости, подобно каждому из рассмотренных ранее, имеет не абсолютную, но лишь относительную силу — он действует *prima facie*. Если, к примеру, в ситуации с пересадкой донорского органа окажется, что пациент, занимающий более далекое место в листе ожидания, находится в критической ситуации, то нравственно поступиться обязательствами, вытекающими из принципа справедливости, и руководствоваться принципом «не навреди». Впрочем, отказ от соблюдения очереди в этом случае можно интерпретировать и в том смысле, что принцип справедливости все-таки применяется, однако на базе другого критерия — критерия потребности, исходя из степени ее остроты. Принцип справедливости означает обязательность предоставления и равнодоступность медицинской помощи. Каждое сообщество устанавливает правила и порядок предоставления медицинской помощи в соответствии со своими возможностями.

Обсуждение проблемы справедливости требует принятия решений о макро- и микрораспределении. Проблема макрораспределения товаров и услуг решается на уровне государства, становится сферой социальной политики и напрямую связана с экономическими проблемами, в том числе с финансированием профилактических и лечебных программ различных уровней, а также иных форм оздоровительной работы. Однако для медицинских работников более насущны проблемы микрораспределения ограниченных ресурсов здравоохранения. В этих ситуациях, возникающих ежедневно в работе врача или медсестры, медицинские показания должны служить единственно верным критерием распределения дефицитных лекарств и медицинских услуг. С моральной точки зрения недопустимо, когда выбор определяется социальным статусом пациента, его связями и уровнем материального благополучия.

Хотя принцип социальной справедливости успешно применим к этическим дискуссиям о политике здравоохранения, его использование в клинической практике и в отношении врач — пациент иногда встречает трудности. Проблема состоит в том, что образование и опыт врача первично ориентированы на больного. Врачи стремятся сделать для пациента все от них зависящее, а больные ожидают, что врач поступит наилучшим образом в их интересах. Критики принципа социальной справедливости утверждают, что врач не может быть слугой двух господ — пациента и общества, и если показано очень дорогое лечение, он должен сделать все возможное, чтобы предоставить его больному.

Другим возражением против принципа социальной справедливости является утверждение, что связанные с ним этические критерии, на основе которых происходит распределение ресурсов здравоохранения, с трудом применимы в реальной клинической практике. Прежде всего «стандарт потребности» в распределении ресурсов предполагает, что значение «потребности» относительно постоянное. Однако термин «потребности» — неопределенный, и потребности реального пациента определяются конкретными обстоятельствами.

Таким образом, приведенные принципы *помощи и содействия, ненападения вреда, автономии пациента и социальной справедливости* в современной биомедицинской этике признаны центральными. Решение этических проблем в современном здравоохранении осуществляется с учетом содержания основных принципов биоэтики, однако методологические подходы или модели могут быть различными.

Характеристика взаимоотношений между врачом и пациентом была бы не полной без обсуждения ряда конфликтов интересов, которое относится к профессиональной деятельности врача. Медицинская традиция в течение длительного времени признавала наиболее важной целью медицины содействие и поддержание здоровья больного человека. Современная формулировка этой цели дополняется фразой «в рамках уважения автономии пациента». Традиционно признаются более специфические цели

медицины, которые включают сохранение жизни, освобождение от боли и страданий, восстановление физической и психической функций, заботе об умирающем и другие. Наряду с существованием разногласий относительно того, какие специфические цели могут быть включены в стратегию содействия и поддержания здоровья пациента, имеются другие мотивации и стимулы, которые конкурируют с концентрацией врача исключительно на проблемах благополучия больного. Такие конкурирующие мотивации создают конфликт интересов врача, который проявляется следующими вариантами.

1. Конфликт между интересом обеспечить благополучие пациента и интересом врача в сохранении собственного здоровья. Имеет ли врач обязательства, которые вытекают из его профессиональной роли оказывать медицинскую помощь в случаях, когда это сопряжено с риском для собственного здоровья, например, с риском инфицирования?

2. Конфликт между интересом обеспечить благополучие больного и финансовыми интересами врача. Этический вопрос состоит в том, возможна ли легитимная конкуренция между профессиональным и финансовым интересами.

3. Конфликт между интересом пациента в благополучии и финансовыми интересами общества. В дополнение к традиционным ожиданиям, что врач служит больному для удовлетворения его медицинских потребностей, в последние десятилетия появилось ожидание, что медик, по крайней мере, должен служить общественной потребности в сохранении медицинских расходов, то есть действовать как «двойной агент». Однако может ли обслуживание такой социальной потребности составить легитимную цель в пределах медицинской практики?

4. Конфликт между интересом пациента в благополучии и финансовыми интересами страхователей — частных компаний или общественных программ. Может ли финансовое благополучие страхователя легитимно конкурировать по значимости с благополучием больного? Является ли врач «агентом» не только пациента, но и страхователя? Если страхователем есть частная компания, то очевидна роль врача как «агента» владельца акций, чья основная цель состоит в увеличении прибыли.

Взаимоотношения между врачом и пациентом могут иметь особенности, связанные с их различной культурной идентификацией. Врач и больной могут оказаться гражданами различных стран, разговаривать на различных языках, принадлежать к различным культурам (или субкультурам в пределах одной страны). В силу этих причин у врача и пациента могут быть различия в культурном понимании приемлемой этической практики и очень значительные расхождения в мировоззрении, в частности, по вопросу о том, управляется ли вселенная законами с причинно-следственными связями либо возможно существование и действие духа и магии.

Врач и пациент с различными культурными взглядами могут иметь серьезные расхождения по этическим проблемам. Например, они могут

не соглашаться по вопросу о том, кто имеет легитимную власть в принятии решений. Предметом расхождения могут стать проблема правдивости в медицинской практике, роль семьи в принятии решения о ведении первичного больного, приемлемое лечение ребенка.

Врач и пациент в связи с принадлежностью к разным культурам могут иметь разногласия по практическим и метафизическим вопросам, которые влияют на проведение лечения. Например, больной может верить, что обсуждение возможных осложнений терапии и неблагоприятных исходов заболевания увеличивают вероятность их возникновения. Представители некоторых культур могут отстаивать необходимость ритуальных действий, которые вызывают значительную боль, с целью изгнания из организма ребенка злых духов. С точки зрения западной культуры, врач рассматривает такие верования как иррациональные и потенциально опасные, хотя с этической точки зрения уважение культурных особенностей и традиций — важный компонент правильных взаимоотношений между врачом и пациентом.

Значительной проблемой во взаимоотношениях между врачом и больным могут стать расовые, этнические или национальные предрассудки. Их преодоление — вопрос не только биомедицинской этики, но и задача общечеловеческого масштаба.

ПРИНЦИПЫ ПРАВДИВОСТИ И ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ _____

Взаимоотношения между представителями различных медицинских профессий (врачами, медсестрами, администраторами, фармацевтами и т. д.) и пациентами образуют сложную социальную сеть, через которую реализуются индивидуальные, групповые и государственные интересы, связанные с вопросами охраны здоровья. Существуют нормы, которые играют определенную роль в этической регуляции взаимоотношений медработников и больных. Принципы правдивости и информированного согласия закреплены в «Декларации о политике в области обеспечения прав пациента в Европе» (Амстердам, 1994; прил. 6).

Принцип правдивости

Это формальный или деонтологический моральный принцип, который утверждает, что действия или правила являются морально верными, если они направлены на предоставление истинной информации и имеют цель избежать нечестности во взаимоотношениях. Быть правдивым — означает сообщать своему собеседнику то, что истинно с точки зрения того, кто делает сообщение. Иногда это правило используется в форме запрета на ложь, то есть запрета сообщать то, что с точки зрения говорящего — ложно.

Традиционно кодексы медицинской этики недостаточно упоминают о правдивости или обмане и лжи во взаимоотношениях между врачом и пациентом. Вместе с тем, наиболее обсуждаемый вопрос биоэтики — проблема долга врача предоставлять правдивую информацию больному. Вопрос формулируется следующим образом: может ли иметь моральное оправдание патерналистическая ложь врача и практика обмана пациента? Если да, то при каких условиях? Одним из подходов к анализу этической проблемы есть постановка более общих вопросов. Всегда ли ложь морально недопустима? Всегда ли правильно говорить правду? При ответах на эти вопросы, безусловно, нужно привести обоснование занятой позиции. Если ложь и преднамеренный обман всегда морально недопустимы, то так поступать нельзя всем, включая врачей. Если ложь и преднамеренный об-

ман иногда морально приемлемы, то следует попытаться установить условия, при которых такие поступки оправданы. После определения таких условий можно на частных примерах взаимоотношений врача и пациента оценить их приемлемость.

В целом проблема состоит в моральном конфликте между стремлением сделать наилучшее для больного с точки зрения понятий добра и вреда и выполнением некоторых общих обязательств, в данном случае обязательства говорить правду.

Оригинальный подход школы Гиппократа требует поступать так, чтобы принести пациенту благо. Согласно этике Гиппократа, врачу следует говорить только то, что может помочь больному, и избежать сообщений о том, что может принести вред. Гиппократу принадлежит высказывание: «Окружи больного любовью и разумным утешением, но главное — оставь его в неведении того, что ему предстоит, и особенно того, что ему угрожает». Патерналистическая ложь врача, так называемая святая ложь, в течение длительного времени считалась, безусловно, приемлемой во взаимоотношениях между врачом и пациентом. Так, еще относительно недавно, по данным D. Oken (1961), 88 % опрошенных врачей Соединенных Штатов сообщили о том, что они обычно не говорят правду о заболевании терминальным онкологическим больным, руководствуясь традициями Гиппократа.

Принцип правдивости во взаимоотношениях врача и пациента по-разному рассматривается в различных этических системах. С позиции деонтологии Э. Канта, правдивость есть долг человека пред самим собой как моральным существом и лгать — значит унижать в себе человеческое достоинство и разрушать самоуважение. Поэтому Э. Кант настаивал на том, что во всех ситуациях любой человек, в том числе и врач, имеет прямую обязанность по отношению к себе и другим быть правдивым. В деонтологии В. Росса обязательство не лгать и не совершать преднамеренного обмана — это *prima facie*, которое при определенных обстоятельствах может быть подчинено другим условным (*prima facie*) обязательствам. В медицине им может стать долг врача обеспечить медицинское благополучие пациента. С позиций теории «поступок — утилитаризм» вопрос о том, следует ли говорить правду, решается индивидуально с позиций достижения в каждой конкретной ситуации максимальной пользы. Последователи теории «правило — утилитаризм» в данной этической ситуации сталкиваются с необходимостью определить целесообразность формулировки исключения из правила, которое запрещает врачу сообщать пациенту неправдивую информацию. Вероятно, такие исключения должны касаться случаев, когда имеются убедительные свидетельства того, что больной не хочет знать правды о своем заболевании или будет серьезно психологически травмирован полученной информацией. В таком случае приверженец теории «правило — утилитаризм» должен проанализировать, не будет ли вред от сооб-

щения правды пациенту компенсироваться положительными последствиями, которые следуют из правила запрета всякой лжи во взаимоотношениях врач — больной. Он принимает во внимание и то, что факт лжи имеет отдаленные последствия в виде разрушения отношений врач — пациент.

В 70-е годы XX ст., в связи с критикой патерналистичности традиций Гиппократов и повышением значимости принципа уважения автономии больного, отношение к принципу правдивости начинает резко изменяться. По данным опроса, проведенного D. Novack (1979), 98 % врачей США в своей повседневной практике следовали правилу сообщения правды пациенту о его заболевании и состоянии.

Для сближения традиций Гиппократов и уважения автономии пациента можно попытаться заново проанализировать последствия лжи, оставаясь в рамках принципа Гиппократов «не навреди». Дело в том, что в современной высокотехнологичной медицине в лечении больного участвует целая команда, для которой трудно (а иногда невозможно) излагать одну и ту же неправдивую версию заболевания пациента. Иными словами, в условиях современной медицинской практики имеется высочайшая вероятность того, что ложь будет раскрыта и последствия для больного будут крайне неблагоприятными.

Другим направлением сближения позиции этики Гиппократов и принципа автономии является использование концепции «медицинских противопоказаний». Так же как определенные варианты обследования и лечения могут быть противопоказаны больному, так и в отдельных случаях, например при депрессии и склонности к суициду, раскрытие правды может считаться медицинским противопоказанием.

Попытки сближения разных точек зрения в отношении принципа правдивости могут быть отвергнуты радикальными сторонниками принципа правдивости. Их точка зрения состоит в том, что ложь разрушает взаимное доверие врача и пациента, делает невозможным координированные действия. В ряде случаев просто невозможно не сообщить больному правдивую информацию о его заболевании. Каким образом можно, например, получить согласие пациента на химиотерапию или лучевую терапию без информации о том, что у него имеется онкологическое заболевание?

В отношениях с больными медик представляет в своем лице не только члена общества в целом, но и свою профессиональную группу. Постоянная ложь нарушает доверие к профессии. Если пациент уверен, что врачи постоянно скрывают от него неблагоприятную информацию, то даже правдивые утверждения, например, о том, что «прогноз Вашего заболевания благоприятен», или «хирургическая операция не представляет для Вас опасности», или «химиотерапия даст хорошие результаты», — будут восприниматься им с недоверием. Возможно, что с этим обстоятельством связано то, что многие больные после подтверждения диагноза онкологического заболевания, даже при наличии эффективного лечения,

обращаются к всевозможным целителям и шарлатанам. Если пациенты не верят врачам, то добиться успеха в борьбе с серьезными заболеваниями, в том числе онкологическими, чрезвычайно трудно. Поэтому и врач, и медсестра, и медицинский администратор должны быть правдивыми для поддержания в обществе отношения доверия к своей профессиональной группе.

Вопрос о долге больного знать правду более сложен. Обсуждение этого вопроса следует вести с позиций самого пациента: почему «Я» как пациент должен знать правду? «Я» должен знать правду именно для того, чтобы сохранить себя как «Я», то есть как автономную личность, являющуюся ответственным субъектом своих поступков. Не владея правдивой информацией об условиях своего существования (включая информацию о состоянии своего здоровья), человек как бы перекладывает ответственность за то, что с ним происходит, с себя на другого (к примеру, на врача), отказываясь тем самым от своей субъектности и свободы. Поэтому стремление знать правду — долг человека даже тогда, когда он прикован болезнью к больничной койке. Безусловно, больной человек естественным образом ограничен в своей свободе. Эти ограничения варьируют от самых незначительных — при скоротечных простудных заболеваниях — до самых серьезных — при коматозных состояниях или состояниях болезненно измененного сознания при психиатрических болезнях. Поэтому долг знать правду не может быть вменен каждому пациенту в равной степени. Существует также психологическая предрасположенность некоторых людей к существованию в подчиненном, зависимом от других состоянии. С точки зрения господствующей в современном индустриальном мире морали автономной личности подобный самоотказ от собственной субъектности приносит вред. Однако поскольку этот самоотказ происходит добровольно, то следует уважительно относиться и к такой форме самоутверждения. Среди представителей различных культур наблюдается тенденция, при которой больные стараются делегировать ответственность за принятие решений, связанных с их заболеванием, своим близким или медицинским работникам. В определенной степени это замечание справедливо в отношении традиционного поведения значительного числа пациентов. Врач обязан учитывать и уважать эти традиции.

Правомерно также остановиться на вопросе о долге больного говорить правду. Должен ли медик стремиться знать правду, и должен ли пациент говорить ему правду? Долг медработника — стремиться во всех ситуациях получить максимально правдивую информацию — определяется его профессиональным предназначением лечить больных. Только полная и достоверная информация об условиях возникновения и протекания заболевания может гарантировать правильную диагностику и эффективное лечение. Важнейшее условие реализации этого долга — обеспечение чувства доверия пациента к своему врачу и к медицинской профессии

в целом. Больной человек вряд ли поделится правдой, если не будет уверен, что медики сохранят конфиденциальность, что сообщенные им подробности личной жизни не станут достоянием посторонних.

Долг пациента говорить правду имеет, во-первых, общее основание в его социальной природе и необходимости укреплять дух доверия в социальной ячейке «пациент — медработник». Правдивость — моральный долг каждого человека, и болезнь нисколько не уменьшает его. Кроме этого, больной для своего лечения использует либо государственные, либо производственные, либо семейные финансовые ресурсы, часто весьма ограниченные. Чувство солидарности с больным человеком и участливое отношение к его нуждам при государственной форме здравоохранения, производственной поддержке или семейной взаимопомощи выражается в том, что эти ограниченные ресурсы перераспределяются в его пользу. Это обстоятельство создает еще одно основание морального долга пациента эффективно сотрудничать с медицинскими работниками для рационального использования ограниченных ресурсов, что, естественно, немыслимо без его правдивости.

Долг больного говорить правду обосновывается также принципом «не навреди». Придя, например, на прием к врачу, пациент связан моральным долгом сообщить об имеющемся у него инфекционном заболевании, которое может быть опасно для работающих с ним медиков или других пациентов, например о СПИДе, туберкулезе, гепатите. Еще одним обоснованием долга больного говорить правду является то, что в процессе общения с пациентом у врача формируется эмпирический опыт о значимости тех или иных симптомов для постановки точного диагноза и терапевтической эффективности различных медицинских назначений. Если больной человек не ставит лечащего врача в известность о самовольных изменениях в приеме лекарств или вносит искаженную информацию в свои жалобы, то он становится ответственным за формирование ложного знания у своего лечащего врача о диагностических критериях заболеваний, об эффективности или неэффективности какого-либо лекарственного средства. Эта ложная информация может послужить источником ошибочных действий лечащего врача как в отношении самого неправдивого пациента, так и других больных.

В основах законодательства Украины о здравоохранении устанавливается право пациента знать правду о диагнозе, прогнозе и методах лечения своего заболевания. Право врача сообщать больному правдивую информацию о состоянии его здоровья ограничивается требованием передавать ее в доступной форме и так, чтобы не причинить пациенту вреда. Право врача знать правду специально не регламентируется законом. Оно заложено в традициях врачевания и административных нормах современной медицины. Причем речь идет не только и не столько о праве лечащего врача, которое обычно считается само собой разумеющимся, сколько о праве других участников процесса врачевания на доступ к ин-

формации о состоянии здоровья данного конкретного больного. В современных поликлиниках и больницах медицинская помощь чаще всего оказывается не одним врачом, а группой специалистов, каждый из которых нуждается в правдивой информации о состоянии пациента. Их право на доступ к этой информации обеспечивается соответствующими административными нормами. Более сложен вопрос о праве на доступ к медицинской информации для студентов, которые непосредственно не участвуют в лечении данного больного. Обучение у постели больного — один из наиболее существенных элементов в образовании медицинских работников. Традиции и административный порядок клиник обосновывают их право на участие в осмотре больных, выполнении под руководством опытных профессионалов диагностических и лечебных мероприятий, и, следовательно, на доступ к соответствующей медицинской информации. Однако, с моральной точки зрения, поскольку участие в обучении студентов не является непосредственным интересом конкретного пациента, их право на доступ к медицинской информации и лечебно-диагностическим манипуляциям должно быть обусловлено добровольным согласием больного или членов его семьи.

Право пациента сообщать врачу правду о состоянии своего здоровья и обстоятельствах возникновения заболевания на первый взгляд кажется очевидным. Однако «правда», которой располагает больной о своем заболевании, может касаться не только его самого. Имеет ли право, к примеру, пациент, у которого диагностировано венерическое заболевание, сообщать правду о своем половом партнере, который, скорее всего, и оказался источником его заражения? Ответ на подобный вопрос будет варьироваться в зависимости от того, какая из двух ценностей перевешивает в данном сообществе. Если предпочтение отдается общественному интересу в минимизации распространения инфекционных заболеваний, то пациенту будет не только дано право, но и вменено в долг (моральный, а иногда и по закону) сообщить о своем партнере. Если в обществе выше оценивается неприкосновенность частной жизни, то право правдивого информирования в данном случае будет ограничено разрешением этого партнера на передачу информации врачу. В демократических обществах неприкосновенность частной жизни получает все большее признание и поддержку (в том числе и правовую), так что безусловный приоритет общественных интересов сохраняется лишь в связи с группой особо опасных инфекционных заболеваний. Чем ниже социальная опасность заболевания, тем большую роль играют ценности, связанные с неприкосновенностью частной жизни. Баланс ценностей не может быть предрешен в виде определенного правила. Однако всегда следует иметь в виду, что право говорить правду не безусловно, что неприкосновенность частной жизни другого человека является важнейшей правовой нормой и моральной ценностью современных цивилизованных сообществ.

Принцип информированного согласия

Дискуссии о правдивости и лжи в медицинской этике часто возникают в связи с обсуждением требования информированного согласия. В настоящее время общепринято, что компетентный взрослый пациент имеет моральное и юридическое право не подвергаться медицинскому вмешательству без его информированного и добровольного согласия. Вполне понятно, что ложь или даже утаивание информации серьезно подрывают возможность проведения полноценной дискуссии и, следовательно, предоставления информированного согласия. Чтобы дать такое согласие и реализовать свое право на самоопределение, больной должен обладать доступом к необходимой информации, а врачам, как правило, следует ее предоставлять.

Требование получения информированного согласия — относительно недавнее дополнение к признанным этическим принципам, которые регулируют отношения врач — пациент. Традиционные кодексы медицинской этики не признают обязанности врача информировать больного о риске и преимуществах альтернативных методов диагностики и лечения. Этика Гиппократа включает понятие о терапевтической привилегии, состоящей в утаивании информации, которая, по мнению врача, приносит пациенту вред и ухудшает его психологическое самочувствие. Терапевтическая привилегия является составной частью этических систем, которые основаны на патернализме. Этика Гиппократа не исключает информированного согласия, однако только в тех случаях, когда, по мнению врача, оно пойдет на пользу больному.

В либеральной политической философии ключевой идеей есть положение о том, что информация должна быть предоставлена в полном объеме, даже если врач не считает, что она принесет пользу больному. В 1972 г. доктрина и понятие информированного согласия были оформлены в юридическом отношении и, начиная с этого времени, привлекают особое внимание специалистов по биоэтике. Предпосылки для этого сложились гораздо раньше в связи с расследованием так называемой научной деятельности нацистских медиков в концлагерях во время Второй мировой войны. После Нюрнбергского процесса, на котором были продемонстрированы свидетельства о чудовищных медицинских экспериментах в концлагерях, вопрос о согласии стал одним из главных для биоэтики. Следует отметить, что и в мировой, и отечественной практике ранее уже существовала традиция получения согласия пациента на проведение хирургических вмешательств. Однако правило информированного согласия шире простого получения согласия, прежде всего потому, что требует добровольности и свободы выбора пациентов и испытуемых путем их адекватного информирования.

Принцип информированного согласия призван обеспечить уважительное отношение к пациентам или испытуемым в биомедицинских исследо-

ваниях как личностям, а также минимизировать угрозу здоровью, социально-психологическому благополучию или моральным ценностям вследствие недобросовестных или безответственных действий специалистов. Хирургические операции, химиотерапия, длительная госпитализация и многие другие виды медицинского вмешательства могут оказывать серьезное влияние на возможности реализации жизненных планов человека. Применение правила информированного согласия обеспечивает активное участие больного в выборе методов лечения, оптимальных не только с медицинской точки зрения, но и с позиций жизненных ценностей самого человека. Согласно этому принципу, любое медицинское вмешательство (в том числе и привлечение человека в качестве испытуемого в биомедицинское исследование) должно в качестве обязательного условия включать специальную процедуру получения добровольного согласия пациента или испытуемого на основе адекватного информирования о целях предполагаемого вмешательства, его продолжительности, ожидаемых положительных последствиях для пациента или испытуемого, возможных неприятных ощущениях, риске для жизни, физического и/или социопсихологического благополучия. Необходимо также информировать больного о наличии альтернативных методов лечения и их сравнительной эффективности. Существенным элементом информирования должны быть сведения о правах пациентов и испытуемых в данном лечебно-профилактическом или научно-исследовательском учреждении и способах их защиты в тех случаях, когда они так или иначе ущемлены. В настоящее время правило получения информированного согласия пациентов и тех, кто привлекается к участию в клинических испытаниях или медико-биологических экспериментах, стало общепризнанной нормой. В Конституции Украины в главе 2, статье 28 записано следующее положение: «Ни один человек без его добровольного согласия не может быть подвергнут медицинским, научным или иным опытам». В «Основах законодательства Украины об охране здоровья» это положение конкретизируется в статьях 42-45 (прил. 7).

Медицинское вмешательство, связанное с риском для здоровья больного, допускается в порядке исключения вследствие острой необходимости, если возможный вред от применения методов диагностики, профилактики или лечения меньше, чем ожидаемый в случае отказа от вмешательства, а устранение опасности для здоровья пациента другими методами невозможно.

Рискованные методы диагностики, профилактики или лечения признаются допустимыми, если они соответствуют современным научно обоснованным требованиям, направлены на предотвращение реальной угрозы жизни и здоровью больного, применяются с согласия пациента, осведомленного об их возможных негативных последствиях, а врач обязуется принять все надлежащие в таких случаях меры по предотвращению угрозы жизни и здоровью.

Если отказ от медицинского вмешательства может привести к тяжелым последствиям, врач обязан объяснить это пациенту. Если же и после этого больной не изменяет своего решения, врач имеет право потребовать письменное подтверждение, а при невозможности его получения — засвидетельствовать отказ соответствующим актом в присутствии свидетелей. Если отказ дает законный представитель пациента и он может иметь для больного тяжелые последствия, врач должен поставить в известность органы опеки.

Обязательными «пороговыми» элементами или предварительными условиями принципа информированного согласия являются компетентность и добровольность. Компетентность пациента или испытуемого — необходимое предварительное условие процедуры получения информированного согласия. Закон устанавливает достаточно простое правило, предполагающее два состояния, — компетентность пациента или испытуемого или некомпетентность. Некомпетентными признаются дети, а также граждане, признанные в установленном порядке недееспособными. Право на дачу информированного согласия за недееспособного пациента передается его законным представителям. Закон в этом смысле выражает лишь некоторый общепризнанный минимум морального нормирования, оставляя в стороне целый ряд спорных и неоднозначных с этической точки зрения ситуаций. В частности, недостаточно учитываются права ребенка на получение информации о своем физическом и психическом состоянии и на контроль за тем, что совершается с его телом в процессе врачевания. Конечно, ребенок недостаточно зрел для того, чтобы без помощи взрослых принимать ответственные решения, касающиеся методов лечения. Но это не значит, что взрослый может его полностью заменить в процессе принятия решения. Можно ли однозначно игнорировать личность несовершеннолетнего больного? Вероятно, более оправданным следует считать дифференцированный подход, который бы, в зависимости от уровня индивидуального развития, предоставлял ребенку больший или меньший объем прав участия в принятии решения по поводу своего лечения.

С моральной точки зрения представляется неверной практика принуждения детей насильем или обманом к оперативному вмешательству. Трудность получения их согласия, которая действительно возникает в ряде случаев, свидетельствует лишь о настоящей необходимости клинико-психологического образования врачей и активного подключения профессиональных психологов к разрешению проблем, возникающих между малолетними пациентами и медиками. Следует также учитывать возможность того, что законные представители могут принять решение, которое расходится с интересами самого пациента. В последнем случае долг врача — выступить в защиту интересов ребенка и предпринять юридические шаги, которые ограничили бы права законных представителей в данном вопросе. Отмечались случаи, когда родители по невежеству или

под влиянием религиозных предрассудков отказывались от проведения спасающей жизнь ребенка операции. В подобных ситуациях интересы недееспособных пациентов должны перевешивать права их законных представителей.

Компетентность пациента понимается как его способность к автономному принятию решений. В тяжелом состоянии больной не всегда бывает компетентным. Компетентность нарушается также под влиянием значительного эмоционального стресса и боли. Принципиально важно определить, является ли больной компетентным. Комиссионное определение некомпетентности основывается на потере способности пациента принимать решения, которые способствуют его благополучию, с учетом ценностей и предпочтений, высказанных ранее. Биоэтическая практика наработывает стандарты компетентности, которые имеют значительную специфику в различных областях клинической практики.

Чрезвычайно важен вопрос об объеме информации, которую больной должен получить и понять для того, чтобы его согласие могло считаться информированным. Каковы критерии достаточности информации и всегда ли лучше получить больший ее объем? Исследования показывают, что больной, который получил длительные и детальные объяснения сути и риска медицинского вмешательства, может понять и воспроизвести очень малый объем значимой информации. В то же время те больные, которым были предоставлены менее детализированные сведения, могли понять и воспроизвести больший объем важной информации.

Добровольность в принятии информированного согласия не менее важна, чем компетентность. Решение считается добровольным, если принято в отсутствие внешнего давления со стороны врачей, властей, родственников и друзей. Существуют различные формы влияний, которые могут существенно нарушать добровольность. Это — непосредственное принуждение к определенному решению путем угрозы, авторитарное навязывание решения и манипуляция информацией, которая внешне будучи объективной, подбирается таким образом, что пациент или испытуемый принимает выгодное для медиков или исследователей решение. На больного действует предположение, что врачи могут отказаться от лечения, если он не согласится на участие в исследовании или на предложенный врачом метод диагностики или лечения. Поэтому при получении информированного согласия необходимо специально обратить внимание пациента на то, что отказ несколько не уменьшает его прав и доступности альтернативных методов медицинского вмешательства.

Любая болезнь, особенно тяжелая, оказывает серьезное влияние на психику больного, во многих случаях ограничивая его способность самостоятельно принимать решения. Беспомощное состояние делает его особенно подверженным прямому авторитарному диктату лечащего врача. В подобных случаях, даже если нет оснований сомневаться в компетентности больного, необходимо обеспечить для него возможность обсудить

свою ситуацию с близкими. Следует также помнить о праве пациента на консультацию у независимых специалистов, которое предоставляется ему существующим законодательством. Наибольшие гарантии предоставляет биоэтическая практика, когда заявки на проведение испытаний и исследований будут в обязательном порядке проходить независимую экспертизу этического комитета.

В процессе получения информированного согласия пациента или испытуемого имеют значение процедурные вопросы передачи информации. При определении ее объема и содержания можно руководствоваться особыми нормами, которые получили название стандартов информирования. Предложено несколько таких стандартов, среди которых наибольший практический интерес представляют профессиональный стандарт, стандарт рациональной личности и субъективный стандарт. Согласно первому стандарту, объем и содержание информации определяются практикой, традиционно сложившейся в данном медицинском сообществе или медицинском учреждении. В процессе обучения будущий врач перенимает от учителей не только приемы врачевания, но и элементарные навыки общения с пациентами. Это — стихийно складывающийся стандарт медицинской практики, который обычно неосознанно усваивается профессионалами. В стабильном обществе со сложившейся системой здравоохранения и устоявшимися, общественно признаваемыми моральными нормами врачевания этот стандарт достаточно эффективен. Однако в обществе, находящемся в процессе бурных социально-политических преобразований, где новые моральные кодексы еще только складываются, апелляция к традиционным нормам может иметь лишь самое предварительное значение. В этих условиях более подходит стандарт рациональной личности, который как бы предлагает представить себе «усредненного» гражданина и ответить на вопрос: какая информация и в каком объеме ему может понадобиться для того, чтобы принять обоснованное решение, касающееся согласия или несогласия на медицинское вмешательство либо на участие в биомедицинском исследовании? Врач или ученый должен уметь моделировать в воображении рациональное поведение своего пациента или испытуемого и, в соответствии с результатом такого мысленного эксперимента, строить тактику информирования.

Субъективный стандарт для принятия рационального решения предлагает учитывать помимо того, что может быть полезно знать усредненному пациенту, еще и специфику интересов данного конкретного индивида. Если, к примеру, в анамнезе данного больного есть информация о перенесенном заболевании сердца, то при информировании о риске осложнений следует обратить особое внимание на возможность нарушений сердечно-сосудистой системы, хотя для «среднестатистического пациента» они и не характерны. Субъективный стандарт намечает тактику индивидуализации передаваемой информации. Поскольку образовательный уровень пациентов может быть достаточно низок, то в ряде случаев воз-

никают серьезные сомнения в том, что в принципе возможно эффективное понимание ими передаваемой информации. Т. Бичамп и Дж. Чилдресс предлагают следующий выход из положения: «Успешное информирование несведущих в медицине пациентов о новых и достаточно специальных предметах может быть достигнуто, если использовать для пояснения аналогии из их повседневной жизни. К примеру, профессионал для пояснения риска, выраженного в числовой форме, может применить сравнения с вероятностью известного пациенту из предшествующего опыта риска какого-либо действия — риска вождения автомобиля или работы с электрическими приборами».

С практической точки зрения, лучше не использовать много специальных терминов, которые могут быть либо вообще не поняты, либо поняты превратно. Важно также учитывать психологическое влияние используемых слов. Информация о том, что вероятность выживания равна 50 %, звучит более обнадеживающе, чем сообщение о том, что вероятность смертельного исхода равна 50 %, хотя с математической точки зрения риск одинаков. Сообщение пациентам информации о даже невысокой степени риска смерти при проведении того или иного медицинского вмешательства, как правило, резко снижает его предпочтительность, хотя отдаленные последствия могут быть гораздо более благоприятны. Понять информацию не всегда означает принять ее. Больной раком пациент, даже зная точный диагноз, может быть уверенным, что на самом деле он здоров или что процесс доброкачественный. Поэтому, основываясь на ложной уверенности, он может отказаться от предлагаемой ему химиотерапии или оперативного лечения. Как показывают социологические исследования, далеко не все больные обеспокоены желанием знать в подробностях о предстоящих методах лечения и связанном с ними риске, доверяя выбор своему лечащему врачу. Число незаинтересованных в получении информации на эти темы может достигать более 50 %. Следует уважать мнение пациента и не навязывать ему той информации, которую он не желает знать. Вместе с тем участие человека в клиническом испытании или биомедицинском эксперименте недопустимо без информирования и осознания им содержания исследования и связанного с этим риска.

Получив объективную информацию о медицинском вмешательстве или научном исследовании, пациент или испытуемый должны принять решение: дать свое согласие или отказать в нем. Принятие решения — это самостоятельный процесс, который лишь подготавливается объективным информированием. Он требует времени. Поэтому нельзя принуждать больного или испытуемого подписывать формуляр согласия сразу же после получения информации. Необходимо дать время на обдумывание, совет с близкими или консультацию со специалистами. Необходимо также учесть, что согласие, данное испытуемым или пациентом первоначально, впоследствии может быть им пересмотрено. Поэтому законодательство предусматривает право испытуемого на прекращение своего учас-

тия в исследовании на любой стадии, а также право больного на отказ от лечения. Авторизация, как и информирование, может осуществляться и в устной, и в письменной форме. По своей сути она означает инициацию, то есть вступление пациента в определенного рода договорные отношения, которые будут связывать его с медицинскими специалистами, оказывающими ему помощь. Эти отношения определяют взаимные правовые и моральные обязательства сторон, устанавливают формы и степень ответственности.

Устная форма передачи информации больному или испытуемому создает благоприятную почву для манипулирования его решением. Умалчивание, неверная информация о сравнительном риске альтернативных методов лечения, сокрытие информации о негативном предшествующем опыте применения данного медицинского вмешательства, преувеличение шансов на успех предлагаемого исследования или медицинского вмешательства — все это нарушает принцип добровольности. Следует также учесть, что подобное нарушение может быть осуществлено медиками неосознанно. Увлеченный разработкой нового метода лечения ученый естественным образом склонен преувеличивать достоинства своей новации в сравнении с существующими приемами. В этом смысле письменное заполнение особого формуляра информированного согласия создает больше возможностей контроля за объективностью передаваемой информации.

Процедура получения информированного согласия призвана реализовать содержание моральной идеи, признать пациента или испытуемого в качестве личности, которая вправе участвовать совместно с медицинскими работниками в принятии решений, касающихся вопросов своего лечения. В форме определенных этических норм содержание правила информированного согласия находит свое выражение в этических кодексах и декларациях, принимаемых международными и национальными медицинскими ассоциациями и объединениями. Врач и исследователь обязаны:

1. Обеспечить уважительное отношение к пациенту или испытуемому в биомедицинском исследовании как к автономной личности, которая вправе осуществлять свободный выбор и контролировать все процедуры или манипуляции в процессе лечения или научного исследования с его телом.
2. Минимизировать возможность морального или материального ущерба, который может быть причинен больному вследствие недобросовестного лечения или экспериментирования.
3. Создать условия, способствующие повышению чувства ответственности медицинских работников и исследователей за моральное и физическое благополучие пациентов и испытуемых.

Процедурные аспекты регламентируются национальным законодательством, приказами и инструкциями органов здравоохранения, прави-

лами внутреннего распорядка лечебно-профилактических и научно-исследовательских организаций. Традиция устного информирования имеет то преимущество, что она выглядит менее казенно, более доверительно. Вместе с тем, устное информирование практически исключает возможность независимого контроля того, что реально сообщается пациенту или испытуемому, снижает ответственность медиков и исследователей за качество информирования и тем самым создает условия для нарушения прав испытуемых.

Получение информированного согласия очень важно для социально-психологической адаптации к новым условиям жизни, которые могут возникнуть вследствие медицинского вмешательства. Обсуждение с врачом лечения, целей и вероятных последствий того или иного вмешательства создает у больного психологическую готовность к необходимым коррективам в образе жизни и способствует более эффективной адаптации. Правило информированного согласия не только регулирует определенную процедуру, предваряющую серьезное медицинское вмешательство или участие в эксперименте, но и нацеливает на содержательное межличностное общение врачей и пациентов (испытуемых) в течение всего процесса лечения или научного исследования.

Принцип информированного согласия не должен рассматриваться только как мера, которая предпринимается в связи с угрозой нанесения ущерба больным со стороны врачей и исследователей. Предпочтительно считать, что предотвращение такой опасности есть хотя и важной, но не единственной и не главной задачей. Принцип информированного согласия следует понимать как норму взаимоотношений врача и пациента с целью совместного обоснования и согласования оптимального метода медицинского вмешательства. Его необходимо рассматривать не в качестве самоцели, а средства для обеспечения партнерского диалога заинтересованных сторон — врача и пациента.

МОДЕЛИ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ МЕЖДУ ВРАЧОМ И ПАЦИЕНТОМ

Проблема взаимоотношений между врачом и пациентом считается главенствующей в медицинской этике, которая развивается вместе с медицинской наукой и практикой. Контакты врачей с больными происходят каждый день и всякий раз уникальны и неповторимы. В чем-то существенном эти взаимодействия являются упорядоченными и традиционными: как правило, обе стороны, чаще всего даже не осознавая этого, ведут себя в ходе контакта так, «как положено», «как принято». В устойчивой социальной системе протекание таких событий обычно строится в соответствии с определенными нормами, за выполнением которых никто специально не следит, но которым люди следуют достаточно строго. Поэтому можно говорить о социальной роли врача и социальной роли пациента. Наличие этих норм и ролей организует действия сторон: каждая из них, вступая в контакт, более или менее отчетливо представляет себе, чего следует ожидать от другой стороны и, напротив, чего ожидает от нее эта сторона. Социальная роль врача, а вследствие этого и социальная роль больного в разных культурах и обществах может пониматься по-разному. В этой связи имеет смысл говорить о различных моделях врачевания.

Для описания различных типов взаимоотношений между врачом и пациентом можно употребить ряд обозначений: родитель — ребенок, партнеры, участники договора, техник — клиент, друзья. В соответствии с ними можно обосновать существование пяти базовых моделей взаимоотношений в сфере охраны здоровья: патерналистическая, коллегияльная, контрактная, дружеская, техническая (J. F. Childress, M. Siegler, 2001).

Патерналистская модель

Патерналистская (пасторская, родительская) модель основана на многовековой традиции медицинской практики и состоит в том, что центром принятия решений является медицинский профессионал, в частности, врач, который обладает «моральной» властью внутри асимметричных и иерархических взаимоотношений с пациентом. Имеется аналогия

со взаимоотношениями пастора и прихожан, родителей и детей. При патерналистском (от лат. *pater* — отец) подходе врач выступает как бы в роли отца, который не только заботится о благе своего неразумного ребенка, но и сам определяет, в чем состоит это благо. Термин «патернализм» по своему происхождению относится к языку социально-политических теорий и характеризует такой тип отношений государства, с одной стороны, и подданных либо граждан, с другой, при котором государство изначально считает себя безусловным представителем их блага и их интересов, то есть принимает решения и действует от их имени, нимало не беспокоясь о выявлении и учете их мнений. Подданные либо граждане, в свою очередь, исходят из того, что государство само полномочно решать за них, в чем их благо, но в то же время обязано заботиться о них, опекать их. Вследствие этого происходит отчуждение прав и свобод граждан, которые в этом случае фактически оказываются не столько гражданами в строгом смысле этого слова, сколько подданными государства. Будучи явлением социальной и политической культуры общества, патернализм распространяется не только на взаимоотношения государства и граждан, но и на все те сферы жизни общества, где так или иначе проявляются отношения власти, то есть господства одних и подчинения других. Одна из таких сфер — здравоохранение.

Медицинский патернализм предполагает, что врач может опираться лишь на собственные суждения о потребностях пациента в лечении, информировании, консультировании. Позиция патернализма позволяет оправдывать принуждение и обман пациентов или сокрытие от них информации, коль скоро это делается во имя их блага. Патерналистское отношение наполнено субъективным содержанием и строится как определенного рода межличностное общение. Оно мотивировано стремлением помочь страдающему человеку и избежать нанесения ему вреда. Его моральными характеристиками можно полагать любовь к ближнему, благотворительность, милосердие и справедливость. Однако личности находятся при этом в неравном положении. Врач играет роль «отца», обладающего определенными научными знаниями и умеющего их применить, а пациент — роль несведущего ребенка, моральная добродетель которого заключается в дисциплинированном выполнении предписаний и назначений «старшего». Патернализм в общении с пациентами остается нормой для значительного числа современных медиков, да и многие больные воспринимают патерналистское отношение к себе как наиболее адекватное. Патерналистские позиции оставались преобладающими и не ставились под сомнение вплоть до середины прошлого столетия. Последующий резкий отход от них обусловлен действием целого ряда причин, включая быстрое повышение уровня грамотности населения и осознание того обстоятельства, что в плюралистическом обществе сосуществуют разные системы ценностей. Ценности врача, а следовательно его представления о благе пациента, могут не совпадать, порой весьма суще-

ственно, с ценностями самого больного и его представлениями о собственном благе. Существует значительное число людей, для которых патерналистское отношение врача психологически наиболее приемлемо. Их личные предпочтения необходимо уважать, понимая несовершенство этой модели с моральной точки зрения. Патернализм ущемляет права пациента как автономной личности, самостоятельно и свободно принимающей жизненно важные решения, контролирующей свое состояние. По сути дела, при этом присутствует элемент унижения личного достоинства больного, поскольку взаимодействие строится не как «горизонтальное» — равноправное, а как «вертикальное» — отношения власти и подчинения. Пациент, фигурально выражаясь, вынужден глядеть на врача «снизу вверх». Патернализм — естественная и самая адекватная форма отношения врачей к больным детям и другим пациентам с ограниченной дееспособностью. То обстоятельство, что в момент принятия ответственного решения интересы ребенка или психически больного могут быть защищены благодаря участию их законных представителей (например, родителей), несколько не умаляет уместности и моральной оправданности патерналистского отношения к ним в контексте рутинных отношений врачевания.

Коллегиальная (партнерская) модель

Эта модель взаимоотношений между врачом и пациентом дает гораздо большие возможности для реализации ценностей автономной личности. Она подчеркивает, что медицинские профессионалы и их пациенты могут быть партнерами или коллегами на основе признания ценности здоровья. Признание общих ценностей вовлеченных сторон объединяет эту модель с патерналистской. Принципиальным отличием является акцент коллегиальной модели на равноправии обеих сторон в интерпретации этих ценностей, в том числе здоровья, наряду с уважением персональной автономии всех участников взаимоотношений. Прототипом модели стали взаимоотношения «взрослый — взрослый». В рамках модели врач помогает больному помочь самому себе, в то время как пациент использует помощь эксперта, чтобы реализовать цели (свои и врача). Предполагается, что участники имеют приблизительно одинаковые права, взаимозависимы (то есть один нуждается в другом) и вовлекаются в действия, которые в определенной мере удовлетворяют обе стороны. Более того, данная модель исходит из того, что врач не знает наилучшего решения и его поиск составляет суть терапевтического взаимодействия. Больной в рамках этой модели предстает как равноправный в своем взаимодействии с врачом. Для того чтобы играть свою роль, пациент должен получить от врача достаточное количество правдивой информации о своем состоянии здоровья, вариантах лечения, прогнозе развития заболевания, воз-

можных осложнениях и т. д. Будучи в некоторой степени уравнен в отношении информированности с медиками, пациент становится в состоянии принимать участие в выработке конкретных решений, касающихся своего лечения, по сути дела действуя как равноправный союзник лечащего врача. В данном случае он реализует неотъемлемое право личности на свободу выбора.

Данная модель на практике применяется редко и ее значение имеет нормативный характер. Она показывает желательное, и даже обязательное моральное направление медицинской практики и науки. Как нормативная модель, она подчеркивает равенство ценностей партнеров и уважение автономии и медицинских профессионалов, и других лиц — больных или добровольцев в медицинских исследованиях.

Сложности практического применения модели состоят в достижении гармонии интересов. Медработник и пациент могут придерживаться различных ценностных ориентаций. Они могут относиться к различным социальным классам и этническим группам. В условиях коммерческой медицины у врача существует объективная (то есть обусловленная не его личностными качествами, а самим реальным положением дел) заинтересованность в минимизации собственных расходов и максимизации доходов, тогда как интерес больного, напротив, состоит в том, чтобы получить максимум доступной помощи при минимизации собственных затрат на ее получение. Вместе с тем следует иметь в виду, что существуют области, в которых отношения между врачом и пациентом действительно могут носить коллегиальный характер. Речь идет о случаях длительно текущих хронических заболеваний. Объем знаний, приобретенных пациентами за многие десятилетия хронической болезни, в определенных аспектах может оказаться значительно более обширным, чем у начинающего и даже неопытного врача. В подобной ситуации общение больного и медицинского работника может приближаться к идеалу коллегиальной модели, напоминая консилиум профессионалов, в котором знания одного дополняют знания другого. Другой областью клинического применения модели является психоанализ, где необходимость партнерских взаимоотношений — условие проведения данной формы врачебного вмешательства.

Контрактная модель

При такой модели взаимоотношения между врачом и пациентом имеют в своей основе не только юридическое содержание понятия «контракт» (договор), но и более общее, символическое. Идеал контракта как наиболее достойной человека формы социальных отношений сформировался в эпоху Просвещения. На смену наследуемой и данной как бы от Бога власти монарха просветители выдвинули идею общественного догово-

ра. Они считали, что власть не должна монопольно принадлежать какой-либо группе людей в силу их «породистости» и сословных привилегий. Народ в результате свободного волеизъявления вправе делегировать властные полномочия правителю, но при этом он заключает с ним своего рода контракт, в котором определяются общие цели, преследуемые властью, и границы ее полномочий. Нарушение условий контракта дает основание народу для расторжения договора и насильственного лишения правителя власти. В современном обществе на договорном распределении ролей и взаимной ответственности строятся не только макрополитические отношения, но и трудовые, в значительной мере семейные и многие другие социальные связи.

Контрактная модель взаимоотношений между врачом и пациентом предполагает, что медицинские профессионалы имеют или должны заключать со своими больными серию специфических контрактов. Прототипом контрактной модели стали специфические контракты, по которым индивидуумы соглашались обмениваться товарами и услугами и выполнение которых поддерживают государственные санкции. По мнению R. Veatch, контрактная модель — наилучший компромисс между идеалами партнерства с акцентами на равенство и автономию и реальностями медицинской практики, когда взаимное доверие не может быть гарантировано. В этой ситуации контрактная модель — единственная возможность разделить ответственность, сохранить равенство и автономию сторон и обеспечить честность участников процесса медицинского обслуживания. Контрактная форма отношений позволяет избежать тех пагубных для свободы пациента недостатков, которые присущи патерналистской и технической моделям. Одновременно она не уповает на иллюзию возможности соучастия больного в качестве «коллеги» врача. Пациент добровольно устанавливает отношения с врачом на тех условиях, которые считает для себя выгодными и возможными. При этом он может делегировать определенные «властные» полномочия врачу с тем, чтобы тот мог адекватно выполнить свои профессиональные обязательства. Контрактная модель реалистичнее коллегиальной. Она учитывает невозможность равенства врача и пациента, то есть неизбежность наличия «вертикальных» отношений зависимости. Эта зависимость, однако, устанавливается на вполне определенных условиях. Если условия не соблюдаются, то больной вправе считать для себя договор недействительным, лишить врача тех полномочий, которые последний получил в силу договора, и потребовать компенсации.

Дружеская модель

Взаимоотношения между врачом и пациентом могут основываться на дружбе. Основу дружеской модели составляет положение, что хороший врач всегда становится другом конкретному пациенту и всем больным.

В этих дружеских отношениях больной доверяет врачу, а дружба врача проявляется, помимо прочего, стремлением оказать эффективную техническую помощь и доброжелательностью. Безусловно, аналогия с дружбой условная, и дружеские отношения между врачом и пациентом имеют ограниченный характер и специальную направленность к достижению цели оздоровления. Кроме того, на отношения влияют различные факторы, в том числе финансовые обязательства. Тем не менее дружеская модель взаимоотношений отражает моральную направленность на достижение равенства, автономии и прав обеих сторон. Поскольку Э. Кант определял дружбу как союз двух индивидуумов через равенство, взаимную любовь и уважение, дружеская модель содержит компоненты как патернализма (любовь или забота), так и антипатернализма (равенство и уважение). Эта модель взаимоотношений напоминает партнерскую. Действительно, медицинская дружба очень близка к медицинскому партнерству, за исключением того, что первая подчеркивает интенсивность, силу, глубину взаимоотношений, а вторая делает акцент на сдержанность и ограниченность их пределов.

Техническая (инженерная) модель

Как аналог взаимоотношений врача и пациента рассматриваются отношения между техником (или инженером) и клиентом. Тело больного сравнивается с механизмом, а болезнь интерпретируется как его поломка, которую врач, как инженер или техник, должен устранить. При такой модели врач предлагает или осуществляет технический сервис пациенту как потребителю. Смысл врачевания сводится к манипулированию телом пациента. Врач с помощью определенных физических воздействий стремится вернуть физиологический механизм человека в положение равновесия. Инженерная модель строится на представлении о медицинской деятельности как о сфере прикладного применения объективного научного знания природных механизмов жизнедеятельности человеческого организма. Объективное знание определяет выбор метода лечения, которое осуществляется как техническая процедура. Благо пациента также уясняется через совокупность объективных признаков: биохимических показателей, значений артериального давления, газообмена, данных рентгенографии и т. п. Поскольку больной не обладает необходимыми научными знаниями о собственном состоянии, то учет его мнения при выборе лечебного мероприятия не только бесполезен, но и может быть вреден из-за привнесения субъективных оценок. Личное мнение пациента о собственном благое (здоровье) в силу его необъективности и ненаучности, с точки зрения знающего медика-профессионала, считается не заслуживающим внимания.

Инженерная модель опирается на устаревшее представление о природе научного знания. Как убедительно демонстрирует современная фи-

лософия науки, объективное знание «нагружено» значительным объемом неосознаваемых самими учеными предпосылок, среди которых немало важную роль играют личные и групповые интересы, а также, и не в последнюю очередь, определенные моральные предпочтения. Современный моральный стандарт медицинской деятельности предписывает самым решительным образом не допускать деперсонализации отношения врача к пациенту, требует уважения его как личности. Однако всегда ли деперсонализация — результат морально ущербного отношения медика к больному? Дело в том, что в целом ряде распространенных в современной медицине конкретных ситуаций пациент объективно не может фигурировать в полной мере в качестве личности. Высокая степень разделения труда в современной клинике, оснащенной высокотехнологичным оборудованием, приводит к тому, что непосредственно личный контакт с больным осуществляют, как правило, лечащий врач и медицинская сестра. Значительное число специалистов занято выполнением сугубо специальных процедур, практически исключая элементы личного общения с пациентом. Деперсонализация отношения к пациенту в данном случае — не результат аморального отношения, но следствие технологизации современной медицинской практики.

Техническая модель взаимоотношений между врачом и пациентом не может рассматриваться в качестве желательной или возможной. Трудно представить, чтобы медицинский профессионал оперировал подобно технику только «фактическим» материалом, который не имеет ценностной этической характеристики. Дело в том, что основные медицинские понятия, такие как здоровье и болезнь, рассматриваются с позиций внутренних ценностей. Впрочем, если «техник» работает в организации или имеет прямые отношения с пациентами, то он также служит определенным ценностям. Техническая модель предлагает автономии больному, чьи ценности становятся доминирующими за счет моральности и чистоты медицинского профессионала. В других моделях, таких как контрактная, партнерская и дружеская, моральная ответственность распределяется всеми участниками, поскольку они в определенном смысле признаются равноправными.

РАЗДЕЛ IV

ВЗАИМООТНОШЕНИЯ БОЛЬНОГО, ЕГО СЕМЬИ И МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ _____

Врачевание... есть умение
разместить себя, пациента,
науку и культуру во времени
и пространстве.

А. Ф. Билибин

Глава 1

МЕДИКО-ЭТИЧЕСКАЯ РОЛЬ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ _____

Оказание современной медицинской помощи носит комплексный преемственный характер. Оно осуществляется в различных амбулаторных и стационарных лечебных учреждениях, включая поликлиники, консультации, диспансеры, стационары, дома инвалидов и престарелых, хосписы. В этих лечебных учреждениях работают не только врачи, но и медицинские сестры, фельдшера, интерны, техники, другие медицинские и парамедицинские профессионалы, административные, социальные и вспомогательные работники. Современная биоэтика тщательно анализирует также роль членов семьи больного в принятии решений. В этих условиях дискуссия о правах пациента и реципрокных обязанностях медицинских работников должна быть расширена за пределы этического анализа изолированных взаимоотношений врач-пациент, который рассматривался в предыдущем разделе. Права пациента целесообразно дополнительно рассмотреть с позиций этической ответственности персонала лечебных учреждений и роли семьи в принятии медицинских решений. Важнейшим из таких прав есть право на защиту конфиденциальности, что становится все более актуальным в связи с командным подходом к ведению больного и увеличением числа лиц, которые получают доступ к медицинской информации.

Права пациента должны уважаться и защищаться всеми участниками лечебно-диагностического процесса и ведения больных. Практическим отражением такой необходимости стала «Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицины» (Совет Европы, 1997; см. прил. 5). В разных странах приняты дополнительные документы по правам больного, как, например, «Свод прав пациента» Американской ассоциации больниц. Такие материалы суммируют права пациентов, однако их определенный недостаток заключается в неясности, являются ли они аналогом кодексов профессиональной этики, формируют ли набор моральных прав, либо есть перечислением юридических прав, которые вытекают из конкретной законодательной базы. Несмотря на указанную неопределенность, такие перечни прав пациентов имеют существенное значение, поскольку напоминают как пациентам, так и всем, кто имеет отношение к их ведению, о том, что к больному необходимо относиться как к личности, поскольку он — не простой объект для профессиональной манипуляции или подчиненный индивидуум, который потерял свои права, в том числе на самоопределение, только потому, что стал пациентом.

Права пациента стали формулироваться и обсуждаться относительно недавно. Они также включают право пациента на конфиденциальность и адекватную информацию о его состоянии. Права больных обычно имеют реципрокную связь с обязанностями медицинских больных. Например, положение о том, что пациент имеет право на конфиденциальность, дополняется положением профессиональных этических кодексов о том, что медицинские работники обязаны уважать конфиденциальность пациентов.

Эффективность здравоохранения зависит от сотрудничества между пациентом, врачом и другими медицинскими работниками. Оптимизация ведения больного достигается на основе открытого и честного взаимодействия, индивидуального подхода, уважения к личным и профессиональным ценностям. В лечебных учреждениях должна быть создана атмосфера взаимопонимания, уважения прав пациента и ответственности больных, их семей, врачей и других лиц, которые имеют отношение к организации и проведению лечебно-диагностических мероприятий, то есть такая этическая атмосфера, которая обеспечивает участие пациента в принятии решений относительно выбора терапии и других аспектов лечения. Персонал лечебных учреждений должен понимать культурные, расовые, языковые, возрастные, половые и другие различия, а также потребности инвалидов.

К сожалению, больные часто не удовлетворены условиями, в которых проводится лечение. Они иногда считают, что организация лечебно-диагностического процесса в большей степени ориентирована на создание удобств для персонала, а не комфортных условий для пациентов.

Больные в ряде случаев полагают, что их рассматривают как «клинические случаи», а не как личности. Объективной сложностью в построении правильных взаимоотношений между медицинскими работниками и больными является тот факт, что профессионалы в определенных ситуациях ощущают долг не только перед пациентами, но и по отношению к другим лицам и группам лиц, а также по отношению к обществу, то есть оказываются в ситуации конфликта интересов.

Во взаимоотношениях между больным и медицинским персоналом особая роль принадлежит медицинским сестрам. Медсестра сталкивается с полным объемом моральных проблем, подобных тем, с которыми встречается врач, но также дополнительно и с проблемами, которые возникают вследствие ее профессиональной роли. Подобно врачу, она иногда оказывается перед выбором: сделать ли то, что, как она полагает, будет способствовать благополучию пациента, либо действовать на основе уважения самоопределения больного. Возможны различные модели взаимодействия между медсестрой и пациентом, в том числе патерналистская и другие варианты контрактной модели, которые позволяют больному реализовывать право на самоопределение при уважении права медсестры не делать того, что не соответствует ее автономным моральным правам.

Дополнительная дилемма, стоящая перед медсестрой, связана с ее положением в системе оказания медицинской помощи. С одной стороны, она участвует в уходе за больным, с другой — осуществляет руководство и наблюдение за действиями младшего медицинского персонала. Обычно медсестра несет ответственность как за уход, так и за проведение определенных диагностических и терапевтических мероприятий. В то же время она имеет ограниченное влияние на процесс принятия решений относительно больных. Более того, обычно медицинская сестра считается подчиненной врача, который ставит диагноз, делает назначения и ожидает, что они будут выполнены медсестрой качественно и в полном объеме. При таких обстоятельствах медсестры иногда оказываются в ситуации, когда их обязанности по отношению к пациенту вступают в конфликт с их обязанностями по отношению к врачу. Возможно возникновение следующих этических вопросов. Следует ли медсестре выполнять распоряжения врача, когда имеются несомненные основания считать их ошибочными, такими, которые могут повредить пациенту, а врач отказывается признать свои ошибки? Что должна делать медсестра, если она уверена, что врач нарушает право пациента на самоопределение, например, путем утаивания важной информации или сообщения заведомо ложной информации? В Кодексе медсестры Американской ассоциации медицинских сестер зафиксированы профессиональные корпоративные обязательства и обязательства по отношению к обществу и больному. В данном документе отсутствует обязательство, традиционное для других кодексов медсестер, — выполнять распоряжения врача. Значимость профессиональной

автономии и защиты интересов пациента отражено в следующем положении: «Медсестры действуют в интересах охраны безопасности больного и общества в случаях, когда безопасности угрожают некомпетентные, неэтичные или незаконные действия любого лица».

Дополнительный круг моральных проблем в профессиональной деятельности медицинских сестер рассматривает феминистская этика. Она анализирует принципы практически монопольного представительства женщин в данной профессии, которая связана с уходом, то есть исторической сферой деятельности слуг, рабов, колониального населения, меньшинств. В зоне внимания оказывается также фактически подчиненное положение медицинской сестры и связанные с этим этические проблемы, в том числе касающиеся угнетения женщины. Феминистская этика активно поддерживает идеалы профессиональной автономии медицинской сестры, которая должна быть готовой, при определенных обстоятельствах, противостоять власти врача, защищая интересы пациента. Некоторые различия в этических взглядах мужчины и женщины могут иногда стать предпосылкой для этических конфликтов между врачами и медицинскими сестрами, которые поддерживаются различиями в степени их профессиональной власти.

В то же время остаются достаточно устойчивыми позиции традиционных идеалов медсестринского дела, которые во многих профессиональных кодексах отражены обязательством медицинской сестры «выполнять распоряжения врача». Традиционалисты полагают, что ясное разделение профессиональной ответственности и профессиональных ролей обеспечивают наилучшие предпосылки адекватного функционирования лечебно-профилактических учреждений. Уважение авторитета врача обосновывается тем, что именно врачи имеют профессиональную подготовку для действий в большинстве клинических ситуаций. В то же время эмоциональные потребности больных наилучшим образом удовлетворяются медсестрами, которые в своей традиционной роли могут действовать по отношению к пациентам как «суррогатные матери». С этих позиций подчиненное положение медсестер обеспечивает наиболее эффективное ведение больных, когда следование распоряжениям врача как центра принятия решений делает возможным получение пациентами своевременной быстрой и качественной медицинской помощи.

Практически все профессиональные сестры, начиная с Флоренс Найтингейл, в результате долгих лет работы приходили к выводу, что и квалифицированный уход, помимо специальных технических знаний, должен иметь определенную нравственно-этическую базу — человека невозможно лечить как сломанный механизм. Медсестры — не просто помощники врача, исполнители его поручений, а представители самостоятельной профессии, владеют навыками комплексного, всестороннего ухода за пациентами, реабилитации, располагают знаниями в области психологии и психотерапии в пределах своей компетенции. Как говорила медицинс-

кая сестра Флоренс Найтингейл почти 100 лет назад, «сестра должна иметь тройную квалификацию: сердечную — для понимания больных, научную — для понимания болезней, техническую — для ухода за больными». В 1953 г. Всемирный совет медицинских сестер разработал и принял этический кодекс медицинских сестер. В нем отмечено, что медицинская этика должна основываться на соблюдении прав человека, включая в себя отношения сестер с пациентами и друг с другом в определенном социальном и профессиональном окружении. Под эгидой Совета в 1994 г. был выпущен учебник по сестринской этике. В нем рассматривались конкретные ситуации, в которых оказывались сестры, и приводились подробные комментарии по поводу того, как следует себя вести в подобных случаях. В 1983 г. выпускники сестринской школы в Мичигане (США) впервые давали «Клятву Флоренс Найтингейл», названную именем основоположницы научного сестринского дела. В клятве, текст которой имеет много схожего с «Клятвой Гиппократата», говорилось: «Перед Богом и перед лицом собравшихся я торжественно обещаю вести жизнь, исполненную чистоты, и честно выполнять свои профессиональные обязанности. Я буду воздерживаться от всего вредного и пагубного и никогда сознательно не использую и не назначу лекарство, которое может причинить вред. Я сделаю все, что в моих силах, чтобы поддерживать и повышать уровень моей профессии. Я буду держать в тайне всю личную информацию, которая окажется в моем распоряжении во время работы с пациентом и его родными. Я буду преданно помогать врачу в его работе и посвящу себя неустанной заботе о благополучии всех вверенных мне пациентов».

Медсестра постоянно находится рядом с пациентом и от нее во многом зависит качество ухода за больным и его выздоровление. Сфера деятельности медсестры широка и многогранна. Это и здоровый человек с его проблемами, и окружающая среда, и профилактика заболеваний, и обеспечение надлежащего сестринского ухода за больным человеком, и, наконец, социально-психологические проблемы человека. Личность сестры, методы ее работы, стиль, умение обращаться с больными, владение техникой психологической работы — все это само по себе может служить лекарством, оказывать исцеляющее действие. Сестре приходится выполнять руководящую, воспитательную, просветительную деятельность.

В условиях лечебного учреждения первый контакт пациента с медицинским персоналом и, в частности, с медсестрой имеет особо важное значение, поскольку он в дальнейшем определяет взаимоотношения обеих сторон: чувство доверия или недоверия, приязни или неприязни, наличие или отсутствие партнерских отношений. В медсестре все должно располагать к себе пациента, начиная с ее внешнего вида (подтянутость, аккуратность, прическа, выражение лица). Чтобы между медсестрой и пациентом сложились партнерские отношения, больной должен чувство-

вать, что персонал искренне хочет ему помочь. Только тогда возникает доверительный диалог, во время которого медсестра узнает необходимые ей сведения о пациенте, особенностях его личности, его мнение о заболевании, надеждах на выздоровление, планах на будущее.

Медсестра постоянно должна помнить, что партнерские отношения с больными не должны переходить в панибратские: ведущая роль всегда остается за ней. Пациент всегда должен быть уверен, что их беседы носят конфиденциальный характер. Зная особенности личности больного, его переживаний, медсестра тактично должна объяснить пациенту не только его права, но и обязанности, рассказать в доступной для больного форме о необходимых обследованиях, подготовке к ним, о предстоящем лечении. Отказ пациента от того или иного вида обследования или лечения не должен вызывать к нему негативного отношения со стороны медицинского персонала.

Обязанность медсестры состоит в том, чтобы быть честной и правдивой по отношению к пациенту, однако разговоры о диагнозе и особенностях заболевания не могут выходить за рамки, обозначенные лечащим врачом. Это относится и к беседам медсестры с родственниками пациента. Взгляды врача и медсестры на особенности ухода за больным могут не совпадать. Эти вопросы подлежат обсуждению для достижения согласия и облегчения дальнейшей совместной работы. Право отстаивать свою точку зрения должно сочетаться с высокой требовательностью к себе, способностью признавать и исправлять свои ошибки, обнаруженные самостоятельно или коллегами.

Гуманизм профессии создает основу для защиты личного достоинства медсестры, ее физической неприкосновенности, права на помощь при исполнении профессиональных обязанностей. Конечно, и ее жизненный уровень должен соответствовать статусу профессии. Медицинских работников, в том числе и медсестер, нельзя принуждать к работе на неприемлемых для них условиях.

Лечебно-диагностические учреждения и команды медицинских профессионалов, которые в них работают, выполняют различные функции. Они занимаются профилактикой и лечением заболеваний, пропагандой здорового образа жизни, этапным ведением и реабилитацией, дипломным и последипломным образованием, научно-исследовательской работой. Все виды деятельности должны осуществляться только при полном признании ценности и достоинства пациента, безусловном уважении его личности и прав. Эти права нарушаются с нанесением непоправимого вреда взаимоотношениям с больным, его семьей и медицинским персоналом лечебно-диагностических учреждений при возникновении *врачебных ошибок и ятрогений*. Врачебными ошибками считают вытекающие из определенных условий добросовестные заблуждения врача без элементов халатности, небрежности и профессионального невежества или злого умысла. Иными словами, врачебные ошибки — это ошибки врача при исполнении своих профессио-

нальных обязанностей, являющиеся следствием добросовестного заблуждения и не содержащие состава преступления или признаков проступка.

В клинической практике, к сожалению, присутствуют и несчастные случаи, к которым относят неблагоприятный исход лечения, операции или иного врачебного вмешательства, когда врач был не в состоянии предвидеть несчастье, несмотря на добросовестное отношение к своим служебным обязанностям. К категории таких случайных исходов врачебного вмешательства могут быть отнесены смертельные исходы от наркоза в случаях, когда его приводили по всем правилам и требованиям медицинской науки, а смерть стала результатом особого состояния организма, выявить которое в отдельных случаях медицинская наука не в силах. К подобной категории относятся случаи внезапной смерти при приеме различных лекарств, когда смертельный исход обуславливается повышенной чувствительностью организма, а не нарушениями в проведении данного лечебного мероприятия, которое было безупречно с точки зрения современных положений медицинской науки; летальный исход в этих случаях обусловлен случайными, не зависящими от действия врача обстоятельствами. Поэтому врачебные ошибки и несчастные случаи уголовно не наказуемы. Однако, во избежание повторения подобных ошибок, для предотвращения их в дальнейшей медицинской практике такие случаи систематически детально разбираются на клинико-анатомических конференциях или лечебно-контрольных комиссиях.

Профессиональные ошибки встречаются и у врача, и у представителя любой другой профессии; однако именно врачебные ошибки могут приобретать большое общественное значение. Врач несет моральную ответственность перед своим пациентом и обществом (забастовки врачей запрещены законом во всех странах).

Основным видом врачебных ошибок считаются ошибки в установлении диагноза и выбора метода терапии. Главные причины врачебных неудач — кратковременность пребывания пациента под наблюдением, нетипичность симптомов, лавинообразность потока новейшей медицинской информации. К врачебным ошибкам относятся неправильное ведение медицинской документации, которая имеет юридическую силу.

Действия медицинских работников, проведенные правильно либо с нарушениями, могут стать причиной изменений в состоянии здоровья пациентов, то есть приводить к ятрогенным заболеваниям, или ятрогениям. Ятрогенные заболевания (греч. *iatros* — врач и *gennaō* — производить; син. ятрогении) первоначально рассматривались как психогенные расстройства, возникающие вследствие деонтологических ошибок медицинских работников — неправильных, неосторожных высказываний или действий. В дальнейшем к ятрогениям отнесли также расстройства, связанные с негативными последствиями лекарственной терапии и физическими повреждениями от медицинских вмешательств. Таким образом, ятрогению стали рассматривать в двух значениях: первое — ятрогению воз-

действия в соответствии с принятым ВОЗ понятием о нанесении вреда пациенту при профилактических, диагностических и лечебных процедурах; второе — ятрогению общения, которая является составной частью «деонтологии» и биомедицинской этики.

В соответствии с требованиями Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), патологический процесс, возникший в результате любого медицинского мероприятия (правильно проведенного или с дефектами) — медикаментозной терапии, диагностической, лечебной манипуляции, хирургической операции и т. д. — является ятрогенией. В частности, в МКБ-10 представлены следующие подразделы:

— случайная передозировка лекарства, неправильное назначение или прием лекарственного средства по ошибке (X40–X44);

— лекарственные средства, медикаменты и биологические вещества, ставшие причиной неблагоприятных реакций при терапевтическом применении (Y40–Y59);

— нанесение вреда больному при выполнении терапевтических и хирургических вмешательств (Y60–Y69);

— медицинские приборы и устройства, с которыми связаны несчастные случаи, возникшие при их использовании для диагностических и терапевтических целей (Y70–Y82).

В нашей стране основным документом, регулирующим отношения между пациентом и медицинским учреждением, стали «Основы законодательства Украины об охране здоровья». Закон предусматривает право пациента на выбор врача с учетом согласия последнего. Лечащий врач в амбулаторно-поликлинических учреждениях назначается по выбору пациента или руководителя лечебно-профилактического учреждения (его подразделения). В случае требования пациента о замене лечащего врача, последний должен содействовать выбору другого врача. На основании украинского законодательства врач, по согласованию с соответствующим должностным лицом, может отказаться от лечения пациента, если: «последний не выполняет медицинских назначений или правил внутреннего распорядка учреждения охраны здоровья, при условии, если это не угрожает жизни больного и здоровью населения. Врач не несет ответственности за здоровье больного в случае отказа последнего от медицинских назначений или нарушения пациентом установленного для него режима».

Вопрос оценки качества медицинской помощи и, что более важно, контроля качества постоянно находится в центре внимания профессионалов и широкого круга общественности. Несмотря на кажущуюся простоту, понятие «качество» очень трудно определить. Однозначных критериев качества медицинской помощи не существует, так как каждый конкретный клинический случай требует индивидуального разбора с привлечением экспертов, тщательного изучения медицинской документации, коллегиального принятия решения.

В связи с возможностью судебного иска о возмещении материального и морального ущерба, важное значение приобретает страхование ответственности медицинских работников. В соответствии с условиями страхования ущерб, причиненный страхователем, возмещает потерпевшему страховщик. Основами законодательства об охране здоровья граждан предусмотрено, что медицинские и фармацевтические работники имеют право на страхование профессиональной ошибки, в результате которой причинен вред или ущерб здоровью гражданина, не связанный с небрежным или халатным выполнением ими профессиональных обязанностей. Нет никаких препятствий и для страхования ответственности медицинских и фармацевтических работников при наличии их вины в форме неосторожности. Важным аспектом предупреждения врачебных ошибок является необходимость повышения квалификации медработника. Не вызывает сомнения, что каждый медицинский работник обязан в полном объеме обладать всеми знаниями, соответствующими его специализации, званию и должности, а также уметь оказать помощь в экстренных ситуациях. Дипломированный специалист не может ссылаться на отсутствие информации, знаний, и его квалификация должна в полной мере соответствовать профессиональным требованиям. С учетом важности охраняемого блага — жизни и здоровья, стремительного развития медицинской науки и практики, вопрос о квалификации и опыте медицинских работников имеет серьезное значение и налагает определенные обязательства как на органы здравоохранения, так и на каждого медицинского работника. Медицинские работники обязаны совершенствовать свои знания по специальности путем знакомства с медицинской литературой, участия в конференциях, консилиумах, в различных формах последипломного обучения.

Глава 2

РОЛЬ СЕМЬИ В ПРИНЯТИИ МЕДИЦИНСКИХ РЕШЕНИЙ

Семья — первичная основная ячейка общества. Ее образуют люди, которые совместно проживают, связаны общим бытом, имеют взаимные права и обязанности. Члены семьи оказывают взаимное влияние друг на друга в вопросах сохранения и восстановления здоровья, определяя гигиенические установки, характер питания, сексуальное поведение, психологический климат и отношение к заболеваниям. Тяжелое заболевание оказывает влияние не только на самого больного, но и нарушает привычный уклад жизни всех членов семьи, вносит ограничения (в первую очередь экономические), требует особого режима для больного, перераспределения обязанностей, заставляет менять планы на будущее, испытывать чувство тревоги и страха. Врач должен быть не только хорошим диагностом и терапевтом, но и обладать подготовкой по психологии, педагогике, социологии и вопросам культуры. Следует помочь приспособиться членам семьи к уходу за больным, правильно сориентировать их в вопросах лечения. С момента начала заболевания пациент начинает играть новую роль в семье — «роль больного», подразумевающую определенные права и обязанности. В первую очередь предполагается, что больной должен приложить все силы и старание, чтобы выздороветь как можно быстрее и освободить семью от финансового бремени и перераспределения обязанностей.

Больной — сложная личность, которая очень сильно отличается от нормальной и требует особого подхода как от врача, так и от членов его семьи. Во многом взаимоотношения в системе больной-семья, больной-врач зависят от того, как сам больной относится к своему заболеванию. Это отношение к болезни становится «призмой», через которую больной смотрит на мир.

Обязанность семьи — оказать заболевшему помощь, уход и заботу с привлечением медицинских работников. Реакция на возникновение болезни зависит от тяжести и скорости течения процесса, от имеющихся представлений семьи о болезни и бытующих предрассудков. Внезапно начавшаяся болезнь практически не оставляет семье времени для адаптации. Для начального этапа реагирования характерны тревога, беспокойство, поиски наиболее грамотных и компетентных врачей с точки зрения членов семьи и окружающих. Часто к медперсоналу члены семьи отно-

сятся с агрессией и враждебностью, преполагая невнимательность, вымогательство, предвзятость. Некоторые больные, в силу характерологических особенностей, склонны к симуляции и аггравации. Чем тяжелее и опаснее заболевание, тем существеннее нарушается привычный семейный уклад, тем сильнее реакция родственников. Родственники и пациенты нуждаются в правдивой и объективной, и вместе с тем взвешенной информации. При контактах с членами семьи необходимо помнить, что в поддержке и психотерапии нуждается не только пациент, но и остальные члены семьи.

Задачи врача при работе с семьей больного состоят в том, чтобы: 1) составить правильное представление о болезни; 2) помочь членам семьи преобразовать свою жизнь в новых условиях, стимулировать реакции приспособления; 3) способствовать включению пациента в жизнь семьи и препятствовать проявлениям неправильного поведения.

Родственники и близкие друзья оказывают существенное влияние на принятие больным членом семьи медицинского решения в пределах общепринятой биоэтической иерархии стандартов. Согласно этой иерархии, в случаях когда пациенты компетентны, то есть способны принимать решения, существует моральное требование — получение их информированного согласия на проведение медицинского вмешательства. Однако стандарт «информированного согласия» не может быть применен к пациентам, которые в данное время не компетентны и, следовательно, не способны к принятию ответственного решения. В случаях, когда пациент до заболевания был компетентным, принятие медицинского решения может быть осуществлено на основе стандарта «заместительного суждения», если имеются убедительные данные в пользу его поддержки. Заместительное суждение — это суждение о том, чего желал бы сам пациент в данной ситуации, если бы обладал компетенцией. Если пациент никогда не был компетентным в силу своего детского возраста или по причине тяжелого психического заболевания, а также в тех случаях, когда больной ранее был компетентным, но отсутствуют ясные свидетельства того, чего он желал бы в данных обстоятельствах, приходится признать невозможность соблюдения принципа уважения автономии — ни настоящей, ни прежней. Для таких пациентов принятие медицинских решений должно осуществляться на основе стандарта «наилучших интересов». Принимая во внимание все вышеизложенное, иерархия стандартов принятия медицинского решения имеет следующую структуру:

1. Информированное согласие.
2. Заместительное суждение.
3. Наилучшие интересы.

При такой иерархической структуре пациент оказывается в центре принятия медицинских решений, что способствует преодолению традиций патернализма, характерных для традиционной медицинской этики. Либо пациент дает информированное согласие, либо предпринимается

попытка определить, что хотел бы больной, либо пытаются установить наилучшие интересы пациента.

При такой иерархии стандартов принятия медицинских решений возможно возникновение конфликта между интересами пациента, который занимает центральное положение, и интересами его семьи. По крайней мере, в отдельных случаях принятия медицинских решений интересы семьи должны приниматься во внимание в моральной оценке клинической ситуации. В этическом разрешении таких сложных случаев важная роль принадлежит лицам, которые вовлечены в процесс принятия решений, и прежде всего врачу пациента. Дискуссии о необходимости учета интересов семьи в принятии медицинских решений находятся в начальных стадиях, однако ясно, что исключительная ориентация на пациента этически не безупречна. Врач должен более четко представлять правильность действий в следующих ситуациях:

1. Как поступить, когда обязанность врача уважать автономию пациента оказывается в противоречии с моральными обязательствами больного по отношению к членам своей семьи?

2. Должен ли врач стремиться оградить пациента в процессе принятия им медицинского решения от влияния его семьи и близких?

Следующий пример иллюстрирует конфликт интересов некомпетентного больного и членов его семьи, которые принимают за него медицинское решение. Пожилая больная с прогрессирующим психическим заболеванием и другой сопутствующей тяжелой патологией, могущей обусловить летальный исход, поступает в стационар. Ее муж против интенсивного лечения своей жены, что объясняется его собственными интересами освободиться от финансовой и эмоциональной нагрузки и стремлением завести новую семью. Хотя моральная позиция мужа не безупречна, нельзя не согласиться, что стандарт «заместительного суждения» обладает избыточной ориентацией на пациента в случаях, когда больной, члены его семьи и другие заинтересованные стороны имеют конфликтные интересы.

ПРИНЦИП КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ (ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА)

Принципы правдивости и информированного согласия обеспечивают открытость партнеров по социальному взаимодействию — врачей и пациентов, а принцип конфиденциальности призван предохранить их от несанкционированного вторжения извне. Та информация о пациенте, которая передается врачу или которую сам врач получает в результате обследования, не может быть передана третьим лицам без разрешения этого пациента.

Этика конфиденциальности тесно связана с принципом верности взятым обязательствам, контрактам и обещаниям. Этика Гиппократова и этические кодексы, которые не основаны на традициях Гиппократова, по-разному относятся к вопросам соблюдения конфиденциальности медицинской информации о пациенте. Каждая из этих двух этических систем позволяет раскрывать определенную медицинскую информацию и запрещает это делать в других случаях. Важно уяснить суть этих различий.

В клятве Гиппократова говорится, что врач должен умолчать о том, «что не следует когда-либо разглашать». Такая формулировка предполагает, что некоторая информация может быть разглашена и даже должна быть разглашена. Таким образом, традиции Гиппократова не могут рассматриваться как такие, которые требуют безусловного соблюдения конфиденциальности медицинской информации. Определение того, что может быть распространено вовне, основано на основном принципе этики Гиппократова: делать добро пациенту и не нанести вреда. Если соблюдение конфиденциальности медицинской информации служит благу пациента, она должна быть сохранена. Однако если нарушение конфиденциальности в большей степени будет отвечать принципу помощи и содействия, то врач должен раскрыть такую информацию. Такой подход имеет отчетливую патерналистскую основу и сохранен в ряде профессиональных этических кодексах, которые были созданы в духе традиций Гиппократова.

Этические кодексы, которые не связаны с традициями Гиппократова, содержат иные, более строгие требования к уважению принципа конфиденциальности. Они запрещают разглашать медицинскую информацию, даже если есть основания полагать, что это пойдет на благо пациента.

Теоретической основой альтернативы этике Гиппократа является *этика уважения личности*, которая включает четыре принципа. Первый — принцип верности взятым обязательствам, обещаниям и контрактам. Каждый, кто чувствует моральное обязательство выполнить обещание, даже если последствия будут не наилучшими, следует этому принципу. Второй принцип этики уважения личности — принцип автономии, из которого проистекает требование информированного согласия. Третий принцип — принцип правдивости, который предполагает обязанность говорить правду. Четвертый принцип этики уважения личности состоит в необходимости избегать убийства человека, что следует учитывать сторонникам эвтаназии.

С точки зрения этики уважения личности, конфиденциальность следует рассматривать в контексте принципа верности взятым обязательствам, обещаниям и контрактам. Этот принцип включает более широкий круг этических норм, чем благо пациента. Обязательство врача соблюдать конфиденциальность медицинской информации — часть верности долгу перед пациентом. При создании взаимоотношений между врачом и пациентом подразумевается обещание конфиденциальности. Поэтому врач должен соблюдать выполнение этого обещания и не нарушать конфиденциальность на основе соображений о благе пациента. Этика уважения личности — вариант этики, основанной на долге. Она отличается от этики утилитаризма, которая ориентирована на создание хороших последствий и избегание плохих. В то время как утилитаристы определяют моральную оправданность действий по анализу их последствий, этика уважения личности признает определенное поведение просто как выполнение персонального долга — независимо от последствий. Если действие включает нарушение обещаний, ложь и неуважение к автономии, то по этим признакам оно морально неправильно, даже если его последствия хорошие. Такое этическое сосредоточение на внутренней природе действия, его структуре или форме иногда воспринимается как формализм. В соответствии с этой точкой зрения, действия правильны или неправильны не по причине их последствий, но по причине их внутреннего содержания или формы. Некоторые действия являются просто персональным долгом (отсюда деонтология — наука о должном поведении), независимо от последствий. Формалистские и деонтологические подходы к этике, как, например, этика уважения личности, — ведущая альтернатива этическим системам (в том числе традициям Гиппократа), которые решают, что морально приемлемо или неприемлемо на основе характера последствий того или иного действия.

В биоэтике современного западного общества отмечаются устойчивые тенденции к большому акценту на формалистские и деонтологические кодексы, в которых чаще используется термин «права», чем «обязанности», хотя между этими понятиями существует тесная взаимосвязь. Если, например, пациент имеет право на конфиденциальность медицин-

ской информации, то другие люди в этом случае обладают реципрокной обязанностью не разглашать сведения о пациенте третьей стороне.

Движение современного поколения биоэтиков от патернализма Гиппократата, который имеет утилитаристскую основу «добродеяния» и «нанесения вреда», к этике, основанной на долге, в том числе к этике уважения личности с ее принципами верности обещаниям, автономии, правдивости и сохранения жизни, — составляет важный вектор развития био-медицинской этики конца XX — начала XXI ст. Патернализм как действие, предпринимаемое для другого человека во имя его благополучия, однако против его воли и согласия, все в большей степени оказывается под огнем критики медицинских этиков, в том числе в сфере принципа конфиденциальности. Основной идеей принципа верности как составной части этики уважения личности во взаимоотношениях врач-пациент является взаимная лояльность. Этические сложности возникают в тех случаях, когда выполнение соглашений и обещаний не есть способом обеспечения наилучших последствий для пациента. Последствия подталкивают к одному действию, в то время как обязательства — к другому. Принцип верности обосновывает независимый долг сдерживать обещания и выполнять контракты. Такая этика характерна для классической этики иудаизма и христианства и перенесена в секулярную этику Э. Канта, а также другие формалистские и деонтологические этические системы, согласно которым сдерживать обещание (в том числе сохранять конфиденциальность) нужно просто потому, что такое обещание дано.

Интересно, что в Женевской декларации, которая в целом изложена в традициях Гиппократата (и называется поэтому клятвой Гиппократата XX в.), в отношении принципа конфиденциальности имеется отход от оригинального текста. Она твердо настаивает на конфиденциальности медицинской информации и не содержит никаких исключений.

Некоторые этические кодексы еще дальше отходят от традиций клятвы Гиппократата и предполагают возможность раскрытия конфиденциальной информации не для блага пациента, а для того чтобы защитить других от серьезной опасности и вреда. Например, Британская медицинская ассоциация полагает, что конфиденциальность может быть нарушена в соответствии с положениями законодательства либо когда врач имеет превосходящие обязательства перед обществом. В зависимости от законодательства, такие исключения могут включать юридическую обязанность сообщать о ранах, нанесенных огнестрельным и холодным оружием, венерических и других инфекционных заболеваниях, диагнозе эпилепсии. В этих случаях обязанность врача состоит в том, чтобы объяснить пациенту суть и причину подобных исключений.

Многие медицинские этики рассматривают долг уважения конфиденциальности, при всей его важности, лишь как одно из условных (*prima facie*) обязательств, которое, иногда может быть оправдано, а иногда — преодолено при конфликте с другими обязательствами. Вся сложность

моральной дилеммы для медицинских специалистов в ситуации конфликта интересов применительно к проблеме конфиденциальности отражена случаем, который получил широкую известность среди общественности, медицинских профессионалов и биоэтиков США (случай Tarasoff). Суть конфликта состояла в моральном выборе психиатра, которому стало известно о намерении психически больного человека убить молодую женщину. Психиатр принял решение сохранить конфиденциальность медицинской информации, никому не сообщил о преступных замыслах своего пациента, и в результате убийство совершилось. Обязан ли был психиатр сообщить третьему лицу медицинскую информацию, которая позволила бы устранить опасность и вред для третьего лица или общества? Если да, то имеет ли такая обязанность перевес над обязанностью уважать конфиденциальность своего пациента? Решение судьи состояло в положительных ответах на эти вопросы. Отвечая на утверждения защиты о важности принципа конфиденциальности в психотерапевтической практике, судья указал, что общественные интересы в безопасности имеют больший вес в сравнении с правами пациента на частную жизнь.

В «Основах законодательства Украины об охране здоровья» конфиденциальности посвящена статья 40 «Врачебная тайна». Использование термина «врачебная» оправдано традицией, но неточно по существу дела, так как речь идет об обязательствах не только врачей, но и любых других медицинских и фармацевтических работников, а также и должностных лиц, которым медицинская информация передана в соответствии с законом.

Предметом конфиденциальности являются диагноз заболевания, данные о состоянии здоровья, прогноз и все те сведения, которые врач получает в результате обследования или при выслушивании жалоб пациента. Конфиденциальной должна быть и немедицинская информация о пациенте или его близких, ставшая известной врачу в процессе выполнения им служебных обязанностей. Законодательством определен достаточно узкий круг ситуаций, при которых медицинский работник вправе передать известную ему информацию третьим лицам. Речь идет, прежде всего, о тех случаях, когда пациент не способен самостоятельно выразить свою волю из-за нарушения сознания или по причине несовершеннолетия. В последнем случае устанавливается предел, соответствующий 15 годам. Медицинская информация о состоянии здоровья несовершеннолетних старше 15 лет может быть передана родителям или другим лицам только с согласия самих подростков. Закон также ограничивает действие правила конфиденциальности при наличии угрозы распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений или поражений. Так же, как и законодательства других стран, «Основы законодательства Украины о здравоохранении» допускают нарушение конфиденциальности при наличии у врача основания предполагать, что нарушение здоровья пациента — следствие противоправных действий. Примером могут быть ра-

нения огнестрельным или холодным оружием. Законодательство основано на базе определенных моральных квалификаций действий людей, различающих то, что «хорошо», что допустимо, и то, что «очень плохо» и в данном обществе не терпимо. Оно задает минимальный уровень моральной регуляции, который должен касаться всех граждан без исключения. При этом отдельные граждане и определенные социальные группы вправе устанавливать для себя более высокий уровень моральных требований. Это замечание в полной мере касается медицинской профессии, в рамках которой, несмотря на существенные культурные и идеологические различия, правило конфиденциальности приобрело особое значение.

Конфиденциальность в отношениях между врачом и пациентом желательна, поскольку она является подтверждением и защитой другой, более фундаментальной ценности, — неприкосновенности частной жизни. Только гарантия со стороны медицинских работников о безусловном соблюдении конфиденциальности позволяет пациенту быть достаточно откровенным, не опасаясь того, что неприкосновенность его частной жизни будет как-либо нарушена.

Принцип конфиденциальности — важное условие защиты социального статуса пациента. Медицинский диагноз или другая медицинская информация может стать клеймом для человека и значительно ограничить возможности его социального самоутверждения. Информация о наличии психического заболевания, ВИЧ-инфицированности, злокачественного образования, генетического порока, гомосексуальной ориентации, венерической болезни, сексуального расстройства может вызывать социальную изоляцию данного больного и несет прямую угрозу его социальному статусу.

Правило конфиденциальности защищает и экономические интересы пациентов. Информация о наличии онкологического заболевания, даже в форме, при которой возможно практическое выздоровление, может резко ограничить возможности продвижения по службе или занятия выборных должностей. Разглашение информации о том, что психиатр или адвокат ВИЧ-инфицированы, может резко снизить число их клиентов и нанести тем самым существенный финансовый урон, хотя носительство ними вируса в реальности не несет клиентам никакой серьезной угрозы.

Конфиденциальность отношений между профессионалами и клиентами необходима для обеспечения откровенности их общения. Пациент, обнажаясь и телесно, и душевно перед врачом, должен быть убежден, что это не приведет к нежелательным последствиям. Только уверенность пациентов в неукоснительном соблюдении конфиденциальности обеспечивает откровенность, без которой невозможна реализация нормальной профессиональной деятельности медицинских работников. Защищая конфиденциальность, медик защищает интересы не только больных, но и свои собственные интересы как личности. От того, насколько эффективно врачи способны обеспечивать конфиденциальность информации о своих па-

циентах, непосредственно зависит их имидж в глазах общества и их популярность. Современное законодательство по здравоохранению наделяет пациентов правом выбора врача и медицинского учреждения. Естественно, что в ситуации выбора предпочтение будет отдано тому, кто, помимо высоких профессиональных качеств, демонстрирует и соответствие достаточно высокому моральному стандарту, в котором соблюдение конфиденциальности играет весьма существенную роль.

Эффективно защищая конфиденциальность, медицинские работники обеспечивают доверие в отношениях с больными. Понятие доверия шире, чем понятие откровенности. Находясь, к примеру, в больнице, пациент может оказаться в ситуации, когда вследствие неблагоприятного развития заболевания или в результате проведения медицинской манипуляции контроль за его состоянием окажется полностью в руках врачей. Пациент должен доверять медикам, верить в то, что они во всех такого рода ситуациях будут руководствоваться, прежде всего, его интересами.

Соблюдение правила конфиденциальности очень важно для реализации права больного на автономию, которое в какой-то мере соприкасается с защитой неприкосновенности частной жизни, необходимостью гарантий социального статуса и экономических интересов пациентов. Однако право на автономию имеет и более общий характер. Дело в том, что, в принципе, человек сознает себя полноценной, ответственной и саморегулирующейся личностью тогда, когда он способен эффективно контролировать события, происходящие в его жизни. В этом залог его личной свободы, минимальной зависимости от внешних сил, стремящихся манипулировать его поведением. Разглашение медицинской информации делает человека более уязвимым и зависимым в этом отношении.

Как уже упоминалось, при всей важности соблюдения правила конфиденциальности для поддержания должного стандарта медицинской деятельности, существует ряд ситуаций, в которых его применение проблематично. Одно из наиболее острых несоответствий возникает тогда, когда медицинская информация о данном пациенте касается жизненно важных интересов третьих лиц — родственников, либо тех, с кем пациент находится в контакте вследствие выполнения своих профессиональных или иных обязанностей. Характерным примером являются ситуации, возникающие при генетическом тестировании. Установление диагноза, свидетельствующего о наличии гена, определяющего или предрасполагающего с высокой степенью вероятности к развитию серьезной патологии, имеет существенное значение не только для данного пациента, но и для лиц, находящихся с ним в генетическом родстве или в браке. Не всегда больной расположен поделиться подобной информацией со своими родственниками, хотя последнее может уберечь их от грозящей опасности. Профессиональный долг врача заключается в том, чтобы сделать все от него зависящее для предупреждения известной ему угрозы здоровью других

людей. Вместе с тем, правило конфиденциальности обязывает его руководствоваться интересами конкретного пациента и не передать информацию без его согласия. Возникает конфликт ценностей, который не может быть разрешен чисто механическим путем.

Каким же образом разрешать подобные конфликты, если они возникают в реальной практике? Прежде всего, ситуация должна быть подробно обсуждена с самим пациентом. В ряде случаев полезно бывает детально обсудить ситуацию и с коллегами (которые, после получения этой информации, также оказываются связанными нормой конфиденциальности). Может случиться так, что несогласие больного на передачу информации обусловлено тем обстоятельством, что он либо недооценивает опасность своего состояния, либо преувеличивает те трудности, которые могут возникнуть у него вследствие разглашения. В тех случаях, когда убедить пациента не удастся, врач должен принять решение сам и нести весь груз ответственности за принятое решение. Готовых рецептов на все случаи жизни не бывает. Ясно одно: чем более нравственно сформирован врач, чем больше у него опыт обсуждения и решения подобных ситуаций, чем больше он знаком с опытом своих коллег, тем более ответственным и нравственно обоснованным будет его выбор.

Существенные проблемы для реализации правила конфиденциальности возникают в связи с прогрессирующим разделением труда в медицинской практике. Если раньше врач единолично осуществлял необходимое обслуживание больного и мог лично контролировать информацию, то в современной поликлинике или больнице с пациентом работают десятки людей — врачи разных специальностей, медицинские сестры, администраторы, техники, лаборанты, социальные работники. Поэтому конфиденциальность становится моральным качеством не только врача, но и всего медицинского коллектива. Следует принять в расчет быструю компьютеризацию методов хранения и обработки медицинской информации, которая не только резко улучшает и облегчает этот процесс, но и создает не существовавшие ранее возможности для несанкционированного доступа к медицинским документам. Проблема конфиденциальности перерастает в вопрос о надежности современных социотехнических систем, включающих отдельных медицинских работников, медицинский коллектив и информационные системы на базе компьютеров.

Серьезные проблемы в практической реализации правила конфиденциальности создает устойчивая традиция отечественных врачей не распространять запрет разглашения конфиденциальной информации на членов семьи больного. Более того, в случае диагноза злокачественного онкологического заболевания или неблагоприятного для жизни прогноза, именно члены семьи обычно получают достоверную информацию, которая при этом скрывается от самого пациента. С точки зрения канонов биоэтики, подобная позиция недопустима. Бичамп и Чилдресс задают вопрос: «По какому праву врач вначале раскрывает информацию семье без

разрешения пациента? Семья помогает обеспечить необходимые уход и поддержку многим больным, но автономный пациент имеет моральное право наложить вето на любую попытку вмешательства семьи». Обсуждение медицинской информации с членами семьи за спиной пациента следует считать нарушением правила конфиденциальности.

Начиная осмотр и расспрос больного, врач должен в тактичной форме выяснить, к какой социокультурной группе относится пациент, за кем он признает право иметь доступ к сведениям, касающимся его здоровья. Если в нормально живущей семье один из супругов обычно является естественным доверенным лицом для пациента, и именно ему он обычно делегирует свои полномочия, то в нестабильной семье доверенным лицом может оказаться кто-то из родителей пациента, близкий друг или подруга. Представители некоторых религиозных общин могут избирать в качестве доверенного лица своего священника. Все эти аспекты следует принимать в расчет, руководствуясь принципом конфиденциальности.

Нарушение принципа конфиденциальности — уголовно наказуемое деяние. В Уголовном Кодексе Украины имеется статья 145 «Незаконное разглашение врачебной тайны», в которой сказано: «Умышленное разглашение врачебной тайны лицом, которому она стала известна в связи с исполнением профессиональных или служебных обязанностей, если такое деяние повлекло тяжкие последствия, — наказывается штрафом до пятидесяти не облагаемых налогом минимумов доходов граждан или общественными работами на срок до двухсот сорока часов, или лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет, или исправительными работами на срок до двух лет».

Существуют различия между понятиями конфиденциальности (врачебной тайны) и частной жизни. неприкосновенность частной жизни соблюдается, когда другие индивидуумы без разрешения не вторгаются в личную сферу и не допускаются к интимной и деликатной информации, которой человек не хочет с кем-либо делиться либо готов предоставить ее узкому кругу лиц. Таким образом, деликатная медицинская информация лежит в сфере частной жизни пациента, который позволяет врачу и другим медицинским профессионалам получить доступ к ее деталям и не считает это вмешательством в частную жизнь. Однако нарушением неприкосновенности частной жизни, несомненно, будет несанкционированный доступ к этой информации других лиц. В то время как неприкосновенность частной жизни не позволяет без разрешения соприкоснуться с частной сферой индивидуума другим лицам, конфиденциальность касается обязательства о нераспространении частной информации теми лицами, которые имеют к ней легитимный доступ. Незаконный доступ к информации о частной сфере жизни со стороны других лиц расценивается как нарушение неприкосновенности частной жизни и также преследуется по закону. В статье 182 УК Украины «Нарушение неприкосновенности

частной жизни» отмечается, что «незаконное собирание, хранение, использование либо распространение конфиденциальной информации о лице без его согласия или распространение этой информации в публичном выступлении, публично демонстрирующемся произведении, или в средствах массовой информации, — наказывается штрафом до пятидесяти не облагаемых налогом минимумов доходов граждан или исправительными работами на срок до двух лет, или арестом на срок до шести месяцев, или ограничением свободы на срок до трех лет».

РАЗДЕЛ V

БИОЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УМИРАНИЯ И СМЕРТИ

Время жить и время умирать.
Экклезиаст

Глава 1

ОПРЕДЕЛЕНИЕ И КРИТЕРИИ СМЕРТИ

В конце XX ст. произошло изменение отношения человека к смерти. Прежде смерть рассматривалась как естественный исход жизни. Многие заболевания были неизлечимы, средняя продолжительность жизни была небольшой, а младенческая смертность — высокой. В конце XX ст., благодаря прогрессу медицинских технологий, увеличилась продолжительность жизни, часто в сочетании с ее приемлемым качеством. Возникло популярное мнение о возможности замедлить старение и отсрочить смерть. Люди чаще стали умирать не дома, а в стационарах и хосписах, где оказывается эмоциональная, духовная и медицинская поддержка. С другой стороны, возникло этическое мнение, что контроль боли и дистресса при умирании наилучшим образом обеспечивается окончанием персональной жизни.

Серьезной этической проблемой стали случаи значительного ухудшения качества жизни в результате применения новых технологий, которые не позволяли человеку умереть. Назрела необходимость решать вопросы об этической приемлемости отказа от терапии по поддержанию жизни или ее прекращения. Если такая тактика допустима, то в чем ее отличие от эвтаназии и какова этическая оценка самой эвтаназии? Дополнительным импульсом к этическим дебатам об умирании и смерти стало интенсивное развитие трансплантологии и необходимость получения донорских органов.

Многие из затронутых этических проблем оказались непосредственно связаны с определением и критериями смерти, а также с разработкой тестов, позволяющих установить факт смерти. Определение смерти является преимущественно философской задачей, разработка критериев смерти — преимущественно медицинской задачей, а выбор тестов для подтверждения таких критериев — исключительно медицинской задачей.

С мировоззренческой точки зрения, субъектом, по отношению к которому применяются термины жизни и смерти, есть организм как целое. Такой организм жив до тех пор, пока осуществляется интегрированная деятельность сердечно-сосудистой, дыхательной и центральной нервной систем. Организм умирает, когда интегрированная деятельность этих трех систем прекращается окончательно. Утрата любого из «углов» этого треугольника вскоре приводит к утрате двух других. Смерть — это тот момент, когда физиологические системы перестают действовать как единое целое, даже если жизнь продолжается в отдельно взятых клетках или органах.

Смерть — это постоянное прекращение функционирования организма как целого. Под таким функционированием понимается спонтанная интегративная деятельность всех или большинства подсистем (например, эндокринный контроль) и, по крайней мере, минимальный уровень ответа на внешние воздействия (например, на изменения температуры). Деятельность определенных подсистем может быть искусственно заменена (искусственный водитель ритма сердца, аппарат ИВЛ) без изменения статуса организма как целого. Без сомнения, сознание — неотъемлемая характеристика человека. Если оно утеряно, жизнь утрачивает свой смысл.

Философский и биоэтический анализ отношения к смерти, осуществленный в конце XX ст., привел к неожиданному заключению об отсутствии адекватного определения смерти, или, точнее, отсутствии такого точного теоретического определения смерти, которое могло бы быть успешно использовано применительно к различным практическим ситуациям. Многие тысячелетия при констатации смерти медики пользовались традиционными понятиями: остановка сердца, прекращение дыхания и несостоятельность других функций организма. Неточность этого определения состояла в том, что смерть этих нескольких органов отождествлялась со смертью всего организма. Эта ошибка стала особенно заметной, когда в последней трети XX ст. медицинская техника оказалась способной сколь угодно долго поддерживать автономную деятельность почти каждого отдельного органа (в том числе тех двух особенно важных, прекращение функций которых считалось убедительным признаком смерти, — дыхания и сердцебиения).

Суть затронутых философских и биоэтических проблем основана на несовершенстве *медицинских критериев смерти*. С принципиальных позиций в качестве таких критериев можно выделить постоянную потерю кардио-респираторных функций и полную и необратимую утрату функций всего мозга. Благодаря использованию современных аппаратных технологий, позволяющих длительно поддерживать витальные функции, постоянная утрата спонтанного дыхания и кровообращения не может служить обязательным индикатором нефункционирования организма как целого. Абсурдным было бы считать умершими пациентов, неспособных к

самостоятельному дыханию при поражении дыхательной мускулатуры при полиомиелите, либо пациентов с асистолией, требующих имплантации водителя ритма. Можно было бы предложить, чтобы в качестве критерия смерти рассматривалось постоянное отсутствие не только спонтанных, но и искусственно поддерживаемых функций дыхания и кровообращения. Но, с другой стороны, при искусственной поддержке дыхания и кровообращения организм может перестать функционировать как целое задолго до того, как перестанут искусственно функционировать легкие и сердце. Таким образом, легкие и сердце не имеют уникальной взаимосвязи с функционированием организма как целого. Пациент, находящийся на ИВЛ при полностью разрушенном мозге, представляет скорее «препарат» искусственно поддерживаемых подсистем.

Более точно с утратой такого функционирования коррелирует постоянная и необратимая утрата функций всего мозга. Данный критерий имеет и традиционные исторические параллели: врач, приглашенный для констатации смерти, всегда обращал внимание на отсутствие ответной реакции при осмотре умершего, отсутствие спонтанных движений, включая дыхание, отсутствие зрачкового рефлекса. Только такой признак, как отсутствие сердцебиений, не имеет прямого отношения к прекращению деятельности всего мозга. Критерий «смерть мозга» был предложен в начале 80-х годов XX ст. Теоретической основой нового критерия стал тот факт, что мозг, в отличие от органов дыхания и кровообращения, осуществляет интеграцию работы других органов тела, с одной стороны, и отвечает за работу сознания, с другой. Поэтому на него не распространяется та же ошибка, когда смерть одного органа отождествляется со смертью всего организма.

В 1968 г. в докладе комитета Гарвардской медицинской школы были предложены клинические критерии, позволявшие определять «технически зависимых» пациентов с полной утратой всех функций мозга, включая примитивные стволовые рефлексы. Комитет предложил называть их «пациентами, находящимися в необратимой коме», рекомендовал считать их умершими и прекращать искусственную респираторную поддержку. В соответствии с Гарвардскими критериями, пациенты в необратимой коме обозначались как пациенты со смертью мозга. Однако описание случаев нахождения пациентов в перманентном вегетативном состоянии дало основание для дебатов по вопросу о правомерности трактовки смерти у пациентов, находящихся в длительном бессознательном состоянии. У таких людей могут быть сохранены функции ствола мозга, регулирующие дыхание, кровяное давление и ряд других вегетативных функций. Несмотря на прекращение функций коры мозга, такие пациенты могут дышать, у них поддерживается сердечная деятельность даже без «технической поддержки». При отсутствии сознания и мышления у них сохраняется смена сна и бодрствования, самостоятельного дыхания и стволовых рефлексов, однако отсутствует способность жевать, глотать и адекватно реагиро-

вать на боль. Такое состояние может сохраняться в течение различного времени — от нескольких дней до многих месяцев и даже лет. Учитывая полную зависимость таких больных от ухода и необходимость постоянной весьма дорогостоящей медицинской поддержки и наблюдения за ними в течение длительного времени, возникает вопрос о характере и оправданности длительной активной терапии и даже просто поддержания их жизни. Так как Гарвардские критерии подразумевают под смертью утрату *всех* функций мозга, пациенты с перманентным вегетативным состоянием не могут считаться умершими, поскольку у них сохранена функция ствола мозга. Тем не менее, большое количество специалистов по биоэтике рекомендуют считать таких людей умершими. По их мнению, отличие живого человека от мертвого заключается в полной и постоянной утрате сознания, а не полной и постоянной утрате *всех* функций мозга. Такое противоречие, по сути, отражает различия во взглядах на то, как именно мы представляем себе индивидуума, по отношению к которому используется слово смерть. Что именно перестает существовать, когда мы говорим, что кто-либо, такой как мы, умирает? Это сложный, неизбежный философский вопрос, порожденный возможностями современной медицины поддерживать витальные функции у пациентов с полной и постоянной потерей сознания. Все эти предпосылки стали основой для нового понимания смерти как потери функции высших отделов мозга. Сторонники такого критерия смерти полагают, что личность может быть мертвой, даже если *организм как целое* остается живым. Что действительно является важным, когда мы говорим о жизни, так это продолжающееся существование личности, а не безличностного организма.

Тесты, которые используются для подтверждения смерти, подразумевают верификацию полного и постоянного отсутствия функционирования как полушарий мозга, так и ствола. Они включают отсутствие ответной реакции пациента (глубокую кому), зрачкового рефлекса, стволовых рефлексов, апноэ. Подтверждением смерти считается изоэлектрическая плоская кривая на электроэнцефалограмме и тесты, документирующие отсутствие церебрального кровотока в течение как минимум 30 мин.

В 1968 г. Комитет Гарвардской медицинской школы разработал и опубликовал ряд тестов, позволяющих диагностировать наступление смерти всего мозга. По мнению комитета, с момента установления данного состояния должна быть констатирована смерть человека и прекращена поддержка витальных функций с помощью технических средств. Таким образом, пациент с полной смертью мозга считается мертвым, даже если дыхание и кровообращение могут поддерживаться искусственно.

Поскольку остановившееся сердце можно вновь заставить работать и обеспечить путем реанимационных мероприятий полноценное восстановление функций мозга, остановка сердечной деятельности и дыхания больше не могут рассматриваться как достоверные тесты для подтверждения смерти.

Таким образом, к настоящему времени сформулированы три принципиальные концепции относительно того, что считать смертью — смерть сердца, смерть всего мозга, смерть высших отделов мозга.

В соответствии с первой концепцией, человек умирает лишь тогда, когда наступает необратимое прекращение функций кровообращения и дыхания. В этом случае субъект может быть признан живым даже при наличии нефункционирующего («мертвого») сердца и даже при его удалении. Иллюстрацией такого парадокса стал случай, произошедший с американским дантистом Барни Кларком в университете г. Юта (США). В ожидании трансплантации сердца он подвергся операции удаления собственного сердца и соединения аорты и полых вен с аппаратом «искусственного сердечного насоса». С таким искусственным сердцем Кларк жил четыре месяца. Пациент находился в сознании, иногда даже вставал с постели и ходил. Мог ли кто-либо, включая сторонников сердечной трактовки смерти, считать Кларка мертвым? Конечно, данный случай необычный, тем не менее ясно, что Барни Кларк не умирал во время этого периода. Следует особо подчеркнуть, что в определении смерти, которое ориентировано на сердце, содержится критерий *необратимости* прекращения витальных функций. Частым и, по-видимому, ошибочным взглядом клиницистов есть оценка людей, перенесших остановку сердца и затем успешно реанимированных, как бывших «клинически умершими». Быть умершим — означает *необратимую* утрату функций кровообращения и дыхания. Если человек перенес остановку сердца и затем был реанимирован, значит, он никогда не умирал! Его органы и ткани продолжали жить. Потенциально мы можем спасти такого человека. Человек может умереть, если у него наступает остановка сердечной деятельности и мы не проводим сердечно-легочную реанимацию, но некорректно говорить, что он уже был умершим.

В соответствии с концепцией смерти всего мозга индивидуум считается умершим тогда, когда наступает необратимое прекращение всех функций мозга, включая ствольные. Данная концепция основана на убеждении, что сущностью человека есть способность к интеграции телесных (физических) функций. И поскольку предполагается, что за такую интеграцию ответственен мозг, то человек может считаться умершим тогда и только тогда, когда необратимо прекращается функция интегрирование всего мозга. Концепция смерти всего мозга — общепринятая юридическая база для трактовки смерти в большинстве стран мира, за исключением некоторых азиатских государств, где такая концепция не согласуется с традиционными взглядами буддизма.

Наконец, концепция смерти высших отделов мозга может быть применена к ситуации, когда пациент находится в бессознательном состоянии; большинство функций мозга утрачено, но определенные ствольные рефлексы остаются сохранными. В соответствии с концепцией смерти *всего* мозга, он не может считаться умершим, пока не будут утрачены *все*

функции мозга. В то же время, согласно концепции смерти высших отделов мозга, такой пациент может быть признан умершим, если высшие функции мозга остаются утраченными постоянно. Точка зрения на то, какие именно функции считать в данной ситуации критическими, противоречива. Некоторые считают, что это функции коры мозга. Теоретически, однако, возможно сохранение некоторых моторных функций коры при полной потере сенсорных функций. Некоторые из сторонников концепции смерти высших отделов мозга приравнивают смерть к необратимой утрате сознания и мыслительной функции. Клиническая ситуация, при которой высшие отделы мозга необратимо поражены при интактности стволового отдела и сохранности функций легких и сердца без искусственной поддержки, обозначена как *перманентное* или *стойкое вегетативное состояние*.

Определение смерти и ее критерии не могут считаться совершенными и нуждаются в дальнейшей доработке, поскольку введение нового критерия — смерть мозга (или его высших отделов) как интегрального органа не снимает основной проблемы: редукции человека к органу. Критики существующих критериев смерти указывают, что при некоторых отравлениях или глубоком переохлаждении энцефалограмма также фиксирует прекращение работы мозга, которое затем может восстанавливаться. Было осознано, что поиски более адекватного критерия смерти должны продолжаться в направлении еще более интегральных и общезначимых критериев. Кстати, такие интегральные критерии предлагаются и обсуждаются: способность к коммуникации, способность к ответным реакциям и, наконец, сохранение чувствительности к боли (страданию) или удовольствию. Сегодня еще трудно определить, каков будет конечный итог предпринимаемых усилий: единый критерий смерти (и жизни) еще не выработан, дискуссии продолжаются.

Комитет Гарвардской медицинской школы внес следующее унифицированное определение акта смерти: «Индивидуум, у которого наступает либо необратимое прекращение функций дыхания и кровообращения, либо необратимое прекращение всех функций мозга, включая стволовые, считается умершим».

В Сиднейской декларации Всемирной медицинской ассамблеи (1968) указано, что «смерть есть последовательный процесс гибели отдельных клеток и тканей, неодинаково устойчивых к кислородному голоданию. Задача лечащего врача — не забота об отдельных группах клеток, а борьба за сохранение целостности личности. Момент наступления смерти соответствует необратимому прекращению интегративных функций головного мозга, в частности стволовых функций. На современном уровне развития медицины не существует точных критериев определения этого момента и никакая техника не может заменить врачебного решения. Медицинская этика позволяет прекратить все реанимационные мероприятия в момент наступления смерти, а также изъять трупные органы для транс-

плантации, если получено необходимое согласие и законодательство страны не запрещает делать это».

Суть регламентирующих критерии смерти документов, принятых в различных странах мира, состоит в том, что смерть устанавливается как по традиционным критериям (прекращение деятельности сердца и самостоятельного дыхания при отсутствии или неэффективности реанимации или позднем ее начале, несовместимом с восстановлением мозга), так и по критериям собственно смерти мозга при сохраняющейся деятельности сердца. Таким образом, смерть мозга представляется как необратимое, определяемое глобальной деструкцией вещества, исключение возможности обеспечения мозгом осознанного контакта индивидуума с окружающей средой, его реакций на внешние воздействия и обеспечения основных жизненных функций — самостоятельного дыхания и поддержания кровяного давления и гомеостаза. Следовательно, организм в состоянии смерти мозга обречен на смерть в традиционном понимании (остановка сердца) в пределах ближайших дней или недель. Диагноз смерти мозга, учитывая ее эквивалентность смерти человека, дает основание для прекращения жизнеподдерживающей терапии — искусственной вентиляции легких и введения лекарств, поддерживающих кровообращение. С морально-этической точки зрения, решение о прекращении такой терапии должен, после комиссионного обсуждения, принимать лечащий врач-реаниматолог; однако принуждать его к прекращению указанных мероприятий никто не имеет права, также как и он не может принуждать к этому своих подчиненных. Скорее всего, врач имеет право ограничить терапию, что вскоре приведет к остановке сердца. В случае если прекращение ИВЛ и введения поддерживающих кровообращение препаратов имели место, информировать об этом родственников не обязательно.

Важно подчеркнуть роль биоэтики в разработке философской концепции смерти и ее критериев. Самая главная проблема, которая поставлена в дискуссиях о смерти, — что значит быть человеком, быть личностью? Будучи рассмотрена на материале медицины и биологии, эта проблема показала, что такие атрибуты жизни, как здоровье, биологические параметры организма, деятельность отдельных органов и даже функционирование мозга, еще не составляют определение понятия жизни личности, жизни человека. Когда мы говорим «жизнь человека», то подчеркиваем, что эта жизнь не может быть сведена к работе органов дыхания, сердцебиению или пищеварению (хотя без них она невозможна). Ведь такая биологическая жизнь еще не имеет качества жизни *личности*, а не имея такого качества, она уже как бы перестает быть жизнью в человеческом смысле этого слова. Такая перспектива сведения всей жизни к ее биологической стороне многими может рассматриваться как нечто более худшее, чем сама смерть. Поэтому в страхе перед смертью конкретизируется, что надо бояться не смерти, а этого биологического, «растительного» состояния, от которого желательно было бы избавить себя и спас-

ти. Даже если средством для такого спасения будет смерть, самоуничтожение. В данном случае право на смерть выступает как забота о достоинстве личности, о том, что защита этого достоинства может быть важнее смерти. Это — этическая идея: смерть рассматривается не как самое страшное, что может случиться с человеком: самым страшным выступает потеря собственного достоинства, утрата человеком самого себя.

Важной особенностью нового критерия смерти (смерти мозга) стало и то, что впервые смерть (как медицинский факт) была рассмотрена не как однократное событие, а как *процесс*, состоящий из нескольких стадий — прекращения дыхания и сердцебиения, прекращения деятельности мозга, разрушения клеток организма. Это разделение смерти на акт и процесс оказалось не только практически важным, но и теоретически плодотворным: начались философские разработки этого разделения. В понятии смерть теперь различаются два значения — смерть как событие (death), то есть результат процесса прекращения жизни, как итог перехода от бытия к небытию, как факт небытия; и смерть как процесс, предшествующий наступлению этого события, как промежуточное состояние между жизнью и смертью, как умирание (dying). Впервые такое разделение было проанализировано в работе Элизабет-Кьюблер-Росс «О смерти и умирании», вышедшей в свет еще в 1969 г. Уточнение этого понятия было необходимо, потому что употребление его в разных значениях приводит к путанице и смешению понятий: когда мы говорим о страхе перед смертью, то имеем в виду не само небытие, а именно страх перед умиранием, когда еще сохраняется способность испытывать боль и страдание, а иногда и осознавать собственную смерть.

Биоэтики, медицинские работники, юристы обратили особое внимание на процесс умирания, то есть тот промежуток, в котором сознание человека непосредственно сталкивается с фактом личной смерти, знакомится с ней и либо вступает с ней в борьбу, либо смиряется, но одинаково мучительно страдает. Если учесть, что эти страдания порой длятся очень долго и иногда становятся невыносимыми, то логично напрашивается вывод о желательности и возможности их скорейшего прекращения. Сосредоточение внимания биоэтики именно на этом отрезке перехода к смерти вполне понятно: современная медицина находится на таком этапе ее развития, когда она все еще не умеет лечить множество болезней, но располагает средствами длительного время поддерживать состояние хронической болезни, что приводит к тому, что большинство людей (по подсчетам ВОЗ, свыше 70 %) умирают не внезапно, а постепенно. Страдания, испытываемые в это время, не только особенно мучительны, но и кажутся (в связи с ослаблением традиционных верований) большинству людей совсем бессмысленными, а потому и ненужными. Так постепенно складывалась идея нового понимания значения и ценности такого состояния жизни. Если раньше жизнь (вообще, как таковая), считалась высшей ценностью, которая, безусловно, предпочтительнее смерти, то те-

перь вопрос ставится иначе: всякая ли жизнь в любом ее состоянии действительно лучше смерти? Принцип уважения автономии подсказывает, что этически правильно предоставить самому пациенту решать, как относиться к собственной смерти. В результате было введено существенное этическое уточнение в понятие смерти — право на смерть, то есть признание самого человека высшим авторитетом в вопросе о его жизни и смерти. Право на смерть нашло свое официальное оформление в виде особого документа — «жизненной воли» (завещания), которое каждый человек еще при жизни, в полном сознании и здравом уме, может составить (но может и пересмотреть его), — содержащего добровольный отказ от особых средств продления его жизни и жизнеподдерживающего лечения в случае необратимого и неизлечимого заболевания.

Таким образом, если в традиционной медицине, классической морали в европейском правовом поле главным принципом отношения к смерти была борьба против нее, то в контексте биоэтики возникли попытки «реабилитации» смерти, пересмотра однозначно негативного отношения к ней, когда предстает нечто более страшное, чем смерть, то, что еще хуже смерти.

Глава 2

БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ЭВТАНАЗИИ И СУИЦИДА ПРИ СОДЕЙСТВИИ ВРАЧА

При биоэтическом анализе проблемы смерти внимание, прежде всего, сосредотачивается на процессе перехода к смерти, на умирании, который бывает и продолжительным, и мучительным. Именно этот период был выделен как важнейший аспект смерти. Проблема эвтаназии, как и споры вокруг нее, должны рассматриваться в контексте средства (пока единственного) против страха перед периодом (и процессом) умирания. В этом суть эвтаназии: не существует никаких других средств избавить человека от мучительного *процесса* умирания, когда он сам и все окружающие знают, что умирает, но уже никто не может ему почти ничем помочь.

Эвтаназия (с греч. — быстрая и легкая смерть) представляет собой намеренное ускорение смерти или умерщвление неизлечимо больного, находящегося в терминальном состоянии, с целью прекращения его страданий. Авторство термина «эвтаназия», по мнению большинства специалистов, принадлежит английскому ученому Ф. Бэкону, который писал: «Долг врача состоит не только в том, чтобы восстановить здоровье, но и в том, чтобы облегчить страдания и мучения, причиняемые болезнью, и это не только тогда, когда такое облегчение боли как опасного симптома может привести к выздоровлению, но даже в том случае, когда уже нет совершенно никакой надежды на спасение и можно лишь сделать саму смерть более легкой и спокойной, потому что эта эвтаназия... уже сама по себе является немалым счастьем».

Термин «эвтаназия» употребляется как в узком, так и в широком смысле. Различия наиболее ясно видны при уточнении понятия «убийство» и рассмотрении различий между двумя его неравнозначными смысловыми оттенками: «убить» и «дать умереть». Если провести аналогию с тонущим человеком, то различие между «убить» и «дать умереть» таково же, как между «утопить» и «не спасти утопающего», «дать ему утонуть». Известно, что юридически только первое деяние квалифицируется как убийство, тогда как второе — лишь предмет этической оценки.

Понимаемая в узком смысле, «эвтаназия» ограничена активными действиями по ускорению смерти пациента. В этом контексте речь идет об

убийстве из гуманных соображений. Примером такого понимания эвтаназии есть введение летальной дозы препарата терминально больному с целью облегчения тяжелых страданий. С другой стороны, действия, которые «позволяют больному умереть» путем отказа от проведения либо прекращения жизнеподдерживающей медицинской помощи, не считаются эвтаназией в узком смысле этого понятия. Хотя все более часто термин «эвтаназия» используется именно в узком значении, допустима его трактовка и в широком смысле, когда эвтаназия объединяет как убийство, так и позволение умереть (на основе гуманных соображений). Если использовать понятие об эвтаназии в широком смысле, то дидактически оправдано проведение различий между активной эвтаназией (то есть убийством) и пассивной эвтаназией (то есть позволением смерти из милосердия).

Еще одно отличие представляет большую важность в дискуссии по поводу эвтаназии. *Добровольная* эвтаназия осуществляется в ответ на информированное требование дееспособного пациента. *Недобровольная* эвтаназия подразумевает случаи, когда пациент не способен дать согласия на нее в силу недееспособности. Возможность такой эвтаназии рассматривается у пациентов, не способных принимать самостоятельные решения (например, душевнобольные).

Если рассматривать в совокупности случаи добровольной / недобровольной эвтаназии со случаями активной / пассивной эвтаназии, то возможно выделить четыре разновидности эвтаназии: 1) добровольная активная; 2) недобровольная активная; 3) добровольная пассивная; 4) недобровольная пассивная. Современные дебаты фокусируются на моральной легитимности, прежде всего, добровольной активной эвтаназии. Меньше противоречий возникает по поводу нравственности пассивной эвтаназии. Идея о том, что морально приемлемым является отказ от проведения или прекращение жизнеподдерживающего лечения, достаточно обоснована, по крайней мере, в США.

В последние годы вопросами эвтаназии углубленно занимаются медики и философы, психологи и юристы, теологи и политики, этики и биоэтики. В сферу эвтаназии вовлекаются проблемы медико-биологические, этические, идеологические, религиозные, социальные, философские, психологические. Сторонники активной эвтаназии говорят о ней как о праве человека «на достойную смерть». Одни авторы ратуют за открытие специальных клиник «*легкой смерти*», другие — за создание аппаратов для самоубийства.

Широкую международную огласку получила история американского врача Джэка Кеворкяна, известного как «доктор смерть». С 1990 г. он помог примерно 130 терминальным больным, страдавшим от постоянных мучительных болей и принявшим сознательное решение добровольно уйти из жизни, осуществить свое намерение. За свою долгую врачебную практику он пришел к твердому убеждению, что человек имеет право сам распорядиться своей жизнью, и если он решил умереть, чтобы боль-

ше не мучиться, то задача врача-гуманиста — помочь это сделать «грамотно» и безболезненно. Д. Кеворкян предложил термин «patolysis» для обозначения самоубийства больного с помощью квалифицированного специалиста и создал для этого специальное приспособление. Как и ожидалось, после первых же опытов оказания столь необычной помощи развернулись дискуссии «за» и «против». В 1999 г. за 131 акт активной эвтаназии Д. Кеворкян был осужден на 7 лет тюремного заключения.

В попытках этического (и юридического) обоснования приемлемости активной эвтаназии было сформулировано понятие, которое раньше не использовалось: «право на смерть». Разброс мнений колеблется от полного неприятия активной эвтаназии: никогда, ни при каких случаях она не может быть морально разрешаема, — до прямо противоположной точки зрения: активная эвтаназия — благо, она должна быть не только разрешена, но ее следует приветствовать как избавление от ненужных страданий. Приверженцы более умеренной точки зрения предлагают внести уточнения и ограничения в каждую из крайностей, а также проработать детали, касающиеся контроля и обеспечения безопасности больных.

Сторонники морального признания активной эвтаназии оперируют соображениями гуманизма. Когда речь идет о полной и безоговорочной защите активной добровольной эвтаназии, призывы к гуманизму сочетаются с доводами о главенстве индивидуальной автономии. Двумя основными аргументами в защиту такой эвтаназии выдвигают: 1) жестоко и негуманно отказывать в просьбе терминально больного пациента о «милосердном» прекращении его жизни во избежание дальнейших страданий; 2) сознательный выбор личности следует уважать и учитывать до тех пределов, пока он не приносит вреда окружающим. Так как в случаях активной добровольной эвтаназии терминально больных пациентов вред никому не наносится, желание индивидуума прекратить свою жизнь следует уважать и учитывать.

Сторонники активной эвтаназии полагают, что основаниями для ее проведения являются неизлечимость заболевания, непереносимость страданий и информированное добровольное согласие пациента умереть. Иногда к этому добавляются психологические, психические, возрастные, моральные и экономические причины.

Должна ли быть узаконена активная эвтаназия? Поскольку нелегально она осуществляется во всех штатах США, в этой стране неоднократно поднимался вопрос о ее легализации (прежде всего, имеется ввиду добровольная эвтаназия). Добровольная активная эвтаназия законно практикуется в Нидерландах. Одним из специфических аспектов нидерландской системы есть то, что активная эвтаназия может осуществляться в том случае, когда пациент переносит нестерпимые (и необлегчимые) страдания, при этом он не обязательно должен быть терминально больным. Активная эвтаназия в Нидерландах может также быть осуществима по отношению к недееспособному пациенту в том случае, если он четко вы-

разил свое желание умереть, будучи дееспособным. Опыт, накопленный в течение более чем 20-летней практики активной эвтаназии в Нидерландах, — неисчерпаемый источник информации при этических дискуссиях. В мире отмечается устойчивая тенденция к поддержке активной эвтаназии. В 1996 г. эта процедура узаконена в Северной Австралии.

Предполагается, что конкретные действия по осуществлению активной эвтаназии, в случае признания ее законной, может проводить врач. Однако, в принципе, этот акт может быть возложен и на других специально подготовленных профессионалов, что имеет свои этические преимущества.

Противники активной эвтаназии приводят следующие основные доводы в защиту своих соображений: 1) убийство невинной личности — изначально зло; 2) убийство несовместимо с профессиональной ответственностью врача; 3) любое систематическое принятие активной эвтаназии может привести к нежелательным социальным последствиям (в силу уменьшения уважения к человеческой жизни). Последний аргумент наиболее часто приводится в спорах о легитимности активной эвтаназии. Опасение состоит в том, что если активная эвтаназия будет разрешена, то все новые и новые причины будут признаваться достаточными, и количество кандидатов — увеличиваться. Отстаивается традиционное представление о святости жизни, полностью исключающее право на смерть, а тем более право врачей (или других лиц) умышленно убить пациента из милосердия. Позиция религиозных этиков, в целом, остается негативной. Преобладает мнение, что только Бог распоряжается жизнью и смертью человека, а страдания человеческие угодны Богу. Категорически против эвтаназии высказался Э. Кант с позиций этики уважения к личности.

При неизлечимой болезни и безнадежном состоянии пациента первейший долг врача — облегчить страдания и утешить больного. Следует иметь в виду следующие важные обстоятельства, которые относятся к этическим дискуссиям о приемлемости активной эвтаназии:

1) огромные успехи медицины в борьбе с болью — главной причиной страданий тяжелобольного;

2) постоянный, по мере прогресса медицины, переход многих болезней из разряда неизлечимых в излечимые или в болезни с длительной ремиссией;

3) быстро меняющееся эмоциональное состояние множества больных — от отчаянья с желанием свести счеты с жизнью до бурного восторга от любого проблеска надежды.

В целом вопрос об этической допустимости эвтаназии еще далек от своего решения в связи с отсутствием приемлемого биосоциального определения жизни. Главный вопрос состоит в следующем: что такое жизнь человека, имеет ли она высшую ценность или высшая ценность — отсутствие страданий. Если ответ на вопрос, что такое жизнь, будет чисто био-

логическим («жизнь есть форма существования белковых тел»), то не решаются социальные и моральные проблемы; если чисто социологическим («жизнь человека есть деятельность на благо общества»), то не решаются биологические и моральные проблемы.

Если смерть понимать традиционно, как прекращение всех функций человеческого организма, дыхания, сердцебиения и т. д., то трудно дать этическое оправдание. Если понимать смерть как избавление от ненужных и бессмысленных страданий при необратимых процессах умирания, то эвтаназия будет представляться не как морально запретный выбор между жизнью и смертью, но лишь как выбор между смертью и смертью (смертью мучительной и долгой и смертью легкой и быстрой). Если смерть человека будет определяться в связи со смертью одного, но самого главного для человеческого существа органа — мозга, то тогда контингентом для эвтаназии будут становиться все более многочисленные группы тяжелобольных и умирающих. Этот последний критерий смерти — смерть мозга — приобретает все большее число сторонников, особенно среди врачей и медицинского персонала ввиду наличия достаточно веских теоретических, а главное — весьма прагматических аргументов в его пользу. Проблема определения смерти и этичности эвтаназии тесно связана с другой, не менее важной и драматичной — проблемой трансплантации органов. Магистральное развитие медицины пошло по пути все более успешных технологий приживаемости трансплантируемых человеческих органов от доноров к реципиентам. По этой причине потребность в донорах, в том числе в эмбрионах, будет все возрастать.

Всемирная медицинская ассамблея (Мадрид, Испания, 1987) приняла «Декларацию об эвтаназии» (прил. 8), в которой заявлялось, что «эвтаназия, как акт преднамеренного лишения жизни пациента, даже по просьбе самого пациента или на основании обращения с подобной просьбой его близких, не этична. Это не исключает необходимости уважительного отношения врача к желанию больного не препятствовать течению естественного процесса умирания в терминальной фазе заболевания».

Проблема эвтаназии, с этической точки зрения, имеет самую тесную связь с важнейшим принципом, ориентированным на обязанности, — «не убивать». Этот принцип может оказаться в конфликте с этическими принципами, ориентированными на следствия, — добродетения, ненанесения вреда, уважения автономии, правдивости, верности.

Основной этический конфликт заключается в выработке тактики ведения больного, который находится в критическом или терминальном состоянии, однако, в соответствии с юридическим определением смерти, все еще остается живым. Такая ситуация требует проведения этического разделения между категориями «убийства» и «позволения смерти»; между отказом от жизнеподдерживающего лечения и его прекращением; между обычными и необычными вариантами лечения; между прямым и непрямым прекращением жизни (рис. 5).



Рис. 5. Этические дилеммы ведения больного в критическом и терминальном состоянии

Различия между категориями «убийства» (активная эвтаназия) и «позволения умереть» (пассивная эвтаназия) широко признаны во всем мире. Если врач считает, что для терминально больного пациента лучше будет умереть и поэтому (из «милосердия») вводит ему смертельную дозу лекарства, такое действие — пример (парадигма) эвтаназии. С другой стороны, если врач *позволяет пациенту умереть* (путем отключения от аппарата искусственной вентиляции), это не должно расцениваться как эвтаназия (если не рассматривать ее в широком смысле). Моральные различия между этими подходами хорошо понимаются на интуитивном уровне. Кроме того, активное убийство — незаконно, в то время как позволение умереть — законно. И наконец, участие врача в активном убийстве изменит его роль и нанесет ущерб моральному статусу. Существенность различий между предоставлением пациенту «смерти из милосердия» и «позволением умереть» обосновывается аргументами уважения автономии, анализом различных последствий, доводами принципа ненанесения вреда.

В этике ведения умирающего пациента существенно проведение различий между прекращением жизнеподдерживающей терапии и ее неназначением. Некоторые варианты жизнеподдерживающего лечения инвазивны, физически обременительны для пациента, поэтому решение больного — это не просто выбор между жизнью и смертью. Если пациент умирает от рака, его решение касается того, подвергать ли себя химиотерапии, которая способна продлить жизнь еще на несколько месяцев, но, с

другой стороны, сопряжена с другими страданиями — например, тошнотой, общим ослаблением. Аналогично, если пациент умирает, находясь в стационаре; он встает перед выбором — либо вернуться домой и умереть «естественной» смертью, либо продолжить лечение, которое продлит жизнь на несколько дней или недель. В обоих случаях пациент вынужден сопоставлять «ценность» продления жизни и возможные страдания, связанные с таким продлением.

Неназначение либо прекращение жизнеподдерживающей медицинской помощи не противоречит принципу «не навреди», согласно которому врач обязан предоставлять пациенту *обоснованное, рациональное* лечение и избегать тех вариантов лечения, которые «вредны», нежелательны для больного. Когда врач прекращает оказание медицинской помощи по желанию пациента, он выполняет обязательство предоставлять *обоснованное рациональное* лечение. Обязательство предоставлять лечение не подразумевает обязательства «навязывать» его пациенту, который этого не хочет. К тому же врач не проводит «вредного» лечения. Прекращение лечения — это не вариант лечения, а лишь отказ от его дальнейшего проведения.

Существует еще одна точка зрения на прекращение оказания медицинской помощи: если врач имеет серьезное моральное предубеждение против такого подхода, он может передать пациента под опеку другого врача, который способен исполнить волю больного. Действительно, врач не должен осуществлять действия, которые противоречат его нравственным ценностям. Тем не менее, если врач продолжает проводить «нежелаемое» лечение против воли пациента, это нарушает право «автономии» больного, даже если занимает непродолжительное время до момента передачи его другому врачу.

Некоторые противники прекращения жизнеподдерживающего лечения считают этически обязательным обеспечение больного питанием и жидкостью, поскольку это имеет символическую ценность как проявление заботы и сострадания. По их мнению, отказ пациенту в жидкости и питании равносителен тому, что человека вынуждают умирать от голода и жажды. Тем не менее, далеко не очевидно, что обеспечение больного нутриентами через назогастральный зонд (часто против его воли) может быть сравнено с нормальным способом утоления голода.

Между понятиями отказа от оказания и прекращения жизнеподдерживающего лечения нет принципиальной этической разницы. Прекращение лечения эмоционально представляется более тяжелым, чем отказ от его проведения, так как врач осуществляет *действие*, ускоряющее наступление смерти. С другой стороны, когда в лечении отказывают, смерть наступает скорее вследствие *отсутствия какого-либо действия*. Однако в настоящее время большинство специалистов в области биоэтики не придают особого значения различию между этими двумя действиями.

В любом случае врач должен быть уверен в том, что больной способен принимать решения, касающиеся состояния его здоровья, прежде чем выполнять такие решения пациента. В частности, врач должен понимать, что на принятие решения пациентом могут оказать влияние и непонимание им прогноза заболевания, и возможное состояние депрессии. Безусловно, необходимо стремиться к максимальному обеспечению комфорта и достоинства для пациентов, требующих жизнеподдерживающего лечения, и такое лечение следует им обеспечить. При такой гарантии менее вероятна ситуация, когда пациент принимает решение о прекращении лечения вследствие ощущений страдания или ожидания такого страдания.

Актуальным вопросом биоэтики критических состояний есть проблема неоказания (прекращения) реанимационной помощи (do-not-resuscitate orders). Поводами, дающими право рассматривать данный вопрос, являются требование пациента или семьи, старческий возраст пациента, плохой прогноз, тяжелое повреждение головного мозга, крайняя степень страдания у хронически или терминально больного пациента, неоправданно высокие затраты на лечение и работу медицинского персонала по сравнению с низкой вероятностью выздоровления пациента. Можно также выделить три основные группы причин, дающих право отказать пациенту в реанимационной помощи: 1) сердечно-легочная реанимация заведомо будет напрасной и не принесет никакой пользы больному; 2) качество жизни после проведения сердечно-легочной реанимации будет неприемлемым для пациента; 3) еще до проведения сердечно-легочной реанимации качество жизни пациента неприемлемо.

Рассматривая первую группу причин, следует отметить, что общепризнанным этическим принципом является то, что врач не несет обязательств по обеспечению, а пациент и его семья не имеют права требовать такого вида медицинского лечения, которое не приносит доказуемой пользы. Пациент или его родственники могут ошибочно полагать, что такое напрасное лечение принесет пользу, однако эта предполагаемая польза не дает права требовать такого лечения. Иллюстрацией второй группы причин может быть следующая ситуация. Пациент, ранее перенесший остановку сердца и реанимированный, в настоящее время инвалидизирован, однако он и его семья приспособились к такому качеству жизни. Тем не менее, если у пациента повторится остановка сердца и вновь успешно будет проведена сердечно-легочная реанимация, последующее качество жизни заведомо ухудшится и станет неприемлемым для пациента. Наконец, третья группа причин включает те ситуации, когда еще до развития критического состояния (возможной остановки сердца и реанимации) качество жизни пациента неприемлемо для него и/или членов его семьи. Такие ситуации могут возникать у крайне тяжелых хронических или терминальных больных.

Данные примеры позволяют обнаружить определенную нечеткость в современных трактовках, касающихся целей проведения реанимацион-

ных мероприятий. Принцип, который разработан Национальным советом по сердечно-легочной реанимации и неотложной кардиологической помощи (США), гласит: «Целью сердечно-легочной реанимации есть предотвращение внезапной, неожиданной смерти. Сердечно-легочная реанимация не показана в определенных ситуациях, например, в случаях терминального необратимого заболевания, когда смерть не является неожиданной». Очевидно, что при наличии такого терминального необратимого заболевания могут иметь место все три вышеперечисленные группы причин, позволяющие отказаться от проведения реанимации. С другой стороны, есть вероятность таких случаев терминального необратимого заболевания, когда отказ от реанимационных мероприятий не может быть оправдан в силу того, что пациент принимает то качество жизни, которое было у него до и сохранится после проведения данных мероприятий.

Можно разграничить некоторые варианты прекращения жизнеподдерживающего лечения, выделив «обычные» и «необычные» методы терапии, соответственно «этически обязательное» и «этически необязательное» лечение. Согласно такой концепции, «обычное» лечение должно проводиться, в то время как «необычное» может быть прекращено. Для разграничения таких вариантов лечения было предложено много критериев. Эти критерии подразумевают привычность (традиционность), естественность, сложность, стоимость, инвазивность и, что самое главное, соотношение между вероятной пользой и обременительностью для пациента.

Главным в решении проблемы о проведении либо прекращении жизнеподдерживающего лечения и его вариантах есть вопрос о целесообразности его для пациента. Следовательно, варианты лечения не всегда объективно являются «обычными» или «необычными». К примеру, искусственное питание и обеспечение жидкостью часто рассматривается как «обычный», нормальный вариант терапии, который ни при каких обстоятельствах не может быть прекращен. Тем не менее, такое лечение часто оказывается весьма обременительным для пациента, приводя его к длительной иммобилизации, и сопряжено с определенным риском (например, операционный риск при наложении гастростомы, риск развития аспирационной пневмонии при наличии назогастрального зонда).

В этической оценке ведения терминального больного необходимо различать прямое и не прямое убийство с позиций так называемой доктрины двойного эффекта. Основная идея состоит в том, что в определенной ситуации действие может вести к двум эффектам: один из них тот, к которому стремятся (желательный), а другой — тот, к которому не стремятся (нежелательный). Доктрина двойного эффекта утверждает, что нежелательный эффект морально приемлем, если само по себе действие не аморально, а его нежелательные последствия не имеют отношения к желательному эффекту. Например, смерть от анестезии во время тяжелой опе-

рации морально допустима с позиции доктрины двойного эффекта, поскольку желательным действием было выздоровление после проведения операции. Другой пример: назначение высокой дозы наркотиков для снятия интенсивной боли у пациента в критическом состоянии сопряжено с риском угнетения дыхания и даже смерти. Однако, опять же, такая смерть морально оправдана в соответствии с доктриной двойного эффекта, поскольку не была целью, к которой стремились, хотя и могла быть предвидимой. Другое дело, если анальгетики можно использовать так, чтобы исключить риск смерти, тогда, безусловно, их нужно применять именно таким образом. В распоряжении медиков сейчас имеется множество различных средств, позволяющих либо полностью ликвидировать болевые ощущения у смертельно больного человека, либо значительно уменьшить их, сделать переносимыми. Однако зачастую использование таких средств ограничивается опасением, что больной может привыкнуть к анальгетикам. В связи с этим 42-я Медицинская ассамблея (Калифорния, 1990) приняла Декларацию о политике лечения смертельно больных пациентов, испытывающих хроническую боль. В преамбуле этого документа говорится: «Лечение смертельно больных пациентов, испытывающих хроническую боль, должно проводиться так, чтобы они могли достойно уйти из жизни. Правильное применение опиоидных и неопиоидных анальгетиков может облегчить страдания большинства смертельно больных людей. Врач и все участвующие в лечении страдающего от боли умирающего пациента, обязаны адекватно представлять генез болевых ощущений больного, знать клиническую фармакологию анальгетиков, понимать нужды пациента, членов его семьи и друзей. Правительство обязано обеспечить доступность такого количества опиоидов, которое необходимо для адекватного ведения тяжелого хронического болевого синдрома».

Право пациента на «автономию» (принятие самостоятельного решения) подразумевает, что врач с должным уважением и ответственностью относится к решению пациента о непроведении или прекращении оказания ему медицинской помощи. Такой принцип распространяется и на те случаи, когда возможным результатом отказа от оказания или прекращения медицинской помощи является смерть пациента. Данное право пациентов признается большинством специалистов по биоэтике.

Некомпетентные пациенты, которые ранее были компетентными, могли высказать (или представить письменно) свою волю относительно их медицинского лечения. Поэтому очень важно в каждом случае выяснить наличие таких обстоятельств с целью уважения принципа автономии больного и принять суррогатное решение с учетом сохранившихся документов, а также свидетельств родных, близких и друзей.

В отношении никогда не бывшего компетентным больного, у которого к тому же нет семьи, суррогатное решение не может быть принято на основе уважения автономии, исходя из самого определения этого прин-

ципа. Необходимо обратиться к другому принципу — максимализации индивидуальной (гиппократовской) пользы для благополучия пациента. Однако в таком случае возникает исключительно трудная проблема: существуют ли у некомпетентных пациентов «наилучшие» интересы. Даже если ответить на этот вопрос положительно, то в состоянии ли теория этических ценностей указать, в чем эти интересы состоят? Медицинские интересы не определяют всё содержание благополучия человека. Может ли принцип социальной пользы или справедливости вносить вклад в определение наилучших интересов пациента? Ясно, что не существует законных или моральных оснований для принятия врачом решения об отмене или неназначении жизнеподдерживающей терапии. Кто в таком случае может принимать суррогатное решение в отношении этой особенно этически уязвимой группы пациентов? Может, специально назначаемые чиновники?

На некоторые из поставленных вопросов ответ может быть дан на основании Венецианской декларации о терминальном состоянии, принятой 35-й Всемирной медицинской ассамблеей (Венеция, Италия, 1983; прил. 9).

Как уже упоминалось, в больницах многих экономически развитых стран мира, особенно США, за последние годы сосредотачивается значительное количество больных, физиологическое состояние которых диагностируется как промежуточное между жизнью и смертью. Эти пациенты страдают различными неизлечимыми заболеваниями, включая поздние стадии рака, рассеянного склероза. Еще несколько десятков лет назад такие больные были обречены на быструю смерть. Благодаря современным медицинским технологиям их жизнь может сохраняться долгие годы. Своеобразным рекордом такого искусственно поддерживаемого долголетия был случай К. Квинлан (США), которая в возрасте 21 года в 1975 г. стала жертвой автомобильной катастрофы, впала в кому и находилась в ней на протяжении десяти лет. После судебного разбирательства, квалифицировавшего ее состояние как необратимое, было принято решение отключить жизнеподдерживающую аппаратуру. Но еще раньше анализ многочисленных подобных случаев привел к пересмотру традиционного определения: в качестве критерия было решено исходить не из состояния органов дыхания и сердцебиения, а из оценки состояния мозга как главного органа человеческого организма. Так, в начале 80-х годов XX ст. впервые был предложен новый критерий: «смерть мозга».

Можно предвидеть, что подобные случаи будут приобретать все более массовый и длительный характер. Даже если не затрагивать финансовую сторону вопроса (такое медицинское обслуживание стоит очень дорого и часто бывает необходимо для неотложной помощи другим больным), в подобных ситуациях возникает целый ряд чисто моральных проблем. Есть ли данный человек в полном смысле человеком, является ли он моральным субъектом и членом общества и не приходится ли здесь вводить особый термин «растительное существование» и определять его

смысл? Проблема становится особенно сложной, если возникает вопрос о том, как положить конец такому существованию и кто должен взять на себя функцию его исполнения. Ни врач, ни медицинский персонал, следуя клятве Гиппократата и ее главному принципу «не навреди», а также принципиальному запрету убийства, не склонны исполнять эти процедуры, коль скоро они касаются живого человека. Но является ли данный человек живым и что такое «живой человек» и, шире, что такое «живое существо»? В этом вопросе нет ясности. Исполнение же процедуры отключения больного от аппаратуры тем более невозможно — по моральным соображениям — возлагать на его родственников. А в ситуации, когда больной испытывает сильные физические страдания и боли, может оказаться, что примененная аппаратура лишь продлевает его мучения.

Пациент, находящийся в «хроническом вегетативном состоянии», обычно рассматривается живым только в биологическом аспекте. Однако если рассматривать таких людей как действительно умерших, возникают серьезные вопросы. Например, насколько глубоким должно быть повреждение коры мозга для того, чтобы констатировать смерть? Когда человек перестает быть личностью, перманентно утратив сознание, как мы должны обращаться с ним? Нужно ли вести себя с ним так же, как с личностью, продолжая прилагать все усилия по сохранению жизни? Или целесообразно ограничить уход за ним и «позволить» умереть? По мнению Ч. Кульвера и Б. Герта, организм, который перестал быть личностью, не должен «требовать» обращения с собой как с личностью. Это означает, что не стоит предпринимать настойчивых постоянных усилий по поддержанию жизни у таких пациентов, так как такие усилия не оправданы ни с экономической, ни с гуманитарной точки зрения. С другой стороны, нельзя требовать от кого-либо активно лишать такого пациента жизни. Несмотря на то, что организм больше не представляет собой личность, он по-прежнему выглядит как таковая. Приемлемый выход из данной ситуации — прекращение оказания помощи, включающей как медицинское обеспечение, так и рутинный уход, что «позволяет» пациенту умереть. Принципиально, что такой пациент не испытывает страдания от не оказания помощи, так как он больше не является личностью, необратимо утратив сознание. Любой пациент, сохраняющий минимальную способность реагировать на боль или ощущать какой-либо дискомфорт, рассматривается как личность.

Важный теоретический и практический вклад в этический анализ проблемы внесло «Заявление о персистирующем вегетативном состоянии», принятое 41-й Всемирной медицинской ассамблеей (Гонконг, 1989; прил. 10).

Проблемы назначения терапии или отказа от ее проведения критически больному пациенту имеют особенности в педиатрической практике. Одним из спорных и до конца не решенных в современной медицине

остается вопрос о том, в каких случаях «обычное» медицинское лечение может быть обоснованно прекращено у определенной категории новорожденных. К такой категории относят детей с тяжелыми заболеваниями и пороками развития центральной нервной системы. До внедрения современных достижений хирургии и педиатрии такие дети умирали от «естественных» причин. Сегодня многие из них живут длительное время, хотя в большинстве случаев страдают серьезными дефектами умственного развития, весьма ограничены в общении с окружающими и в реализации всего потенциала развития человека. В силу такой серьезной дефектности, в настоящее время становится распространенной практика обсуждения родителями и врачами вопроса об отказе от лечения данной категории новорожденных.

Если отрицать факт, что новорожденные с тяжелыми пороками ЦНС не являются личностями, актуальным остается вопрос, существуют ли такие обстоятельства, при которых последствия лечения будут настолько нежелательными, что отказ от оказания медицинской помощи оправдан. По мнению многих родителей таких детей, страдания и ограниченное качество жизни младенцев не оправдывают социальные и экономические расходы на лечение. Наиболее серьезным доводом в пользу не оказания помощи таким детям есть то, что потенциальное лечение может навредить *собственно* интересам ребенка, вне зависимости от влияния его исходов на окружающих. Тяжелые врожденные пороки развития у детей приводят к состоянию, когда они становятся «обузой сами для себя». Одним из факторов их страданий может быть тяжелая постоянная физическая боль, повторные хирургические вмешательства. У таких детей могут отмечаться повторные переломы, вывихи. Дисфункция шунта при гидроцефалии приводит к повторным операциям. Важным неблагоприятным фактором является психо-социальная дефектность. Многие из этих детей никогда не смогут ходить, даже с помощью протезов, нормально общаться со сверстниками, обучаться и работать, и в очень редких случаях будут способны к самообслуживанию. При тяжелой задержке развития они будут существовать в «вегетативном состоянии» в своей кровати. Родители могут отказаться от таких детей, и большую часть своей жизни они вынуждены будут проводить в больницах, «борясь» с большим количеством медицинских проблем. Можно ли утверждать наверняка, что такая жизнь стоит того, чтобы жить?

С другой стороны, нельзя исключить, что низкое качество жизни и отсутствие возможностей для обучения, общения связано не только с врожденными дефектами ребенка, но и с неправильной социальной позицией по отношению к нему. Психосоциальные страдания могут иметь место вследствие того, что здоровые нормальные окружающие люди отказывают в общении таким дефектным детям. При определенных условиях и усилиях таких детей можно адаптировать к окружающей среде, и тогда говорить о том, что смерть для них лучше жизни станет неправомерно.

Однако некоторые дети поражены настолько серьезно, что их ответ на любовь, заботу, воспитание, обучение, иными словами, их способность стать личностью, крайне минимальны.

В дополнение к аргументам, относящимся к качеству жизни дефектных детей, сторонники оправдания их смерти приводят доводы, касающиеся психологических, социальных и экономических затрат семьи и общества на содержание таких детей. Известный детский нейрохирург Matson считает, что «ответственностью врачей и общества есть обеспечение ухода и минимизация страданий больных; но, в то же время, их ответственностью является не продлевать излишне личные, семейные и общественные страдания, связанные с пациентом; не проводить множественные манипуляции и не осуществлять дорогого, длительного стационарного лечения тех детей, чьи шансы на приемлемые рост и развитие незначительны».

Для семьи, как правило, рождение ребенка с серьезными врожденными дефектами — серьезный удар. В течение очень короткого времени родители начинают ощущать горе от потери «нормального ожидаемого» ребенка, злость на судьбу, чувство обреченности, отвращения, беспомощности и неверия. Многие из них чувствуют личную вину или обвиняют супруга в случившемся. Возникает страх, что социальное положение может на длительное время измениться. Возникает вопрос о том, насколько лечение ребенка влияет на психические и другие реакции членов семьи по сравнению с тем, если бы ребенок не лечился. Если ребенок лечится в стационаре и затем выписывается домой, у родителей возникает ряд проблем. Они вынуждены обучаться правилам ухода за таким дефектным ребенком, сталкиваются с финансовой и психологической неопределенностью, живут с противоречивыми чувствами. К матери предъявляются более высокие требования по сравнению с матерью здорового ребенка, особенно в ситуациях частых госпитализаций. Также могут изменяться планы семьи в отношении рождения следующего ребенка. Чувства горя и вины, беспокоившие родителей при рождении ребенка, могут стать «хроническими». Наличие такой фрустрирующей ситуации вовсе не означает, что она подразумевает отказ от лечения ребенка или передачу его в детский дом. Существенно облегчить страдания семьи, позволить родителям справиться с нарастающими конфликтами могут индивидуальные и групповые консультации психолога.

Медицинский персонал также испытывает определенную степень дискомфорта (конечно, не такую, как родители) при рождении дефектного ребенка. Врач встает перед проблемой того, как объяснить родителям суть дефекта, его причины, и в определенной мере разделяет с родителями эмоциональный шок. Часто врач (акушер) ощущает вину за то, что не все сделал для рождения нормального ребенка. К тому же родители могут испытывать определенную враждебность и недоверие к компетенции врача. Врач может также ощущать, что его профессиональные на-

выки и опыт используются неверно, когда направляются на цель поддержания жизни у мало- или бесперспективного ребенка.

Продление жизни детям с тяжелыми врожденными дефектами вызывает ряд социальных проблем. Медицинские ресурсы, которые могли бы быть использованы на ведение детей с более благоприятным прогнозом, направляются на дорогостоящую хирургическую, реанимационную помощь тем детям, жизнь которых может быть продлена всего на несколько месяцев или лет.

По всей видимости, решение об ограничении или прекращении лечения следует принимать в процессе дискуссии между родителями, врачами, при участии (если необходимо) членов этических комитетов, организованных при крупных клиниках, и с учетом правовых норм, этнокультурных, социальных и религиозных взглядов. Каждое лечебное учреждение может и должно разрабатывать свои биотические принципы ведения дефектных детей (новорожденных). Лечение может быть ограничено или прекращено тогда, когда независимо от него смерть ребенка представляется неизбежной, либо существует высокий риск тяжелой физической или психической инвалидизации. Данный подход целесообразно реализовывать и тогда, когда возможно выживание с умеренной инвалидизацией, но совершенно определено прогнозируются хроническая боль, страдание, повторные госпитализации, инвазивные процедуры и смерть в детском возрасте. Необходимо, чтобы в случае принятия решения о прекращении медикаментозного лечения и поддержания жизни с помощью аппаратных методов ребенок был обеспечен питанием и жидкостью.

В последние годы предметом пристального внимания со стороны общественности стали случаи суицида при содействии врача. Такой суицид узаконен в Нидерландах, а также в штате Орегон (США). Всемирная медицинская ассамблея (1992) приняла «Закон о пособничестве врачей при самоубийствах», в котором дана отрицательная этическая оценка подобной практики.

Обычно в качестве объекта для осуществления подобного варианта суицида рассматриваются серьезно и даже смертельно больные люди, жестоко страдающие от боли, отдающие себе отчет в своих действиях и самостоятельно принявшие решение о самоубийстве. Пациенты, намеревающиеся покончить жизнь самоубийством, зачастую находятся в депрессии, которая обычно сопровождает смертельное заболевание.

Аргументы за и против суицида при содействии врача сходны с доводами, представляемыми сторонниками и противниками добровольной активной эвтаназии. Суицид при содействии врача вовлекает его в выполнение одной или обеих «задач»: 1) обеспечение пациента информацией о том, как «эффективно» совершить самоубийство; 2) обеспечение мер, необходимых для совершения «эффективного» самоубийства (чаще всего, выписывая рецепт на смертельную дозу лекарства). Другие способы участия врача в осуществлении самоубийства могут включать моральную

поддержку решения пациента, «надзор» за осуществлением самоубийства, помощь больному в проведении необходимых физических действий (крайне ослабленным пациентам, например, может требоваться помощь для приема летальной дозы препарата). Известны факты использования приспособлений, сконструированных врачом, который инструктирует пациента о том, как ими пользоваться с целью осуществления самоубийства. Как при активной эвтаназии, так и в случае суицида при содействии врача, последний играет непосредственную роль в наступлении смерти пациента. Однако между этими двумя актами существует разница — при активной эвтаназии именно врач оказывается тем, кто в конечном счете убивает пациента, в то время как в случае суицида при содействии врача больной в конечном счете убивает себя.

Преобладающая этическая оценка как активной эвтаназии, так и самоубийства при пособничестве врача состоит в признании этих действий аморальными и подлежащими осуждению со стороны медицинских профессионалов. На заседании Верховного Суда США в 1997 г. была единогласно поддержана конституционность запрещения суицида при содействии врача. В то же время право пациента на отказ от медицинской помощи (который, в принципе, может также рассматриваться как вариант суицида), как уже отмечалось, морально приемлем и вытекает из принципа уважения автономии.

РАЗДЕЛ VI

МЕДИКО-ЭТИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕПРОДУКЦИИ ЧЕЛОВЕКА

И сотворил Бог человека по образу Своему, по образу Божию сотворил его; мужчину и женщину сотворил их. И благословил их Бог, и сказал им Бог: плодитесь и размножайтесь, и наполняйте землю, и обладайте ею.

Бытие, 1, 28

Глава 1

МЕДИКО-ЭТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ИСКУССТВЕННОГО АБОРТА

В обществе, как и в медицине, всегда существовал и существует целый ряд биоэтических проблем в связи с прокреацией (от лат. *procreacio* — рождение, произведение на свет, воспроизводство потомства), или репродукцией человека. Морально-этические социальные и правовые проблемы возникают как в связи с нежелательной беременностью, так и с невозможностью зачать или выносить ребенка. Создание новых репродуктивных технологий порождает новые проблемы биоэтики.

Искусственное прерывание беременности распространено в наши дни более чем когда-либо в предыдущей истории. Ежедневно в мире совершается около 100 млн половых актов, в 910 000 случаев происходит зачатие, в 10 % этих случаев беременность заканчивается искусственным абортом. Озабоченность вызывают как медицинские последствия абортов (материнская заболеваемость, нередко приводящая к бесплодию и смертности), так и морально-правовые — проблемы его допустимости на разных сроках беременности и законодательной регламентации.

В наиболее широком контексте медико-этическая оценка искусственного аборта базируется на анализе причин выполнения этой медицинской манипуляции во взаимосвязи с обсуждением базисных закономерностей биологического развития плода человека. Суть этической проблемы состоит в определении того, до какого периода развития плода (если тако-

вой может быть назван) и по какой причине (если таковая может быть сформулирована) аборт вправе считаться этически приемлемым.

Потенциальными причинами аборта являются:

- угроза жизни матери в случае сохранения беременности;
- угроза физическому и/или психическому здоровью матери при прерывании беременности;
- высокая вероятность или уверенность, что сохраненная беременность завершится рождением тяжелобольного ребенка;
- беременность, которая наступила в результате изнасилования или инцеста;
- беременность незамужней женщины, когда рождение ребенка ведет к стигматизации или нарушению традиций, норм, законов;
- самые различные индивидуальные ситуации, при которых рождение ребенка негативно отразится на благополучии женщины, семейной пары или всей семьи, включая уже рожденных детей.

Последняя категория, по-видимому, наиболее распространенная, когда женщина ориентирована на профессиональную карьеру; если рождение ребенка может, по мнению супружеской пары, нарушить гармонию отношений в семье или будет причиной непосильной финансовой нагрузки и т. д.

Во взглядах на этическую оценку возможности аборта существуют два радикальных подхода: *консервативный* и *либеральный*. Консервативная точка зрения состоит в утверждении, что аборт никогда не может быть оправдан этически или что аборт допустим только при необходимости спасти жизнь беременной женщины. Либеральная точка зрения заключается в этической приемлемости аборта во всех случаях, то есть в любом периоде развития плода и независимо от причины. Сторонники третьей — *центристской* — позиции полагают, что аборт морально допустим до определенной стадии биологического развития плода и/или утверждают, что некоторые причины есть достаточным этическим основанием для проведения аборта, в то время как другие — нет.

В дискуссиях об этической приемлемости аборта важнейшим вопросом является определение *морального статуса плода*. Сказать, что плод обладает полным моральным статусом, значит утверждать, что он — объект всех моральных суждений в такой же мере, как и полностью сформированный индивидуум. В частности, признание полного морального статуса плода практически означает, что он имеет право на жизнь, которое следует рассматривать с той же серьезностью, как и право на жизнь любого другого человека. С другой стороны, сказать, что плод не обладает (существенным) моральным статусом, — значит утверждать, что он не имеет никаких прав, которые стоило бы обсуждать. В частности, такой подход отрицает существенное право на жизнь. Обычно консерваторы утверждают, что плод обладает всей полнотой морального статуса, а либералы настаивают, что он не имеет существенного морального ста-

туса; некоторые центристы оставляют за плодом частичный моральный статус.

Дискуссии о моральном статусе часто соотносятся с закономерностями онтогенеза и связаны с ответом на вопрос о том, с какого момента развития плода начинается человеческая жизнь. В таком контексте дискуссии человек обладает полным моральным статусом, в то время как «нечеловек» не имеет значимого морального статуса и, следовательно, понятие частичного морального статуса исключается. Центральная проблема состоит в том, чтобы определить различия между человеком и «нечеловеком», провести «разграничительную линию» между ними и достичь согласия в методологии таких действий. Консерваторы, как правило, считают, что разграничительная линия должна проводиться с момента зачатия как исключительно бесспорной точки отсчета. Против попыток проведения разграничительной линии, в связи с другими важными пунктами онтогенеза, такими как имплантация, шевеление, сердцебиение или рождение, выдвигается тот аргумент, что плод развивается непрерывно и невозможно найти какие-либо границы его онтогенеза. Консерваторы уверены, что линия не может обоснованно пройти через любой период непрерывного развития плода. Она будет постоянно смещаться до достижения пункта зачатия, где можно найти объективное обоснование начала человеческой жизни. Именно в результате зачатия возникает полный генетический код, в то время как его не существовало до зачатия.

Либеральная точка зрения на проведение разграничительной линии состоит в том, что плод не может рассматриваться как человеческое существо даже на самых поздних стадиях своего развития. Речь, конечно, не идет о том, что ставится под сомнение, является ли плод биологически плодом человека. Скорее утверждается, что плод не является человеком в каком-либо морально значимом отношении, то есть не имеет значимого морального статуса. «Разграничительная линия» сторонниками либеральных взглядов обычно проводится на уровне родов (а иногда и позднее). С либеральной точки зрения, плод не имеет больших прав на жизнь, чем клетки тканей и органов, которые удаляются во время какой-либо хирургической операции. С точки зрения консерваторов, полный моральный статус плода определяет такую же моральную недопустимость аборта (возможно, за исключением случаев спасения жизни матери), как и убийство человека.

В дискуссиях об этической стороне аборта уделяется самое пристальное внимание вопросам, которые имеют отношение к этапам развития плода. Методологически интересна попытка сопоставления закономерностей формирования плода, его сердца, головного мозга и высших отделов головного мозга с обретением им морального статуса и, следовательно, с обоснованием разной степени приемлемости аборта при различных сроках гестации. Теоретической основой целевой оценки этих этапов развития есть построение симметрии между *абортом* и известными

определениями смерти на основе смерти сердца, головного мозга или высших отделов головного мозга.

Важнейшим периодом онтогенеза является зачатие, когда сперматозоид соединяется с ооцитом и образуется одноклеточная зигота с полным генетическим кодом из 23 пар хромосом. В процессе деления одноклеточная зигота переходит в многоклеточную зиготу, которая продвигается по фаллопиевой трубе и затем постепенно имплантируется в стенку матки. Формально термин «зигота» сохраняется до времени полной имплантации — в течение 15 дней от момента зачатия. Затем до конца 11-й недели, в течение так называемого эмбрионального периода, происходит развитие органов и систем, а с начала 12-й недели до рождения — развитие плода. Уместно заметить, что термин «плод» часто употребляется в широком смысле для обозначения человеческого существа, которое еще не родилось, независимо от стадии внутриутробного развития. В развитии плода существуют очень важные моменты, которые занимают особое место в дискуссиях об этической приемлемости аборта. Формирование сердца завершается в 8-недельном гестационном возрасте, однако в полной мере функциональная способность этого органа формируется позднее. Имеется симметрия между сердечно-ориентированным определением смерти и этически приемлемыми сроками проведения аборта. Существует точка зрения об обретении плодом морального статуса в момент структурно-функционального формирования сердца. В Украине, как известно, аборт «по просьбе» выполняют не позднее 12 нед беременности.

Обычно в сроке гестации, который соответствует 18–20 нед, женщина начинает ощущать движения плода, которые терминологически обозначают как шевеление плода. В этом же сроке гестации начинает выслушиваться через брюшную стенку и стенку матки сердцебиение плода. Этики, которые полагают, что полный моральный статус плод приобретает с момента появления неврологической интеграционной способности, признают приемлемым аборт до этой стадии. Такой подход симметричен с определением смерти на основе смерти всего головного мозга.

Приблизительно к 22—24-й неделе гестации плод становится жизнеспособным. К этому периоду сформированы высшие отделы головного мозга. Сторонники точки зрения, согласно которой плод приобретает моральный статус с этого момента, полагают этически неприемлемым аборт позднее этого срока. Существует симметрия такого подхода с определением смерти на основе смерти высших отделов головного мозга.

Православная и Католическая Церкви, ислам, иудаизм, а также другие религиозные конфессии поддерживают консервативные взгляды на правомочность аборта. Они убежденные противники искусственного прерывания беременности. Согласно христианскому вероучению, момент зачатия — это и есть момент возникновения человеческой души. Поэтому сознательное уничтожение эмбриона, где бы оно ни происходило — в

материнской утробе или вне ее — есть грех убийства. Православная 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 — дар Божий, поэтому с момента зачатия всякое посягательство на жизнь будущей человеческой личности преступно. Широкое распространение и оправдание абортов в современном обществе Церковь рассматривает как угрозу будущему человечеству и явный признак моральной деградации. Верность библейскому 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 считает своим долгом выступать в защиту наиболее уязвимых и зависимых человеческих существ, какими есть нерожденные дети.

Католическая Церковь защищает достоинство и жизнь человека независимо от того, на какой стадии развития или в каком состоянии здоровья и сознания она находится. Еще Папа Павел VI в Энциклике “*Humanae vitae*” сказал: «Мы должны еще раз официально заявить: прямое прекращение уже начатого процесса развития ребенка в организме матери, прежде всего, прямой аборт — даже если его осуществляют для лечебных целей — есть недопустимый способ ограничения количества детей, и его следует абсолютно отвергнуть». Папа Иоанн Павел II в Энциклике “*Evangelium vitae*” указывает, что «аборт всегда есть тяжелым моральным проступком, так как он является намеренным убийством невинного человека». Доктор медицины, монсеньер Ж. Судо считает, что нераздельное единство человеческого духа и тела вынуждает нас признать, что начало телесной сферы человека означает начало самой человеческой личности.

Исламские богословы считают: пророк Мухаммед, говоря об основных стадиях развития эмбриона в утробе матери, упомянул, что по истечении 120 дней Господь ниспосылает ангела, который вдыхает душу в формирующегося младенца. На основе этого исламские богословы считают возможным аборт до наступления этого срока в случае крайней необходимости.

По мнению богословов-иудаистов, душа вселяется в зародыш на 40-й день после зачатия. До этого эмбрион — не более, чем просто клетка или конгломерат клеток. Тем не менее, иудаисты считают, что аборт есть умышленное убийство.

Наиболее либеральный взгляд на аборты выражали лидеры феминистского движения. В 1916 г. Маргарет Зангер основала Лигу по контролю рождаемости (*Birth Control League*). Известная как лидер феминистского движения Америки, она утверждала: «Контроль рождаемости — это

не более, чем прополка человеческих сорняков методом предотвращения рождения дефективных людей или тех, кто может стать дефективными». К «дефективным» М. Зангер относила не только умственно отсталых, но и небелое население, и просто бедных. В 1952 г. М. Зангер основала Международную федерацию планирования семьи (МФПС), координирующую деятельность национальных организаций по предотвращению деторождения. По мнению МФПС, женщина имеет право на свободный ответственный выбор в отношении того, вынашивать ли ей зачатый плод или аборттировать его.

Одна из первых активисток движения за право женщины на аборт А. Дэвис сказала: «Какие бы права женщинам не предоставляли — голосовать на выборах, получать образование и т. д. — все это ничего не стоит, если у нас нет права распоряжаться собственным телом и контролировать то, что с нами происходит, если нашу судьбу могут изменить те, от кого мы можем забеременеть в силу случайности, обмана или применения силы». Эксперты МФПС отмечают: «Для всех европейских стран путь их развития должен проходить не через ограничение репродуктивного выбора, а, напротив, через его расширение». Идеологи МФПС говорят о «двойной стратегии»: в современном обществе женщина должна иметь доступ к сексуальному просвещению, у нее должен быть выбор средств регулирования фертильности. Однако при наличии этих возможностей ей также должен быть доступен безопасный и легальный аборт.

Консервативные и либеральные взгляды представляют собой два полюса в спектре этических взглядов на аборт. Центристская точка зрения на аборт, в отличие от полярных мнений, не сводится ни к интенсивному осуждению, ни к бескомпромиссной защите практики медицинского аборта. Центристы считают, что некоторые аборты морально оправданы, а некоторые — морально неприемлемы. Согласно одним центристским взглядам на аборт стадия развития плода — важный фактор в моральном анализе, другим — существенно значимым является рассмотрение причины, по которой выполняется аборт.

Обычно центристский анализ этической приемлемости аборта предлагает учет как стадии, так и причины прерывания беременности. Практика прерывания беременности — составная часть *социальной политики*. Этическая оценка аборта проводится как приверженцами партии «право на жизнь», так и сторонниками партии «право на выбор». В дискуссиях иногда обсуждается способ выполнения аборта. В первом триместре беременности аборт проводится следующими методами: 1) выскабливания внутренней стенки полости матки после расширения шейки матки; 2) вакуумной аспирацией; 3) мануальной вакуумной аспирацией под контролем ультразвукографии. Неоднозначную этическую оценку получила теория и практика прерывания беременности в ранние сроки на основе применения химических средств. Так, причиной серьезных этических дебатов стала разработка во Франции препарата RU 486 (мифепри-

стон) как «абортивной пилюли». Другим важным методом химического прерывания ранней беременности стало использование метотрексата с целью подавления деления клеток плода. Новая технология предполагает сочетание химического средства с препаратами, которые индуцируют сокращение миометрия. Сторонники либерального подхода к проведению абортов рассматривают использование химического метода как легальную, приватную, нехирургическую форму аборта, такое прерывание беременности, на которую каждая женщина имеет моральное право. Сторонники консервативных взглядов на аборт категорически против легальной доступности химических препаратов. Они квалифицируют метод как «химическую войну с нерожденными» и относятся к применяемым химическим средствам как к «человеческим пестицидам».

Аборт после первого триместра беременности выполняется такими методами: 1) дилатации и эвакуации; 2) индуктивными технологиями (введение в околоплодную жидкость солевого раствора, назначение простагландинов); 3) гистеротомии.

После разработки методов пренатальной диагностики с помощью амниоцентеза, исследования ворсинок хориона и ультрасонографии возникла новая этическая проблема, связанная с медицинской практикой, которая находит применение в случае выявления генетической или хромосомной патологии у плода. Суть проблемы состоит в обосновании этической приемлемости селективного (генетического) аборта.

Мораль и репродуктивный риск — важный раздел современной биомедицинской этики. Существует точка зрения, согласно которой репродукция при высоком генетическом риске должна считаться морально неоправданной. В то же время возможность проведения селективного аборта уменьшает риск серьезного генетического заболевания.

Другой этической проблемой, которая связана с репродукцией в условиях высокого генетического риска, является вопрос об оправданности использования принудительных мер для достижения социального контроля над индивидуальными репродуктивными решениями. Одно дело сказать, что определенный репродуктивный выбор аморален, и другое дело утверждать, что принудительные меры контроля репродуктивного выбора морально оправданы. Такой принципиальный контроль, как стерилизация или обязательный амниоцентез с последующим абортом, в большинстве этических дискуссий отвергаются как действия, которые нарушают фундаментальные права человека. Обязательные скринирующие программы для идентификации носителей генетической патологии среди других принудительных мер менее инвазивны, однако также получают неоднозначную оценку специалистов в области биомедицинской этики.

Аборт принадлежит к числу старейших юридических проблем. К нему неоднозначно относились в древнем мире. Хотя в «Клятве Гиппократа» говорится о запрете прерывания беременности («Я... не вручу никакой

женщине абортивного пессария»), в то же время Аристотель считал аборт допустимым средством регулирования рождаемости и дозволенным, пока в зародыше не сформировалась «чувствительность» и «двигательная активность». В Древнем Риме аборт широко практиковался; юридический статус зародыша трактовался как часть тела матери (*pars viscerum*), поэтому женщина не подвергалась наказанию за умерщвление плода или изгнание его из утробы. Но когда Римская империя стала нуждаться в солдатах для захвата чужих земель и увеличения числа рабов, эмбрион (*nasciturus* — «имеющий родиться») стали наделять некоторыми гражданскими правами, а искусственный аборт стал трактоваться как преступление.

Возникновение христианства привело к осознанию ценности эмбриона. В эпоху раннего христианства аборт отождествляется с убийством человека. Согласно христианской концепции истребление плода лишает его благодати будущего крещения и является тяжким грехом.

В средние века почти во всех европейских странах выполнение аборта влекло за собой уголовное преследование как врача, так и женщины и каралось смертной казнью, тюремным заключением и каторжными работами. В XIX в. аборты были законодательно запрещены в США во всех случаях, кроме тех, когда речь шла о спасении жизни женщины. Этическая проблема выполнения аборта по медицинским показаниям актуализировалась по мере развития общества и медицины.

В Российской империи XIX в. законодательно различались разрешенный искусственный аборт, выполняемый врачом для спасения жизни женщины и аборт, производимый самой женщиной или каким-либо посторонним лицом с преступной целью прекращения беременности. Принадлежность лица, производящего криминальный аборт, к медицинской профессии (сюда относились и повивальные бабки) считалось отягчающим обстоятельством.

Советская Россия была первым государством, которое в 1920 г. легализовало «аборт по просьбе», однако уже в 1924 г. органы здравоохранения создают «абортные комиссии», которые выдавали разрешение на бесплатный аборт, применяя при этом классовый подход. В 1936 г. в СССР было принято Постановление, запрещающее аборты. Это изменение политики было связано как с демографическим фактором (снижение численности населения), так и с идеологией. Разрешение абортов как бы противоречило утверждениям официальной пропаганды о постоянном росте благосостояния трудящихся. Рост числа криминальных абортов в послевоенные годы привел к изменению политики в отношении абортов. В 1955 г. в СССР был принят Указ «Об отмене запрещения абортов». Этим юридическим документом были легализованы «аборты по просьбе», которые имели право выполнять лица со специальным медицинским образованием, при сроке беременности до 12 нед и только в больничных условиях. Поскольку альтернативные абортные способы и методы контро-

ля рождаемости не получили в СССР широкого распространения, количество искусственных абортов в 60–80-е годы неуклонно росло. В 1987 г. МЗ СССР был издан приказ № 1342 о прерывании беременности по социальным показаниям. Этот документ разрешал — по желанию женщины — прервать беременность при большом сроке, если документально подтверждались такие обстоятельства, как развод во время беременности, многодетность (более 5 детей), то есть законодательство об аборте становилось все более либеральным.

Законодательства различных стран по-разному относятся к аборту. В европейских странах выделяют четыре типа законов об аборте.

1. Либеральные законы разрешают «аборт по просьбе» (в небольшой группе стран).

2. Довольно свободные законы разрешают аборт по многочисленным медицинским и социальным показаниям (Англия, Венгрия, Исландия, Кипр, Люксембург, Финляндия).

3. Довольно строгие законы разрешают аборт лишь при некоторых обстоятельствах: угроза физическому или психическому здоровью женщины, incurable дефекты плода, изнасилование и инцест (Испания, Португалия, Польша, Швейцария).

4. Консервативные законы или вообще запрещают аборт или разрешают их в исключительных случаях, когда беременность представляет непосредственную угрозу для жизни женщины (Северная Ирландия, Мальта).

По данным мировой статистики, в 98 % стран аборт разрешен в целях спасения жизни женщины, в 62 % — в целях сохранения ее физического и психического здоровья, в 42 % — в случаях беременности после изнасилования или инцеста, в 40 % — по причине дефектности плода, в 29 % — по экономическим и социальным причинам, в 21 % — по просьбе.

В XX в. вопрос о контроле рождаемости стал рассматриваться более широко, нежели вопрос об аборте. Это связано с развитием понятий «репродуктивные права», «репродуктивный выбор», «репродуктивное здоровье», «контрацепция», «планирование семьи».

Репродуктивный выбор — проявление моральной автономии личности в вопросах сексуальности и деторождения. В первую очередь речь идет о сознательном и ответственном отношении личности к этим вопросам. Репродуктивные права призваны создать социальные предпосылки для обеспечения репродуктивного здоровья. Они нашли отражение во многих международных документах по правам человека и национальных законодательствах. Важнейшее из репродуктивных прав — охраняемое государством право иметь и сохранять репродуктивное здоровье. Это право становится реальным лишь при доступности для женщин и мужчин всех современных средств планирования семьи. Безусловно, аборт — это один из худших методов планирования семьи, поскольку он сопряжен с высоким риском осложнений, с утратой здоровья в целом и репродуктивного здоровья в частности.

В современном обществе признанной альтернативой практике широкого применения аборт является концепция планирования семьи. Морально-этические проблемы использования современных контрацептивов в общей концепции планирования семьи изложены в Декларации Всемирной медицинской ассамблеи «Заявление о праве женщины на использование контрацепции», принятой 46-й Всемирной медицинской ассамблеей (Стокгольм, Швеция, 1994). Планирование семьи понимается как идея «свободного и ответственного родительства», т. е. такие виды деятельности, которые помогают отдельным лицам и супружеским парам достичь определенных репродуктивных результатов: предотвратить нежелательную беременность, родить желанных детей, регулировать перерывы между беременностями, контролировать выбор времени рождения ребенка в зависимости от возраста родителей и других факторов, определить количество детей в семье. Это понятие включает в себя информацию о путях достижения этих целей, обеспечение сознательного выбора, возможность воспользоваться всем спектром безопасных и эффективных методов. Планирование семьи может включать в себя целый ряд мероприятий, начиная с планирования рождения детей и лечения бесплодия, заканчивая половым воспитанием, консультированием по вопросам семейной жизни и, в том числе, по генетическим вопросам.

Следует отметить, что различные религиозные конфессии осуждают искусственные способы контроля над рождаемостью. Они рассматривают контрацепцию как фундаментальный инструмент сексуальной аморальности, «сексуального освобождения». Такая контрацептивная сексуальность отвергает творческую силу Бога в Его даре новой человеческой жизни. Контрацептивная сексуальность открывает путь для одобрения любого вида сексуального поведения, подрывает целомудрие молодежи.

Лучшая альтернатива, по мнению Церкви, — это воздержание до брака. Преимущества такого поведения заключаются в избежании риска венерических заболеваний и ВИЧ-инфекции/СПИДа, неожиданной беременности. По мнению священнослужителей, принятие детей в браке приносит целый ряд моральных и медицинских преимуществ. Чем больше детей, тем крепче семья, меньше риск появления у женщины злокачественных новообразований молочной железы, матки и яичников. Тем не менее, для супружеских пар может быть приемлемым естественное планирование семьи, методы которого основаны на наблюдении за физиологическими признаками фертильности (возможности оплодотворения) и инфертильности (когда оплодотворение маловероятно) на протяжении фаз менструального цикла. Регулирование половой жизни заключается в воздержании от половых сношений в период овуляции и в течение нескольких дней после предполагаемого срока разрыва зрелого фолликула, когда зачатие наиболее возможно. Предполагаемый срок овуляции можно рассчитывать по календарю, исходя из знания продолжительности мен-

струального цикла, или на основании измерения базальной температуры тела, или изучения характера слизи, выделяющейся из шейки матки. Естественные методы контроля над рождаемостью не являются контрацептивными и abortивными.

Анализ современной демографической ситуации в Украине к 2000 г. показал, что страна находится в состоянии глубокого демографического кризиса, который характеризуется сокращением популяции, старением населения и уменьшением средней продолжительности жизни. Это продиктовало необходимость принятия Национальной программы «Репродуктивное здоровье 2000» на 2000–2005 гг. Цель Программы — улучшение репродуктивного здоровья украинского народа, демографической и социально-экономической ситуации в государстве. Мероприятия, предусмотренные Программой, направлены на дальнейшее содействие формированию здорового образа жизни, ответственного отношения государства, общества и каждого гражданина к репродуктивному здоровью как одной из важных составных здоровья нации в целом. Улучшению состояния репродуктивного здоровья, внедрению современных стратегий планирования семьи и реализации мероприятий активной демографической политики в Украине должны способствовать усовершенствование действующей нормативно-правовой базы, оптимизация комплекса медицинских услуг, их ориентация на профилактику заболеваний, осуществление просветительской деятельности и информационной кампании, направленной на широкие слои населения. В настоящее время частота abortов в Украине есть одной из высочайших в мире (в 1996 г. — 56 на 1000 женщин фертильного возраста). По данным социологического опроса «Здоровье-1996», такими средствами контрацепции, как внутриматочные спирали и презервативы, пользуются 23,9 и 19,9 % женщин соответственно. Естественный метод контрацепции используют 19,8 % женщин, оральные контрацептивы — лишь 5 %. Инъекционные имплантаты почти не используются (0,1 % женщин). Опрос свидетельствует, что 11 % женщин вообще не желают пользоваться любыми контрацептивами. Среди опрошенных наиболее удобными и надежными средствами считают спирали (37,1 %), презервативы (22,3 %), естественный метод (15 %). Оральным контрацептивам отдают предпочтение лишь около 8 % опрошенных женщин. Почти треть опрошенных мужчин считают за лучшее не применять никаких контрацептивов (29,9 %), 21,1 % отдают предпочтение спирали и 17,9 % — презервативам.

В Украине существует право на легальный безопасный abort и ответственность за незаконное проведение abortа. В соответствии со статьей 50 «Основ законодательства Украины о здравоохранении», операция искусственного прерывания беременности (abort) может быть проведена по желанию женщины в аккредитованных учреждениях здравоохранения при беременности сроком не больше 12 нед. Abort при беременности от 12 до 28 нед по социальным и медицинскими показаниями

может быть сделан в отдельных случаях и в порядке, устанавливаемом Кабинетом Министров Украины.

Для выполнения этих положений Министерство здравоохранения своим приказом от 28 июня 1994 г. утвердило Инструкции о порядке проведения операции искусственного прерывания беременности и о порядке проведения искусственного прерывания беременности ранних сроков методом вакуум-аспирации. Искусственное прерывание беременности может осуществляться исключительно в аккредитованном медицинском учреждении и исключительно врачом акушером-гинекологом, с обязательным обезболиванием. Искусственное прерывание беременности у несовершеннолетних (в возрасте до 18 лет) проводится с согласия родителей или других законных представителей. Согласно постановлению Кабинета Министров от 12 ноября 1993 г. № 926, установлен порядок искусственного прерывания беременности от 12 до 28 нед; определены медицинские (целый ряд тяжелых инфекционных, соматических и психических заболеваний, на фоне которых возникла беременность) и социальные показания (наличие трех и больше детей, развод во время беременности, смерть мужа во время беременности жены, беременность вследствие изнасилования, пребывание женщины или ее мужа в местах лишения свободы, лишение женщины родительских прав; наличие у женщины ребенка-инвалида; тяжелое заболевание или травма мужа, которые обусловили его инвалидность во время беременности жены) к аборту в таком сроке. Искусственное прерывание беременности от 12 до 28 нед может проводиться и при наличии у женщины других заболеваний, не внесенных в перечень, утвержденный данным постановлением Правительства, если на их фоне продолжение беременности и роды представляют угрозу для здоровья или жизни беременной. Искусственное прерывание беременности от 12 до 28 нед проводится с соблюдением требований статьи 43 Основ законодательства Украины о здравоохранении относительно согласия объективно осведомленного дееспособного пациента на медицинское вмешательство. Согласия пациентки или её законных представителей на вмешательство не требуется в неотложных случаях, если есть угроза жизни женщины.

В настоящее время в Украине идет процесс изменения законодательной и регламентирующей базы, приведение ее в соответствие норм и стандартов Европейского Союза и ВОЗ, согласно которым, границей жизнеспособности плода являются 22 нед гестации.

Законодательством Украины предусмотрена ответственность за незаконное проведение аборта. Аборт, проведенный врачом, рассматривается незаконным в случае:

- наличия медицинских противопоказаний для проведения аборта независимо от срока беременности;
- проведения аборта вне специального аккредитованного учреждения здравоохранения;

— выполнение аборта без соответствующего документального оформления;

— если аборт проведен неразрешенными или запрещенными способами;

— при беременности от 12 до 28 нед, если отсутствуют социальные и медицинские показания, при наличии которых разрешается искусственное прерывание беременности в такие сроки;

— при беременности свыше 28 нед, если ее прерывание не обусловлено состоянием крайней необходимости.

Кроме того, предусмотрено наказание за проведение аборта лицом, которое не имеет специального медицинского образования и за незаконное проведение аборта, что послужило причиной продолжительного расстройства здоровья или смерти.

В настоящее время в Украине обсуждается законопроект «О репродуктивных правах и гарантиях их осуществления». Этот закон закрепит репродуктивные права граждан Украины, раскроет их содержание и предоставит гарантии их осуществления, исходя из приоритета прав и свобод человека и гражданина. Положения этого закона обеспечат конституционные права человека и гражданина на неприкосновенность частной жизни, личной и семейной тайны и гарантии невмешательства государства в вопросах планирования семьи. Устанавливаются обязанности органов государственной власти и местного самоуправления относительно обеспечения гарантий по осуществлению и охране физическими лицами репродуктивного здоровья и создается правовая основа для получения ими услуг по планированию семьи, свободному осуществлению своих репродуктивных прав.

Глава 2

БИОЭТИЧЕСКИЕ КОНФЛИКТЫ МЕЖДУ МАТЕРЬЮ И ПЛОДОМ

Имеет ли беременная женщина, которая приняла решение стать матерью, моральные обязательства изменить жизнь таким образом, чтобы сделать минимальной возможность рождения ее ребенка больным? Вполне очевидно, что образ жизни и поведение беременной женщины могут иметь негативное влияние на благополучие плода. Например, повреждающим действием на плод обладают несбалансированное питание, курение, употребление алкоголя, наркотиков. Дополнительный риск создают экстрагенитальные и генитальные заболевания матери. Так, например, существует высокая вероятность поражения плода в тех случаях, когда больная сахарным диабетом женщина во время беременности не осуществляет тщательный контроль уровня глюкозы в крови.

Если беременная женщина проявляет готовность к модификации образа жизни во время беременности и неудобствам, которые с этим связаны, будет ли она также морально обязанной подвергнуться каким-либо инвазивным медицинским манипуляциям во имя благополучия плода? Например, если она будет информирована врачом о необходимости кесарева сечения в связи с показаниями со стороны плода, то существует ли для нее моральный долг согласиться на операцию, испытать боль и риск, связанные с вмешательством? В другой клинической ситуации врач может сообщить женщине, что имеются показания для внутриутробной операции с целью улучшения медицинского состояния плода. Безусловно, решение зависит от эффективности медицинской технологии, величины риска для беременной и степени ее необходимости для плода. Однако допустим, что в конкретном случае врач убежден, что женщина ведет себя морально неприемлемо. Если предоставление дополнительной информации и разъяснение не приводят к согласию женщины на медицинскую манипуляцию, которая, как предполагается, необходима плоду, следует ли убеждать женщину, нарушая при этом принципы уважения автономии? Если попытки убедить принять верное решение также не принесут результата, возможно ли принуждение?

Моральное обязательство беременной женщины избегать причинения вреда плоду как «еще не рожденному ребенку» должно быть сбалансировано по отношению ко множеству других моральных обстоятельств, которые составляют моральное содержание ее жизни. В любом случае

будет существовать моральная дилемма у врача, который полагает, что беременная женщина не действует в интересах плода.

Сложные биоэтической проблемы обсуждаются в контексте критических ситуаций во взаимоотношениях матери и ее плода. Так, например, в случае конфликта между жизнью матери и плода возникает проблема аборта, который называется терапевтическим. Сторонники терапевтического аборта считают его допустимым, поскольку этически дозволено сделать доброе дело (спасти жизнь матери), даже если это имеет негативное последствие, которое не преследуется само по себе (смерть плода). Но противники терапевтического аборта возражают: «*non sunt facienda mala ut veniant bona*» («нельзя творить зло, из которого бы выходило добро»).

Медицинские показания к терапевтическому абарту изменяются по мере развития медицины. Показания, описанные в трактатах классической медицины, почти утратили свою силу, поскольку современная медицина может стабилизировать и успешно лечить многие болезни. Туберкулез легких, кардиопатии и другие заболевания сердечно-сосудистой системы, эклампсия, гематологические заболевания, заболевания почек, печени и поджелудочной железы, тяжелые формы миастении, опухоли когда-то были показаниями к терапевтическому абарту. В настоящее время случаи, при которых действительно необходимо прерывание беременности, встречаются редко. Ситуация, при которой продолжение беременности с одной стороны угрожает жизни матери, а с другой — не гарантирует спасения ребенка, в то время как аборт может сохранить жизнь матери, определяется как «принцип второстепенности плода». В этом случае аборт есть не что иное, как ускорение его смерти с целью спасения жизни матери.

В том случае, когда смерть матери неминуема, предпринимается попытка спасения плода (например, для спасения жизни ребенка умирающей женщине проводят кесарево сечение). Это называют «принципом второстепенности матери».

Если объединить оба эти принципа, то в каждом конкретном случае этически правильно оценить возможность помощи матери и ребенку в виде единой задачи. При этом, даже если полный успех маловероятен, надо стараться достичь максимально возможного. При невозможности спасения и матери, и ребенка избирается то, что более вероятно.

Развитие перинатальной медицины привело к возникновению новых этических проблем. В настоящее время стали широко доступны методы пренатальной диагностики пола ребенка, ряда наследственных и врожденных заболеваний. Применение таких методов позволяет предотвратить рождение неизлечимо больных детей. Однако такой подход к прерыванию беременности из-за неполноценности плода зачастую называют евгеническим абартом.

Выявление плода с тяжелыми наследственными и врожденными заболеваниями и прерывание такой беременности предотвращает тяготы жиз-

ни инвалидов и уменьшает психологическую и экономическую нагрузку на семью и общество. Развитие медико-генетических методов диагностики и лечения может способствовать предотвращению тяжелых болезней и облегчению страданий многих людей. В то же время многие религиозные и общественные деятели отмечают двойственный характер методов пренатальной (дородовой) диагностики наследственных заболеваний на ранних стадиях внутриутробного развития. Отмечается, что 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 заболеваний 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. Ж. Судо считает, что, с этической точки зрения, какая-либо неполноценность ничего не изменяет в онтологической сущности будущего ребенка — он так же, как и всякий инвалид из-за своего недуга не исключается из общества, но, наоборот, требует от него большей помощи и защиты. Евгенический аборт осуждается религиозными конфессиями как одна из разновидностей «преднамеренного убийства». С юридических позиций, евгенический аборт также не может быть оправдан прежде всего потому, что международные нормы гарантируют соблюдение прав неполноценных детей. Так, в «Конвенции о правах ребенка» признается право неполноценного ребенка на особую заботу. Кроме того, неполноценные лица — как взрослые, так и дети — пользуются равными правами с прочими людьми. Об этом свидетельствуют «Декларация о правах инвалидов» Генеральной Ассамблеи ООН (1975) и «Декларация о правах умственно отсталых лиц» (1971), согласно которым инвалиды и умственно отсталые лица имеют те же права, что и другие люди.

Евгеника (от греч. *eugens* — «породистый») — термин, введенный Ф. Гальтоном (1883), обозначает научную и практическую деятельность по выведению улучшенных сортов культурных растений и пород домашних животных, а также по охране и улучшению наследственности человека. Со временем это слово стало применяться именно в последнем смысле. Евгенику определяют как «социальное управление эволюцией человека». Различают позитивную и негативную евгенику. Цель позитивной евгеники — увеличение воспроизводства индивидов с признаками, которые могут рассматриваться как ценные для общества, — такими, как высокий интеллект и хорошее физическое развитие или биологическая приспособленность. Негативная евгеника стремится уменьшить воспроизводство тех, кого можно считать недоразвитыми умственно или физи-

чески или развитыми ниже среднего. В последние десятилетия многие из основных предпосылок евгеники были научно дискредитированы, и евгеническое движение потеряло свое влияние как общественная сила. В то же время, благодаря современным достижениям медико-биологических наук и технологий, некоторые цели евгеники были частично трансформированы и достигнуты. Например, медико-генетическое консультирование оказывает помощь будущим родителям, если есть причины опасаться, что их ребенок унаследует тяжелое наследственное заболевание. Оценив степень риска, супруги могут принять решение относительно наступления, продолжения или прерывания беременности. Безусловно, отсутствие значительных физических и умственных дефектов и наличие крепкого здоровья у потомства — достойные цели, которые ставят перед собой медицинская наука и практика.

Ранняя диагностика пола ребенка широко применяется в медицинской практике для предотвращения рождения детей с X-сцепленными наследственными заболеваниями. Однако использование этого достижения медицины для того, чтобы родители могли свободно определять по желанию пол будущего ребенка, может привести к катастрофическим последствиям для человечества. Это связано с тем, что для большинства народов характерно отдавать предпочтение детям мужского пола. Возможность свободной диагностики пола будущего ребенка в ранних сроках беременности создаст угрозу дискриминации плодов женского пола. Таким подходам нужно создавать юридические преграды.

Право распоряжаться своей судьбой — закономерный социально-исторический процесс, одна из ведущих тенденций современности. Наивно полагать, что современная цивилизованная женщина откажется от права планирования семьи и рождения здорового ребенка и займет позицию полной покорности: «как Бог даст». Современная медицина должна отстаивать идеи справедливости, равенства людей, ценности их жизни, здоровья и гуманизма. Развитие медицинской науки следует оценивать с точки зрения морали и здравого смысла.

Глава 3

БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НОВЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Новые репродуктивные технологии внесли важный вклад в решение проблемы бесплодия, однако поставили перед обществом чрезвычайно важные и сложные в этическом отношении проблемы. Понятие «репродуктивные технологии» введено для обозначения возможности проведения манипуляций с целью замены различных этапов естественного процесса репродукции, важнейшие из которых — половой акт, трубное оплодотворение, имплантация в матку и последующая внутриматочная гестация.

Искусственное (вспомогательное) оплодотворение представляет собой процедуру, которая заменяет половой акт как средство достижения внутритрубного оплодотворения. Искусственное осеменение в течение длительного времени используется для преодоления мужского бесплодия путем использования спермы мужа или донора. Сперма донора может быть использована в случаях, когда муж обладает неполноценной спермой или является носителем наследственных заболеваний. Этическую проблему представляет использование искусственного осеменения спермой донора для добровольного достижения целей позитивной евгеники. Сторонники этой технологии предлагают создавать банки спермы мужчин, «выдающихся» в различных аспектах. Супружеские пары могут воспользоваться желаемой спермой для искусственного осеменения жены. Иной этической проблемой искусственного оплодотворения с использованием спермы донора есть возможность применения метода незамужними женщинами. Однако наибольшие этические противоречия вызывает использование искусственного осеменения в контексте суррогатного материнства. Так называемая суррогатная мать соглашается на искусственное осеменение спермой мужа для того, чтобы выносить ребенка для супружеской пары.

Оплодотворение in vitro состоит в том, что сперма мужа (или донора) соединяется в лаборатории с яйцеклеткой жены (или донора), полученной у женщины с помощью лапароскопии. После лабораторного оплодотворения зародыш культивируется до 8-клеточной стадии и переносится в матку для имплантации. Эта репродуктивная технология очень сложная и частота позитивных результатов не может считаться приемлемо высокой. Важным шагом в техническом усовершенствовании методики стал

отбор нескольких (до 10) яйцеклеток, их оплодотворение и замораживание эмбрионов на 8-клеточной стадии. В дальнейшем они в нужный момент поочередно размораживаются и используются в течение нескольких месяцев до достижения успешной имплантации. Этически сложным является вопрос о том, как поступить с «лишними» эмбрионами. К сожалению, замораживание неоплодотворенной яйцеклетки — более сложная техническая задача. Технология оплодотворения *in vitro* в сочетании с переносом эмбриона используется для терапии бесплодия, например, в связи с обструкцией фаллопиевых труб.

Репродуктивная технология оплодотворения *in vitro* с последующим переносом зародыша в матку заменяет не только половой акт, но и трубное оплодотворение. Однако есть возможность замены в будущем и других этапов естественной репродукции человека — имплантации и внутриматочной гестации. Не существует технических препятствий для решения задачи полной искусственной гестации внутри пространства искусственной матки. Такая перспектива сама по себе несет этические проблемы, особенно с позиции религиозных этиков. ***Искусственная гестация, или эктогенез***, в совокупности с предшествующим оплодотворением *in vitro* смогут составить систему репродуктивной технологии, в которой эффективно заменен каждый элемент процесса естественной репродукции.

При использовании так называемого ***внутрифаллопиева переноса гамет*** успешные результаты достигаются чаще, чем при лечении бесплодия методом оплодотворения *in vitro* в сочетании с переносом эмбриона. Яйцеклетки помещаются вместе со сперматозоидами в фаллопиеву трубу (или трубы), где в естественных условиях (*in vivo*) и происходит оплодотворение. К сожалению, приходится принимать во внимание повышенный риск внематочной беременности.

Улучшение результатов лечения бесплодия отмечается также при использовании новой репродуктивной технологии — ***внутрифаллопиевый перенос зиготы***. Суть метода состоит в том, что в фаллопиеву трубу помещается одноклеточная зигота, которая получается путем лабораторного оплодотворения *in vitro*.

В 1992 г. была разработана репродуктивная технология ***интрацитоплазматической инъекции сперматозоида***, которая получила широкое распространение в клинической практике. Для достижения оплодотворения в лабораторных условиях единственный сперматозоид инъецируется в яйцеклетку. Метод направлен на преодоление мужского бесплодия. Даже мужчина с очень низким числом сперматозоидов в семени может при использовании данной репродуктивной технологии стать биологическим отцом. Это позволяет супружеской паре избежать этических и психологических проблем, связанных с использованием спермы донора.

Важной модификацией технологии оплодотворения *in vitro* является ***предимплантационная генетическая диагностика***. Она состоит в том, что

эмбрионы, полученные путем лабораторного оплодотворения *in vitro*, перед имплантацией исследуются на наличие хромосомных и молекулярных наследственных заболеваний. Супружеские пары, у которых имеется риск трансмиссии генетических заболеваний, при использовании технологии оплодотворения *in vitro* в комбинации с передимплантационной генетической диагностикой устраняют этические и психологические проблемы селективного аборта на основе стандартных методов пренатальной диагностики.

Существует репродуктивная технология, которая может быть приемлема в ситуации бесплодия женщины, у которой яичники отсутствуют или функционально неполноценны. Если матка функционирует нормально, то возможно оплодотворение донорской яйцеклетки сперматозоидом мужа *in vitro* с ее последующим переносом в полость матки жены для имплантации и гестации. В данном случае муж — генетический отец ребенка.

Возможна иная ситуация: у женщины функционируют яичники, однако матка неполноценна или отсутствует. В таком случае репродуктивная технология может позволить женщине стать генетической (но не гестационной) матерью путем использования *суррогатного материнства*. Методом оплодотворения *in vitro* осуществляется слияние яйцеклетки жены и сперматозоида мужа. После этого эмбрион переносится в матку суррогатной матери, которая согласилась выносить ребенка для супружеской пары. Суррогатная мать будет ребенку матерью гестационной, но не генетической.

Все перечисленные репродуктивные технологии сопряжены со множеством этических проблем, некоторые из которых уже были упомянуты или обсуждены.

Бесплодие в семье наносит людям серьезную психическую травму. Многие пациенты, обращающиеся за медицинской помощью, воспринимают сложившуюся в их семье ситуацию как кару, по их мнению, в большинстве случаев — незаслуженную. Следует ли врачу брать на себя ответственность за создание беременности и последующее ее ведение до родов — один из основных вопросов биоэтики прокреации. С одной стороны, современная медицина, как правило, вполне способна справиться с этими задачами, а с другой — медики должны быть уверены в том, что дети, родившиеся в результате экстракорпорального (*in vitro*) оплодотворения, не будут отличаться от детей, зачатых естественным способом.

Всемирная медицинская ассоциация положительно отнеслась к новым репродуктивным технологиям, так как они служат благородной цели — лечению бесплодия и предоставлению права супругам, лишенным возможности производить потомство, завести детей. В 1987 г. в Мадриде было принято «Заявление об искусственном оплодотворении и трансплантации эмбрионов», в котором указывалось, что репродуктивные техно-

логии этически оправданы при бесплодии, неподдающемся медикаментозному и хирургическому лечению, особенно в случаях иммунологической несовместимости, непреодолимых препятствий для слияния мужской и женской гамет, бесплодия по неизвестным причинам. Отмечено, что действия врача должны осуществляться только на основе добровольного информированного согласия пациентов, соответствовать всем подзаконным и этическим нормам. Пациенты имеют такое же, как и при другом виде лечения, право на соблюдение тайны и невмешательство в личную жизнь, определение судьбы яйцеклеток, которые не будут немедленно использованы для лечения бесплодия (уничтожены, подвергнуты криоконсервации с целью сохранения в замороженном виде, оплодотворены и подвергнуты криоконсервации). Должно быть обеспечено невмешательство в процесс выбора пола зародыша, кроме случаев передачи сцепленных с полом генетических заболеваний. Отвергается любой коммерческий подход, при котором яйцеклетки становятся предметом купли-продажи, оговорена этичность отказа врача от подобных манипуляций в соответствии с его убеждениями. Особое место занимает проблема выбора донора спермы, его анонимности, прав и обязанностей. Регламентируются следующие условия: донорами могут быть только мужчины, имеющие детей, искусственная инсеминация проводится только по медицинским показаниям и только для гетеросексуальных пар, все доноры обследуются на наличие заболеваний, передающихся половым путем.

Новые репродуктивные технологии во многих случаях позволяют преодолеть недуг бесплодия. В то же время расширяющееся технологическое вмешательство в процесс зарождения человеческой жизни, по мнению различных религиозных конфессий, представляет угрозу для духовной целостности и физического здоровья личности.

Статья 48 «Основ законодательства Украины о здравоохранении» гласит: «Применение искусственного оплодотворения и имплантации эмбриона осуществляется в соответствии с условиями и порядком, установленными Министерством здравоохранения Украины, по просьбе дееспособной женщины, с которой проводится такое действие, при условии наличия письменного согласия супруга, обеспечения анонимности донора и сохранения врачебной тайны. Раскрытие анонимности донора может быть осуществлено в порядке, предусмотренном законодательством».

Основываясь на собственных наблюдениях, мы считаем, что в большинстве случаев лечение бесплодия, в том числе и с помощью репродуктивных технологий, абсолютно оправдано. Как правило, при бесплодии за помощью обращаются люди позднего репродуктивного возраста. Следует учитывать, что женщины крайне редко сразу обращаются к репродуктивным технологиям; они годами лечатся от бесплодия другими способами, и только тогда, когда лечение не приводит к результатам, обращаются к репродуктивным технологиям. Как правило, средний возраст

женщин, обращающихся к вспомогательному оплодотворению, составляет в Украине 36,4 года (В. М. Запорожан, 2001).

Современный уровень развития медицины позволяет создавать и поддерживать беременность вплоть до родов даже у женщин в менопаузе. Конечно, родителям решать, рожать ли детей в их возрасте. Учитывая среднюю продолжительность жизни, нет гарантий, что родители смогут вырастить своего ребенка до взрослого возраста. С другой стороны, имеет ли право врач отказать в помощи женщине в возрасте, потерявшей своих детей, например, в результате несчастного случая? Возможно ли отказать пожилой женщине в донации ооцита, если она хочет иметь ребенка от нового супруга? В этих случаях отказ от донации равносителен отказу от проведения лечения. Имеет ли врач на это право? Не нарушает ли он при этом права пациента? Безусловно, возраст женщин, которые прибегают к репродуктивным технологиям, необходимо лимитировать. По-видимому, следует учитывать среднюю продолжительность жизни в каждой конкретной стране. Крайний возраст для проведения такой процедуры может исчисляться из расчета: средняя продолжительность жизни минус 25 лет. Разумным ограничением можно считать возраст 45–50 лет.

Особое место в вопросах новых репродуктивных технологий занимает «суррогатное материнство», которое недостаточно разработано как в юридическом, так и в этическом аспектах. В условиях, когда семья бесплодна (например, из-за отсутствия матки у женщины), этот способ деторождения имеет право на существование, хотя этичность суррогатного материнства подвергается сомнению. Необходимость правового контроля и этического регулирования каждого этапа суррогатного материнства продиктована опасностью коммерциализации деторождения. Если говорить о практике суррогатного материнства, то дополнительными поводами для этической оценки являются:

- психологические проблемы для ребенка, который рожден суррогатной матерью;
- возможность негативного влияния на внутрисемейные взаимоотношения;
- психологические и юридические проблемы взаимоотношений семьи с суррогатной матерью, если она станет предьявлять родительские права на выношенного ребенка.

В Украине не существует законодательных актов, которые лимитируют суррогатность. Однако в предложенном к обсуждению законопроекте «О репродуктивных правах и гарантиях их осуществления» предполагается закрепить право граждан Украины на использование метода суррогатного материнства по медицинским показаниям. В этом документе формулируются права и обязанности как биологических родителей, так и суррогатных. Основанием для юридических конфликтов может быть отказ биологических родителей от ребенка при наличии уродств или вы-

явление каких-то аномалий, отказ суррогатной матери возратить ребенка биологическим родителям, возможные финансовые разногласия.

Биоэтической проблемой есть беременность более чем одним плодом при проведении вспомогательного оплодотворения. При многоплодной беременности зачастую возникают трудности с вынашиванием и развитием. Дети чаще рождаются недоношенными, с признаками задержки внутриутробного развития. Нельзя не учитывать и экономический аспект: вынашивание многоплодной беременности, поддержка здоровья ослабленных или больных новорожденных требуют серьезных материальных затрат как от родителей, так и со стороны клиники. Необходимость элиминации одного или нескольких плодов очевидна в случае явных аномалий развития, а также тогда, когда беременность вообще не может быть выношена или представляет угрозу для жизни матери. При отсутствии таких обстоятельств выборочная элиминация может расцениваться как разновидность аборта (тогда вопрос о его этичности переходит в другую сферу). Возникает ряд вопросов. Какой эмбрион уничтожить? Какой способ элиминации избрать? Следует ли применять элиминацию, если существует реальная угроза потери беременности?

Донорство гамет и эмбрионов — один из наиболее обсуждаемых вопросов. Этические, законодательные и социальные проблемы, связанные с донацией гамет и эмбрионов, поднимаются в большинстве стран мира. На 41-й Всемирной медицинской ассамблее принято «Заявление о трансплантации эмбриональных тканей» (Гонконг, 1989). Изъятие и консервирование ткани, предназначенной для дальнейшего использования, не должно ставиться во главу угла при проведении аборта. Всемирная медицинская ассоциация заявляет, что использование зародышевой ткани в целях трансплантации еще находится на стадии экспериментирования и с этической точки зрения недопустимо.

Главную этическую оппозицию искусственному осеменению составляют религиозные взгляды. Искусственное осеменение спермой донора критикуется в связи с отделением процесса продолжения рода от супружеских отношений. Поскольку данная репродуктивная технология вовлекает третью сторону (сперма донора) в супружеские отношения, она расценивается этическими оппонентами как форма супружеской измены. Однако даже искусственное осеменение спермой мужа не выходит из сферы критики. Некоторые религиозные этики утверждают, что аморальна любая прокреация вне пределов персональных половых отношений, и выражают сомнение в этичности получения яйцеклеток, оплодотворения *in vitro* и других репродуктивных технологий. Этическая оппозиция оплодотворения *in vitro* (и смежными технологиями) базируется также на аргументе «неестественности» этого метода, который ведет к дегуманизации и деперсонализации прокреации. Таковыми являются и обвинения в «фабричном» и «инкубаторском» производстве детей.

Менее радикальная этическая оппозиция допускает использование оплодотворения *in vitro* с переносом эмбриона в контексте супружеских отношений, но без вмешательства третьей стороны — донорства спермы или яйцеклеток, суррогатного материнства.

Один из наиболее спорных вопросов — анонимность донора. В Украине, как и в большинстве стран мира, донор остается анонимным. Информация о донорах делится на идентифицируемую и неидентифицируемую. Неидентифицируемая: полное физическое описание, заключения профильных специалистов, сведения о социальном статусе (образование, профессия), этническая принадлежность, количество детей, зачатых естественным путем (для мужчин). Идентифицируемая: полные паспортные данные, дата рождения, адрес, результаты конкретных исследований, сведения об обнаруженных отклонениях. Обычно неидентифицируемая информация о донорах выдается реципиентам в виде паспорта донора. Копия такого паспорта прикладывается к медицинской карте пациента.

Для многих культур и религий донорство гамет неприемлемо. Например, в мусульманстве считается необходимым, чтобы проблема продолжительного отсутствия детей в семье решалась внутри семьи, то есть без использования донорской спермы или яйцеклетки. В противном случае происходит нарушение как родословной, так и генетического кода той или иной семьи. Во многих религиях донорство в вопросе беременности (использование донорской спермы и яйцеклетки) рассматривается как необычная форма прелюбодеяния, так как в том и другом случае неясно, кто истинный отец или мать будущего ребенка.

Одной из этических проблем оплодотворения *in vitro* и смежных технологий является уничтожение эмбрионов, которые оказываются ненужными или неподходящими для имплантации. Это особенно проблематично для этиков, которые признают за эмбрионом моральный статус. Частичное решение проблемы дает технология замораживания лишних эмбрионов, однако иногда этот подход сопряжен с возникновением новых проблем. Самостоятельным этическим вопросом есть моральная приемлемость использования эмбрионов в исследовательских целях.

Среди этических проблемы также подлежат обсуждению недопустимость коммерциализации донорства половых клеток и эмбрионов. Требуют обсуждения вопросы о криоконсервации гамет и эмбрионов и о том, кто решает судьбу неиспользованных эмбрионов (ее, вероятно, должны решать только биологические родители). Известна возможность использования гамет умерших людей для рождения от них детей. Этические взгляды на эту проблему также неоднозначны и требуют ревизии. Сообщать или не сообщать ребенку о том, что он донорский? С одной стороны, это может вызвать у него отчуждение, с другой — каждый человек имеет право на исчерпывающую информацию о себе.

Предимплантационная генетическая диагностика предоставляет семейным парам с высоким риском передачи серьезных генетических заболеваний возможность предотвращать постоянно повторяемые спонтанные аборты и прерывание беременности по медицинским показаниям. Тот факт, что результатом применения передимплантационной генетической диагностики является селекция эмбрионов на раннем этапе развития, вызвал серьезные дебаты о таком виде диагностики как потенциальном механизме евгеники. Практика подобного рода возможна только в странах, где развитие репродуктивных технологий позволяет оказывать полный спектр лечебных процедур, включая интрацитоплазматическую инъекцию сперматозоида.

РАЗДЕЛ VII

КОНТРОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ И МОДИФИКАЦИЙ ПРИРОДЫ ЧЕЛОВЕКА _____

Генетика — это философия
современной медицины.

Н. Бочков

Глава 1

БИОМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА ГЕНЕТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ И СКРИНИРОВАНИЯ ПОПУЛЯЦИИ _____

Биоэтические проблемы медицинской генетики

Бурное развитие генетической науки открыло перед человечеством неограниченные возможности диагностики и лечения многих наследственно обусловленных заболеваний, раскрытия механизмов старения и увеличения продолжительности жизни. По мере накопления точных данных о геноме человека становится возможным прогнозировать вероятность развития тяжелых приобретенных заболеваний. В недалеком будущем станет возможным прекоцепционный прогноз роста, цвета глаз, интеллектуальных и поведенческих особенностей человека. В то же время практическое применение генетических исследований сталкивается с целым рядом научных и биоэтических проблем. Возможности генетической диагностики заметно опережают прогресс в области радикального лечения генетически обусловленных заболеваний. Возникающие дилеммы затрагивают как личность пациента, так и внутрисемейные и общественные взаимоотношения, религиозную мораль. Очень сложными являются вопросы о возможности и готовности пациента узнать о высокой вероятности или неизбежности развития у него в будущем какого-либо тяжелого или смертельного заболевания, о том, в каких случаях необходимо информировать человека о выявленных генетических дефектах, может и обязан ли врач информировать членов семьи.

В контексте медико-генетического консультирования возникают традиционные биоэтические проблемы, которые касаются проведения аборта, регуляции репродукции, информированного согласия, конфиденциальности, проведения поддерживающей терапии и социальной справедливости в распределении ограниченных ресурсов здравоохранения.

Сложным является вопрос о характере взаимодействия врача-генетика с пациентом и его семьей. Существует точка зрения, что информация не должна носить директивный характер и не следует пытаться навязать пациенту свои моральные взгляды. Необходимо предоставить научную, социальную и психологическую информацию и предоставить больному и семье принять собственное решение. Однако такая нейтральная позиция все в большей степени ставится под сомнение. Фактически врачи-генетики не могут оставаться полностью нейтральными, особенно в отношении этических выборов, которые представляются им несомненно аморальными. Для того чтобы пациенты могли сохранить автономию в принятии решения, им следует обсудить этическую проблему с другими специалистами, особенно с теми, чье мнение в данном вопросе прямо противоположно.

Медико-генетическое консультирование перешло на качественно новый уровень при внедрении программ генетического скринирования. Проведение массового тестирования крови или иных биологических образцов с помощью простых недорогих технологий позволяет провести раннюю диагностику наследственного заболевания. Первоначально массовый скрининг был успешно проведен среди афро-американцев с целью выявления серповидно-клеточной анемии в еврейских общинах (болезни Тей — Сакса). В дальнейшем превосходные результаты были получены при внедрении популяционного скрининга на фенилкетонурию, муковисцидоз, гипотиреоз. Тем не менее это не устранило определенную предрасположенность в отношении генетического скрининга и его оценок как инструмента евгеники.

На протяжении последних лет доказана возможность проведения специфического генетического тестирования для идентификации лиц, обладающих повышенным риском заболевания раком груди и раком толстой кишки. Регулярный мониторинг таких людей позволяет провести ранее выявление опухолей.

Осуществление скринирующих исследований с вовлечением в них большого количества людей делает актуальной проблему сохранения врачебной тайны. Возможность доклинической диагностики заболеваний будет сопровождаться ростом количества третьих лиц, заинтересованных в доступе к результатам генетических исследований. К ним, прежде всего, относятся медицинские страховые кампании и работодатели. В этой ситуации возможно нарушение конфиденциальности и дискриминации по генетическим признакам.

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 моральное 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.

Таким образом, биоэтические проблемы медицинской генетики могут и должны рассматриваться с позиций принципов уважения автономии и информированного согласия, а также доверия и правдивости во взаимоотношениях врач — пациент. Необходимо следовать принципу социальной справедливости при распределении ограниченных медицинских ресурсов общества в отношении возможности применения наукоемких дорогостоящих медицинских технологий. Непременным условием есть невмешательство в частную жизнь и соблюдение конфиденциальности во взаимоотношениях между врачом и пациентом. Проблема конфиденциальности связана с необходимостью обсуждения и решения следующих практических вопросов, которые существуют в сфере медицинской генетики:

1. Соблюдение конфиденциальности медицинской документации в процессе ведения больного и выполнения медико-биологических исследований.

2. Ограничение доступа к медицинской информации и исключение возможности манипуляций со стороны страховых компаний и работодателей.

3. Разработка стандартов предоставления информации о наследственных заболеваниях членам семьи.

4. Защита генетической информации путем кодирования и анонимности образцов ДНК, полученных в процессе обследования и лечения больного либо с исследовательской целью.

Успехи в расшифровке генетического кода создают реальные предпосылки для широкого генетического тестирования, получения информации о природной уникальности каждого человека, а также его предрасположенности к определенным заболеваниям. Создание «генетического паспорта», при разумном использовании полученных сведений, помогло бы своевременно корректировать развитие высоко вероятных для конкретного человека заболеваний. Однако имеется реальная опасность злоупотребления генетическими сведениями, при котором они могут послужить различным формам дискриминации. Кроме того, обладание ин-

формацией о наследственной предрасположенности к тяжелым заболеваниям может стать непосильным моральным грузом. Поэтому генетическая идентификация и генетическое тестирование могут осуществляться лишь на основе уважения свободы личности.

Морально-этические и научно-практические проблемы генетических исследований очень тесно переплетаются. По мере картирования генома человека, повышения доступности генетических исследований возникает потребность установления диагностической достоверности тестов, что есть нелегкой задачей в связи с генетической гетерогенностью наследственных заболеваний. Важной научной проблемой, требующей многолетних исследований, является также определение диагностической значимости признаков генетической предрасположенности к семейным формам онкологических заболеваний, сахарному диабету, ишемической болезни сердца. Вероятностный характер результатов генетического исследования обрекает пациента на неопределенность, может накладывать негативный отпечаток на всю его дальнейшую жизнь.

Международное регулирование вопросов генетических исследований

На основании ряда важных документов, которые получили признание и практическое применение в различных государствах мира, осуществляется международное регулирование вопросов генетических исследований. Одним из таких документов стала Декларация о генетическом консультировании и геномной инженерии, которая была принята 39-й Всемирной медицинской ассамблеей (Мадрид, 1987) и дополнена в 1992 г. (прил. 13). Положения Декларации касаются генетического консультирования и геномной инженерии. Декларация призвана помочь врачам в решении этических и профессиональных проблем в области медицинской генетики.

Всемирная организация здравоохранения в 1995 г. обобщила международный опыт решения этических проблем, которые возникают в ходе медико-биологических исследований, в «Руководстве по этическим подходам в медицинской генетике и предоставлении генетических услуг» (прил. 14). В документе изложены основные положения по оказанию медико-генетической помощи с целью помочь людям с генетическими нарушениями жить и иметь нормальное потомство. основополагающими этическими подходами признаны:

- равное и беспристрастное распределение общественных средств среди тех, кто нуждается в них;
- свобода выбора, основанная на полной информации. При осуществлении репродуктивного выбора женщина должна иметь право окончательного решения;

- добровольность, исключение всякого давления со стороны правительства, общества, медицинских работников и др.;
- учет различий между людьми и мнения тех, кто оказался в меньшинстве;
- уважение интеллекта консультирующегося независимо от уровня его знаний;
- обучение основам генетики населения, медиков, учителей, священнослужителей;
- тесное взаимодействие с организациями, объединяющими больных с генетическими болезнями, членов их семей;
- предупреждение дискриминации или фаворитизма при трудоустройстве, страховании или обучении, основанных на генетических признаках;
- комплексное решение проблем с другими профессионалами, в том числе медицинскими работниками разных специальностей, социальными работниками и др.; по возможности, вовлечение консультирующихся в обсуждение их проблем как информированных участников процесса выработки решения;
- использование недискриминирующих терминов, уважение личности пациента.

В 1997 г. 29-я сессия Генеральной конференции ЮНЕСКО приняла Всеобщую Декларацию о геноме и правах человека (прил. 15). Декларация направлена на предотвращение использования генетической информации с нарушением прав и фундаментальных свобод человека, его человеческого достоинства или же с целью общественной изоляции отдельных индивидуумов, семейств, групп или общин. В Декларации подчеркнуто, что генетическая информация, которая может быть получена при исследовании различных биологических образцов, играет все более важную роль в жизни общества. Количество генетических банков данных увеличивается во всем мире, а некоторые государства мира проводят генетическую перепись населения. Ввиду быстрого и не всегда организованного развития данной отрасли научных знаний появилась необходимость в разработке единых этических руководящих принципов.

Принятая ЮНЕСКО Декларация не является юридически обязательным документом, что позволяет государствам адаптировать ее положения в соответствии с разнообразными ситуациями и новыми научными открытиями. Она определяет принципы, которыми государства должны руководствоваться в процессе совершенствования законодательства и политики в этой области. Декларация призывает к сбору, обработке, использованию и хранению генетического материала на основе прозрачных и этически приемлемых принципов. Это предполагает учреждение независимых, мультидисциплинарных и плюралистических комитетов по вопросам этики на национальном, региональном, местном или институциональном уровнях. Сбор материала для генетических исследований должен осуществляться при условии получения «предварительного, сво-

бодного, информированного и специального согласия без финансовой или другой личной выгоды» человека, предоставляющего генетический материал. Исключения возможны, но «должны разрешаться только в крайних случаях в соответствии с национальным законодательством и международным правом в области защиты прав человека». Декларация подтверждает право человека забрать свое согласие обратно, «если его генетические данные не связаны с опознаваемым человеком». Право на информацию о результатах исследований также затрагивается в Декларации, которая рекомендует, чтобы в этой области проводились культурно адаптированные и защищающие интересы человека консультации, если генетические исследования могут иметь существенное значение для здоровья человека.

Основным вопросом стадии обработки полученной генетической информации является конфиденциальность. Декларация предусматривает, что информация о генетических данных, связанных с опознаваемым человеком, не должна раскрываться третьим лицам, в частности работодателям, страховым компаниям, образовательным учреждениям и семьям. Исключение может быть сделано лишь в интересах общества и только в случаях, предусмотренных законодательством, в соответствии с международным правом.

На стадии использования результатов генетических исследований одной из основных морально-этических проблем есть изменение цели исследования. В Декларации утверждается, что данные, собранные для одной цели, не должны использоваться для другой, которая несовместима с первоначальным намерением.

Декларация рекомендует принимать соответствующие меры в сфере образования, обучения и общественной информации и призывает присоединиться к двусторонним и многосторонним соглашениям, позволяющим развивающимся странам расширить свои возможности для участия в создании и обмене научными знаниями о генетических данных человека. Целью Международного комитета ЮНЕСКО по биоэтике и Межправительственного комитета по биоэтике признано содействие выполнению Декларации и распространению принципов, изложенных в этом документе.

Процесс интеграции Украины в Европейское сообщество вызывает необходимость совершенствования законодательной регламентации биомедицинских прав человека с принятием закона о защите генома человека, соответствующего нормам международного права. Базовым документом Совета Европы, направленным на защиту прав и свобод человека в связи с использованием достижений биологии и медицины, является «Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицины», принятая 4 апреля 1997 г. Подготовка проекта Конвенции осуществлялась с 1990 г. специально созданным Комитетом, который с 1993 г. был преобразован в Руководящий комитет по биоэтике. В настоя-

щее время из 42 стран членом Совета Европы более 30 присоединились к Конвенции. Украина подписала ее в марте 2002 г.

Конвенция касается прав человека при проведении генетических исследований, клонирования и внедрения генной терапии. Конвенция провозглашает запрет любых форм дискриминации на основании результатов генетических исследований. Запрет касается дискриминации по признаку пола, расы, цвета кожи, языка, религии, политических и иных убеждений, национального или социального происхождения, принадлежности к меньшинствам, имущественного положения, генетического наследия или иным признакам.

Следует также уважать право не быть информированным. Генетические тесты могут проводиться только после добровольного и осознанного согласия соответствующего лица и должны сопровождаться соответствующими генетическими консультациями. В Конвенции не предусматривается ограничение права осуществлять диагностическое вмешательство на стадии зародыша для того, чтобы определить возможное наличие генетической предрасположенности к тяжелым заболеваниям у будущего ребенка.

Украинское законодательство в основном соответствует положениям Конвенции, однако механизмы выполнения законов пока довольно несовершенны.

Биоэтические аспекты проекта «Геном человека»

Самый крупный биологический проект в истории человечества был начат в 1990 г. и предполагал расшифровку всех генов в течение длительного периода времени, который первоначально оценивался в столетие. Однако в 1999 г., после расшифровки большей части генома, был сделан прогноз о возможной полной его расшифровке к 2005 г. Деятельность 20 стран мира, участвующих в проекте, координирует Международный банк генетических данных. Создана международная организация HUGO (Human Genom Organisation), в которую вошли страны, располагающие передовыми биотехнологиями. На развитие проекта в США было выделено 3 млрд долларов, 5 % от этой суммы — на решение социальных и биоэтических проблем, возникающих при ее осуществлении. Большая часть проводимых по проекту «Геном человека» исследований осуществляется в США, в проекте также принимают активное участие Россия, Япония, страны Западной Европы. Задача проекта заключается в том, чтобы картировать и установить последовательность около 80 000 генов и 3 млрд нуклеотидов, из которых состоит ДНК человека.

Реализация проекта имеет серьезное значение для фундаментальной науки, поскольку значительно углубит знания об организации и функционировании генетического аппарата человека. Зная сходство и различие

в строении ДНК человека и приматов, можно будет более точно реконструировать процесс антропогенеза. Полная расшифровка генома с возможностью молекулярно-генетической диагностики наследственных заболеваний позволит сделать реальной их пренатальную диагностику на ранних сроках беременности. Уже сейчас такая возможность существует для фенилкетонурии, муковисцидоза, гемофилии, болезни Тей — Сакса и др. Важность расшифровки генома для медицинской практики заключается не только в возможностях молекулярно-генетической диагностики, но и в открывающейся перспективе генной терапии. Выполнение проекта «Геном человека» сопряжено с революционными темпами развития молекулярно-генетических и смежных биотехнологий, которые находят свое применение в медицине, селекции растений и животных, фармацевтической промышленности и других областях.

Однако неизбежность этических, юридических и социальных проблем при осуществлении этого проекта диктует необходимость детальной разработки этических аспектов исследования, дальнейшей разработки нормативных положений, связанных с анализом генома человека. Программа Европейского сообщества «Анализ генома человека» сформулировала следующие биоэтические предпосылки проведения исследований в этой области:

— право на генетическую информацию о себе является составной частью прав личности; данный принцип трактуется конституциями и законодательством государств — членов сообщества как составная часть прав человека;

— имея в виду результаты, к которым могут привести исследования генома человека, должна быть разработана единая система, учитывающая медицинские, этические, социальные и юридические аспекты любого использования таких результатов и предупреждения их неприемлемого использования;

— отсутствие четких стандартов и правил, определяющих конкретные аспекты возможного развития анализа генома, порождает опасность попыток вторжения в геном человека с целью придания вносимым изменениям наследственного характера, а также для проведения генетических исследований для целей мониторинга. И то и другое может иметь тяжелые последствия для общества, поэтому необходимо усовершенствовать меры для избежания неприемлемых последствий;

— в процессе разработки программы возникает потребность вычленения комплекса надежных научных данных для использования политическими властями как основы для принятия состоятельных, ясных и ответственных юридических решений.

Программа «Геном человека» сталкивается с тремя основными проблемами молекулярно-генетических исследований: конфиденциальности информации о результатах исследований, проблемами массового скрининга и тестирования пациентов. Эти глобальные проблемы требуют ре-

шения вопросов о правомочности использования генетической информации (работодателями, медицинскими страховыми компаниями и т. д.); надежности хранения конфиденциальной информации в банках данных; возможности использования полученной информации в немедицинских целях (судебная практика); патентовании генетической информации и т. д.

В специальной декларации Ассамблеи Всемирной организации здравоохранения, которая проходила в сентябре 1992 г., посвященной проекту «Геном человека», этические и юридические принципы представлены следующим образом:

1. Генетическая служба должна быть общедоступной, чтобы избежать пользования ею лишь состоятельными лицами, что увеличит социальное неравенство.

2. Необходимы международная информация и обмен технологиями и знаниями между всеми странами.

3. Следует уважать волю скринируемых лиц и их право решать вопрос о своем участии и использовании полученной информации.

4. Полная информация должна быть предоставлена пациенту или его юридическому представителю. Медицинская тайна должна сохраняться, а информация не должна передаваться третьим лицам без согласия пациента. Даже если члены семьи пациента относятся к группе риска, медицинская тайна должна сохраняться, кроме случаев, когда кто-либо из членов семьи может серьезно пострадать и этого ущерба можно избежать, раскрыв информацию. Конфиденциальность может быть нарушена только как «последний шаг», когда попытки убедить пациента самому открыть информацию потерпели неудачу; даже в таком случае допустимо раскрывать только необходимую генетическую информацию.

5. Передача информации третьему лицу или допуск к личным генетическим данным может осуществляться только с информированного согласия пациента.

Характерной тенденцией современного этапа молекулярно-генетических исследований в области генома человека является их коммерциализация. Она несет опасность основополагающей научной ценности — принципу объективности научного знания. Уже сейчас растет число частных фирм, которые вкладывают значительные средства в развитие геномных исследований, предполагая получить грандиозные прибыли. Острые дискуссии о праве на патентование генов человека и нуклеотидных последовательностей, разгоревшиеся между конкурирующими участниками геномных исследований, — результат глубинной деформации современной науки. Если учесть, что частные компании уже вложили в разработку проекта многие сотни миллионов долларов, то понятно их стремление получить максимально возможную прибыль от реализации проекта. В этом смысле проект «Геном человека» в концентрированной форме отражает формирование новой разновидности науки, которая парадоксаль-

ным образом сочетает в себе фундаментальные исследования, производство и коммерческую деятельность.

Проект «Геном человека» создает чрезвычайно важный прецедент для развития науки и ее сотрудничества с общественностью. Впервые реализация крупного международного научного проекта идет одновременно с исследованием социальных последствий и моральных правил его разработки. Это первый научный проект, в котором с самого первого шага в контекст научной разработки вписан аспект морального обсуждения. В генетике человека, как и в других отраслях науки, значительное место занимают гипотезы и теоретические модели, еще не получившие достаточного эмпирического подтверждения и теоретического обоснования. Они — результат необходимого творческого процесса выдвижения гипотез, которые впоследствии подвергаются «отбору» в соответствии с установленными в науке процедурами верификации и исключения фальсификации. Часть из них вполне законно становится достоянием общественности как свидетельство академической свободы и захватывающего разум полета творческого воображения. Однако следует иметь в виду, что, став феноменом массового сознания, научные гипотезы выходят из-под контроля жестких механизмов научного «отбора», приобретают собственную жизнь, мотивируя и направляя социальные действия, неоднозначные по своим последствиям. Ученые должны осознавать ответственность за ущерб, который способна принести выпущенная «на волю», недостаточно продуманная, а тем более ошибочная, гипотеза. Разработка проекта «Геном человека» дала почву для беспрецедентного выброса в массовое сознание огромного числа «гипотез», некоторые из которых носят откровенно дискриминационный и расистский характер.

Существующие в настоящее время представления о практическом применении и преимуществах генетических исследований являются, по мнению большинства исследователей, чрезмерно оптимистическими. Возможности прикладного медицинского применения результатов изучения генома значительны, однако предсказать, когда они приведут к существенному прогрессу, в клинической практике трудно. Хотя затраты, связанные с использованием молекулярно-генетических технологий, высоки, некоторые практические аспекты их применения доказали свою экономическую эффективность. Некоторые результаты проекта «Геном человека» нашли широкое применение в пренатальной диагностике, например, моногенных заболеваний. Однако в ближайшее время вряд ли можно ожидать серьезных прорывов в области лечения онкологических и хронических заболеваний на основе знаний о наследственной предрасположенности к ним.

Патентование результатов молекулярно-генетических исследований стало объективной реальностью, поэтому на международном уровне необходима разработка концепции, которая обеспечила бы стимулирующее влияние результатов патентования ДНК и экономический прогресс по-

средством усиления вклада глобального научно-исследовательского сообщества в создание и применение медицинских технологий.

Проведение молекулярно-генетических исследований и биоэтические проблемы, которые их сопровождают, требуют повышения информированности об этих вопросах всех слоев общества, включая политиков, сотрудников органов здравоохранения и образования, представителей средств массовой информации.

С биоэтической точки зрения, центральным есть вопрос о том, является ли цель достижения полного знания о генетической основе человека идеалом, к которому нужно стремиться, и не станут ли эти знания злом для человечества.

Технологические оптимисты видят возможности устранения медицинских проблем путем последовательного вмешательства в их генетическую основу. Это позволило бы оздоровить популяцию и уменьшить расходы на здравоохранение. С другой стороны очевидно, что диагностика проблемных генов будет отражать возможности их устранения и замены. Поэтому противники проекта «Геном человека» подчеркивают возможное увеличение частоты прерывания беременности по генетическим показаниям. Наибольшие реалисты понимают, что многие заболевания не являются генетическими, а те, которые связаны с наследственным материалом, — полигенные, то есть в их реализации задействовано много генов. Это означает, что исследователям еще предстоит определить механизм взаимодействия генов, который приводит к возникновению рака, заболеваний сердца, гипертонической болезни и психических расстройств. Не исключено, что гены, которые увеличивают риск некоторых нежелательных состояний, в то же время необходимыми для предупреждения других столь же неприятных процессов.

Глава 2

МЕДИКО-ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ КЛОНИРОВАНИЯ ЧЕЛОВЕКА И ЖИВОТНЫХ

В 1997 г. мировое сообщество было поставлено перед фактом успешного клонирования млекопитающего, при котором использовались ядра соматических клеток. О перспективах и опасностях этого научного открытия сразу возникли острые дебаты в научных, религиозных, политических кругах. Наибольшую обеспокоенность и сопротивление вызвала идея возможного использования этой технологии для воспроизводства человека.

Клонирование — это процесс получения генетически идентичных потомков путем неполового размножения. Термин «клон» происходит от греч. *«klon»*, что означает веточка, побег, черенок. Это понятие использовалось прежде для определения вегетативного размножения растений. Клонирование растений черенками, почками или клубнями в сельском хозяйстве известно уже более 4 тыс. лет. Начиная с 70-х гг. прошлого столетия, для клонирования растений стали широко использовать небольшие группы и даже отдельные соматические (неполовые) клетки.

Технической сутью клонирования является взятие ядра, содержащего хромосомный материал, из клетки организма и имплантация его в энуклеированную яйцеклетку или другую клетку иного организма. Такая модифицированная клетка обладает потенциалом роста и развития как новый организм, который есть генетической копией оригинала. Возможна аналогия с однойцовыми близнецами, с той существенной разницей, что клон в состоянии наблюдать свое биологическое будущее в пределах его генетической детерминированности. Безусловно, человек больше, чем совокупность генов. Он формируется под влиянием окружения, времени, места, воспитания. Поэтому генетический клон не имеет истинной идентичности со своим генетическим родителем. Однако этическая проблематичность клонирования состоит в том, что эта технология затрагивает основы человеческой природы и ее рационального контроля.

Если оценить принципиальные возможности клонирования, то в будущем технически осуществима продукция множественных копий людей, которые подходят для различных целей, — воинов, интеллектуалов, сексуальных производителей. Не обсуждая этические детали таких предполо-

ложений, можно лишь утверждать, что такие перспективы очень отдалены. Более вероятно использование клонирования в сельском хозяйстве, а в будущем — как метод помощи бесплодным парам, стремящимся иметь родного им ребенка, в том числе генетическую копию умирающего ребенка.

С научных позиций, возможность клонирования человека обоснована успехами в клонировании млекопитающих с использованием ядер зародышевых клеток, выращиваемых в культуре на искусственной питательной среде. Следующим шагом стало использование соматических клеток взрослых животных. Первым официальным сообщением о клонировании млекопитающих (овцы) стало известие о результатах работы исследователей под руководством Я. Улмута. Донором ядра стали клетки молочной железы взрослой овцы. В Японии было проведено клонирование коров с использованием ядер эпителиальных клеток, содержащихся в молозиве (F. Golden, 1999). Беспрецедентный по своему масштабу эксперимент по массовому клонированию крупного рогатого скота начался в Китае, где ожидается появление от 20 до 50 клонированных телят. В проекте также участвуют Австралия, Канада, США, Великобритания и ряд других стран.

Существенной проблемой клонирования остается относительно высокий процент спонтанных абортов на поздних этапах эмбрионального развития и частые случаи смерти животных вскоре после рождения, особенно когда донорами ядер служили соматические клетки. Соматическое клонирование может стать причиной врожденных пороков развития. У ряда животных-клонов, в том числе и у первой клонированной овцы, наблюдается феномен преждевременного старения. Не изучено влияние клонирования на функциональные особенности и плодовитость.

Из изложенного выше следует, что технически и методически клонирование взрослых млекопитающих разработано еще недостаточно, чтобы можно было уже сейчас ставить вопрос о реальном осуществлении проекта по клонированию человека. В зависимости от цели, клонирование может быть направлено на воспроизводство человеческого существа как способа размножения (репродуктивное клонирование) и клонирование для медицинских целей (терапевтическое клонирование). Магистральным направлением терапевтического клонирования являются исследования в области получения стволовых клеток.

Так называемое терапевтическое клонирование предполагает клонирование эмбрионов на ранних стадиях развития, которые будут своеобразными банками донорских тканей для конкретных индивидуумов. Стволовые клетки, с их уникальными возможностями и потенциалом, могут дифференцироваться в любые ткани и органы давно стали объектом научных исследований. Важной особенностью стволовых клеток есть то, что при их пересадке они отторгаются организмом реципиента в гораздо меньшей степени, чем донорские органы и ткани. Такой подход в перс-

пективе может привести к возможности выращивания в лабораторных условиях предшественников различных органов и тканей и затем трансплантировать их вместо донорских органов. Кроме того, ведутся исследования по использованию стволовых клеток в качестве векторов для генной терапии.

Клонирование человека, помимо научных и технических проблем, связано с решением сложных этических вопросов. Во-первых, становление человека как личности базируется не только на биологической наследственности, оно определяется также семейной, социальной и культурной средой. При репродуктивном клонировании индивида невозможно воссоздать все те условия воспитания и обучения, которые сформировали личность его прототипа (донора ядра). Во-вторых, при бесполом размножении изначально жесткая запрограммированность генотипа предопределяет меньшее разнообразие взаимодействий развивающегося организма с изменяющимися условиями среды (по сравнению с половым размножением, когда в формировании индивида участвуют два генома, сложным и непредсказуемым образом взаимодействующие между собой и с окружающей средой). В-третьих, как репродуктивное, так и терапевтическое клонирование человека входит в непримиримое противоречие с религиозной моралью. Практически все религиозные учения настаивают на противоестественности процесса клонирования человека и животных. Представители Православной Церкви во всем мире остаются верными строгому пониманию сакральности человеческой жизни: каждый человек создан как уникальная личность «по образу Божию». Поэтому подавляющее большинство православных этиков настаивает, что все формы евгеники, включая манипулирование с человеческим генетическим материалом в не терапевтических целях, в нравственном отношении отвратительны и угрожают человеческой жизни и благополучию.

О неприемлемости вмешательства в процессы репродукции и в генетический материал человека и животного заявил Ватикан. Муфтий Египта и глава Коптской Церкви высказались, что такой вид научной деятельности противоречит моральным принципам и божественным законам.

Внедрение репродуктивного клонирования человека может привести к разрушению традиционных нравственных устоев и, прежде всего, семьи. Кроме того, эта ситуация чревата возникновением ряда социально-правовых коллизий. Взаимоотношения между людьми и клонами, правовой и имущественный статус клонов, можно ли рассматривать клонируемого и клон семьи — вот лишь неполный перечень вопросов, которые станут актуальными при внедрении клонирования. Все эти правовые коллизии могут привести к серьезным изменениям в конституционном, гражданском и других отраслях права. Обращает на себя внимание факт, что большинство ученых-генетиков, критически относящихся к возможности клонирования, основные нравственные проблемы видят в нерешенности методических вопросов клонирования человека.

Существуют также психологические проблемы, связанные с репродуктивным клонированием. Трудно прогнозируем эффект воздействия на человеческую идентичность при клонировании человека, который будет близнецом своего отца или матери, но будет рожден в другом поколении и в другой среде. Возникают вопросы, будет ли клон чувствовать, что он или она — всего лишь копия кого-то, кто уже существовал, что у него отсутствует собственная идентичность.

Глубокие биоэтические проблемы существуют не только в сфере репродуктивного, но и терапевтического клонирования. Техническая возможность получения органов и тканей для трансплантации приведет к дополнительному расслоению общества с выделением прослойки людей, которым они будут доступны.

Принципиальным есть вопрос о том, насколько этически приемлема манипуляция человека с самим процессом жизни.

В настоящее время совершенно очевидно, что этическая сторона проблемы клонирования не решена и вряд ли будет решена в ближайшем будущем. Несмотря на многочисленные сообщения в средствах массовой информации об успехах в репродуктивном клонировании человека, большинство исследователей склоняется к тому, что пока об этом можно говорить лишь теоретически. По сути, речь идет даже не о клонировании, а о получении копии отдельного индивида, поскольку термин «клонирование» предполагает получение некоего множества особей. Очевидно, что сегодня вероятность отрицательных последствий этой процедуры значительно перевешивает ее выгоды, поэтому решение вопроса о целесообразности продолжения работ в этом направлении требует тщательной проработки. Возможно, через какое-то время, когда будут усовершенствованы все этапы этого сложного биотехнологического метода, ученые, социологи и другие заинтересованные лица смогут вернуться к обсуждению целесообразности клонирования человека. Однако, в любом случае, решение вопроса о клонировании того или иного человека будет регламентироваться строгими рамками и правилами, касаясь, возможно, только некоторых медицинских проблем, скажем, непреодолимого другими методами бесплодия.

Работы с домашними животными очень важны с практической точки зрения. Успехи в области клонирования животных открывают широкие перспективы для выживания человечества. Клонирование может использоваться, например, для создания целых стад высокопродуктивных пород домашних животных. В то же время следует учитывать, что клонирование идет в направлении, обратном селекции: последняя увеличивает биоразнообразие, а массовое клонирование его уменьшает и может привести к уменьшению генофонда и вырождаемости. Таким образом, клонирование высокопродуктивных домашних животных несомненно важно, но в разумных пределах. Клонирование ценных трансгенных животных может быстро и экономично обеспечить человечество новыми ле-

карственными препаратами, содержащимися в молоке специально полученных для этого генноинженерными методами овец, коров и коз. Также клонирование может использоваться для разведения призовых спортивных лошадей, ценных пушных зверей, сохранения редких и исчезающих животных в природных популяциях. Так, например, жители Таиланда хотят клонировать диких белых слонов, из 50 000 которых, живших в 60-х гг., осталось только 2000. Однако если современные антропогенные нарушения и уничтожение местообитаний не прекратятся, та же судьба ожидает клонов. Нельзя решать проблемы сохранения флоры и фауны только путем клонирования, игнорируя их коренные причины, хотя, несомненно, клонирование с целью поддержания популяции вымирающих видов — перспективное и важное направление клонирования животных.

Отношение к клонированию в мире отличается разнообразием, но преобладает точка зрения о морально-этической и социальной недопустимости этой процедуры в отношении человека. По результатам опросов, большинство граждан США считает, что клонирование как таковое недопустимо в моральном и правовом плане и в итоге приведет к проблемам, а не к успехам, что правительство должно контролировать технологии, связанные с клонированием животных. По поводу людей американцы еще более единодушны: три четверти из них полагают, что искусственное воспроизводство противоречит Божьей воле, а треть из них готовы активно противодействовать экспериментам по клонированию человека. Лишь 7% американцев одобряют гипотетическую возможность иметь двойника и продлить таким образом свою жизнь. Однако в научной среде существует мнение о порочности практики запрета клонирования как тормозящей прогресс науки. Когда Президент США Б. Клинтон запретил бюджетное финансирование исследований по клонированию людей и обратился к работающим при поддержке частных фондов исследователям с просьбой «сопротивляться искушению клонировать самих себя», выдающиеся ученые, лауреаты Международной академии гуманитаризма, в том числе лауреаты Нобелевской премии, обратились к нему с Декларацией в защиту клонирования и неприкосновенности научных исследований.

Возможность клонирования человека ставит человечество перед необходимостью изменения правовой регламентации многих вопросов, касающихся медико-биологических исследований. В Европе базовым документом, регулирующим деятельность человека в области клонирования, является Конвенция о правах человека и биомедицине, принятая Парламентской Ассамблеей Совета Европы в ноябре 1996 г. Разработка Конвенции до официального сообщения об успешном завершении эксперимента по клонированию объясняет отсутствие в ней прямых указаний, связанных с регламентацией таких экспериментов. Возможность клонирования человека толкуют исходя из положений 18 статьи Конвенции.

Согласно части 1 этой статьи, если закон разрешает проводить исследования на эмбрионах *in vitro*, он также должен предусматривать соответствующую защиту эмбриона. В части 2 статьи 18 содержится запрет на создание эмбрионов человека для исследовательских целей. Для конкретизации норм Конвенции применительно к отдельным областям биологии и медицины, Руководящий комитет по биоэтике Совета Европы разрабатывает дополнительные протоколы. Дополнительный протокол, неофициальным названием которого является «Протокол о запрете клонирования человека», был открыт к подписанию 15 января 1998 г. Он ввел запрет на клонирование человека, мотивируя это тем, что инструментализация человека путем создания генетически идентичных человеческих существ несовместима с достоинством человека и, таким образом, представляет собой злоупотребление биологией и медициной. Последствиями клонирования человека могут стать серьезные медицинские, психологические и юридические проблемы для всех вовлеченных в него индивидуумов. Статья 1 Дополнительного протокола гласит: «Любое вмешательство с целью создания человека, идентичного другому человеку, будь то живому или мертвому, запрещается». В статье также разъясняется значение термина «человек, генетически идентичный другому» как «человек, имеющий с другим человеком одинаковый набор генов». Ставя своей целью соблюдение этических норм, Дополнительный протокол не учитывает существенной разницы понятий репродуктивного и терапевтического клонирования, что в значительной степени ограничивает его значение при создании национальной регламентирующей базы.

Другой международный документ — Всеобщая декларация о геноме человека и правах человека, принятая на 29-й сессии Генеральной конференции ЮНЕСКО (1997), — также декларирует недопустимость практики клонирования человека. В статье 11 Декларации указано на необходимость международного сотрудничества для выявления практики клонирования в целях воспроизводства человеческой особи и принятия соответствующих мер на национальном и международном уровнях для недопущения такой практики.

Национальные законы государств — членов Европейского Союза, как правило, не делают различий между понятиями репродуктивное и терапевтическое клонирование и запрещают любой из типов. В Европе наиболее последовательный противник клонирования — Германия, которая отождествляет практику таких экспериментов с неэтическими экспериментами над людьми, проводившимися при нацистском режиме. Федеральный закон ФРГ о защите эмбрионов (1990) называет преступлением создание эмбриона генетически идентичного другому живому или мертвому лицу. Закон Испании о процедурах, способствующих репродукции (1988) также устанавливает уголовную ответственность за клонирование человеческого эмбриона. В Дании исследования в области клонирования запрещены Актом о системе научных комитетов по этике и управ-

лению биомедицинскими исследовательскими проектами (1992). Аналогичное законодательство имеют Италия, Нидерланды, Швеция, Франция и Бельгия.

Наиболее сложная ситуация с запретом клонирования сложилась в Великобритании. Согласно Акту о зачатии человека и эмбриологии (1990), клонирование запрещено. В нем сказано, что «осуществлять слияние клеточных ядер человеческого эмбриона с ядрами, выделенными из клеток тканей другого человека, эмбриона, или утробного плода в последующие стадии его развития запрещается». Этот документ, как и многие другие европейские законодательные акты, до недавнего времени не проводил дифференциации между репродуктивным и терапевтическим клонированием. Парадокс ситуации заключается в том, что Великобритания фактически есть родиной клонирования млекопитающих, и идея разрешения клонирования человека в британских научных кругах очень популярна. В 2002 г. Палата лордов удовлетворила апелляцию правительства и отменила решение суда, выводящее клонирование за рамки действия Акта о человеческом зачатии и эмбриологии 1990 г. В августе 2004 г. Британская государственная организация HFEA (Human Fertilisation and Embryology Authority) разрешила клонирование человеческих эмбрионов для медицинских исследований. Первыми в стране эту процедуру, вызывающую многочисленные споры, проведут специалисты из университета Ньюкасла.

В 2004 г. терапевтическое клонирование было разрешено Научным советом Японии.

В США принципы правовой регламентации экспериментов по клонированию человека формировались в процессе противостояния сторонников запрета и легализации работ в этой области. Комитет Палаты представителей Конгресса США по науке 30 июля 1997 г. проголосовал за полный запрет экспериментов, связанных с клонированием людей. Он усилил указ президента, запрещающий выделение федеральных средств на любые исследования, связанные с клонированием человека. По рекомендации Национальной консультативной комиссии по биоэтике США, в 1999 г. был введен 5-летний мораторий на государственное финансирование программ, связанных с экспериментами на человеческих эмбрионах, в том числе с их клонированием. Комиссия рекомендовала немедленно обратиться ко всем фирмам, практикующим врачам, исследователям и профессиональным обществам, осуществляющим свою деятельность в частном секторе или учреждениях, финансируемых не из федерального бюджета, с призывом добровольно присоединиться к мораторию, объявленному федеральными властями. Однако уже в 2001 г. было возобновлено государственное финансирование исследований в области использования человеческих эмбрионов в медицинских целях.

В Российской Федерации работы по клонированию человека, как в большинстве стран мира, приостановлены законодательно. В 1996 г. Го-

сударственной Думой был принят федеральный закон «О государственном регулировании в области генноинженерной деятельности», в 2002 г. — специальный Федеральный закон Российской Федерации «О временном запрете на клонирование человека». Статья 2 этого закона определяет клонирование человека как «создание человека, генетически идентичного другому живому или умершему человеку, путем переноса в лишенную ядра женскую половую клетку ядра соматической клетки человека». Как и в США, согласно существующим законодательным актам, клонирование фактически не запрещено, а заморожено при помощи моратория на клонирование человека на ближайшие пять лет.

Подводя итог изложенному опыту законодательной регламентации клонирования, можно констатировать, что в мире запрет клонирования устанавливается в одной из трех форм: в форме прямого или косвенного полного запрета клонирования человека; запрета на исключительно репродуктивное клонирование человека; временного запрета клонирования человека.

Очевидным фактом является то, что в будущем, когда проблема клонирования человека будет полностью решена методически и технически, человечество признает клонирование методом помощи бесплодным парам, стремящимся иметь родного им ребенка. Но для этого потребуются решение многих этических и юридических проблем. Во всем мире биоэтика, ее нормы и правила становятся важной и неотъемлемой частью науки. Совершенно очевидно, что существующие нравственные, моральные заповеди, к сожалению, не предусматривают те новые возможности и методологии, которые вносит наука в жизнь общества. Поэтому необходимо, чтобы общественное мнение базировалось не на поверхностных представлениях о репродуктивных технологиях, а на глубоком знании предмета и социальной ответственности исследователя. Необходимо создавать новые нормы и морали существования общества, учитывающие изменения окружающей реальности.

Биоэтические аспекты генной терапии

Генная терапия — область медицинских знаний, возникшая на стыке медицины, генетики и молекулярной биологии и занимающая все более существенное положение в современной генетике. Она представляет собой генноинженерную технологию, нацеленную на получение терапевтического эффекта при помощи введения в геном человека определенных генетических конструкций. Результатом достижений молекулярной генетики, генной и клеточной инженерии последних десятилетий стало рождение новой области медицинских знаний, позволяющей использовать функциональные гены в качестве лекарственных веществ.

Двумя основными направлениями современной генной терапии являются лечение моногенных наследственных заболеваний и приобретенных болезней. Несмотря на значительный прогресс в обоих направлениях генной терапии, количество нерешенных проблем не позволяет этим методам лечения перешагнуть границы эксперимента. Терапия моногенных наследственных заболеваний находится на этапе зарождения, так как технически не решена проблема коррекции генома. Развитие этого направления идет по пути внехромосомной экспрессии введенных генетических конструкций. Генная терапия злокачественных новообразований с помощью генов цитокинов, генов, контролирующих апоптоз, и ряда других генетических конструкций также объект научных экспериментов.

Лечебный эффект генной терапии может достигаться:

- в результате корректировки или замены дефектного гена (такой вид терапии называют генетической);
- вследствие внехромосомной экспрессии введенных терапевтических генных конструкций (этот вид терапии называют генной);
- благодаря подавлению функции патологических или сверхактивных генов.

Объектом генной терапии могут быть соматические клетки, а также клетки плода. Генетические конструкции могут использоваться системно (вводится внутривенно или внутримышечно) или местно (непосред-

ственно в пораженные органы, опухоли). В большинстве существующих в настоящее время протоколов генной терапии используется местное локальное введение генетических конструкций. Переносчиками генетических конструкций служат вирусные и невирусные векторные системы. Создание эффективных и безопасных векторов в генной терапии — важная составляющая ее успеха. По мнению W. F. Andersen (1998), невирусные векторы имеют преимущества, связанные с их безопасностью, а также дешевизной и легкостью производства. Полностью синтетические системы доставки генов более безопасны для реципиента, чем рекомбинантные вирусы, однако процесс создания эффективных микромолекулярных векторных систем не завершен. Наиболее вероятно, что, при широком внедрении генной терапии в клиническую практику, векторы для доставки генетической информации будут включать как вирусы, так и элементы синтетических комплексов. Одним из примеров клинических испытаний генной терапии являются попытки лечения этим методом взрослых, больных муковисцидозом. Как известно, основу заболевания составляет наличие мутаций гена муковисцидоза, расположенного на 7-й хромосоме. Используя в качестве вектора вирусы, ученые предпринимают попытки доставки неповрежденного гена непосредственно в эпителиальные клетки трахеобронхиального дерева больных муковисцидозом.

Нерешенность многих технических аспектов генной терапии, а также сама ее природа вызывают целый ряд биоэтических противоречий. Серьезные угрозы и противоречия, которые несет генная терапия, можно разделить на три группы. Первая группа представляет опасность вмешательства в генетический аппарат последующих поколений и, как результат, изменения природы человека. Соматическая генная терапия таит в себе вторую группу опасностей, связанных с вмешательством в генетический аппарат клеток отдельных органов и тканей с их последующим перерождением. Третья группа опасностей обусловлена возможными негативными последствиями воздействия на организм человека векторных систем, причем это воздействие при использовании вирусных векторов касается не только организма больного, но и окружающих людей.

Таким образом, одна из главных биоэтических проблем генной терапии — бесконтрольное вмешательство в геном будущих поколений с изменением их наследственности. При соматической генной терапии можно предположить возможность неконтролируемого встраивания вектор-ДНК последовательностей в геном с последующим злокачественным перерождением клеток. Также теоретически возможно попадание генетических конструкций в половые клетки с изменением гена будущих поколений.

Основными биоэтическими вопросами генной терапии являются:

- когда, при каких условиях и как широко она может применяться;
- как должно быть организовано медико-генетическое консультирование;

- насколько реальна опасность «генетицизма» общества, то есть навязывания ему неких генетических норм;
- возможна ли в будущем практика «профилактической», или косметической генной терапии;
- существует ли угроза создания генетически высших и низших классов-носителей определенных генетических признаков;
- являются ли научные исследования в области генной терапии перспективными и экономически оправданными.

Вполне очевиден тот факт, что в ближайшие десятилетия генная терапия выйдет за границы медико-биологических и клинических экспериментов. Следовательно, к ней необходимо применять соответствующий набор правовых и этических регуляций. Генная терапия вторгается в наиболее интимные аспекты жизнедеятельности, поэтому экспертиза всех научных изысканий со стороны национальных этических комитетов оправдана.

Основная тенденция религиозной оценки генной терапии может быть проиллюстрирована на модели позиции Православия: «Привлекая внимание людей к нравственным причинам недугов, Церковь вместе с тем приветствует усилия медиков, направленные на врачевание наследственных болезней. Однако целью генетического вмешательства не должно быть искусственное «усовершенствование» человеческого рода и вторжение в Божий план о человеке. Поэтому генная терапия может осуществляться только с согласия пациента или его законных представителей и исключительно по медицинским показаниям. Генная терапия половых клеток крайне опасна, ибо связана с изменением генома (совокупности наследственных особенностей) в ряду поколений, что может повлечь непредсказуемые последствия в виде новых мутаций и дестабилизации равновесия между человеческим сообществом и окружающей средой».

В международном правовом поле генная терапия, являясь одним из объектов генноинженерной деятельности, есть частью общей системы биобезопасности, под которой понимается система мер по обеспечению безопасного создания, использования и трансграничной передачи живых измененных организмов как результата биотехнологии.

«Конвенция о правах человека и биомедицине», принятая Советом Европы (1997), констатирует наличие серьезной опасности того, что геном человека может подвергнуться преднамеренному изменению, с тем чтобы получить людей или целые группы, наделенные особыми характеристиками и необходимыми качествами. Чтобы отвратить подобную угрозу в каждом случае, любое вмешательство, имеющее целью видоизменить геном человека, должно проводиться только в профилактических, диагностических или терапевтических целях. Вмешательство, направленное на модификацию генетических характеристик, не связанных с болезнью или недомоганием, запрещено. Поскольку в настоящее время ген-

ная терапия соматической клетки еще находится на стадии исследования, то применять ее можно только в том случае, если она отвечает стандартам защиты. Вмешательство, преследующее цель внести какое-либо изменение в геном потомков, запрещено. Поэтому, в частности, не разрешаются генетические модификации сперматозоида или яйцеклетки в целях оплодотворения. Проводить медицинские исследования и вносить генетические изменения в сперматозоид или яйцеклетку, не связанные с воспроизведением потомства, разрешается только в искусственных условиях, с одобрения соответствующего органа, занимающегося вопросами этики или управления. В связи с непредсказуемостью последствий переноса генетического материала в половые клетки, в большинстве регламентирующих документов на международном уровне существует запрет на проведение такого рода испытаний. Запрещая генную терапию половых клеток, Конвенция не исключает вмешательства в соматических целях, которое, как указывалось выше, также может иметь нежелательные побочные эффекты по линии зародышевой клетки.

Ф. Андерсон (1992) сформулировал три условия, которые стали общепризнанными для разрешения клинических испытаний в области генной терапии. Необходимо доказать в экспериментах на животных, во-первых, что нужный ген может быть перенесен в соответствующие клетки-мишени, где он будет функционально активен достаточно продолжительное время; во-вторых, что будучи перенесен в новую для себя среду, этот ген не потеряет свою экспрессию, то есть сохранит эффективность; в-третьих, что такой перенос не вызовет неблагоприятных последствий в организме.

Несмотря на кажущуюся простоту, эти условия не могут стать универсальным правилом. Для каждого конкретного эксперимента придется определять, какие сроки сохранения эффективности гена могут считаться достаточными, каким должен быть уровень экспрессивности, каков потенциальный риск для пациента и как он соотносится с предполагаемым лечебным эффектом. Подобный анализ может быть выполнен только в рамках этических комитетов. Участие в их работе независимых ученых позволит непредвзято оценить обоснованность и реалистичность предлагаемых клинических испытаний. Например, известна строгая система контроля геннотерапевтических процедур, которая называется «Система разрешительных мероприятий для процедур генной терапии в США». Каждый протокол возможного геннотерапевтического лечения вначале рассматривается комитетом по биологической безопасности того учреждения, в котором он будет выполняться. Если протокол одобрен, его направляют для утверждения в консультативный Совет по рекомбинантным молекулам при Национальном институте здоровья. После окончательного рассмотрения и утверждения национальной службой, контролирующей безопасность пищевых продуктов и лекарственных веществ, протокол должен быть опубликован в журнале «Human Gene Therapy».

В большинстве европейских государств также существует отработанная и строгая система контроля исследований в области генной терапии.

В России научные исследования в области генной терапии и генной инженерии регулируются Федеральным законом «О государственном регулировании в области генноинженерной деятельности», который прошел международную экспертизу и вступил в силу в 1996 г. Согласно этому закону, генноинженерная деятельность должна основываться на следующих принципах:

- безопасности граждан (физических лиц) и окружающей среды;
- безвредности клинических испытаний методов генетической диагностики и генной терапии на уровне соматических клеток;
- сертификации продукции, содержащей результаты генноинженерной деятельности с указанием полной информации о методах получения и свойствах данного продукта.

Деятельность исследователей, занимающихся в России генной терапией, регламентируется также законом «О трансплантации органов и/или тканей», а нормативно-правовая база совершенствуется и в 2000 г. был принят Федеральный закон о внесении дополнений и изменений в законодательный документ в редакции 1996 г. «О государственном регулировании в области генноинженерной деятельности». Однако и вновь созданная нормативно-правовая база не лишена недостатков, главным из которых является отсутствие эффективного контроля за выполнением условий безопасности, непосредственным проведением генноинженерных и генотерапевтических процедур.

В Украине также проходит процесс становления нормативно-правовой базы, регламентирующей генноинженерную деятельность.

Биоэтическая оценка использования генетически модифицированных продуктов питания

Генетическое модифицирование продуктов стало широко доступно после значительных успехов генной инженерии в области сельского хозяйства. Основная проблема состоит в том, что модифицированные продукты часто несут в себе непредсказуемые побочные эффекты. Мы не можем быть уверены в том, что генетически модифицированное растение, употребляемое нами в пищу, не станет вдруг вырабатывать новые токсины и аллергены или не повысит уровень скрытых токсинов. Трудно с точностью утверждать что-либо о пищевой ценности таких растений и о их воздействии на окружающую среду и дикую природу. Все эти вопросы важны, но ответа на них пока нет. Сложно предсказать, как употребление генетически модифицированных продуктов повлияет на организм через некоторое время, так как для этого нужно вести наблюдение за несколькими поколениями людей, потребляющих такие продукты питания.

В настоящее время выведены и уже выращиваются генетически модифицированные сорта кукурузы, картофеля, сои, томатов и других культур. Сторонники применения генной инженерии в сельском хозяйстве уверены: питаясь трансгенными пищевыми продуктами, человек подвергается опасности не большей, чем употребляя обычные продукты. Более того, некоторые ученые, фермеры, государственные чиновники и, конечно же, производители трансгенных продуктов убеждены, что без генной инженерии человечеству не обойтись. Основные аргументы в пользу этой технологии производства продуктов питания таковы:

1. Существуют предположения, что в течение следующих 20 лет население планеты увеличится вдвое, что сделает актуальной проблему обеспечения продовольствием. Растения, полученные при помощи генной инженерии, могут давать более высокие урожаи, чем традиционные культуры, обладают более высокой устойчивостью к насекомым-вредителям. Таким образом, возможность повышения урожайности — один из основных аргументов в пользу создания трансгенных растений.

2. Существует возможность изменения свойств растений при помощи генетической модификации с увеличением содержания питательных веществ и витаминов, что приведет к большей сбалансированности питания.

3. Генетически модифицированные растения будут обладать устойчивостью в экстремальных погодных условиях (засуха, холод, наводнения), что особенно важно для населения беднейших регионов планеты.

4. У генетически модифицированных растений меньшая потребность (при их выращивании) в пестицидах и гербицидах. Так, встраивание в кукурузу гена земляной бактерии *Bacillus thuringiensis* — природного пестицида — снабжает растение собственной защитой, и обрабатывать его дополнительно не надо.

5. Продукты питания, содержащие генетически модифицированные ингредиенты, могут стать полезными для здоровья, если в их геном встроить вакцины против различных болезней.

Однако все эти доводы основаны на утилитаристском подходе к использованию генетически модифицированных продуктов. При этом компании, производящие генетически модифицированную продукцию, прикрываются мифом о равноценности пищевых субстанций. Концепция «эквивалентности пищевых субстанций» используется в Европе, Северной Америке и многих других странах как основа для системы регулирования. Она была создана специально для облегчения коммерциализации генетически модифицированных продуктов питания. Например, такая концепция составляет основу Европейских правил о генетически модифицированных продуктах и ингредиентах. Равноценность подразумевает, что оба типа продуктов — обычные и генетически модифицированные — одинаковы по всем характеристикам, важным для потребителей: безопасности, питательности, внешнему виду. На основе тезиса, что гене-

тически модифицированные продукты не опаснее прочих, они при тестировании или маркировке классифицируются как равноценные обычным и проходят простые, такие же как и для обычных продуктов, а не усиленные тесты.

В настоящее время процедуры тестирования, принятые во всем мире, состоят практически исключительно из специальных химических и биохимических исследований, призванных качественно определить то или иное специфическое питательное вещество, токсин или аллерген. Эти тесты фокусируются на компонентах, которые могут дать побочные действия в каком-либо генетически модифицированном продукте и основаны на известных свойствах этих же веществ, проявленных в их немодифицированных аналогах, а также на характеристиках самих по себе генов, привнесенных в генетически модифицированное растение или животное. Такие исследования не могут обнаружить опасность, тающуюся в генетически модифицированных продуктах, так как они могут не выявить побочные эффекты, существование которых никто не предполагал.

Учитывая то, что генная инженерия может принести в продукты ранее неизвестные опасные свойства, каждый генетически модифицированный продукт должен быть подвергнут обследованию, способному выявлять самый широкий спектр возможных опасностей. Но в настоящее время использование концепции эквивалентности позволяет обойти необходимость такого тестирования. Только клинические испытания способны выявить все возможные опасности и непредвиденные побочные эффекты, которые могут таиться в продуктах генноинженерного процесса. Основными и очевидными опасностями генетически модифицированных продуктов для здоровья человека могут считаться аллергенность, токсичность и возникновение устойчивости к антибиотикам. Необходимо также отметить негативное влияние внедрения генетически модифицированных сельскохозяйственных культур на окружающую среду, в частности на биоразнообразие.

Вопросы создания трансгенных растений и животных требуют большого философского и научного осмысления, так как это касается далеко не одного лишь узкого круга специалистов. Речь идёт не только о современной популяции, но в основном о будущих поколениях. Определённый минимум новейших генетических знаний становится необходимой составной частью и специальной и общей грамотности человека, показателем его ответственности за жизнь в современном мире.

РАЗДЕЛ VIII

ЭТИКА БИМЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Человека следует уважать в себе и в других...
Э. Кант

Мы не можем жить, не причиняя смерти другим существам, но мы можем быть более или менее сострадательны. Чем сострадательнее мы будем ко всем животным, тем лучше будет для души нашей.

Л. Н. Толстой

Глава 1

БИОЭТИКА ИССЛЕДОВАНИЙ, ПРОВОДИМЫХ НА ЧЕЛОВЕКЕ

Биомедицинские исследования (или эксперименты) с вовлечением людей в качестве субъекта затрагивают такие важнейшие этические концепции и принципы, как уважение автономии пациента и требование информированного согласия, с одной стороны, и принцип социальной справедливости и социальной полезности — с другой. Для уточнения предмета этических дискуссий целесообразно провести различия между терапевтическим и нетерапевтическим исследованием.

Терапевтическое исследование включает действия, которые направлены на избавление от страданий, восстановление здоровья или продление жизни. «Терапия» в данном контексте понимается широко и включает медицинское лечение, постановку диагноза и даже проведение профилактических мероприятий, например вакцинации. Безусловно, терапевтическое исследование, как и любое другое, касается получения новых знаний. Однако важнейшим отличительным признаком есть то, что вовлечённые в него пациенты ожидают и надеются получить терапевтическую пользу от нового препарата, вакцины, медицинской технологии или диагностической процедуры. Например, первые пациенты, подключенные к аппарату гемодиализа, по сути, были участниками медицинского эксперимента. Данная медицинская технология ранее не применялась в

клинических условиях и, по сути, являлась экспериментальной. Полученная информация использовалась медицинскими профессионалами для совершенствования метода и вносила вклад в научные знания. В то же время новая медицинская технология была вариантом терапии, направленной на решение собственных медицинских проблем пациента. Ее применение частично включало непосредственный учет интересов больного, вовлеченного в исследование, поскольку результаты обещали быть лучшими по сравнению с ранее возможной терапией. Терапевтические исследования терминологически верно назвать клиническими испытаниями новых медицинских препаратов и технологий.

Нетерапевтическое (или экспериментальное) исследование включает разнообразные научные действия, основная цель которых — увеличение объема знаний о физиологических, патологических, биохимических или психологических процессах в организме человека. Нетерапевтическое исследование дает важную информацию биомедицинскому профессионалу, однако не связано с предоставлением терапии вовлеченным лицам. Не ожидается, что субъекты исследования получат в процессе его проведения какие-либо собственные медицинские выгоды. В реальной практике оказывается трудным проведение четкой разграничительной линии между терапевтическими и нетерапевтическими исследованиями. С одной стороны, терапевтические исследования не включают исключительно только те действия, которые могут принести пользу пациенту. Известно, что наука всегда направлена на получение новых знаний. Более того, исследовательский проект может содержать дополнительные процедуры, которые не связаны с терапией вообще. Например, возможно включение операции катетеризации или взятие образцов крови для исследования. Такие процедуры не только не имеют терапевтического значения, но и несут определенный риск. С другой стороны, нетерапевтические исследования могут непрямым образом предоставлять медицинскую выгоду, например в связи с тем, что вовлеченные лица проходят углубленное обследование. Несмотря на указанные трудности, подразделение исследований на терапевтические и нетерапевтические способствуют проведению этических оценок конкретных случаев. Так, существует распространенное убеждение, что степень риска в терапевтических исследованиях этически может быть выше, чем степень риска в нетерапевтических исследованиях.

Дидактически правильным стало деление исследований на те, которые предоставляют перспективу прямой медицинской пользы, и те, которые такой перспективы не имеют. И в том и в другом случае субъекты биомедицинского исследовательского проекта испытывают определенный риск. В этой связи возникает правомочный вопрос о том, что является моральным оправданием риска участия субъектов в биомедицинском исследовании.

Наиболее распространенным обоснованием вовлечения людей в биомедицинские исследования есть концепция утилитаризма. Во-первых, клинические испытания позволяют разработать и внедрить новые диагностические и терапевтические технологии. Например, проведенные в прошлом исследования сделали возможным выполнение сердечно-сосудистых операций, трансплантации внутренних органов, профилактику полиомиелита. Во-вторых, правильно организованные и контролируемые исследования позволяют отказываться от малоэффективных и даже вредных медицинских процедур. Например, ни кровопускание, характерное для медицины XIX ст., ни охлаждение желудка у больных с язвенной болезнью, которое широко использовалось в XX ст., как оказалось, не имеют какого-либо терапевтического значения, несмотря на то, что считались очень эффективными. Утилитаристы делают заключение, что клинические испытания, в силу указанных обстоятельств, не только морально позволительны, но и морально необходимы, поскольку вероятные официальные последствия для одних будут в значительной мере перевешиваться медицинской пользой и предупреждением вреда для других в будущем.

Для оправдания вовлечения людей в биомедицинские исследования, а иногда даже защиты точки зрения, что индивидуум имеет обязанности быть субъектом клинических испытаний, используются аргументы справедливости и признательности. Утверждается, что нынешнее поколение пользуется благами, которые стали доступными, благодаря биомедицинским исследованиям прошлого. Современные достижения медицины были бы невозможны без использования людей в качестве субъектов клинических испытаний. Из этого делается заключение о существовании для современного человека обязательства ответных действий на основе справедливости и благодарности в виде согласия самому стать субъектом биомедицинских исследований.

Оппонент аргументации, основанной на справедливости и благодарности, может возразить, что медицинский прогресс, при всей его важности, — лишь моральная цель. В качестве таковой он не может достигаться нарушением индивидуальных прав, в том числе права человека не быть субъектом. Поэтому никто не обязан участвовать в биомедицинских исследованиях.

Дискуссии о том, имеет ли индивидуум обязанность стать субъектом исследования или нет, отражают так называемую *модель защиты от участия в клинических испытаниях*, которая подчеркивает, что участие в исследованиях обычно сопряжено с риском для субъектов и нацеливает на важность их адекватной защиты. Частично модель защиты основана на исторических примерах, когда субъекты не были надежно защищены. В последние годы отмечается укрепление *модели доступа к участию в исследованиях*. Эта модель подчеркивает, что участие в клинических испытаниях может принести большую пользу больным при отсутствии эф-

фективной терапии. Например, утверждается право пациентов участвовать в перспективных исследованиях в области ВИЧ/СПИД и онкологии.

Независимо от этических взглядов на участие в клинических испытаниях, которые реализуются моделями защиты или доступа, главным вопросом является получение информированного согласия или согласия родственников (опекунов).

В моральной оценке исследований, проводимых на человеке, важное значение придается условиям, при которых они этически приемлемы. После Второй мировой войны было разработано более 30 документов и этических кодексов, в которых идентифицируются эти условия. Наиболее известны «Нюрнбергский кодекс», «Токийская декларация» и «Хельсинкская декларация» (прил. 15, 16). Общим для всех кодексов и деклараций есть положение о недопустимости вовлечения человека в биомедицинское исследование без его информированного согласия. В некоторых документах допускается согласие родителей или опекунов.

Обоснование требования информированного согласия на участие в клиническом испытании проводится в контексте этики взаимоотношений между врачом и пациентом. Основопологающим деонтологическим аргументом остается принцип уважения автономии или моральная ценность принципа индивидуального самоопределения. Уважение человека как личности требует защиты и развития его автономии. Исследования, в которых используется человеческий субъект без его согласия, нарушают автономию и, следовательно, морально неприемлемы. Информированное согласие — основа канона лояльности между биомедицинским исследователем и пациентом как субъектом. Оно является деонтологическим противодействием попыткам оправдать использование человеческого субъекта в клинических испытаниях исключительно на утилитаристской основе. Морально необходимыми условиями участия человека в биомедицинском эксперименте есть:

1) предоставление сведений о характере испытания и взаимодействии с исследователем;

2) желание принять участие в апробации нового метода лечения или диагностики.

Наиболее известным историческим примером грубого и бесчеловечного нарушения принципа информированного согласия были эксперименты нацистов в концентрационных лагерях. Однако и позднее, в эпоху холодной войны, в Соединенных Штатах ФБР финансировало и проводило исследования с нарушением принципа информированного согласия и вовлечением субъектов из уязвимых групп населения. Изучалось влияние на организм человека высоких доз радиации.

Поскольку дети, особенно младших возрастных групп, не могут дать информированного согласия, любые исследования с их участием могут нарушать это требование. То же самое можно сказать о взрослых паци-

ентах, которые стали некомпетентными вследствие тяжелого состояния, либо никогда ими не были по причине психических заболеваний, тяжелой задержки развития или деменции. Вовлечение такого контингента больных в медико-биологическое исследование может иметь этическое основание в виде вероятности достижения терапевтического эффекта. Общепринятым является мнение о том, что в таких случаях родители или опекуны могут дать легитимное согласие от имени некомпетентных индивидуумов. Более проблематичным представляется участие детей или некомпетентных взрослых в исследованиях, которые не предполагают прямой медицинской пользы для субъекта, а преследуют задачу получения знаний, которые помогут будущим пациентам. Имеют ли право родители и опекуны дать согласие на участие некомпетентных субъектов в нетерапевтических исследованиях?

В настоящее время широко распространено мнение, что перспективные исследования, которые не предлагают прямой медицинской пользы некомпетентным индивидуумам, тем не менее, могут быть морально приемлемыми, если не превышают «минимальный риск», то есть риск, не превосходящий уровень, определяемый в обычных условиях. Сторонники исследований с привлечением детей подчеркивают выгоду в этом всех детей как группы населения. Дело в том, что результаты исследований, выполненных на взрослых, далеко не всегда могут быть экстраполированы на детей ввиду существенных возрастных анатомо-физиологических различий. Кроме того, некоторые заболевания характерны только для детского возраста и не встречаются у взрослых. Поэтому исключение детей из числа субъектов биомедицинских исследований значительно обеднит педиатрическую медицину и трансформирует детей в класс «терапевтических сирот». Аналогичные аргументы применимы к группе психически больных лиц, у которых нарушена способность к принятию решений (временно, периодически или постоянно). Некоторые биомедицинские исследования такого контингента по своей сути и целям требуют обязательного включения некомпетентного контингента больных. В противном случае, никогда не может быть достигнуто достаточное понимание определенных психиатрических нозоформ и разработана их эффективная терапия. В силу этих и других причин развитие педиатрии, определенных разделов психиатрии, гериатрии и некоторых других областей медицины может быть этически взаимосвязано с вовлечением в биомедицинское исследование определенных групп некомпетентных субъектов. Ввиду потенциальных преимуществ такого действия, общепринятым является моральная приемлемость получения при определенных обстоятельствах согласия от родителей и опекунов. В то же время известны аргументы противников вовлечения в биомедицинские (и особенно нетерапевтические) исследования некомпетентных пациентов.

Несомненно, уязвимые группы населения должны при их вовлечении в биомедицинские исследования быть объектом дополнительной этической оценки. Например, в отношении детского населения правомочны следующие вопросы:

1. Обосновано ли клиническое исследование?
2. Насколько важны предполагаемые результаты?
3. Не достаточно ли знаний, полученных вследствие экспериментов на взрослых?
4. Несет ли исследование только минимальный риск, то есть не больший, чем ожидаемый в обычных условиях?

Клинические испытания регламентируются международными и национальными документами. Важнейший из них — международный стандарт качественной клинической практики (Good Clinical Practice — GCP).

Он регламентирует планирование, организацию, проведение, мониторинг, аудит, анализ, отчетность, документацию. Следование положениям GCP — гарантия того, что клинические испытания обоснованы с этической и научной точек зрения и качественно выполняются на всех этапах. Стандарты GCP обеспечивают достоверность данных и соблюдение прав пациента. Особое внимание уделяется привлечению в биомедицинские исследования уязвимых групп населения, к которым, помимо детей и психически больных, относятся женщины репродуктивного возраста, пациенты в бессознательном состоянии, «смертельно больные люди и представители этнических меньшинств» (Л. Н. Тимченко, В. В. Попов, 2003).

Известным примером расовой дискриминации стало проведение исследования по лечению сифилиса в США в 60-е годы прошлого столетия. Оказалось, что группе афро-американцев, больных сифилисом, не оказывалось никакой терапевтической помощи, чтобы изучить естественное течение заболевания. Между тем, исследователи располагали пенициллином, как доказано, — эффективным препаратом.

Участие в биомедицинских исследованиях смертельно больных пациентов обычно считается неприемлемым, если возможно участие других групп населения, неотягощенных таким состоянием. Тем не менее, часто бывает необходимо включение в когорту испытуемых именно смертельно больных пациентов, если исследование касается данного заболевания и его лечения. Более того, в соответствии с принципом «модели доступа к участию в исследованиях», из контингента наблюдаемых лиц не должны исключаться смертельно больные пациенты, выражающие готовность участвовать в клинических испытаниях. При проведении исследований с привлечением смертельно больных биоэтические проблемы связаны также с тем, что такие лица, как правило, более подвержены принуждению или неоправданному стимулированию. Проблема состоит в том, что исследование с привлечением смертельно больных, скорее всего, повлечет за собой риск более чем минимальный. Важная роль в полу-

чении информированного согласия отводится участию законных представителей пациента (родственников и опекуна).

Клинические исследования с участием пациентов, находящихся в бессознательном состоянии, также тесно сопряжены с практикой получения информированного согласия. В реальных условиях способность пациента дать информированное согласие бывает ограниченной, а времени на принятие решения об участии в исследовании может оказаться мало и возможность связаться с официальным представителем больного отсутствовать. Этические нормы разрешают обходиться без получения письменного информированного согласия от пациента лишь в том случае, если участие в исследовании влечет за собой не более чем минимальный риск и обоснованную пользу для пациента. Информированное согласие в этом случае подписывается врачом-исследователем и независимым свидетелем (врачом, медицинской сестрой, не вовлеченными в исследование), которые подтверждают следующее:

- пациенту угрожает смертельная опасность, и необходимо применение экспериментального лекарственного средства;

- невозможно получить информированное согласие от пациента, так как он не способен к общению, или невозможно получить юридически действительное согласие;

- нет достаточного времени для получения согласия официального представителя пациента (родственника, опекуна);

- не существует альтернативного исследуемому методу апробированного или общепризнанного лечения, которое могло бы с равной или большей степенью вероятности спасти жизнь пациента.

Включение женщин в клинические испытания длительное время было ограниченным в связи с известной «талидомидной» трагедией. В результате возникли негативные последствия из-за нарушения прав больных женщин, поскольку они не могли своевременно, уже на этапе клинических исследований получить терапию более эффективными препаратами (срок выхода нового препарата на рынок составляет 4–6 лет с момента проведения I фазы). Ограничения привели к тому, что эффективность и возможность применения многих современных лекарственных средств у женщин не изучены, хотя они назначаются как мужчинам, так женщинам. В настоящее время ограничения сняты, и в клинические исследования лекарственных средств, даже на ранних фазах, стали включать женщин. Указанные требования распространяются на исследования биологических добавок и медицинских изделий. Ответственность за соблюдение действующих норм и правил проведения испытаний и оценка возможного риска возложена на исследователей и этические комитеты медицинских учреждений. Клинические исследования с участием женщин, которые на момент проведения исследования могут забеременеть, должны находиться под особым контролем этических комитетов. В некоторых случаях этические комитеты должны быть уверены в том, что небеременные

женщины будут предохраняться от беременности во время проведения исследования. Более того, они должны известить исследователя о планируемой беременности, чтобы избежать ненужного дополнительного риска.

В Украинском законодательстве правовые и этические вопросы при проведении клинических испытаний рассматриваются в статьях 7 и 8 Закона Украины «О лекарственных средствах» (1996); «Инструкции о проведении клинических испытаний лекарственных средств и экспертизе материалов клинических исследований», утвержденной МЗ Украины (приказ № 281 от 01.11.2000 г.); «Типовом положении о комиссии по вопросам этики», утвержденном МЗ Украины (приказ № 281 от 01.11.2000 г.); «Методических рекомендациях по клиническому испытанию лекарственных средств в Украине» (МЗ Украины, 1999). В статье 7 Закона Украины «О лекарственных средствах», в частности, говорится, что клинические исследования лекарственных средств проводятся после обязательной оценки этических и морально-правовых аспектов программы клинического исследования комиссиями по вопросам этики, которые созданы и действуют при лечебно-профилактических учреждениях, проводящих клинические испытания. Положение о комиссии по вопросам этики утверждается МЗ Украины или уполномоченным им органом.

Статья 8 закона Украины «О лекарственных средствах» полностью посвящена защите прав пациента (добровольца). В ней отмечено, что клинические исследования лекарственных средств проводятся при наличии письменного согласия пациента (добровольца) на участие в проведении клинического исследования или письменного согласия законного представителя на проведение клинического исследования с участием несовершеннолетнего или недееспособного пациента. Пациент (доброволец) или его законный представитель должен получить информацию о сути и возможных последствиях исследования, о свойствах лекарственного средства, ожидаемой эффективности, степени риска. Заказчик клинического исследования лекарственного средства обязан составить договор о страховании жизни и здоровья пациента (добровольца) в порядке, предусмотренном действующим в стране законодательством. Руководитель клинического исследования обязан остановить проведение клинического исследования или отдельные его этапы в случае возникновения угрозы здоровью или жизни пациента (добровольца) вследствие проведения исследования, а также по желанию пациента (добровольца) или его законного представителя. Решение о приостановке клинического испытания лекарственного средства или отдельных его этапов в случае возникновения угрозы здоровью или жизни пациента (добровольца) вследствие проведения исследования, а также в случае отсутствия или недостаточной эффективности действия лекарственного средства, нарушения этических норм принимает МЗ Украины или уполномоченный им орган, а также фирма-спонсор клинического исследования.

Глава 2

БИОЭТИКА ИССЛЕДОВАНИЙ, ПРОВОДИМЫХ НА ЖИВОТНЫХ

Важным компонентом истории развития человечества есть переход от стратегии выживания к построению цивилизации, центром которой стало благополучие человека. В таком контексте биомедицинские исследования ставят задачу получения научных знаний о физиологии и патологии с целью разработки эффективного и безопасного лечения различных заболеваний. Несомненным остается факт, что важнейшие научные открытия и достижения были бы невозможны без проведения исследований с использованием животных (табл. 1).

С начала XX ст. две трети Нобелевских премий в области медицины были присуждены за открытия и достижения, в разработке которых центральную роль играли исследования на лабораторных животных. Без опытов на животных немалый прогресс в области генетики, биохимии, физиологии, патологии, фармакологии, токсикологии, гигиены и других отраслей биомедицинской науки. В экспериментах с использованием животных моделируется воздействие на организм ядов, травм, ионизирующего излучения, возбудителей инфекционных болезней и других патогенных факторов, которые просто не могут быть исследованы непосредственно на человеке.

В XX ст. исследования на животных приобрели гигантские размеры. Для научных целей, тестирования биологически активных веществ и в процессе обучения в мире ежегодно используются более 10 млн позвоночных животных, что стало причиной беспокойности как исследователей, так и общественности. Выяснилось, что использование животных в экспериментах в интересах человека сопряжено с возникновением сложных этических проблем. Некоторые из них касаются обсуждения морального статуса животных, другие — важности самого исследования.

Первый круг вопросов состоит в том, следует ли признать за животными существенный моральный статус. Если да, то будет ли их моральный статус таким же, как моральный статус человека. Иными словами, насколько обоснованы радикальные требования видовой эквивалентности морального статуса, когда то, что непозволительно по отношению к человеку является в той же степени непозволительным по отношению к животным, по крайней мере к позвоночным, и особенно к млекопитающим.

**Примеры научных достижений, полученных
в результате выполнения экспериментов на животных
(J. Bryant, L. Baggott la Velle, J. Searle, 2002)**

Время проведения эксперимента	Научный результат
XV ст.	Первое использование жгута для остановки кровотечения
XVI ст.	Описание кругов кровообращения
XVII ст.	Первая вакцинация
XVIII ст.	Первое использование анестетиков Первое использование технологии асептики
1906	Пересадка роговой оболочки глаза
1907	Трансфузия крови
1912	Трансплантация почки
1914	Почечный диализ
1922	Выделение инсулина для лечения диабета
1929	Пенициллин для терапии инфекций
1937	Аппарат искусственного кровообращения Открытая операция на сердце Замена клапанов сердца Имплантиция водителя ритма
1937	Применение антикоагулянтов
1940	Вакцина против коклюша
1941	Вакцина против дифтерии
1948	Антигипертензивные средства
1950	Иммуносупрессивная терапия
1956	Вакцина против полиомиелита
1967	Трансплантация сердца
1973	Лечение лейкозов
1979	Антиастматические средства
1992	Вакцина против менингита
1995	Открытие апоптоза
1998	Первое клонирование млекопитающего животного (овца Долли)
2000	Рождение от Долли овцы Полли после естественного зачатия и гестации

Если моральный статус эквивалентен, значит животные (как и человек) в нетерапевтических исследованиях могут быть использованы ограниченно, с выполнением требований минимального риска и вреда. С другой стороны, если за животным признается моральный статус, но меньший по отношению к моральному статусу человека, то каковы моральные оправдания такого утверждения? В целом, какие признаки принимаются во внимание для признания морального статуса? Что требуется для полного морального статуса? Следует особо отметить, что у сторонников признания за человеком эксклюзивного или радикально превосходного морального статуса на основе определенных признаков — таких как автономия, моральность, разум, — объективно слабая позиция, которая касается проблемы «необразцовых» людей. Дело в том, что любой критерий, который является основанием для непризнания за животными морального статуса (или полного морального статуса) станет также причиной непризнания морального статуса у определенной категории людей с тяжелыми психическими заболеваниями, задержкой психического развития или деменцией.

Нельзя не заметить, что в дискуссиях об обладании животными «полного морального статуса» определенную роль играют культурные и мировоззренческие взгляды. В западной культуре определено подчиненное положение животных по отношению к человеку. Животные используются для приготовления пищи, в медицинских целях, религиозных и ритуальных обрядах и даже спортивных состязаниях. Моральная субординация животных по отношению к человеку имеет корни в иудейско-христианских религиозных традициях с доминирующим положением человека на Земле. С этих позиций обосновывается необходимость защиты животных от бесполезных повреждений, однако отдается предпочтение интересам человека. Допускается трансплантация органов от животного человеку. Радикальное различие между статусом человека и животного определяется противоречиями между концепциями происхождения человека. Сторонники божественного сотворения человека настаивают на особых отношениях между Богом и человеком, которые не касаются животных. С позиций эволюционистов у человека общие предки с другими млекопитающими, что подтверждается результатами сравнительного анализа генетического материала.

Восточное мировоззрение часто предоставляет животным более высокий моральный статус, чем западное, и нанесение вреда животным вызывает большее беспокойство. Например, индуизм включает доктрину, которая требует избегать нанесения вреда всем видам животного мира. Существуют религиозные течения, которые выступают против убийства любого живого организма: их священнослужители подметают землю перед собой, чтобы убрать со своего пути насекомых.

В последние десятилетия отмечаются изменения в традиционном секулярном мышлении Запада, которое прежде следовало религиозным ус-

тановкам о подчиненности морального статуса животных. Основной тенденцией стало усиление утилитаристских оценок степени добра или зла в результате того или иного действия в отношении животных. Многие утилитаристы рассматривают боль как зло, а удовольствие — как добро, независимо от вида животного организма. Идентичный тип и интенсивность боли с позиции утилитаризма имеют одинаковую моральную значимость, независимо от того, испытывает ли боль человек или животное. Утилитаристы полагают, что неодинаковое отношение к живым существам в зависимости от их видовой принадлежности представляет такую же дискриминацию, как дискриминация по расовой принадлежности, полу и возрасту. Радикальный взгляд состоит в безоговорочном признании полного морального статуса животных: животные, как и человек, имеют права, в том числе право на жизнь. Такие взгляды — питательная среда для экстремизма, который выражается не только демонстрациями с нарушениями правопорядка, но и (особенно в Великобритании) разрушениями лабораторий, угрозами в адрес исследователей и даже физическими расправами.

Биоэтика экспериментов на животных рассматривает не только проблему их морального статуса, но и саму важность проведения таких биомедицинских исследований. Вопрос состоит в степени необходимости обязательного вовлечения животного в научную программу наблюдений. Насколько значимы должны быть предполагаемые результаты, чтобы оправдать полный или ограниченный эксперимент над животными? Нет ли альтернативы получения необходимой информации без использования экспериментальных животных? Общеизвестно, что животные способны ощущать боль и сохранять память о ней. Если нельзя обойтись без опытов на животных, то моральная обязанность экспериментатора — сделать всё возможное для уменьшения их страданий.

Основные этические принципы экспериментирования на животных изложены в «Европейской конвенции по защите позвоночных животных, используемых в экспериментальных и других научных целях» (Страсбург, 1985). Этот документ стал правовой основой соответствующих законодательных актов и нормативных положений в Великобритании, США, Канаде, ряде государств Европы и Латинской Америки. Общепринятым стандартом признан принцип трех R: refinement (усовершенствование), reduction (сокращение), replacement (замена).

Принцип усовершенствования предполагает улучшение и гуманизацию обращения с животными при подготовке и проведении эксперимента. Цель состоит в том, чтобы свести страдания животного к минимуму, например, использовать анестетики при проведении любой болезненной процедуры. При необходимости частых заборов образцов крови стрессовая нагрузка может быть уменьшена постановкой катетера в центральную вену. Иногда животному показана эвтаназия. Этически правильно стремиться к улучшению условий жизни экспериментальных животных в виварии.

Принцип сокращения направлен на уменьшение числа задействованных в эксперименте животных. Это возможно при тщательной предварительной проработке дизайна исследования, в том числе с учетом предварительных результатов опытов *in vitro* и компьютерного моделирования. Оптимальный минимум необходимых для конкретного исследования животных устанавливается статистическим анализом. Вариабельность индивидуумов внутри вида, как базовая проблема биологического эксперимента, может преодолеваться использованием генетически идентичных (чистопородных) животных. Использование в эксперименте лабораторных животных исключает риск незапланированных потерь от инфекции и заболеваний. Это значительно уменьшает число животных, необходимых для получения результата.

Принцип замены предполагает замену эксперимента на животных научными технологиями без использования животных во всех случаях, когда это допустимо. Например, тестирование инсулина можно провести не биологическим способом на животных, а путем лабораторного хроматографического анализа. Хотя полная замена животных в эксперименте маловероятна, биоэтически привлекательна идея разработки альтернативных моделей. К ним относятся:

1. Культуральные модели (клетки, ткани, органы *in vitro*).
2. Живые системы (бактерии, простейшие, эмбрионы зеленых водорослей, оплодотворенные яйцеклетки).
3. Физические и химические методы анализа с экстра- и интраполяцией в рядах близких по свойствам соединений.

Общие этические требования к использованию позвоночных животных в медико-биологических исследованиях включают ряд положений (А. Г. Резников, 2003):

1. Эксперименты на животных допустимы только в тех случаях, если они направлены на получение новых научных знаний, улучшение здоровья человека и животных, сохранение живой природы, являются крайне необходимыми для качественного обучения и подготовки специалистов, проведения тестирования, судебно-медицинской и криминалистической экспертизы, не представляют угрозы здоровью человека.
2. Эксперименты на животных оправданы тогда, когда есть достаточные основания надеяться на получение таких результатов, которые будут существенно способствовать достижению хотя бы одной из перечисленных выше целей. Недопустимо использовать животных в эксперименте, если эти цели могут быть достигнуты иным путем.
3. Следует избегать буквального дублирования уже проведенных исследований на животных, если оно не диктуется необходимостью экспериментальной проверки результатов.
4. Выбор животных, их количество, методика исследования должны быть тщательно обоснованы до начала экспериментов и получить одобрение уполномоченного лица или органа биоэтической экспертизы.

5. Животные для экспериментов должны поступать из сертифицированного питомника. Использование бродячих животных противоречит принципам биоэтики.

6. При проведении опытов на животных следует проявлять гуманность, избегать дистресса, боли, не причинять длительного ущерба их здоровью и облегчать страдания. Необходимо стремиться к максимальному сокращению количества животных и там, где возможно, использовать альтернативные методы, не требующие участия животных.

7. Опыты на животных должен проводить квалифицированный исследователь, который знаком с правилами биоэтики и придерживается их. Использование животных в учебном процессе проводится под наблюдением специалиста-преподавателя.

8. Лаборатории, научные и учебные заведения, организации, в которых проводятся опыты на животных, подлежат аттестации полномочными органами, в том числе на соответствие стандартам «надлежащей лабораторной практики» (GLP).

По вопросу этики использования животных в эксперименте свое мнение высказала Всемирная медицинская ассоциация (прил. 17).

В Украине регламентация опытов на животных в соответствии с принципами биоэтики осуществляется усилиями Комитетов и Комиссий по биоэтике при Президиумах НАНУ и АМНУ, Государственным фармакологическим центром Министерства здравоохранения Украины. Актуальная задача заключается в определении ответственности за нарушение норм биоэтики в сфере использования экспериментальных животных. Экспериментатор и технический персонал должны нести моральную, дисциплинарную и юридическую ответственность за нарушение установленных норм. Мера ответственности зависит от потенциального или реального ущерба, нанесенного биологической безопасности человека, животных или окружающей среды. Преднамеренное утаивание возможных негативных последствий такой деятельности тоже подлежит осуждению.

Информация об условиях содержания и использования животных, а также о результатах экспериментальных работ должна быть открытой, за исключением тех случаев, когда она не может быть разглашена в интересах сохранения государственной, патентной, следственной или коммерческой тайны. Доступ к этой информации должен быть свободным, в том числе для зарегистрированных в Украине общественных организаций, уставами которых предусмотрена защита животных и окружающей среды. Конструктивное взаимодействие с общественными организациями может оказаться полезным для достижения гуманных целей, к которым стремятся приверженцы биоэтики.

Близкой по своей биоэтической сути к проблеме использования животных в эксперименте является проблема страданий животных в биотехнологическом цикле. Современный агробизнес разрабатывает технологии разведения сельскохозяйственных животных со сверхбыстрым на-

растанием массы тела на неестественно малых площадях. Для этого применяются гормональные препараты и антибиотики, остатки которых накапливаются в организме животных и попадают в организм человека.

Сельскохозяйственные животные обладают страстями и эмоциями, ощущают боль, страдания, удовлетворение. Обращение с ними должно соответствовать гуманным правилам «пяти свобод» (Дж. Вебстер):

1. Свобода от жажды, голода и недоедания.
2. Свобода от боли, ран и болезни.
3. Свобода от страха и стресса.
4. Свобода от дискомфорта.
5. Свобода нормально жить.

Биоэтическая логика взаимоотношений человека и животного в науке и биотехнологии определена словами Ч. Дарвина: «Распространяя наше сочувствие за пределы человечества, мы поднимем и себя».

РАЗДЕЛ IX

ОТДЕЛЬНЫЕ ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Концепция глобальной биоэтики
будет жить и изменять нас.

В. Поммер

Глава 1

БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ

Становление и развитие трансплантологии началось с 50-х годов прошлого столетия. Пионерами трансплантологии стали Murray (пересадка почки), Starzl (пересадка печени), Hardy (пересадка легких), Barnard (пересадка сердца). Усилиями этих ученых и их последователей были созданы центры трансплантологии, которые позволили спасти или продлить жизнь тысячам пациентов, до этого обреченных на смерть. Разработки фармацевтической промышленности обеспечили использование в клинической трансплантологии иммуносупрессантов, которые уменьшали или нивелировали проявления реакции отторжения трансплантата. Прогресс трансплантологии стал причиной возникновения ряда вопросов, затрагивающих как правовые, так и этические аспекты отношений между донором и реципиентом. Многие из них потребовали законодательного регулирования, с учетом культурных особенностей различных стран, и «ментального отношения» общества к вопросу пересадки органов.

Дискуссии затрагивают важные социальные аспекты медицинской этики и их суть состоит в обсуждении трех основных проблем:

1. Обоснование принципиальной моральной приемлемости проведения трансплантации органов от одного человека другому.
2. Разработка этической и законодательной базы, регламентирующей процедуру получения донорских органов.
3. Обсуждение принципов выбора реципиента в связи с ограниченной доступностью донорского материала.

Обоснование принципиальной моральной приемлемости пересадки органов от человека человеку и от животного человеку тесно связано с религиозными и мировоззренческими установками того или иного общества. Несмотря на существование ряда психологических, моральных и религиозных вопросов, большинство западных религиозных конфессий принципиально признают этически приемлемой пересадку органов, в том числе трансплантацию сердца — органа, который традиционно рассматривался как «место нахождения души». Использование технологии нерепродуктивного клонирования с целью получения трансплантационного материала позволяет решить некоторые биоэтические проблемы, однако оказалось сопряженным с возникновением других проблем.

Обоснование моральной приемлемости трансплантации органов тесно связано с разработкой критериев установления факта смерти потенциального донора. В связи с появлением новых критериев наступления смерти (смерть мозга, в том числе высших его отделов) произошли определенные изменения в самой концепции смерти — переход от трактовки смерти как события (моментального) к толкованию ее как процесса, занимающего определенный промежуток времени.

Этическая и законодательная база процедуры получения донорских органов не менее противоречива. Проблема находится в сфере взаимоотношений индивидуума с обществом. Одна из точек зрения состоит в том, что для умершего человека его органы бесполезны и поэтому автоматически должны стать собственностью государства для использования в социально приемлемых целях, включая не только трансплантацию, но и сферы исследования, образования, терапии. В некоторых странах узаконена практика так называемой презумпции согласия. Это означает, что если при жизни человек не заявлял о своем несогласии на возможный посмертный забор у него органов, то после смерти он может стать потенциальным донором и для этого не потребуются получения согласия от его родственников. Если же человек принципиально не согласен быть донором органов после своей смерти, он вносит соответствующее заявление в специальный реестр отказов, который ведется учреждением, координирующим работу центров трансплантации. Таким образом, при отсутствии высказанной или подразумеваемой воли умершего забор органов может быть произведен, хотя государственные органы могут наложить запрет на него. Важным в презумпции согласия является то, что родственники на факт забора органов практически не влияют. Это может быть оправдано тем, что мнение родственников может меняться в зависимости от выраженности переносимого ими страдания и стресса. Неэтично требовать от них принятия столь важного решения в короткий срок при трагических обстоятельствах. Подобная практика существует в ряде латиноамериканских, скандинавских и азиатских стран. Однако в США, Великобритании, Германии законодательно закреплено, что индивидуум по отношению к государству располагает всевозможными правами,

которые распространяются и в сфере контроля собственного тела. В таком контексте изъятие органов возможно только при зафиксированном согласии потенциального донора или суррогатных представителей в случае его некомпетентности. Эта точка зрения отражает индивидуализм западной либеральной политической философии и определяет контроль получения донорских органов на принципах информированного согласия, правдивости и верности взятым обязательствам.

Согласие на донорство должно быть добровольным, любая форма принуждения (психического, физического, материального) недопустима. Если речь идет о даче такого согласия со стороны законных представителей донора (родственников), то подразумевается недееспособность последнего, что чаще всего связано с критическим состоянием.

Примером, иллюстрирующим этические аспекты взятия органов для трансплантации от лиц, находящихся в критическом состоянии, может служить клинический случай Джейн Смит (Питтсбург, США, 1992). Врач информировал родственников Джейн о том, что она умрет вне зависимости от продолжительности жизнеподдерживающей терапии. Так как сама пациентка заявила о том, что не хочет, чтобы ее жизнь поддерживалась искусственно, если нет шансов на выздоровление, родственники попросили врача прекратить ИВЛ и «позволить» Джейн умереть. Родственники также поинтересовались у врача, может ли Джейн быть донором органов. Получив положительный ответ, родственники подписали согласие на взятие у неё органов. Вскоре Джейн была отключена от аппарата искусственной вентиляции легких, утратила сознание, у нее прекратились сердцебиения, через 2 мин была констатирована смерть. После этого бригада хирургов приступила к забору органов для донорства. Такой подход к забору органов от трупов стал известен как «питтсбургский протокол». Более точное название документа — «Тактика по ведению больных в терминальном состоянии, которые являются потенциальными донорами органов после смерти». Преимуществом питтсбургского протокола стала возможность забора органов *вскоре* после того, как принимается решение о прекращении жизнеподдерживающей терапии пациентам в критическом состоянии. Такой подход позволил увеличить пул доноров на 20–25 % и повысить качество трансплантантов, которые ранее значительно повреждались в результате заморозки, консервации и длительного хранения.

Существует два важных принципа, регламентирующих возможность забора органов для донорства. Во-первых, у пациентов должна быть констатирована смерть до того, как произойдет изъятие органа. Во-вторых, уход за еще живым пациентом несколько не должен нарушаться «в угоду» потенциальным реципиентам.

Авторы питтсбургского протокола придерживались универсального определения акта смерти, однако критики документа обращают внимание на то, что он слишком «легко и быстро» позволяет констатировать

смерть. Так, согласно протоколу, после того, как происходит прекращение дыхания и сердцебиений, нужно ожидать две минуты для документации одного из трех вариантов дизритмии сердца — фибрилляции желудочков, асистолии либо электромеханической диссоциации, после чего констатируется смерть. Достаточно ли двух минут для того, чтобы судить о *необратимости* нарушения функций? Ведь существует и возможность спонтанного самовосстановления. Теоретически, медики должны в этот двухминутный период проводить активные меры по реанимации пациента. Может ли пациент быть признан умершим только лишь потому, что мы решили не проводить жизнеподдерживающую терапию?

Сторонники критериев смерти высших отделов мозга несколько иначе представляют субъект жизни и смерти. Они считают, что *личность* может быть мертвой, даже если *организм как целое* остается живым. Что действительно является важным — это продолжающееся существование личности, а не безличностного организма. К примеру, ребенок с анэнцефалией имеет функционирующий ствол мозга, но в силу отсутствия полушарий он не имеет и никогда не будет иметь сознания. Таким образом, этот ребенок находится в полном и постоянном бессознательном состоянии. Даже при агрессивной поддерживающей терапии он навряд ли проживет более одной-двух недель. Другой ребенок имеет врожденный порок сердца — гипоплазию левого желудочка, который с большой вероятностью приводит к ранней смерти. Предположим, существует хирургическая возможность пересадить здоровое сердце первого ребенка второму, что, вероятно, значительно увеличит его продолжительность жизни. Хирург, однако, не может ждать, пока ребенок с анэнцефалией будет признан умершим. К тому времени, когда этот ребенок будет соответствовать принятым критериям смерти, его сердце будет серьезно повреждено. Вопрос в том, будет ли ошибочным для хирурга произвести пересадку сердца от первого ребенка второму. Если под словом «ошибочно» понимать «незаконно», ответ на вопрос ясен. По существующему законодательству, такая пересадка сердца будет означать убийство. Данный ребенок — живое человеческое существо, и причиной смерти станет хирургическая операция с удалением сердца. Но есть ли такая операция, спасающая жизнь второго ребенка, серьезной моральной ошибкой? Если ребенок с анэнцефалией находится в полном и постоянном бессознательном состоянии, пострадает ли он от изъятия сердца? Такая операция не вызовет у него боль и страдание и не лишит его нормального будущего. По сути, данный ребенок не отличается от трупа, служащего донором органов для трансплантации. В США две третьих ведущих медицинских экспертов в области этики считают, что использование органов для пересадки от детей с анэнцефалией по сути нравственно; более половины высказались в поддержку изменения законодательства по этому вопросу. Пациенты с анэнцефалией, как и пациенты в перманентном вегетативном статусе находятся в полном и постоянном бессознательном состоя-

нии. Главное отличие между ними в том, что для первых это состояние врожденное, для вторых — приобретенное. Следовательно, дети с анэнцефалией могут быть признаны мертвыми вследствие полного и постоянного отсутствия сознания, как это в некоторых странах принято в отношении пациентов в перманентном вегетативном статусе. Может ли это быть удовлетворительным разрешением этической проблемы?

Наиболее сложная проблема социальной этики — *распределение доступных для трансплантации органов среди огромного числа потенциальных реципиентов*. Например, в настоящее время в США около 80 000 человек внесены в лист ожидания операции по пересадке органов. Доступность трансплантатов постоянно ограничена и ситуация может быть изменена только в случае практической доработки технологий использования искусственных органов и применения органов животных. В условиях перманентного дефицита ресурсов критическое значение приобретает принятие решений на основе принципов социальной этики. В случаях, когда неприемлемы механизмы проведения операции по пересадке органов на сугубо рыночной основе (то есть с использованием средств больного и спонсоров), ограниченные трансплантационные ресурсы должны распределяться на основе принципов социальной пользы и социальной справедливости.

При распределении донорских органов на основе принципов социальной пользы в качестве реципиентов выбираются больные, которые имеют наибольшие шансы на успех операции. Так, при трансплантации почек вероятность приживания органа определяется степенью HLA гистосовместимости тканей, причем наибольшая длительность приживания органа обнаружена у представителей белой расы, молодых людей и лиц мужского пола. Принцип выбора реципиента с учетом HLA и других объективных фактов поддерживается большинством специалистов-трансплантологов, однако встречает возражения, прежде всего со стороны непрофессионалов. Критика проводится с позиций критерия справедливости и состоит в том, что отбор реципиентов только с позиции максимального увеличения общественной пользы в виде учета длительности приживания трансплантата является политикой, которая нарушает принцип равных прав людей. С точки зрения социальной справедливости, все пациенты должны иметь одинаковый доступ к программам трансплантологии независимо от генотипа, который контролирует расу, пол или тип HLA. Большее равноправие можно обеспечить путем дополнительного учета таких факторов, как длительность нахождения в списках листа ожидания, степень неотложности состояния больного, наличие антител к инородным тканям после предыдущего контакта с ними (которое уменьшает вероятность успеха операции). Современные принципы отбора реципиентов предполагают равный учет принципов социальной (медицинской) пользы и социальной справедливости в каждом конкретном случае.

Учитывая существующие биоэтические сложности и противоречия, касающиеся предмета трансплантологии, Всемирной организацией здравоохранения были разработаны основные принципы трансплантации органов. Суть их сводится к следующему. Органы и ткани могут быть изъяты от трупа или живого человека только при условии получения согласия на это в соответствии с законодательством. Врачи, которые констатируют смерть у потенциального донора, не должны принимать непосредственного участия в заборе органов у него, также как не должны иметь отношения к лечению потенциального реципиента, то есть такие врачи становятся «незаинтересованными» в самой трансплантации ни с одной, ни с другой стороны. Преимущество при заборе органов следует отдавать трупному материалу, хотя возможно изъятие органов и у живых доноров (предпочтение отдается генетически близким для реципиента людям). В случае забора органа у живого донора необходимо получение его письменного добровольного согласия, причем донор должен быть информирован как о потенциальном риске для своего здоровья, так и о возможной пользе трансплантации для реципиента. Получение органов у живых несовершеннолетних лиц недопустимо. Следует исключить любую коммерциализацию, связанную с пересадкой органов, то есть выплату вознаграждений за донорство, поиск доноров с декларируемой оплатой их услуг либо предложение донорства за оплату. Если у врачей существуют сомнения в отношении возможности коммерческой составляющей пересадки органов в конкретной ситуации, они должны отказаться от участия в такой процедуре. Донорские органы должны быть одинаково доступными для всех потенциальных реципиентов, вне зависимости от их материальных возможностей.

Недопущение коммерциализации в трансплантологии крайне важно и в такой ее отрасли, как нейротрансплантология. Данное направление медицины весьма перспективно в лечении тяжелых органических поражений нервной системы: болезней Паркинсона, Альцгеймера, Геттингтона, эпилепсии, шизофрении, детского церебрального паралича, апаллического синдрома, последствий ишемического инсульта и черепно-мозговых травм. Главным донорским материалом в этом случае служит эмбриональная (фетальная) мозговая ткань. Регулирующим документом для проведения подобных вмешательств в Европе являются «Основные этические принципы использования человеческой эмбриональной ткани для экспериментальных исследований и клинической нейротрансплантации» (1994). Наиболее важные положения данного документа следующие. Эмбриональная ткань может быть получена в результате спонтанного либо медицинского аборта, причем в последнем случае решение об аборте принимает сама женщина, без какого-либо вмешательства и тем более давления со стороны врачей-трансплантологов. Беременная должна быть проинформирована о возможности использования ткани эмбриона для медицинских целей, обязательно также получение от нее добровольного

письменного согласия на такую процедуру. Женщина не должна знать, кому может быть пересажена ткань эмбриона, не должна получать никакого вознаграждения за донорство. Таким образом, соблюдение данных принципов исключает использование трансплантатов от так называемых договорных (коммерческих) абортот.

Еще одно направление трансплантологии, которое интенсивно развивается в течение последних десятилетий, — пересадка стволовых клеток. Клеточная трансплантация включает в себя использование преимущественно алогенных эмбриональных стволовых клеток, полученных из abortного материала или из эмбрионов, не использованных для внутриматочной имплантации после экстракорпорального оплодотворения. Возможно также использование аутологичных и алогенных стволовых клеток пупочного канатика, гемопоэтических стволовых и частично детерминированных клеток постнатального организма.

В Украине пока не приняты официально этические и правовые акты по получению и применению органов и тканей эмбриона. Отсутствуют также нормативные документы о пересадке искусственно созданных органов или стволовых клеток. Нет инструкций, регламентирующих критерии качества стволовых клеток, не оговаривается ответственность за возможные негативные последствия клеточной терапии. Важным является соблюдение принципа получения добровольного информированного согласия от донора эмбриональных клеток. Так как в большинстве случаев такой донор — женщина, принявшая решение о прерывании беременности, предлагается соблюдение принципа презумпции согласия донора abortивного материала. Такой подход основывается на том, что, добровольно отказавшись от вынашивания беременности, женщина не имеет никаких прав на abortивный материал, который не подлежит захоронению, а просто уничтожается. Презумпция согласия донора abortивного материала должна распространяться только на разрешенный законодательством гестационный срок искусственного прерывания беременности.

Пересадка стволовых клеток сопряжена с рядом определенных рисков для донора. К ним относятся проблема гистосовместимости, возможность заражения клеток и культуральной среды инфекционными агентами, вероятность новообразования после трансплантации стволовых клеток, неопределенность влияния данных клеток на репродуктивный потенциал реципиента. Очевидно, что перед широким внедрением клеточной трансплантологии в клиническую практику, эти вопросы должны быть решены в экспериментальных исследованиях.

Одним из важных этико-правовых моментов, затрагивающих трансплантологию, есть строжайше соблюдение врачебной тайны в отношении источника получения донорских органов. Это подразумевает, что ни семья донора, ни семья реципиента не должны владеть сведениями друг о друге во избежание возникновения непредсказуемых правовых и моральных конфликтов.

Глава 2

БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И СПИДА

Эпидемическое распространение ВИЧ-инфекции стало источником этических проблем, которые касаются не только личности и межличностных отношений, но и всего мирового сообщества. Проблема этических взаимоотношений актуальна с самого начала эпидемии ВИЧ-инфекции и первично сопряжена с понятием «стигма» (ярлык, клеймо). Стигматизация означает изменение межличностных отношений и отношения человека к самому себе как к носителю определенного признака, например, ВИЧ-инфицированность.

Биоэтика, изучая личность в новых условиях жизни, возникших благодаря прогрессу медико-биологических наук, находит все более широкое применение в решении проблем, связанных с эпидемией ВИЧ-инфекции/СПИДа. Биоэтические проблемы ВИЧ-инфекции и СПИДа захватывают вопросы стигматизации, дискриминации, проведения медицинских исследований, клинических испытаний, конфиденциальности медицинской информации, оказания медицинской помощи в терминальной стадии заболевания и др.

Клиническая этика

Важной проблемой клинической этики, связанной с ВИЧ-инфекцией, есть добровольное тестирование и консультирование больных на основе информированного согласия. Под информированным согласием в данном случае понимается добровольное согласие лица пройти медицинское освидетельствование на наличие ВИЧ-инфекции после получения информации о целях и возможных результатах тестирования. Добровольное согласие — принципиально важный момент в процессе принятия решения пациентом. Оно означает, что со стороны медицинских работников не должно быть обмана или угроз при принятии решения.

Вопрос о конфиденциальности информации о ВИЧ-статусе является, с одной стороны, этическим, с другой — регламентируется законодательно. Согласно Закону Украины «О предупреждении заболевания синдро-

мом приобретенного иммунодефицита и социальной защите населения», информация о результатах исследования на ВИЧ строго конфиденциальна и ее разглашение влечет за собой уголовную ответственность.

Отказ в оказании медицинской помощи ВИЧ-инфицированным — проблема клинической и социальной этики одновременно: результатом недостаточной информированности медицинских работников и низкого уровня общественного сознания.

Разработка и клинические испытания новых лекарственных препаратов и вакцин для лечения ВИЧ-инфекции — важная и гуманная задача. Однако ее успешное решение невозможно без четкого соблюдения этических норм: уважения человека как личности, благотворительности, милосердия и справедливости. Принцип благотворительности и милосердия означает, что основным мотивом любого клинического испытания должна быть забота о благе конкретного больного. Справедливость предполагает принципиальное равенство возможностей для больных с точки зрения доступности медицинской помощи и распределяемых медицинских услуг. При проведении клинических испытаний важно получить информированное согласие больного. Ответственность за информирование больного, а также за адекватность и правдивость информации, предоставляемой ему, лежит на руководителе клинических испытаний и не может быть переадресована третьим лицам. Больной имеет право отказаться от участия в клиническом испытании. В случае недееспособности больного, добровольное информированное согласие должно быть получено от его опекуна в соответствии с законом.

При анализе поведенческой или биологической информации, связанной с ВИЧ-инфекцией, следует соблюдать высочайший уровень этических норм. Несоблюдение этих норм может превратить ВИЧ-инфицированных в изгоев и привести к нарушению их основных прав. Необходимо учитывать, что участникам таких исследований (даже при соблюдении всех мер предосторожности) может быть нанесен ущерб — психологический, социальный, физический или экономический. Правила и методики сбора данных должны включать в себя подробные описания мер защиты для участников подобных изысканий. Научные и финансирующие организации требуют качественного контроля над всеми исследованиями, в особенности над теми, которые проводятся в развивающихся странах. Хотя многие процедуры сбора информации, связанные с программами профилактики и лечения СПИДа и облегчения состояния больных, по сути нельзя считать исследованиями, но принципы, лежащие в основе исследовательской деятельности, распространяются и на эти меры, когда речь идет о людях.

Возможность проведения профилактики трансмиссии ВИЧ от матери ребенку диктует необходимость квалифицированного консультирования ВИЧ-инфицированных женщин по проблемам репродуктивного выбора. В контексте ВИЧ-инфекции преломляются глобальные биоэтические проб-

лемы планирования семьи, искусственного прерывания беременности, искусственного оплодотворения и др.

ВИЧ-инфекция имеет прогрессирующее течение, и в терминальной стадии заболевания возникает необходимость оказания специализированной паллиативной помощи. В таких случаях, при невозможности адекватно купировать боль или симптомы заболеваний, приносящие страдания больным, встает вопрос о пассивной эвтаназии — помощи больным в прекращении жизни. Однако эта проблема далеко не простая и не однозначная, поскольку использование новых схем лечения может оказать существенное влияние на качество и продолжительность жизни больных.

Социальная этика

Глобальная эпидемия ВИЧ-инфекции стала фактором, нарушающим социально-экономическое развитие и стабильность, и затрагивает как нации и государства в целом, так и каждого человека. По данным ООН, 90 % ВИЧ-инфицированных проживают в развивающихся странах, 75 % из них — в странах Африки, расположенных к югу от Сахары. Проблема ВИЧ-инфекции в этом регионе рассматривается мировым сообществом как чрезвычайная ситуация, которая ставит под угрозу развитие, политическую стабильность, продовольственную безопасность. Темпы развития эпидемии ВИЧ-инфекции в странах Восточной Европы демонстрируют потенциальную возможность быстрого распространения эпидемии по всему миру. В то же время в некоторых странах Западной Европы и в США достигнут реальный прогресс по сдерживанию масштабов эпидемии путем мобилизации государственных и общественных ресурсов. Поэтому в Декларации от 27 июня 2001 г. «О приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом», принятой специальной сессией Генеральной Ассамблеи ООН, созванной по инициативе Украины, на глобальном уровне предложено поддерживать более активные действия и координацию во всех соответствующих организациях системы ООН, поощрять более активное взаимодействие и развитие новых партнерских связей между государственными и общественными организациями. Декларация также призвала укреплять международное и региональное сотрудничество, связанное с передачей соответствующих технологий, применяемых с учетом местных особенностей, для профилактики ВИЧ-инфекции, лечения и ухода за больными.

Эпидемия ВИЧ-инфекции поставила перед обществом задачи становления системы первичной профилактики, в первую очередь, среди групп риска, во многом изменила отношение к сексуальным меньшинствам и потребителям инъекционных наркотиков. Однако часто мероприятия первичной профилактики ВИЧ-инфекции входят в противоречие с существующими нормами общественной морали. Этим объясняется трудность со-

здания эффективной системы профилактики, основной задачей которой является изменение модели поведения конкретной личности. Первичная профилактика ВИЧ-инфекции может быть адресована как обществу в целом, так и определенным группам населения. Успех первичной профилактики определяется выполнением нижеперечисленных социальных условий:

1. Осознание на правительственном уровне опасности распространения эпидемии ВИЧ-инфекции.
2. Разработка национальной стратегии первичной профилактики, адекватной угрозе распространения ВИЧ-инфекции.
3. Разработка и финансирование программы профилактики трансмиссии ВИЧ от матери к ребенку.
4. Финансирование программы лечения больных.
5. Внедрение программ снижения вреда при инъекционном употреблении наркотиков.

Существующие в обществе этические нормы в ряде случаев приводят к возникновению стигмы в отношении ВИЧ-инфицированных. К факторам, способствующим стигматизации больных, относится представление о ВИЧ-инфекции как неизлечимой болезни, ассоциирующейся с порицаемым в обществе поведением: употреблением наркотиков, гомосексуальными связями, секс-бизнесом. Проявления стигмы разнообразны и, как правило, находятся в тесной взаимосвязи между собой. Термином «культурная стигма» обозначают общественные нормы и представления, согласно которым люди, принадлежащие к определенной группе, менее нравственны и относятся к маргинальным слоям общества. Часто возникновению культурной стигмы способствуют негативная, устрашающая информация в средствах массовой информации, социальной рекламе. Под институциональной стигмой понимают дискриминационное отношение к ВИЧ-инфицированным со стороны органов государственной власти, здравоохранения, церкви. Личная и межличностная стигма, будучи прямым следствием культурной и институциональной стигмы, представляет собой личные предрассудки людей, выражающиеся в форме страха, презрения, отторжения. Все эти формы стигматизации ВИЧ-инфицированных внешние, так как отражают отношение общества к узкой группе больных. Внутренняя стигма отражает межличностные взаимоотношения и переживания в самой группе, к которой принадлежит больной. Она может проявляться ощущением собственной ущербности и неполноценности, неспособностью вступать в нормальные общественные отношения, страхом дискриминации со стороны общества и других людей, в том числе и необоснованным, чувством беспомощности, отсутствием интереса к жизни.

В основе разработки государственной социальной политики, а также оценки результативности профилактических программ лежит принцип партнерства с общественными организациями. Привлечение населения,

относящегося к группам риска, дает возможность глубже вникать в суть проблемы, мобилизовать ресурсы для защиты прав человека, исключения дискриминации, соблюдения основных этических норм.

Законодательные основы ВИЧ-инфекции/СПИДа в Украине

Глобальная пандемия ВИЧ-инфекции, одним из очагов которой стали Украина и другие новые независимые государства, создала множество трудноразрешимых медицинских социально-экономических проблем. Они влекут за собой серьезные последствия и требуют принятия специальных мер, направленных на защиту прав как каждого человека, так и интересов общества в целом.

Конституция Украины провозглашает в статье 3, что человек, его жизнь и здоровье, неприкосновенность и безопасность признаются наивысшей социальной ценностью, и гарантирует в статьях 21, 22, 24, 49 и других реализацию этих прав. Статья 49 Конституции возлагает на государство ответственность за обеспечение санитарно-эпидемического благополучия страны. Украина первая из стран СНГ в 1991 г. приняла Закон «О предупреждении заболевания СПИДом и социальной защите населения». За время, прошедшее со дня принятия Закона, в Украине резко изменилась эпидемическая ситуация. ВИЧ-инфекция быстро распространяется по всей стране. Некоторые положения Закона стали противоречить международной практике, здравому смыслу и обязательствам Украины перед Советом Европы сделать свое законодательство более гуманным. Поэтому 3 марта 1998 г. принята новая редакция данного Закона. В преамбуле Закона подчеркнуто его соответствие нормам международного права и рекомендациям Всемирной организации здравоохранения; СПИД обозначен как явление, которое создает угрозу личной, общественной и государственной безопасности. В Общих положениях Закона ВИЧ-инфекция определяется как заболевание, вызванное вирусом иммунодефицита человека. К категории ВИЧ-инфицированных относятся как лица без клинических проявлений болезни (носители ВИЧ), так и больные СПИДом. Синдром приобретенного иммунодефицита человека — конечная стадия ВИЧ-инфекции. Специально уполномоченным центральным органом исполнительной власти, на который возложено управление и межведомственная координация в сфере борьбы со СПИДом, является Министерство здравоохранения Украины.

Первая Национальная программа борьбы со СПИДом утверждена в 1992 г., когда был создан Национальный комитет по борьбе с заболеваемостью СПИДом при Президенте Украины. Начальным этапом гуманизации законодательства стали принятые в этом же году поправки к Уголовному кодексу, отменившие уголовную ответственность за гомосексуализм.

Программы профилактики ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков начали осуществляться в Украине с 1996 г. В 1998 г., после принятия новой редакции Закона «О предупреждении заболевания СПИДом и социальной защите населения», законодательные аспекты ВИЧ-инфекции были модифицированы в соответствии с нормами международного права. В законодательных актах был сделан акцент на безусловное соблюдение прав человека. Первого ноября 2000 г. Президент Украины подписал Указ «О безотлагательных мерах по предотвращению распространения ВИЧ-инфекции/СПИДа», в соответствии с которым была создана Правительственная комиссия для оперативного решения вопросов, связанных с проведением мероприятий по защите населения от ВИЧ-инфекции/СПИДа. Кабинету Министров Украины было поручено подготовить и утвердить Программу профилактики ВИЧ-инфекции/СПИДа в Украине на 2001–2003 гг. Согласно Приказу № 120 МЗ Украины от 25.05.2000 г., во всех областях Украины начала осуществляться профилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку. Указом Президента Украины в нашей стране 2002 г. был объявлен Годом борьбы со СПИДом.

В соответствии с Законом «О предупреждении заболевания синдромом приобретенного иммунодефицита и социальной защите населения» государство взяло на себя ряд обязательств, касающихся обеспечения обследования на ВИЧ-инфекцию. Граждане Украины могут сдавать анализ крови на ВИЧ сугубо добровольно (за исключением доноров), по желанию — анонимно, и обязательно бесплатно.

В старой редакции Закона к обязательному медицинскому освидетельствованию на ВИЧ-инфицирование, кроме доноров, должны были привлекаться потребители инъекционных наркотиков и женщины, занимающиеся секс-бизнесом. Опыт выполнения его положений показал, что тестирование на ВИЧ один раз в полугодие потребителей инъекционных наркотиков, использующих грязные шприцы, отнюдь не является методом профилактики СПИДа среди этой группы населения. Понятия же «секс-бизнес» и «проституция» не нашли отражения в правовом поле Украины. Согласно новой редакции Закона, обязательно освидетельствуются на ВИЧ только доноры биологических препаратов (крови, спермы, клеток, тканей органов человека и т. д.). Все остальные категории населения, в том числе заключенные, — освидетельствуются добровольно. Более того, нельзя проводить освидетельствование на СПИД, не ставя об этом в известность пациента. Тестирование на ВИЧ сопровождается обязательной консультацией врача как до, так и после сдачи анализа. Врач должен также прокомментировать положительный или отрицательный результат медицинского освидетельствования.

Переливание крови (ее компонентов), а также использование других биологических жидкостей, клеток, органов в медицинских целях допускается только после обязательного лабораторного исследования крови

доноров на ВИЧ-инфекцию. Однако реалии медицинской практики показывают, что не всегда в экстренных ситуациях существует возможность такой проверки. В таких случаях законом допускается, с согласия больного-реципиента или его законного представителя, переливание крови, проверенной на ВИЧ-инфекцию при помощи экспресс-теста. Больной или его законный представитель должны быть предупреждены о возможном риске заражения ВИЧ-инфекцией, причем факт переливания такой крови и согласие на это обязательно фиксируются в медицинской документации больного, а образец крови срочно направляется для соответствующего исследования при помощи определения антител стандартными методами. Право проведения медицинского освидетельствования на ВИЧ-инфекцию предоставлено лабораториям, аккредитованным в порядке, установленном Кабинетом Министров Украины.

Согласно Закону, учет и регистрация ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом граждан, а также медицинское наблюдение за ними должны осуществляться с соблюдением принципов конфиденциальности и уважения к личным правам и свободам человека, которые определены законами и международными договорами Украины. Медицинская помощь ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом оказывается на общих основаниях. В случае получения информации о заражении ВИЧ, граждане предупреждаются о необходимости соблюдения профилактических мер с целью предотвращения распространения ВИЧ-инфекции и об уголовной ответственности за заведомое поставление в опасность заражения или заражение другого лица (лиц). ВИЧ-инфицированный обязан письменно засвидетельствовать факт получения указанной информации и предупреждения. Он также обязан принимать меры, направленные на предотвращение распространения ВИЧ-инфекции, а также уведомить лиц, имевших с ним половые контакты до выявления факта инфицированности, о возможности их заражения.

ВИЧ-инфицированные и больные СПИДом граждане Украины пользуются всеми правами и свободами, предусмотренными Конституцией и Законами Украины. Кроме общих прав и свобод, они также имеют следующие права:

- получить компенсацию от ущерба, нанесенного вследствие разглашения информации о факте заражения вирусом иммунодефицита человека;
- быть обеспеченными бесплатными медикаментами, необходимыми для лечения любого имеющегося у них заболевания, средствами личной профилактики, а также психосоциальной поддержкой;
- осуществлять бесплатный проезд к месту лечения и в обратном направлении за счет лечебного учреждения, направившего на лечение;
- пользоваться изолированной жилой комнатой.

К сожалению, провозглашенные права ВИЧ-инфицированных в силу социально-экономических причин оказываются не всегда реализованными в реальной жизни.

Родители ВИЧ-инфицированных или больных СПИДом детей и лица их заменяющие имеют право:

— совместно пребывать в стационарах с детьми в возрасте до 14 лет с освобождением от работы и выплатой пособия по временной нетрудоспособности в связи с уходом за больным ребенком;

— сохранить за одним из родителей, в случае его увольнения с работы в связи с уходом за больным ребенком в возрасте до 16 лет, непрерывный трудовой стаж для начисления пособия по временной нетрудоспособности при условии устройства на работу до достижения ребенком 16 лет.

Детям, инфицированным ВИЧ в возрасте до 16 лет, назначается ежемесячное государственное пособие в размере, установленном Кабинетом Министров Украины.

Закон определяет, что заражение ВИЧ-инфекцией медицинских и фармацевтических работников при исполнении ими профессиональных обязанностей относится к профессиональным заболеваниям. В связи с этим введено обязательное страхование этой категории лиц на случай инфицирования ВИЧ при исполнении ими профессиональных обязанностей за счет собственника учреждения здравоохранения.

Медицинские работники, которые были инфицированы вследствие исполнения профессиональных обязанностей, имеют право на ежегодное бесплатное получение путевок для санаторно-курортного лечения; ежегодный отпуск продолжительностью 56 календарных дней с использованием его летом или в другой удобный для них период; первоочередное улучшение жилищных условий в порядке, установленном законодательством Украины.

Невыполнение положений Закона ВИЧ-инфицированными и медицинскими работниками подлежит уголовной и административной ответственности. Статья 130 Уголовного Кодекса Украины предусматривает уголовное наказание за сознательное поставление иного лица в опасность заражения вирусом иммунодефицита человека, за заражение иного лица этим вирусом лицом, которое знало о том, что оно — носитель этого вируса. В то же время уголовным законом преследуется ненадлежащее исполнение медицинским, фармацевтическим либо иным работником своих профессиональных обязанностей, повлекшее за собой инфицирование одного или нескольких лиц ВИЧ (статья 131 УК Украины). Уголовно наказуемым является разглашение служебным лицом лечебного учреждения или медицинским работником сведений о результатах исследования на ВИЧ (статья 132 УК Украины). Кроме того, под действие статьи 139 УК «Неоказание помощи больному медицинским работником» попадает также неоказание медицинским работником помощи ВИЧ-инфицированному.

В ряде стран — Германии, Швейцарии, Чехии, Словакии, Австрии, Бельгии, Франции, Нидерландах — суды выносили приговоры в отно-

шении носителей ВИЧ, заразивших или угрожавших заразить других людей. Законодательство ни одной из этих стран не содержит специфических положений, на основании которых предусмотрено наказание за распространение ВИЧ. Например, в законодательстве Австрии, Швейцарии, Чехии, Словакии содержится только общее положение, на основании которого предусмотрено наказание за создание угрозы для человека путем заражения его заразной болезнью.

По большинству дел о заражении половым путем очень сложно, а подчас и невозможно доказать, что заражение потерпевшего произошло именно в результате половых сношений, так как источник заражения мог быть и другим. Действительно, сама природа этой болезни делает доказательство очень сложным. Латентный период между заражением и появлением в крови антител, с одной стороны, и инкубационный период между заражением и появлением симптомов СПИДа, с другой, — приводят к тому, что очень трудно установить, от какого именно полового контакта произошло заражение. Вот почему суды очень часто выносят решение не столько по действию, сколько по факту попытки его совершения.

Передача ВИЧ может повлечь за собой и гражданскую ответственность. Зараженный партнер может подать гражданский иск о возмещении имущественного, телесного и морального ущерба.

Широко распространено мнение, что в настоящее время любой человек сознательно идет на риск, вступая в половые сношения без соблюдения мер предосторожности. Государство не должно пытаться защищать всех и каждого от его собственного легкомыслия, а то и свободного выбора.

Глава 3

ЭКОЭТИКА В СИСТЕМЕ ГЛОБАЛЬНОЙ БИОЭТИКИ

В XX столетии человечество столкнулось с катастрофическими последствиями глобального экологического кризиса. От этого принципиально нового феномена зависит физическое выживание, продолжение человеческого рода и развитие всей цивилизации. Критическая фаза отношений и противоречий между обществом и природой обусловлена гигантским ростом потребления естественных ресурсов, изменением ландшафтов, созданием новой антропогенной среды и нарушением динамического равновесия в биосфере на различных уровнях ее организации. Экологический кризис современности, вызванный развитием научно-технического прогресса, состоит в стремлении человека подчинить себе природу, не оставляя места защите окружающей среды, и представляет собой качественно новую угрозу для человека. Массовая вырубка лесов, эрозия земли, уничтожение отдельных видов животного и растительного мира, разрушение озонового слоя, глобальное потепление в связи с развитием парникового эффекта — все это может вызвать непредсказуемые природные катаклизмы и климатические изменения, что связано с серьезными долгосрочными проблемами для последующих поколений. Существенной негативной стороной экологических угроз современности является их глобальный характер с распространением на всю планету. Особую опасность для человека и окружающей среды представляют так называемые технологии риска: атомная энергетика, химическая индустрия и новые биотехнологии. Эта опасность связана с риском аварии на производстве и при транспортировке материалов, утилизацией отходов, применением ядерного и биологического оружия, выбросом высокотоксичных продуктов предприятий, повреждением генома человека и нарушением его здоровья. Устранение большинства экологических проблем современная цивилизация безответственно перекладывает на последующие поколения. Решение проблемы глобального экологического кризиса связано с совмещением на этической основе целей экономического развития с поддержанием экологического равновесия и ресурсной устойчивости планеты. Философские и мировоззренческие аспекты глобального экологического кризиса расцениваются как вопросы выживания человечества как вида.

Психосоциальные задачи в контексте проблемы состоят в необходимости психологической и социальной поддержки населения. Проблема динамического равновесия и адаптивно-гомеостатического поведения человека в системе «человек-природа» приобретает решающее значение для настоящего и будущего человечества. Отсутствие должного внимания к данной проблеме способствует развитию биологической дезадаптации человека к созданной им среде обитания. Медицинские аспекты глобального экологического кризиса связаны с профилактикой и терапией экологической патологии и экологической нозологии. Экологическая патология (предболезнь, третье состояние, доклинический период, бессимптомный период) возникает скрыто вследствие кумулятивного действия малых доз экологических факторов, измененных человеком, и представляет собой общепатологическое поражение на молекулярном, субклеточном и клеточном уровнях. Начальные симптомы экологической патологии могут быть обусловлены развитием вторичной или метаболической иммунодепрессии, приводящей к индукции хронических и рецидивирующих инфекционных или воспалительных заболеваний. Типичными являются психосоматические нарушения, аллергические реакции, поражение желудочно-кишечного тракта. В отличие от экологической патологии (предболезни) экологическая нозология (заболевание) представляет собой конкретную болезнь с клиникой, патогенезом, течением, которая возникает под действием определенного химического или физического стимула.

Глобальный экологический кризис поставил ряд вопросов, решение которых стало первоочередной задачей человечества в XXI ст. На вопрос, реальными ли прогнозы катастрофического развития конфликта между человечеством и окружающей средой, приходится давать, безусловно, положительный ответ. Стратегия действий четко определена ООН: «Мы должны не жалеть усилий в деле избавления всего человечества, и прежде всего наших детей и внуков, от угрозы проживания на планете, которая будет безнадежно испорчена деятельностью человека и ресурсов которой более не будет хватать для удовлетворения их потребностей» («Декларация тысячелетия» Генеральной Ассамблеи ООН, 8 сентября 2002 г.). Экологическую проблему сегодня следует решать не на уровне отдельных государств, а принятием международного экологического законодательства, которое основывается на общей ответственности всех стран — членов мирового сообщества.

С философской точки зрения, глобальный экологический кризис следует отнести к объективному итогу эволюции системы «человек-природа». В принципиально новых условиях своего существования человечество поставлено перед необходимостью принятия новой этики бережного и ответственного отношения к природе. Принципиально возможность противодействия глобальному экологическому кризису существует, однако только будущее покажет, сможет ли человек использовать последний шанс своего выживания как биологического вида.

Возникновению обстановки глобального экологического кризиса способствовали созданные человеком технологии, экономические и политические структуры и такие его отрицательные качества, как недалекость, алчность и глупость. С мировоззренческих позиций все эти факторы могут рассматриваться как системные свойства биосферы в процессе ее эволюции. Они приводят к возрастанию энтропии, хаосу и упрощению системы «человечество-природа», то есть индукции процессов ее умирания. Попытка осмыслить и решить проблемы глобального экологического кризиса — важный раздел биоэтики, в задачу которой входит изучение и характеристика моральности действий в биолого-медицинском аспекте.

Современное общество характеризуют глубокий духовный кризис, девальвация моральных ценностей, потребительский характер цивилизации, недостаток глобальных идей, технократичность мышления, прагматизм и цинизм. Биоэтика в широком понимании этого слова стала ответом на отрицательные последствия внедрения новейших медико-биологических технологий и проявлений глобального экологического кризиса в условиях идеологической несостоятельности общества. В этой связи в терминологический обиход оказалось уместно включить понятие «глобальная биоэтика» (то есть биоэтика в широком понимании). Ее составляющими стали биомедицинская этика и экоэтика, которые возникли в результате осознанного стремления человечества к выживанию путем сохранения биосферы на основе объединения современных достижений науки и практики с моралью и духовностью, а также защиты естественных контрольных механизмов биосферы.

Ретроспективная оценка истории биоэтики свидетельствует о том, что в 70-е годы она концентрировала свое внимание на защите прав человека, в 80-е — была направлена на проблему улучшения качества жизни, а в 90-е — приобрела характер глобальной биоэтики. К сожалению, несмотря на осознание угрозы глобальной экологической катастрофы, активную работу учреждений биоэтики, правительств, парламентов, правительственных и неправительственных организаций, врачей, юристов, педагогов, экологов, церкви и широкой общественности, негативные тенденции деградации биосферы не удалось преодолеть во второй половине XX ст., и человечество вступило в XXI в. с возрастающим грузом нерешенных проблем.

Современное развитие гигиенической науки, «экологическое осмысление» жизненного пространства человека, взаимодействие с окружающей средой невозможны без учета гуманистических ориентаций, в том числе биоэтических. Именно биоэтическая составляющая гигиены и медицинской экологии должна формировать социальное пространство для интеграции фундаментальных и прикладных наук с целью создания высокоцивилизированной ноосферы. К сожалению, в обществе, развитие которого базируется на приоритете экономических, а не социальных пока-

зателей, необходимость активной защиты окружающей среды нередко игнорируется. Это приводит к повышению заболеваемости населения, в том числе экозависимой патологией.

Мировоззрение, которое сопровождает экологическую деятельность, можно условно разделить на два направления. Одно из них, базирующееся на технократических приоритетах общества, ставит целью сформировать эколого-экономические взаимодействия. В наше время стремительного развития интеллекта многие считают, что мировоззренческой основой экологического знания должна стать именно техноэкономическая сущность. Однако экологические исследования показывают, что деятельность, основанная на главенстве мировоззренческих принципов технократизма и приоритете экономических отношений, уже породила экологический кризис и проявляется в разрушении как окружающей среды, так и самого человека. Анализ экологических явлений, первопричиной которых стала антропогенная деятельность, приводит к необходимости осознания природы как морально-мировоззренческой ценности и, тем самым, дает основание ввести ее в сферу моральных отношений. В связи с этим около 30 лет назад в философии экологии возникло другое мировоззренческое направление — экологическая биоэтика, которая постепенно становится главным регулятором взаимодействия между человеком, обществом и окружающей средой. Экологическая биоэтика опирается на гуманистическое мировосприятие, которое формируется на принципах этики жизни (или биоэтики), возникшей как результат природоцентризма. Это направление позитивно трансформирует и эколого-экономическое мировоззрение, и мировоззренческие ориентации методологий технического развития общества в рамках биоэтических принципов и категорий. В свете экологической биоэтики осуществляется намерение создать экологически осмысленную модель взаимозависимости разных живых форм. Экологическая биоэтика устанавливает ценности и права всех существ и природы в целом и рассматривает человека как равноправного члена экообщества. Она включает в себя этику гуманного отношения ко всему живому, этику взаимодействия человека с биосферой и ноосферой. Основой экологического биоэтического мировоззрения становится вера в творческие возможности человека. Его принципами есть благоговение перед жизнью, уважение к свободному развитию любого существа на планете и ко всему, что создано природой, благотворность, справедливость, сотрудничество, моральная ответственность, солидарность, коллегальность, компетентность, защищенность, лояльность.

Примером такого мировоззрения может служить законодательная база, разработанная в развитых странах в отношении животноводства, которая побуждает производителей придерживаться определенных минимальных стандартов обеспечения уровня благополучия животных. Эти правила содержания животных определяются международными и обще-

европейскими торговыми соглашениями, контролируются производителями и потребителями животноводческой продукции.

Отдельной экологэтической оценки заслуживает современное состояние системы природопользования. За весь период существования земледелия человечество реализовало всего два этапа агроприродопользования — экстенсивный (длившийся тысячелетия) и интенсивный (продолжающийся десятки лет). В начале третьего тысячелетия человечество должно приступить к экологическому адаптивному развитию агропромышленного комплекса. На Межправительственной конференции ООН по окружающей среде и развитию (Бразилия, 1992) обсуждалась глобальная стратегия устойчивого развития цивилизации в XXI ст. Необходимость преодоления негативных последствий интенсификации сельского хозяйства стала основой новой стратегии адаптивной интенсификации. Ее реализация — это неотъемлемое условие выживания и устойчивого развития земной цивилизации. Многолетняя стратегия защиты растений, связанная с тотальным уничтожением вредных видов, нанесла огромный ущерб окружающей среде. Современная экология позволяет шире оценить значение разных групп животных и микроорганизмов в агробиоценозах, принципиально исключая их деление на вредные и полезные виды. Основой регулирования численности вредных организмов в агробиоценозах служит представление о том, что в естественных биоценозах виды способны реагировать компенсаторными реакциями на изменение численности собственной популяции или популяции другого вида. В качестве регуляторных механизмов выступают такие звенья трофической цепи, как хищник-жертва, паразит-хозяин, фитофаг-растение. Наиболее тесно эти принципы реализуются в интегрированных системах защиты растений, составной частью которых являются мониторинг фитосанитарного состояния, выделение доминирующих фитофагов, биотический потенциал, видовой состав и численность зоофагов, комплекс профилактических и истребительных мероприятий с использованием биологических, агротехнических и других нехимических средств и методов. Управление адаптивным потенциалом должно учитывать такие важнейшие характеристики агроэкосистемы, как биоразнообразие видов и сортов, а также микро- и макроструктурные особенности ее биотипов.

Осознана также необходимость ведения земледелия на основе законов функционирования природных ландшафтов и экосистем. Аграрная деятельность на ландшафтной основе способна обеспечивать экономически целесообразное и экологически безопасное использование природных и антропогенных энергетических ресурсов. Принципиальное отличие заключается в необходимости определения структурных территориальных единиц для системного анализа и количественной оценки биоэнергетических процессов, протекающих в них. Разработка систем земледелия на ландшафтной основе предусматривает приоритет ландшафтной морфогенетической структуры территории над административными и хозяйственными границами.

Современный этап в развитии цивилизации характеризуется глобализацией всех сфер и уровней человеческой деятельности. В этих условиях у мирового сообщества нет более важной проблемы как по значимости, так и по масштабности, чем проблема устойчивого стабильного развития планетарной биосферы. В настоящее время очевидны катастрофические признаки угрозы самой возможности человеческого бытия. Впервые проблема устойчивого развития планеты была поставлена на повестку дня Конференции по окружающей среде и развитию, которая состоялась в Рио-де-Жанейро (Бразилия, 1992). На конференции была выработана первая целостная программа действий — единая общепланетарная стратегия. Суть ее заключается в сохранении биосферы — экологической системы Земли, устойчивость и жизнеспособность которой во многом зависит от богатства и разнообразия живых видов, что обеспечивает стабильное развитие нашей планеты. Особое место в сохранении биосферы принадлежит растениям. Это наиболее важный автотрофный компонент биосферы — единственный первоисточник существования как самого человека, так и всех функциональных ее уровней. Именно стабильность естественных растительных сообществ — фитоценозов — удивительное свойство природы, поддерживающее стабильность биосферы в целом и до определенного времени гасящее даже интенсивные нарушения природы человеком. Сохранение видового разнообразия возможно только на основе биологического земледелия.

Результатом первичного осознания человеком своего места в природе стало формирование парадигмы поведения «детерминированного биоцентризма» на основе практически полной зависимости человека от экологических факторов и природных ресурсов. В дальнейшем философия человека и философия природы оказались разобщенными и развивающимися независимо друг от друга. В результате этого длительное время господствующей философией отношения человека к природе стал антропоцентризм. Главным этическим принципом при переходе от антропоцентризма к «осознанному биоцентризму» есть уважение к жизни в целом как основе существования биосферы. Поэтому сохранение человечества возможно только при условии его единства со всем «живым веществом», что требует нового взгляда на природу и нового стиля мышления в отношениях «человек-природа». Мировоззренческие трансформации касаются, прежде всего, появления новых этико-экологических представлений, которые можно обобщить несколькими пунктами. Следует признать пределы преобразовательной деятельности людей в природе, то есть недопустимость нарушения биогенных констант биосферы. Необходимо формировать природо-целостную поведенческую доминанту как элемент экологической культуры. Обязателен также жесткий контроль со стороны общества над развитием и целями использования абиогенных процессов в материальном производстве. Причина состоит в несоответствии энергетического запаса абиогенных природных элементов и процессов, с од-

ной стороны, и биогенного потенциала биосферы, с другой. Недопустимо нарушать состав и структуру живого вещества биосферы путем введения в биотические цепи питания искусственно созданных абиогенных продуктов и препаратов.

Можно утверждать, что экоэтика в системе глобальной биоэтики находится в числе наиболее важных и в тоже время наименее разработанных аспектов философского осознания человеком ситуации, в которой он находится. Обновление и модификация экологического мировоззрения — основа объединения людей в планетарное экосообщество с целью преодоления катастрофических последствий глобального экологического кризиса.

Необычайно важный философский аспект проблемы — это в обсуждении вопроса о существовании взаимосвязи между глобальным экологическим кризисом и формированием ноосферы. Согласно концепции академика В. И. Вернадского, ноосфера возникает в процессе преобразования биосферы и ее перехода в качественно новое состояние. Предполагалось, что человеческий интеллект, как мощная планетарная геологическая сила, в состоянии упорядочить природную и социальную среду и привести к более совершенным формам бытия. В таком контексте формирование ноосферы представлялось как планомерное и сознательное преобразование биосферы с целью новых решений фундаментальных проблем человечества и рассматривалось как несомненное благо. К. Э. Циолковский в своей концепции космизма рассматривает ноосферу как состояние общего блага, гармонии и преодоления зла. В понимании академика В. И. Вернадского в ноосфере воплощен нравственный разум, который проявляется во всех формах бытия: «Истина, красота и добро едины в ноосфере».

Однако реальная практика ноогенеза не оказалась однозначно позитивной. В процессе трансформирования природы и окружающей среды человек последствиями интеллектуального и физического труда изменил условия жизни на планете и превратил глобальный экологический кризис в составную часть ноосферы. Человек создал сложнейшую технику и испытывает новые формы психологической зависимости: зависимость от компьютера, телевизионных передач, интернета. Создана виртуальная реальность, которая в состоянии влиять на поведение человека. Разработаны элементы искусственного разума и определены перспективы дальнейших исследований в этом направлении. Компьютеры перестают играть только вспомогательную роль, начинают быть равноправными участниками интеллектуального общения и в перспективе смогут принимать самостоятельные решения. Живое трансформируется в виртуальную реальность, культура заменяется системой рационалистических конструкций, сводится к науке и технике. Духовность редуцируется до разума, ценности заменяются практическими целями. Доминируют принципы полезности, либерализма и расчета. Возникают тенденции к переходу че-

ловчества на тупиковые пути развития, когда осуществляется замена размножения клонированием, любви — техникой половых связей, обучения — натаскиванием, а труда — автоматикой.

Таким образом, становление ноосферы как изменение содержания процессов на планете, которая охвачена разумной деятельностью человека, происходит параллельно возникновению угрожающего жизни кризиса. Разрушительные последствия ноосферного кризиса огромны, а исход непредсказуем. Ноосфера как реальность стала искусственной средой, которая теснит и сужает ареал биологического бытия. Формирование такой искусственной среды открыло перед людьми небывалые возможности для увеличения материальной обеспеченности, комфорта и безопасности, подняло интеллект на новый уровень развития. В то же время процессы ноогенеза привели к загрязнению воды и атмосферы, деградации почвы, окружающей среды, флоры и фауны, то есть всему тому, что составило предмет глобального экологического кризиса. Оказалось, что в отличие от биосферы, ноосфера не имеет своих защитных и контрольных механизмов. Стала очевидной угроза гибели ноосферы и роль в этом процессе человека со своими несовершенными политическими и социальными конструкциями, экономическими технологиями и психологическими характеристиками. Его деятельность оказалась инструментом для завершения цикла «рождение — развитие — старение — смерть» ноосферы. С таких мировоззренческих позиций, ограничение отрицательных черт личности, усиление духовности и гуманизма становятся важнейшим способом преодоления ноосферного кризиса.

К сожалению, в новой реальности прежние биоэтические принципы, методы и теории недостаточно адекватны. Для сохранения всего живого: человека, флоры, фауны, всей природы и экосистемы в целом — необходима новая этика. Эту этику справедливо назвать нооэтикой и понимать ее как моральные правила поведения в ноосфере. Нооэтика должна стать одним из новых защитных и контрольных механизмов всех составляющих ноосферы: планеты Земля, человечества и трансформированной им биосферы. Глобальная ответственность человечества за существование жизни на Земле (в ноосфере, по В. И. Вернадскому), по-видимому, и составляет глубинное предназначение Человека, его жизни по моральным принципам добра, милосердия, сострадания и гармонии с самим собой и окружающим его миром.

В качестве синонимов ноосферы возможно использование понятий техносфера, радиосфера, инфосфера. В любом случае суть конфликта состоит в противоречии между естественным и искусственным в сфере обитания человека, между высоким интеллектом и неразумным поведением членов сообщества, которые готовы оплатить собственной жизнью мелкие, необязательные и сомнительные удобства и удовольствия своего существования.

РАЗДЕЛ X

СОЦИАЛЬНАЯ ЭТИКА

МЕДИЦИНЫ

Быть счастливым счастьем других — вот настоящее счастье и земной идеал жизни всякого, кто избирает врачебную профессию.

Н. И. Пирогов

Глава 1

СОЦИАЛЬНАЯ СПРАВЕДЛИВОСТЬ И СОЦИОЭТИЧЕСКИЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА

В клятве Гиппократов отсутствует концепция общественной морали. Она фокусируется на обеспечении блага пациента на основе этически правильных взаимоотношений между врачом и больным. Античная медицина не была ориентирована на достижение благополучия и здоровья других лиц либо общества в целом. Традиции индивидуализма во многом сохранены в этике современной медицины и профессиональных обещаниях медицинских работников. Например, в Женевской декларации содержится положение, которое фактически подтверждает исключительность положения индивидуального больного: «Здоровье моего пациента будет моим первейшим вознаграждением».

Современная медицинская этика со второй половины XX ст. начала движение от традиций Гиппократов, основанных на принципах добродетели и ненападения вреда, к этике уважения личности с балансом прав и обязанностей и соблюдением основополагающих принципов автономии, правдивости, верности и запрета убийства. Идеи добродетели и ненападения вреда перестали быть стержнем медицинской этики, и в течение определенного периода стала доминировать этика уважения личности. Однако и новая этическая концепция по-прежнему оставалась направленной на индивидуальные отношения между пациентом и врачом — проблемы конфиденциальности, информированного согласия, ведения умирающего пациента. Это было так, как если бы во всем мире был только один врач и один больной. Этические кодексы и правила для медицин-

ских сестер и других медицинских профессионалов также оставались ориентированными на индивидуального пациента. Суть моральной проблемы состояла преимущественно в определении того, каким образом следует лечить пациента. Дискуссии между сторонниками этики Гиппократа и сторонниками этики уважения личности происходили в рамках традиций индивидуализма. По сути, речь шла о противопоставлении принципов, основанных на оценке последствий (индивидуальная гиппократовская полезность в виде добродетели и нанесения вреда) и принципов, основанных на обязанностях (этика уважения личности).

Доминирование этики уважения личности с принципами автономии, правдивости, верности и запрета убийства оказалось временным в связи с появлением новой тенденции в медицинской этике. Речь идет о движении этической мысли от индивидуальной модели к более социальной. Пришло понимание того, что традиции Гиппократа и этика уважения личности, по сути, игнорируют обязанности по отношению к третьей стороне. Стало очевидным, что современная медицина вынуждена считаться с необходимостью распределения ограниченных ресурсов здравоохранения, установления справедливых принципов доступа к высокотехнологичным методам диагностики и лечения, а также проведения клинических испытаний, цель которых состоит не в достижении благополучия индивидуального пациента, а в получении знаний и опыта во имя интересов общества. В результате, наряду с *принципом индивидуальной гиппократовской полезности*, сформировалось понимание этической значимости принципа *социальной полезности*. Социальная полезность является принципом, основанным на оценке последствий и дает суммарное измерение субъективного и объективного добродетели и нанесения вреда. Речь идет об учете всего добра и зла для всех вовлеченных сторон, а не только для индивидуального пациента. Цель состоит в получении наибольшей совокупности добра. Принцип социальной полезности стал объектом анализа с позиций стандарта «стоимость — выгода». При таком анализе предпринимается попытка определить потенциальную выгоду и потенциальную стоимость (экономическую, социальную, медицинскую) альтернативного использования ресурсов. Затем по результатам анализа выбирается та альтернатива, при которой достигается наибольшая выгода на единицу стоимости.

Принцип социальной полезности предполагает социальное приложение субъективного и объективного благодеяния и нанесения вреда по отношению ко всем потенциально вовлеченным участникам. Социальная полезность напоминает принцип максимального увеличения индивидуальной гиппократовской полезности, однако отличается тем, что не ограничивается индивидуальным пациентом.

Критики принципа социальной полезности привлекают внимание к нерешенности проблем количественной оценки степени выгоды. Количественная оценка максимализации пользы крайне затруднена тем, что поня-

тие выгоды объединяет самые разнообразные субъективные блага, такие как снятие боли, повышение социальной адаптации, поддержания жизни безнадежного больного до определенных важных для семьи событий или устранение психического страдания. Тем не менее, организаторами здравоохранения разработаны и с успехом апробированы различные шкалы, которые количественно отражают качество жизни, состояние здоровья в сравнении с научными оценками эффективности медицинской технологии и ее стоимости. В результате показана возможность расчета стандарта, который сопоставляет пользу от применения определенной медицинской технологии с ее отрицательным влиянием на качество жизни («*соотношение польза /вред*»), а также стандарта, который сопоставляет пользу и стоимость того или иного медицинского вмешательства («*соотношение стоимость/польза*»).

Технология количественного сравнения эффективности различных медицинских технологий с помощью шкал и соотношений, к сожалению, не затрагивает проблему ресурсов здравоохранения. В соответствии с принципами социальной полезности морально правильными есть действия, которые обеспечивают максимальную общую пользу на единицу затраченных ресурсов. Однако в стремлении к увеличению общей социальной пользы может остаться незамеченным тот факт, что достигнутая польза очень неравномерно распределена. Например, жители сельских регионов и небольших населенных пунктов имеют меньший доступ к медицинскому обслуживанию, чем жители крупных городов: в программах здравоохранения этих городов обеспечен более высокий уровень социальной полезности на единицу инвестиций.

Закономерно возникает моральная проблема относительно этичности таких приоритетов. Может оказаться, что система здравоохранения, которая наиболее эффективна, не является наиболее справедливой и честной. Моральное несогласие с распределением ресурсов здравоохранения, с учетом достижения максимальной общей полезности, привело к обоснованию распределения по *принципу социальной справедливости*, основанному на оценке обязанностей и обеспечивающему уважение к личности на социальном уровне (табл. 2). Принцип социальной справедливости означает, что люди в одинаковых ситуациях должны получать одинаковые блага. Иными словами, люди должны иметь возможность равного доступа к благополучию. В сфере здравоохранения это обычно интерпретируется как распределение медико-социальных услуг для удовлетворения таких медицинских потребностей, как предотвращение смерти, излечение, избавление от страданий, обеспечение приемлемого качества жизни и др. Ключевым положением принципа социальной справедливости стало утверждение, что распределение ресурсов в соответствии с потребностями составляет этическую обязанность, даже если не сопровождается увеличением общей социальной полезности. Практическая реализация принципа социальной справедливости связана с определением того,

Этические принципы

Принципы	Основанные на учете последствий	Основанные на учете обязанностей
Индивидуальные	Гиппократовская полезность (субъективная и объективная): добродетель; ненанесение вреда	Этика уважения к личности: правдивость; автономия; верность; запрет убийства
Социальные	Социальная полезность (субъективная и объективная)	Социальная справедливость

кто испытывает наибольшую нужду в медицинской помощи в настоящее время или в течение всей жизни.

Определенные виды медицинских услуг, такие как устранение острой боли, терапия острого излечимого заболевания, предоставление профилактических технологий (например, иммунизации), могут быть справедливо распределены, если их оказывать прежде всего тем, кто имеет в них наибольшую нужду в данный момент. Другие медицинские услуги могут быть справедливо распределены на основе того, кто в них особенно нуждается на протяжении всей жизни.

Решение о распределении медицинских ресурсов должно быть гибким и строиться на балансировке с прочими этическими принципами. Механический уравнилельный принцип неприемлем, поскольку может стать причиной перехода всех пациентов в категорию крайне нуждающихся в медицинской услуге. Все умершие люди уравниены между собой, и сторонник уравнилельной социальной справедливости должен объяснить, какие другие принципы должны быть учтены, чтобы избежать такого исхода. Например, существует (спорная) точка зрения, что если человек добровольно ведет нездоровый образ жизни, то он имеет меньше права на предоставление ему медицинских ресурсов, чем приверженцы здорового образа жизни.

Распределение ресурсов здравоохранения, без сомнения, — наиболее драматичная область медицинской этики. Противоречия обостряются эскалацией расходов на охрану здоровья, возрастанием стоимости медицинских технологий и менеджмента. Часто не замечается, что постоянная ссылка на совокупные социальные показатели, такие как ожидаемая продолжительность жизни или младенческая смертность, приводит к неравномерному обоснованию увеличения совокупного здоровья населения в качестве ведущей, морально оправданной цели. Не обращается долж-

ного внимания на огромные различия в доходах и образовании, а также существование расовых и международных различий.

Недостаток средств на медицинскую помощь во всех странах мира приводит к необходимости рациионирования медицинских вмешательств, под которыми понимают сокращение расходов на неэффективные виды медицинских услуг и концентрацию усилий на предоставлении равного доступа граждан к самым эффективным медицинским технологиям. Понимается, что некоторая часть вмешательств недоступна для пациентов в связи с тем, что на них нет средств, поэтому рациионирование представляется единственным путем к справедливому использованию ограниченных ресурсов. Рациионирование (англ. *rationing* — экономное, ограниченное, бережливое использование; отсюда — термин «рацион») предстает не только как отказ от неэффективных вмешательств, но, прежде всего, как сознательное, обдуманное ограничение в доступе к полезному лечению. В бедных странах оно затрагивает почти все виды медицинской помощи, а в богатых обычно ограничено дорогими видами помощи или медицинскими услугами отдельным группам граждан. Это — очереди, в которых нельзя получить лечение в разумные сроки, бюрократические препоны, мешающие добиться какого-то вида лечения; специальные формы финансирования некоторых видов помощи, которые трудно получить; исключение отдельных видов помощи (например, протезирование зубов) из списка бесплатных и др. Стоимость обеспечения всего, что хотелось бы сделать в области медицины и для всех, кто хотел бы такую помощь получить, превышает объем национального продукта даже наиболее экономически развитых стран. К тому же следует учитывать моральные обязательства перед развивающимися странами. Рациионирование в повседневной практике включает многие виды дорогостоящих вмешательств — диализ, трансплантацию, интенсивную терапию.

Специалисты по интенсивной терапии лучше других врачей подготовлены к тому, чтобы оценивать перспективы лечения и решать, кого помещать в палату интенсивной терапии. В таком решении могут приниматься во внимание: качество жизни с точки зрения пациента, вероятность выживания, обратимость острого расстройства, природа хронического расстройства. Возраст сам по себе считается, по крайней мере, в развитых странах, недопустимым основанием для ограничений в лечении. В то же время как в США, так и в других странах, большинство людей чаще согласны на воздержание от интенсивной терапии у тяжело больных стариков, чем у молодых людей.

При рациионировании высокотехнологичных (дорогостоящих) медицинских технологий выбор принципов ограничений — самая болезненная проблема. Вполне понятно, что отказ от предоставления медицинской помощи пациенту на основании его неплатежеспособности неизбежно приводит к возникновению серьезных этических проблем. Если при-

знать необходимость и неизбежность медицинского рациионирования, то среди критериев его применения следует рассматривать такие, как качество жизни, вероятность скорого наступления смерти и т. п. В таком случае общество должно ясно обозначить объем медицинских услуг, которые гарантированы гражданам в пределах принятых социэтических обязательств. Признание необходимости и неизбежности рациионирования медицинских услуг может быть единственным оправданием его применения. Ключевым признаком рациионирования является непредоставление медицинских услуг, которых желает пациент и которые ему действительно показаны. Из определения целесообразно исключить те клинические ситуации, в которых пациент желает получить определенные виды медицинской помощи, в данном случае нецелесообразные и неэффективные. С другой стороны, среди биоэтиков существует точка зрения, что рациионирования в медицине можно и нужно избегать за счет сокращения определенных статей расхода бюджета и реформирования системы здравоохранения.

Этически сложен вопрос о том, должен ли врач-клиницист у постели больного считать своей целью экономию ресурсов. В принципе, возможны два ответа, ни один из которых не может рассматриваться в качестве безусловно предпочтительного с этической точки зрения. С одной стороны, предоставление врачу прав агента по распределению медицинских ресурсов имеет некоторые позитивные моменты. Клиницисту лучше известны те сферы в системе здравоохранения, которые избыточно финансируются и могут быть безболезненно сокращены. Преимуществом есть устранение бюрократов из сферы принятия решений. Некоторые врачи видят серьезные преимущества в том, чтобы не ограничиваться своими традиционными индивидуальными этическими принципами и включить в моральный мандат своей профессиональной ответственности социальные принципы. Однако существуют и серьезные возражения.

С практической точки зрения, врачу трудно обеспечить сам процесс рациионирования медицинских ресурсов. У постели больного специалисту, который посвятил свою жизнь определенной сфере клинической медицины, будет непросто сопоставить ценность своих услуг с ценностью других медицинских услуг. Хирург будет отдавать предпочтение оперативным методам, радиолог нацелен на лучевую терапию, терапевты обладают большим опытом химиотерапии. Никому из них не следует предоставлять право решения, когда нужно передать лечение пациента другому специалисту.

Точно так же клиницистам будет трудно дать сравнительную оценку медицинского решения проблемы с возможностями других немедицинских технологий. В качестве агентов социального распределения ресурсов здравоохранения, они должны будут принять оптимальное решение о том, будет ли лучше направить средства на медицинскую программу либо на образование, обеспечение жильем и питанием.

Дополнительные трудности для врача как для агента по социально справедливому распределению ресурсов возникают в связи с его традиционной ролью защитника пациента. Исторически врач следовал гиппократовским принципам добродетели и ненападения вреда и его действия находились в сфере индивидуальной пользы и патернализма. Ориентация на пациента сохранилась, несмотря на тенденции к переходу на этику уважения личности, которая базируется на оценке обязанностей. В новой ситуации этическая обязанность врача состоит не только в обеспечении максимальной индивидуальной пользы, но и прав больного, который по-прежнему находится в центре профессионального внимания. Должен ли врач брать на себя дополнительную ответственность за решение вопросов социальной этики, таких как распределение ресурсов? Многие считают, что медицинский профессионал не должен потерять свою роль защитника пациента.

Альтернатива состоит в освобождении врача-клинициста от участия в решении вопросов социальной этики, по крайней мере, при ведении больных с типичными заболеваниями. В то же время в определенных ситуациях врачу не избежать морального выбора, который включает социоэтические принципы, например, когда два или более пациентов требуют конкурентного клинического вмешательства. Альтернатива освобождает врача от принятия решений, которые ведут к отказу от его роли защитника пациента и дает ему возможность оказаться на такой же моральной высоте, как адвокат, который всегда остается на стороне клиента, даже если имеются основания думать о его виновности. Обществу следует более точно определить, кто должен стать ответственным за социально справедливое распределение ресурсов и каковы оптимальные механизмы принятия решений, если врач будет исключен из этой этической проблемы.

Биоэтика признает существование *социоэтических обязательств*. Речь идет о том, что общество обязано обеспечить универсальную доступность определенного адекватного уровня медицинских услуг. Если признать моральные обязательства предоставления по крайней мере определенного уровня медицинского обслуживания, то неизбежно возникает вопрос о приемлемом стандарте этого уровня. Например, должно ли общество обеспечить доступность всех необходимых услуг или только гарантировать базисное обслуживание. Ответ зависит от принятия различных концепций социальной справедливости, а также других возможных основ социоэтических обязательств в области охраны здоровья населения. Существуют три главные социально-политические концепции справедливости, основанные на таких моральных ценностях, как свобода и равенство. В каждой концепции присутствует и критерий пользы, поскольку эффективность и практичность также достаточно важны, однако ни в одной из концепций социальной справедливости польза как моральная ценность не занимает доминирующего места.

1. Концепция справедливости, основанной на свободе, рассматривает свободу как наивысший моральный идеал. Каждый индивидуум имеет моральные права на жизнь, свободу и частную собственность, которые должны признаваться и уважаться в любом обществе. В соответствии с данной концепцией, единственной функцией государства есть защита жизни, свободы и частной собственности граждан от насилия и обмана. Все остальные сферы жизни общества — объект индивидуальной ответственности и действий. Предоставление каких-либо благ тем, кто не может или не хочет получить их самостоятельно, не является, согласно данной концепции, морально оправданной функцией государства. В противном случае государство должно забрать определенные блага у одних членов общества против их воли и передать другим. Концепция расценивает подобное действие как неоправданное ограничение личной свободы. Индивидуум владеет своим телом и плодами своего труда на свободном экономическом рынке. Из этого вытекает, что никто не имеет права забрать часть этой прибыли для того, чтобы оказать медицинские услуги или предоставить иные блага другим людям. Иными словами, данная социально-политическая концепция не признает морального права индивидуума на охрану здоровья и какие-либо социозэтические обязательства в этой сфере.

2. Социалистическая концепция — прямой вызов концепции, основанной на свободе. Несмотря на разнообразие социалистических взглядов, их объединяет признание в качестве наивысшей моральной ценности социального равенства (которое, тем не менее, определяется по-разному) и обязанности общества и коллектива обеспечивать это равенство. С позиций социалистической концепции, особая моральная ценность социального равенства оправдывает возможность ограничения индивидуальной свободы для его достижения. Социалисты критикуют концепцию справедливости, основанную на свободе, с позиции защиты идеалов социального равенства и считают недопустимым непредоставление медицинских услуг, еды и других благ тем, кто в них крайне нуждается. Они подчеркивают, что право на жизнь и свободу — пустая декларация для тех, кто не имеет средств на еду, жилье, медицинскую помощь. Социалисты выступают против свободы правительства на невмешательство и настаивают на существовании социальных обязательств поддерживать благополучие граждан страны и обеспечивать их наиболее важные потребности, в том числе получение медицинских услуг.

3. Либеральная концепция справедливости стремится соединить равенство и свободу в один моральный идеал. Фундаментальным моральным принципом либерализма является требование, чтобы те, кто имеет более чем достаточно, помогали тем, кто остро нуждается. В экономике важнейшей ценностью либерализма есть свобода и невмешательство государства в экономические процессы. Либералы поддерживают организации, которые обеспечивают базовые потребности наиболее нуждаю-

щихся членов общества. Последователи либерализации не против всех форм социального или экономического неравенства. Они стремятся к определению морально приемлемых пределов такого неравенства и его оправданности. Например, некоторые либералы утверждают, что неравенство оправдано в тех пределах, которые увеличивают общий уровень блага для общества. Другие либералы полагают, что неравенство в распределении первичных социальных благ (доходов, возможностей, медицинских услуг) морально оправдано лишь в тех пределах, которые способствуют пользе каждого члена общества, особенно наименее обеспеченного.

Таким образом, не все социально-политические теории справедливости признают существование социальных обязательств перед гражданами. Более того, некоторые аргументы, которые поддерживают необходимость социозэтических обязательств, не обосновывают положения о том, что индивидуумы имеют право на охрану своего здоровья. Доводы в пользу существования социозэтических обязательств по предоставлению гражданам доступа к адекватному здравоохранению без избыточного финансового бремени базируются: 1) на особой моральной значимости охраны здоровья; 2) на факте, что многие потребности в медицинских услугах удовлетворяются далеко не в полной мере; 3) на нереалистичности ожиданий, что все граждане будут в состоянии обеспечить медицинские потребности за счет собственных средств ввиду высокой и непредсказуемой стоимости услуг и их неравномерного распределения между различными слоями населения; 4) на апеллировании к моральным ценностям, согласно которым современное общество не в праве отказать в медицинской помощи своим гражданам, если имеет для этого финансовые ресурсы.

Распределение ограниченных ресурсов здравоохранения осуществляется на микро- и макроуровнях. Решения по распределению на микроуровне принимаются администрацией больниц, отдельными профессионалами, менеджерами здравоохранения и касаются предоставления ограниченных ресурсов здравоохранения (например, в области трансплантации органов) конкретным пациентам. Решение о распределении на макроуровне является компетенцией правительств, органов законодательной и исполнительной власти, органов здравоохранения, страховых компаний, фондов и программ.

В сфере макрораспределения ресурсов существуют два фундаментальных вопроса. Прежде всего, необходимо определить, какую часть общих экономических ресурсов государства целесообразно направить на поддержку здравоохранения и биомедицинских исследований. Суть вопроса состоит в том, чтобы сопоставить важность медицинских услуг с другими благами. Например, современные медицинские технологии в состоянии спасти и продлить жизнь многим людям, которые совсем недавно были обречены на страдания и смерть. Должны ли быть сокращены дру-

гие социальные программы, например, образования, с целью максимального продления человеческой жизни? Другой фундаментальный вопрос распределения на макроуровне состоит в том, чтобы определить, каким образом должна быть разделена доля национального продукта, которая направлена на развитие здравоохранения и биомедицинских исследований. Какую часть следует направить на нужды профилактической медицины, какую — на лечение, какую — на разработку нового оборудования для диагностики и терапии, какую — на проведение медико-биологических исследований? Далее необходимо ответить на более частные вопросы. Например, какова будет доля средств, выделенных на проведение научных исследований, для научной работы в области ВИЧ/СПИДа, онкологии, кардиологии, медицинской генетики и т. п. Важной этической проблемой есть определение оптимальной процедуры принятия решений на макроуровне и характера моральных ценностей, которыми следует при этом руководствоваться.

Глава 2

МОДЕЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПРАКТИКА БИОЭТИКИ

Перед любой системой здравоохранения неизбежно встают три коренные вопроса:

1. Какой объем средств общество должно выделить на здравоохранение в нынешних условиях и на перспективу?
2. Как расходовать эти средства с максимальной эффективностью?
3. Из каких источников и как получить эти средства?

Гарантируемый объем услуг напрямую зависит от уровня расходов на здравоохранение, который в бюджете страны фиксируется как определенная доля в валовом внутреннем продукте. По данным Всемирной организации здравоохранения, 5 % от валового внутреннего продукта является допустимым минимумом расходов на здравоохранение. В странах Европы доля финансирования здравоохранения варьирует от 5,3 % валового национального продукта в Греции до 8 % и более в Германии, Франции, Швеции и Нидерландах.

Соотношение финансовых затрат в системе здравоохранения должно быть таким: госпитальная помощь — 50 %, амбулаторно-поликлиническая помощь — 40 %, скорая медицинская помощь — 7–10 %. В Украине, несмотря на увеличение из года в год расходов на развитие здравоохранения, их доля в объеме валового внутреннего продукта не превышает 3,5 %. По-прежнему основным видом услуг здравоохранения есть дорогостоящее лечение в стационарах больниц и диспансерах.

Финансирование за счет общества (бюджет, страховые фонды и т. п.) играет доминирующую роль в организации здравоохранения развитых и большинства развивающихся стран. Уровень финансирования здравоохранения зависит от уровня экономического развития страны, а также от того, каким способом мобилизуются средства на нужды здравоохранения: из общих налогов, за счет взносов хозяйствующих субъектов, из средств потребителя. Основываясь на этом, выделяют следующие базовые модели финансирования здравоохранения.

Государственная система. Финансируется (до 90 %) из бюджетных источников. Финансирование медицинских услуг планируется в общих правительственных расходах. Эталоном государственной модели считается Великобритания, система в которой была сформирована в середине XX ст. и сразу обеспечила гражданам равный доступ к услугам здра-

вохранения. Важно отметить, что частное здравоохранение и страховая система не были отменены. Государственная система здравоохранения в Великобритании при меньших затратах на душу населения, чем в США, Канаде или Германии, оказалась в состоянии обеспечить амбулаторную и стационарную помощь, обслуживание хронических больных, психиатрическую помощь, оптометрические и стоматологические услуги, предоставление лекарств. Значительная экономия средств достигнута благодаря сокращению административных расходов. В то же время строго контролируется применение дорогостоящих технологий и оборудования (например, диализа). Имеются некоторые ограничения в выборе семейного врача, который направляет пациента, при необходимости, на консультацию к специалистам.

Государственная модель здравоохранения принята также в Греции, Португалии и сохраняет доминирующую роль в государствах СНГ.

Бюджетно-страховая система. Финансируется за счет целевых взносов предпринимателей, трудящихся граждан (бисмарковская концепция) и субсидий государства (система социального страхования). Медицинские услуги оплачиваются за счет вкладов в фонд здравоохранения. Самый простой вид вклада — взнос, вносимый как нанимателем, так и работником. Вклады основываются на платежеспособности, а доступ к услугам зависит от потребности. Медицинский фонд (или фонды), как правило, независим от государства, но действует в рамках законодательства. При социальном страховании гарантируется право на точно оговоренные виды услуг и устанавливаются такие доли вкладов и на таком уровне, которые дают гарантию использования такого права. Финансирование из внебюджетных фондов медицинского страхования преобладает в Германии (78 %), Италии (87 %), Франции (71 %), Швеции (91 %), Японии (73 %). Правительства осуществляют пристальный контроль за системой здравоохранения практически во всех случаях. Уровень правительственного контроля и регулирования призван обеспечить сдерживание расходов (например, путем установления предельного уровня страховых премий) с целью обеспечения справедливости и солидарности.

Эталонном бюджетно-страховой системы является Германия. Основой ее уникального опыта стало создание больничных фондов, в которые входят более 100 некоммерческих и получастных организаций. Фонды обеспечивают выбор врача и оказание амбулаторной, стационарной, стоматологической, психиатрической, оптометрической помощи, предоставление лекарств и выплату денежных пособий (например, в связи с рождением ребенка). Помощь длительно болеющим старикам и инвалидам осуществляется при дополнительном финансировании. В целом расходы на здравоохранение ниже, чем в Америке.

Частнопредпринимательская система. Финансируется за счет предоставления платных медицинских услуг, а также за счет средств медицинского страхования. Страхуемое население выплачивает премию стра-

ховщику, сумма которой определяется ожидаемой средней стоимостью оказываемых им услуг, причем подверженные большему риску платят больше. Прямая оплата услуг пациентами не относится ни к страхованию, ни к взаимоподдержке. Пациенты осуществляют платежи в соответствии с тарифами за те услуги, которые им оказаны. Такая система действует в США, Израиле, Южной Корее, Нидерландах.

В настоящее время Украина находится в процессе реформирования и совершенствования национальной системы здравоохранения. В Советском Союзе основным, официально декларированным принципом было обеспечение охраны здоровья населения через общественные фонды, то есть независимо от трудового вклада каждого, его социального происхождения, положения в обществе, национальности, места жительства и других факторов с целью обеспечения социального равенства, ориентированного на принцип коммунистического распределения «по потребностям». Несмотря на определенные успехи, советская система здравоохранения была далека от декларированного принципа социальной справедливости. Ведомственные «медсанчасти» отличались от районных, городских и сельских больниц. Среди элитных ведомственных клиник тоже была своя иерархия, которая строилась в соответствии с партийной и государственной иерархией бюрократии — чем выше положение иерархии, тем выше качество медицинского обслуживания и полнее объем медицинской помощи. Не случайно, что элитарное здравоохранение в конце 80-х годов стало для демократических сил одним из свидетельств несправедливости советской государственной системы.

В реформировании здравоохранения нашей страны на современном этапе возникла сложная ситуация. В соответствии с Конституцией, государство не вправе отказаться от бесплатного предоставления медицинской помощи, всех видов диагностики, лечения и профилактики. Между тем, адекватного финансирования требуемых объемов бесплатной медицинской помощи бюджет обеспечить не может. В ситуации, когда медицинское учреждение должно оказывать весь объем медицинской помощи бесплатно, а финансирующие органы не в состоянии возместить его расходы, оно становится неплатежеспособным. Государство будет вынуждено пойти либо на ограничение объема медицинских услуг, оказываемых бесплатно, либо на уменьшение количества медицинских учреждений. Добровольное медицинское страхование и добровольные пожертвования также не решают всех проблем. К тому же в настоящее время в нашей стране немного людей, которые в состоянии оплатить диагностику, лечение и предоставление сервисных услуг. Значительная доля платных услуг в здравоохранении фактически сводит на нет декларируемый равный доступ к медицинской помощи. Иными словами, Украина нуждается в выработке механизмов реализации гуманных принципов равного доступа к медицинской помощи, которые были бы адекватны условиям рыночной экономики. Помимо страховой медицины, одним из важных

направлений реформирования здравоохранения есть разработка и внедрение национальной концепции первичной медико-санитарной помощи (семейная медицина) и внедрение европейских принципов организации высшего образования (Болонский процесс). Построению новой модели здравоохранения в Украине может способствовать творческий анализ систем здравоохранения в экономически развитых странах, опыта реализации принципа социальной справедливости и практики выполнения социально-этических обязательств.

Основой реформирования является Конституция Украины, которая гарантирует право граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь (прил. 18). «Основы законодательства Украины о здравоохранении» в соответствии со статьей 4 признают здравоохранение приоритетным направлением деятельности общества и государства, одним из главных факторов выживания и развития народов Украины. Основными принципами национальной модели здравоохранения признаны:

— соблюдение прав и свобод человека и гражданина в области здравоохранения и обеспечение связанных с ними государственных гарантий;

— гуманистическая направленность, обеспечение приоритета общечеловеческих ценностей над классовыми, национальными, групповыми или индивидуальными интересами, повышенная медико-социальная защита наиболее уязвимых слоев населения;

— равноправие граждан, демократизм и общедоступность медицинской помощи и иных услуг в области здравоохранения;

— соответствие задачам и уровню социально-экономического и культурного развития общества, научная обоснованность, материально-техническая и финансовая обеспеченность;

— ориентация на современные стандарты здоровья и медицинской помощи, сочетание отечественных традиций и достижений с мировым опытом в области здравоохранения;

— предупредительно-профилактический характер, комплексный социальный, экологический и медицинский подход к здравоохранению;

— многоукладность экономики здравоохранения и многоканальность ее финансирования, сочетание государственных гарантий с демонополизацией и поощрением предпринимательства и конкуренции;

— децентрализация государственного управления, развитие самоуправления учреждений и самостоятельности работников здравоохранения на правовой и договорной основе.

Независимо от модели здравоохранения, практика биоэтики характеризуется общими закономерностями:

1) созданием комитетов по биоэтике;

2) проведением биоэтических консультаций;

3) разработкой политики биоэтики с изданием соответствующих руководств и документов.

Комитеты по биоэтике возникли в начале 60-х годов XX ст. в связи с осознанием этической проблемы отбора пациентов с хронической почечной недостаточностью для проведения операции гемодиализа. Врач В. Scribner был вынужден коллективно определять критерии отбора таких больных, число которых значительно превышало количество дорогостоящих аппаратов.

В 70-е годы XX ст. функции биоэтических комитетов расширились в связи с необходимостью подтверждения ответственных диагностических и прогностических заключений врача для обоснования неназначения или прекращения жизнеподдерживающего лечения и права на смерть.

В 80-е годы XX ст. функции биоэтических комитетов были дополнены обсуждением самых разнообразных социальных и этических проблем в конкретном клиническом случае. Примером есть разработка тактики принятия медицинских решений в отношении некомпетентных пациентов. Разрабатывалась и совершенствовалась методология идентификации, обсуждения и решения биоэтических проблем.

В конце XX — начале XXI ст. была окончательно сформулирована стратегия развития биоэтики, подготовлены основополагающие документы и руководства. В широком понимании биоэтические комитеты были определены как способ связи социоэтических ценностей с медицинской практикой. В узком понимании — это способ защиты прав и благополучия пациентов путем коллегиального принятия медицинских решений. В 1991 г. были сформулированы положения GSP, в которых на биоэтические комитеты была возложена обязанность обеспечения прав и безопасности участников клинического исследования, а также гарантии защиты прав всего общества в целом. В компетенцию биоэтических комитетов может также входить контроль этических стандартов выполнения экспериментов на животных.

Биоэтические комитеты функционируют на разных уровнях.

1. Национальные комитеты по биоэтике. В Украине на национальном уровне созданы Комитет по биоэтике при Президиуме НАН Украины; Комитет по биоэтике при АМН Украины и Этический комитет при МЗ Украины.

2. Региональные комитеты по биоэтике распространяют свою юрисдикцию на определенную географическую территорию.

3. Местные комитеты по биоэтике создаются при лечебных учреждениях, высших медицинских учебных заведениях, научно-исследовательских институтах.

Состав комитетов по биоэтике должен объединить людей, которые имеют опыт и квалификацию для оценки этических проблем в сфере биомедицины. В состав местного комитета по биоэтике обычно входят 7–11 человек, среди которых должны быть представители обоих полов, люди разного возраста, профессионалы различных медицинских и немедицинских дисциплин, знакомые с международной практикой защиты прав че-

ловека, представители общественности, религиозные деятели, которые в своей профессиональной деятельности и жизни придерживаются высоких принципов и морали.

Члены комитета по биоэтике должны пройти начальный курс обучения и постоянно повышать свою квалификацию в сфере практической биоэтики. Объективные трудности обучения и переобучения определяются большими различиями в базовой осведомленности в проблемах этики и клинической медицины. Возможна проблема несовпадения индивидуальной значимости конкретной культурной ценности. Существуют трудности, связанные с добровольностью членства в комитете, необходимостью создания адекватного учебно-методического обеспечения. В процессе обучения члены комитета по биоэтике должны знакомиться с основами этики и технологии принятия этических решений. Следует изучить ключевые принципы биоэтики, такие как добродетель, нанесение вреда, уважение автономии и социальная справедливость, а также основные этические теории и методы биоэтики. Членам комитета по биоэтике важно освоить методику системного анализа клинического случая.

После завершения самоподготовки члены комитета по биоэтике должны обеспечить обучение специалистов своего учреждения основам дисциплины. Клиницисты должны уметь идентифицировать и понимать решение практических этических проблем на основе достаточных профессиональных, философских, социальных и юридических знаний и общения с коллегами, больными и их родственниками, а также содействовать ему.

Обучение обычно проходит на основе разбора клинических случаев, то есть ориентировано на пациента. Оно включает семинары, лекции, дискуссии, ролевое моделирование. Правильным есть вовлечение в процесс обучения пациентов и членов их семей. Могут обсуждаться права больных и принципы принятия медицинских решений.

В функцию комитетов по биоэтике входит консультирование врачей учреждения, пациентов и членов их семей. Практика проведения консультирования ставит важный вопрос: являются ли консультативные рекомендации обязательными или необязательными для исполнения и должны ли они фиксироваться в письменном виде в медицинской документации или иной форме. Большинство биоэтиков полагает, что консультативное заключение носит рекомендательный характер, однако должно быть оформлено в письменном виде. Не случайно комитеты по биоэтике иногда называются консультативными.

КЛЯТВА ГИППОКРАТА

Клянусь Аполлоном-врачом, Асклеием, Гигией и Панакеей и всеми богами и богинями, беря их в свидетели, исполнять честно, соответственно моим силам и моему разумению, следующую присягу и письменное обязательство: считать научившего меня врачебному искусству наравне с моими родителями, делиться с ним своими недостатками и в случае необходимости помогать ему в его нуждах; его потомство считать своими братьями, и это искусство, если захотят его изучить, 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 направляю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости. Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла; точно так же я не вручу никакой женщине абортивного пессария. Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и 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 не вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всякого 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 людей из того, что не следует 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.

ЖЕНЕВСКАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ

(Международная клятва врачей)

Принята 2-й Генеральной Ассамблеей Всемирной медицинской ассоциации (Женева, Швейцария) в сентябре 1948 года, дополнена 22-й Всемирной Медицинской Ассамблеей (Сидней, Австралия) в августе 1968 года и 35-й Всемирной Медицинской Ассамблеей (Венеция, Италия) в октябре 1983 года

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

- На всю жизнь сохранить благодарность и уважение к своим учителям.
 - Исполнять свой профессиональный долг по совести и с достоинством.
 - 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 позволить 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 года, дополнен 22-й Всемирной Медицинской Ассамблеей (Сидней, Австралия) в августе 1968 года и 35-й Всемирной Медицинской Ассамблеей (Венеция, Италия) в октябре 1983 года

ОБЩИЕ ОБЯЗАННОСТИ ВРАЧЕЙ:

Врач обязан всегда поддерживать наивысшие профессиональные стандарты.

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

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

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

С нормами медицинской этики 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 urgentной 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

Приобретя профессию врача и осознав важность обязательств, возложенных на меня, в присутствии моих учителей и коллег торжественно клянусь: все знания, силы и умения отдавать делу охраны и улучшения здоровья человека, лечению и предупреждению заболеваний, оказывать медицинскую помощь всем нуждающимся; неизменно руководствоваться в своих действиях и помыслах принципами общечеловеческой морали, быть бескорыстным и чутким к больным, признавать свои ошибки, достойно продолжать благородные традиции мировой медицины; сохранять врачебную тайну, не использовать ее во вред человеку; придерживаться правил профессиональной этики, не скрывать правду, если это не навредит больному; постоянно углублять и совершенствовать свои знания и умения, в случае необходимости обращаться за помощью к коллегам и самому никогда им в этом не отказывать, быть справедливым к коллегам; собственным примером способствовать воспитанию физически и морально здорового поколения, утверждать высокие идеалы милосердия, любви, согласия и взаимоуважения между людьми.

Верность этой Клятве клянусь пронести через всю мою жизнь.

КОНВЕНЦИЯ О ЗАЩИТЕ ПРАВ И ДОСТОИНСТВА ЧЕЛОВЕКА В СВЯЗИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ДОСТИЖЕНИЙ БИОЛОГИИ И МЕДИЦИНЫ: КОНВЕНЦИЯ О ПРАВАХ ЧЕЛОВЕКА И БИОМЕДИЦИНЕ

Совет Европы, Овьедо, 4 апреля 1997 г.

ГЛАВА I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 1. Предмет и цель

Стороны настоящей Конвенции защищают достоинство и индивидуальную целостность человека и гарантируют каждому без исключения соблюдение неприкосновенности личности и других прав и основных свобод в связи с применением достижений биологии и медицины.

Каждая Сторона принимает в рамках своего внутреннего законодательства необходимые меры, отвечающие положениям настоящей Конвенции.

Статья 2. Приоритет человека

Интересы и благо отдельного человека превалируют над интересами общества или науки.

Статья 3. Равная доступность медицинской помощи

Стороны, исходя из имеющихся потребностей и ресурсов, принимают необходимые меры, направленные на обеспечение в рамках своей юрисдикции равной для всех членов общества доступности медицинской помощи приемлемого качества.

Статья 4. Профессиональные стандарты

Всякое медицинское вмешательство, включая вмешательство с исследовательскими целями, должно осуществляться в соответствии с профессиональными требованиями и стандартами.

ГЛАВА II. СОГЛАСИЕ

Статья 5. Общее правило

Медицинское вмешательство может осуществляться лишь после того, как соответствующее лицо даст на это свое добровольное информированное согласие. Это лицо заранее получает соответствующую информацию о цели и характере вмешательства, а также о его последствиях и рисках. Это лицо может в любой момент беспрепятственно отозвать свое согласие.

Статья 6. Защита лиц, не способных дать согласие

1. В соответствии со статьями 17 и 20 настоящей Конвенции, медицинское вмешательство в отношении лица, не способного дать на это согласие, может осуществляться исключительно в непосредственных интересах такого лица.

2. Проведение медицинского вмешательства в отношении несовершеннолетнего лица, не могущего дать свое согласие по закону, может быть осуществлено только с разрешения его представителя, органа власти либо лица или учреждения, определенных законом. Мнение самого несовершеннолетнего рассматривается как фактор, значение которого растет в зависимости от его возраста и степени зрелости.

3. Проведение медицинского вмешательства в отношении совершеннолетнего, признанного недееспособным по закону или не способного дать свое согласие по состоянию здоровья, может быть осуществлено только с разрешения его представителя, органа власти либо лица или учреждения, определенных законом. Соответствующее лицо участвует по мере возможности в процедуре получения разрешения.

4. Представитель, орган власти, лицо или учреждение, упомянутые в пунктах 2 и 3, выше, получают на тех же условиях информацию, предусмотренную в статье 5.

5. Разрешение, предусмотренное в пунктах 2 и 3, выше, может в любой момент быть отозвано в непосредственных интересах соответствующего лица.

Статья 7. Защита лиц, страдающих психическим расстройством

Лицо, страдающее серьезным психическим расстройством, может быть подвергнуто без его согласия медицинскому вмешательству, направленному на лечение этого расстройства, лишь в том случае, если отсутствие такого лечения может нанести серьезный вред его здоровью, и при соблюдении условий защиты, предусмотренных законом, включая процедуры наблюдения, контроля и обжалования.

Статья 8. Чрезвычайная ситуация

Если в силу чрезвычайной ситуации надлежащее согласие соответствующего лица получить невозможно, любое вмешательство, необходимое для улучшения состояния его здоровья, может быть осуществлено немедленно.

Статья 9. Ранее высказанные пожелания

В случаях, когда в момент медицинского вмешательства пациент не в состоянии выразить свою волю, учитываются пожелания по этому поводу, выраженные им ранее.

ГЛАВА III. ЧАСТНАЯ ЖИЗНЬ И ПРАВО НА ИНФОРМАЦИЮ

Статья 10. Частная жизнь и право на информацию

1. Каждый человек имеет право на уважение своей частной жизни, в том числе и тогда, когда это касается сведений о его здоровье.

2. Каждый человек имеет право ознакомиться с любой собранной информацией о своем здоровье. В то же время необходимо уважать желание человека не быть информированным на этот счет.

3. В исключительных случаях — только по закону и только в интересах пациента — осуществление прав, изложенных в пункте 2, может быть ограничено.

ГЛАВА IV. ГЕНОМ ЧЕЛОВЕКА

Статья 11. Запрет на дискриминацию

Любая форма дискриминации в отношении лица по признаку его генетического наследия запрещается.

Статья 12. Прогностическое генетическое тестирование

Прогностические тесты на наличие генетического заболевания или на наличие генетической предрасположенности к тому или иному заболеванию могут проводиться только в медицинских целях или в целях медицинской науки и при условии надлежащей консультации специалиста-генетика.

Статья 13. Вмешательство в геном человека

Вмешательство в геном человека, направленное на его модификацию, может быть осуществлено лишь в профилактических, диагностических или терапевтических целях и только при условии, что оно не направлено на изменение генома наследников данного человека.

Статья 14. Запрет на выбор пола

Не допускается использование вспомогательных медицинских технологий деторождения в целях выбора пола будущего ребенка, за исключением случаев, когда это делается с тем, чтобы предотвратить наследование будущим ребенком заболевания, связанного с полом.

ГЛАВА V. НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Статья 15. Общее правило

Научные исследования в области биологии и медицины осуществляются свободно при условии соблюдения положений настоящей Конвенции и других законодательных документов, гарантирующих защиту человека.

Статья 16. Защита лиц, выступающих в качестве испытуемых

Исследования на людях проводятся только при соблюдении следующих условий:

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

Статья 17. Защита лиц, не способных дать согласие на участие в исследовании

1. Исследования на людях, не способных дать на это согласие в соответствии со статьей 5, могут проводиться только при соблюдении всех следующих условий:

- 1) выполнены условия, изложенные в пунктах 1–4 статьи 16;
- 2) ожидаемые результаты исследования предполагают реальный непосредственный благоприятный эффект для здоровья испытуемых;
- 3) исследования с сопоставимой эффективностью не могут проводиться на людях, которые способны дать согласие;
- 4) получено конкретное письменное разрешение, предусмотренное в статье 6; и
- 5) сам испытуемый не возражает против этого.

2. В исключительных случаях и в соответствии с требованиями, предусмотренными законом, проведение исследований, не направленных на непосредственный неблагоприятный эффект для здоровья испытуемых, разрешается при соблюдении требований, изложенных в подпунктах 1), 3), 4) и 5) пункта 1, выше, а также следующих дополнительных условий:

- 1) целью исследования является содействие, путем углубления и совершенствования научных знаний о состоянии здоровья человека, его болезни и расстройстве, получению в конечном счете результатов, могущих иметь благоприятные последствия как для состояния здоровья данного испытуемого, так и других лиц, страдающих той же болезнью или расстройством или находящихся в аналогичном состоянии;
- 2) участие в данном исследовании сопряжено с минимальным риском или неудобствами для данного испытуемого.

Статья 18. Исследования на эмбрионах *in vitro*

1. Если закон разрешает проводить исследования на эмбрионах *in vitro*, он же должен предусматривать надлежащую защиту эмбриона.
2. Создание эмбрионов человека в исследовательских целях запрещается.

ГЛАВА VI. ИЗЪЯТИЕ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ У ЖИВЫХ ДОНОРОВ В ЦЕЛЯХ ТРАНСПЛАНТАЦИИ

Статья 19. Общее правило

1. Изъятие у живого донора органов и тканей для их трансплантации может производиться исключительно с целью лечения реципиента и при условии отсутствия пригодного органа или ткани, полученных от трупа, и невозможности проведения альтернативного лечения с сопоставимой эффективностью.

2. Должно быть получено явно выраженное и конкретное согласие, предусмотренное в статье 5. Такое согласие должно даваться либо в письменной форме, либо в соответствующей официальной инстанции.

Статья 20. Защита лиц, не способных дать согласие на изъятие органа

1. Нельзя изымать никакие органы или ткани у человека, не способного дать на это согласие, предусмотренное статьей 5.

2. В исключительных случаях и в соответствии с требованиями, предусмотренными законом, изъятие регенеративных тканей у человека, который не способен дать на это согласие, может быть разрешено при соблюдении следующих условий:

1) отсутствует совместимый донор, способный дать соответствующее согласие;

2) реципиент является братом или сестрой донора;

3) трансплантация призвана сохранить жизнь реципиента;

4) в соответствии с законом и с одобрения соответствующего органа на это получено конкретное письменное разрешение, предусмотренное пунктами 2 и 3 статьи 6;

5) потенциальный донор не возражает против операции.

ГЛАВА VII. ЗАПРЕТ НА ИЗВЛЕЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ВЫГОДЫ И ВОЗМОЖНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ЧАСТЕЙ ТЕЛА ЧЕЛОВЕКА

Статья 21. Запрет на извлечение финансовой выгоды

Тело человека и его части не должны в качестве таковых являться источником получения финансовой выгоды.

Статья 22. Возможное использование изъятых частей тела человека

Любая часть тела человека, изъятая в ходе медицинского вмешательства, может храниться и использоваться в целях, отличных от тех, ради которых она была изъята, только при условии соблюдения надлежащих процедур информирования и получения согласия.

ГЛАВА VIII. НАРУШЕНИЕ ПОЛОЖЕНИЙ КОНВЕНЦИИ

Статья 23. Нарушение прав или принципов

Стороны обеспечивают надлежащую судебную защиту с целью предотвратить или незамедлительно прекратить незаконное нарушение прав и принципов, изложенных в настоящей Конвенции.

Статья 24. Возмещение неоправданного ущерба

Лицо, понесшее неоправданный ущерб в результате вмешательства, имеет право на справедливое возмещение согласно условиям и процедурам, предусмотренным законом.

Статья 25. Санкции

Стороны предусматривают надлежащие санкции в случае нарушения положений настоящей Конвенции.

ДЕКЛАРАЦИЯ О ПОЛИТИКЕ В ОБЛАСТИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРАВ ПАЦИЕНТА В ЕВРОПЕ

Амстердам, 1994

Раздел 1

- 1.1. Каждый человек имеет право на уважение собственной личности.
- 1.2. Каждый человек имеет право на самоопределение.
- 1.3. Каждый человек имеет право на физическую и духовную целостность и на личную безопасность.
- 1.4. Каждый человек имеет право на уважение к его частной жизни.
- 1.5. Каждый человек имеет право на уважительное отношение к его материальным и культурным ценностям, а также к его религиозным и философским убеждениям.
- 1.6. Каждый человек имеет право на охрану здоровья, обеспечиваемую применением адекватных лечебно-профилактических мер, а также право для возможности максимального повышения уровня своего здоровья.

Раздел 2. Информация

- 2.1. Для всеобщей пользы информация о медицинских услугах и о том, как лучше ими воспользоваться, должна быть доступна широкой общественности.
- 2.2. Пациенты имеют право на получение исчерпывающей информации о своем здоровье, включая конкретные медицинские данные, характеризующие их состояние; о предполагаемых медицинских вмешательствах, включая сведения о потенциальном риске и возможной эффективности каждого вмешательства; об имеющихся альтернативах по отношению к предполагаемым вмешательствам, включая отказ от активных лечебных мер (в последнем случае пациент должен быть проинформирован о последствиях такого отказа); о диагнозе, прогнозе и процессе лечения.
- 2.3. Доступ пациента к информации может быть ограничен лишь в исключительных случаях, когда имеются веские основания предполагать, что эта информация причинит ему серьезный вред, в то время как на ее явный положительный эффект вряд ли можно рассчитывать.
- 2.4. Информация должна предоставляться пациенту с учетом уровня его понимания и с минимальным употреблением незнакомой для него специальной терминологии. Если пациент не владеет языком, употребляемым в данной местности, для него следует найти какую-либо возможность перевода необходимой информации.

2.5. Пациенты имеют право не быть информированными, если они четко выразили такое пожелание.

2.6. Пациенты имеют право решать, может ли кто-либо получать за них информацию, и если да, то кто именно.

2.7. Пациенты должны иметь возможность получения второго мнения. «Второе, или другое, мнение» — понятие, получившее распространение в современной медицине США и Западной Европы. Источник «второго мнения» при постановке диагноза, определении прогноза и выборе оптимального метода лечения — медицинские специалисты, к которым пациент обращается за советом независимо от своего лечащего врача в случаях, когда он не вполне уверен в правильности диагноза или лечения или когда предстоящий выбор лечебной тактики может иметь весьма серьезные последствия (например, калечащая операция).

2.8. При поступлении в лечебно-профилактическое учреждение пациентам должны быть сообщены имена и профессиональный статус сотрудников, оказывающих им помощь, а также все необходимые сведения о правилах и распорядке, существенных для пребывания и получения медицинской помощи в данном учреждении.

2.9. При выписке из лечебно-профилактического учреждения пациенты должны иметь возможность запросить и получить письменное заключение о своем диагнозе и проведенном лечении.

Раздел 3. Информированное согласие

3.1. Информированное согласие пациента является непременным условием проведения любого медицинского вмешательства.

3.2. Пациент имеет право отказаться от проведения вмешательства или прервать уже начатое вмешательство. Последствия отказа или прерывания вмешательства должны быть тщательно разъяснены пациенту.

3.3. В ситуации, когда состояние пациента не позволяет ему выразить свою волю и имеются экстренные показания к проведению медицинского вмешательства, в порядке допущения можно полагать, что такое согласие имеется, за исключением тех случаев, когда предшествующие волеизъявления пациента явно указывают на то, что согласие в данной ситуации получено бы не было.

3.4. В ситуациях, когда необходимо согласие законного представителя пациента, но имеются экстренные показания к проведению медицинского вмешательства, осуществление данного вмешательства без согласия законного представителя допустимо в тех случаях, когда такое согласие не может быть получено в необходимые сроки.

3.5. В ситуациях, когда необходимо получить согласие законного представителя пациента, сам пациент (будь то взрослый или ребенок) дол-

жен тем не менее участвовать в процессе принятия решения в максимальной степени, которую позволяет его состояние.

3.6. Если законный представитель пациента не дает согласия на вмешательство, а врач или другой работник здравоохранения полагают, что его проведение отвечает интересам пациента, вопрос должен быть передан на рассмотрение в суд или иную арбитражную инстанцию.

3.7. Во всех остальных ситуациях, когда информированное согласие не может быть получено от самого пациента и не имеется ни законных представителей, ни доверенных лиц, назначенных пациентом для этой цели, следует осуществить необходимые меры для организации процесса принятия решения за пациента, учитывая всю имеющуюся информацию и — в максимально возможной степени — его предполагаемое желание в данной ситуации.

3.8. Требуется согласие пациента на сохранение и использование любых биологических субстанций — производных его организма. При использовании таких субстанций в текущем процессе диагностики, лечения и ухода допустимо полагать, что согласие пациента заведомо имеется.

3.9. Необходимо получение информированного согласия пациента на его участие в процессе клинического обучения.

Раздел 4. Конфиденциальность и неприкосновенность частной жизни

4.1. Все сведения о состоянии здоровья пациента, о диагнозе, прогнозе и лечении, а также все другие данные частного характера должны сохраняться конфиденциально, даже после его смерти.

4.2. Конфиденциальная информация может быть раскрыта только при условии однозначно выраженного согласия пациента либо в соответствии с требованиями закона. Предполагается, что пациент заведомо согласен на ознакомление с такой информацией других работников здравоохранения, оказывающих ему медицинскую помощь.

4.3. Следует обеспечить защиту всех данных, позволяющих идентифицировать личность пациента; при этом характер такой защиты должен быть адекватным способу хранения информации. Биологические субстанции, которые могут нести идентифицирующие личность пациента данные, также должны быть защищены.

4.4. Пациенты имеют право на ознакомление с медицинскими картами и данными лабораторных и инструментальных исследований, а также с любой другой документацией, относящейся к их диагнозу, лечению и уходу, а также имеют право на получение копий и выписок из этих документов. Право доступа к информации не распространяется на информацию о третьих лицах.

4.5. Пациенты имеют право требовать внесения в их медицинские документы исправлений, дополнений и разъяснений и/или обновленных личных или медицинских данных в том случае, если прежние данные неверны, неполны, носят двусмысленный характер или устарели. Пациенты имеют право требовать удаления из их медицинских документов данных, не относящихся к целям диагностики, лечения или ухода.

4.6. Недопустимо вмешательство в вопросы частной и семейной жизни пациента, за исключением лишь тех случаев, когда это вмешательство необходимо в целях диагностики, лечения и ухода за данным пациентом и осуществляется с его согласия.

4.7. Медицинские вмешательства могут проводиться лишь в условиях должного уважения к принципу неприкосновенности частной жизни пациента. Это означает, что конкретное вмешательство должно производиться только в присутствии непосредственно занятых в нем лиц, кроме случаев, когда пациент выражает согласие или активную просьбу о присутствии дополнительных лиц.

Раздел 5. Лечебно-профилактическая помощь

5.1. Каждый человек имеет право на получение медицинской помощи в соответствии с необходимостью для здоровья, включая профилактические мероприятия и усилия, направленные на укрепление здоровья. Сопутствующие службы должны быть постоянно доступны равным образом для всех, без какой-либо дискриминации и в соответствии с теми финансовыми, людскими и материальными ресурсами, которые данное общество может выделить для этой цели.

5.2. Пациенты имеют коллективное право создавать определенные формы представительства на каждом уровне системы здравоохранения вопросам, относящимся к планированию и оценке деятельности сопутствующих служб, включая объем, качество и другие параметры оказанной помощи.

5.3. Пациенты имеют право на получение лечебно-профилактической помощи высокого качества как в плане технического уровня, так и в плане гуманных взаимоотношений между пациентом и работниками здравоохранения.

5.4. Пациенты имеют право на преемственность лечебно-профилактической помощи, обеспечиваемую, в частности, сотрудничеством между всеми работниками здравоохранения и/или лечебно-профилактическими учреждениями, участвующими в диагностике, лечении и уходе за данным пациентом.

5.5. В условиях, когда работники здравоохранения должны сделать выбор из нескольких потенциальных пациентов для проведения дефицитного медицинского вмешательства только одному из них, все пациенты

имеют право на справедливую процедуру отбора, который должен быть основан на медицинских критериях и осуществлен без какой-либо дискриминации.

5.6. Пациенты имеют право на выбор и замену своего лечащего врача или другого работника здравоохранения, а также на выбор лечебно-профилактического учреждения при наличии для этого условий в системе здравоохранения.

5.7. Пациенты, медицинское состояние которых не требует дальнейшего пребывания в данном стационарном лечебно-профилактическом учреждении, имеют право на получение полных разъяснений по поводу предстоящего перевода в другое лечебно-профилактическое учреждение или выписки по месту жительства. Перевод может быть осуществлен только после получения согласия другого лечебно-профилактического учреждения принять данного пациента. При выписке пациента домой ему должно быть обеспечено предоставление соответствующей социальной и бытовой помощи по месту жительства, если этого требует его состояние.

5.8. Пациенты имеют право на достойное обращение в ходе диагностики, лечения и ухода с соблюдением уважения к их культуре и ценностям.

5.9. Пациенты имеют право пользоваться поддержкой членов семьи, родственников и друзей в процессе лечения и ухода, а также получать в любое время духовные поддержку и наставления (например, от священнослужителя).

5.10. Пациенты имеют право на облегчение физических страданий в соответствии с современными возможностями медицины.

5.11. Пациенты имеют право на гуманные помощь и уход в терминальном состоянии, а также право на достойную смерть.

Раздел 6. Права пациента

6.1. Реализация изложенных в настоящем документе прав предполагает создание, для этой цели соответствующих механизмов.

6.2. Реализация настоящих прав должна быть гарантирована всем людям без какой-либо дискриминации.

6.3. Ограничения в использовании пациентами настоящих прав допустимы только в тех случаях, когда они не противоречат положениям основных документов о правах человека и накладываются согласно установленным законным процедурам.

6.4. Если пациент не может самостоятельно воспользоваться правами, изложенными в настоящем документе, их должны реализовать законный представитель пациента или лицо, специально уполномоченное пациентом для этой цели; в случае отсутствия и законного представителя,

и доверенного лица следует предпринять другие меры для обеспечения представительства интересов пациента.

6.5. Пациенты должны иметь доступ к информации и компетентным рекомендациям, помогающим им наилучшим образом пользоваться правами, изложенными в настоящем документе. В тех случаях, когда пациент считает, что его права были нарушены, он должен иметь возможность подать соответствующую жалобу. В дополнение к возможности судебного рассмотрения, на уровне учреждений здравоохранения и на других уровнях должны существовать независимые механизмы для облегчения порядка предъявления и рассмотрения жалоб пациентов и принятия по ним соответствующего решения. Эти механизмы должны, в частности, обеспечивать пациентам доступ к информации о порядке предъявления и рассмотрения жалоб, а также возможность получения ими от независимого консультанта совета относительно тех действий, которые наиболее целесообразно предпринять в данной ситуации. Эти механизмы должны также гарантировать, в случае необходимости, помощь пациенту и защиту его интересов. Пациенты имеют право на тщательное, справедливое, эффективное и быстрое рассмотрение подаваемых ими жалоб и на получение ответа о принятом решении.

Приложение 7

ОСНОВЫ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА УКРАИНЫ ОБ ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ

Статья 42. Общие условия медицинского вмешательства

Медицинское вмешательство (применение методов диагностики, профилактики или лечения, связанных с влиянием на организм человека) допускается в том случае, если оно не может нанести ущерб здоровью пациента.

Статья 43. Согласие на медицинское вмешательство

В неотложных ситуациях, если имеет место реальная угроза жизни больного, согласие больного или его законных представителей на медицинское вмешательство не требуется.

Статья 45. Медико-биологические эксперименты на людях

Проведение медико-биологических экспериментов на людях допускается с общественно полезной целью при условии их научной обоснованности, преобладании возможного успеха над риском причинения тяжелых последствий для здоровья или жизни, гласности проведения экспе-

римента, полной информированности и добровольного согласия лица, которое подлежит эксперименту, относительно требований его проведения, а также при условии сохранения, в случае необходимости, врачебной тайны. Запрещается проведение научно-исследовательского эксперимента на больных, заключенных или военнопленных, а также терапевтического эксперимента на людях, заболевание которых непосредственно не связано с целью опыта.

Приложение 8

ДЕКЛАРАЦИЯ ОБ ЭВТАНАЗИИ

*(принята 39-й Всемирной Медицинской Ассамблеей,
Мадрид, Испания, октябрь, 1987)*

Эвтаназия как акт преднамеренного лишения жизни пациента, даже по просьбе самого пациента или на основании обращения с подобной просьбой его близких, не этична. Это не исключает необходимости уважительного отношения врача к желанию больного не препятствовать течению естественного процесса умирания в терминальной фазе заболевания.

Приложение 9

ВЕНЕЦИАНСКАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ О ТЕРМИНАЛЬНОМ СОСТОЯНИИ

*Принята 35-й Всемирной Медицинской Ассамблеей,
Венеция, Италия, октябрь 1983 г.*

1. В процессе лечения врач обязан, если это возможно, облегчить страдания пациента, всегда руководствуясь его интересами.

2. Исключения из приведенного выше принципа (п. 1) не допускаются даже в случае неизлечимых заболеваний и уродств.

3. Исключениями из приведенного выше принципа (п. 1) не считаются следующие случаи:

3.1. Врач не продлевает мучения умирающего, прекращая по его просьбе, а если больной без сознания — по просьбе его родственников лечение, способное лишь отсрочить наступление неизбежного конца.

Отказ от лечения не освобождает врача от обязанности помочь умирающему, назначив лекарства, облегчающие страдания.

3.2. Врач должен воздерживаться от применения нестандартных способов терапии, которые, по его мнению, не окажут реальной пользы больному.

3.3. Врач может искусственно поддерживать жизненные функции умершего с целью сохранения органов для трансплантации, при условии, что законы страны не запрещают этого, есть согласие, данное до наступления терминального состояния самим больным, либо, после констатации факта смерти, его законным представителем, и смерть констатирована врачом, прямо не связанным ни с лечением умершего, ни с лечением потенциального реципиента. Врачи, оказывающие помощь умирающему, не должны зависеть ни от потенциального реципиента, ни от лечащих его врачей.

Приложение 10

ЗАЯВЛЕНИЕ О ПЕРСИСТИРУЮЩЕМ ВЕГЕТАТИВНОМ СОСТОЯНИИ

*Принято 41-й Всемирной Медицинской Ассамблеей,
Гонконг, сентябрь 1989 г.*

Преамбула

В настоящее время трудно точно оценить, сколько людей на земле находится в персистирующем вегетативном состоянии (ПВС). 10 лет назад в Японии частота ПВС была оценена как 2–3 случая на 100 тысяч жителей. Вследствие совершенствования средств интенсивной терапии (искусственной вентиляции легких, методов искусственного кровообращения, парентерального питания) и лечения инфекционных заболеваний у лиц с тяжелыми повреждениями мозга, число больных, находящихся в ПВС, прогрессивно нарастает. Врачам все чаще приходится принимать болезненные решения о моменте прекращения дорогостоящего искусственного жизнеобеспечения.

Персистирующее вегетативное состояние

Патологическая утрата сознания может сопровождать различные повреждения мозга, включая недостаток питания, отравления, нарушения мозгового кровообращения, инфекции, физические повреждения или дегенеративные заболевания. Из комы — острая потеря сознания, похожая

на сон, но больного нельзя разбудить — можно выйти с различной глубиной неврологического дефекта. При тяжелых повреждениях полушарий головного мозга обычен исход в вегетативное состояние, при котором пациент периодически засыпает и просыпается, однако его сознание не восстанавливается. Вегетативное состояние может быть как исходом комы, так и развиваться исподволь, в результате прогрессирования неврологических нарушений, например, в ходе болезни Альцгеймера. Если вегетативное состояние длится несколько недель, говорят о ПВС, поскольку тело сохраняет вегетативные функции, необходимые для поддержания жизни. При адекватном питании и уходе лица в ПВС могут существовать годами, но вероятность выхода из него тем меньше, чем больше времени прошло с момента его возникновения.

Восстановление

Если квалифицированные клиницисты установили, что пациент проснулся, но находится в бессознательном состоянии, то прогноз восстановления сознания определяется степенью повреждения мозга и длительностью комы. Лица в возрасте до 35 лет после черепно-мозговой травмы и некоторые больные после внутричерепного кровоизлияния могут восстанавливаться очень медленно; пробыв в ПВС от одного до трех месяцев, некоторые из них частично реабилитируются через полгода после острого эпизода. Как правило, шансы восстановления по истечении трех месяцев ПВС крайне низки, хотя известны и исключения, в части из которых речь идет, видимо, о нераспознанном переходе в состояние сурдомутизма вскоре после выхода из комы. Впрочем, в любом случае они не могут жить без постоянной квалифицированной медицинской поддержки.

Общие рекомендации

За редким исключением, если больной не пришел в сознание в течение шести месяцев, шансов на восстановление крайне мало, вне зависимости от природы повреждения мозга. Поэтому гарантированным критерием необратимости ПВС можно считать 12 месяцев бессознательного состояния, а для лиц после 50 лет восстановление практически невозможно и через 6 месяцев.

Риск прогностической ошибки приведенного критерия практически отсутствует, что позволяет основывать на нем врачебное решение о прекращении жизнеподдерживающего лечения лица, находящегося в ПВС. Если семья пациента поднимет вопрос об отключении систем жизнеобеспечения до рекомендуемого срока, последнее слово должно остаться за врачом, которому придется учесть местные юридические и этические нормы.

ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРАВЕ ЖЕНЩИНЫ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОНТРАЦЕПЦИИ

*Принято 46-й Всемирной Медицинской Ассамблеей,
Стокгольм, Швеция, сентябрь 1994 г.*

Всемирная медицинская ассоциация признает тот факт, что нежелательная беременность может оказать пагубное влияние как на здоровье самих женщин, так и на здоровье их детей. Способность регулировать и контролировать фертильность должна рассматриваться в качестве принципиального компонента проблемы сохранения физического и психического здоровья женщин, их социального благополучия.

Очень сильная, но зачастую не удовлетворенная потребность в контроле за фертильностью существует во многих развивающихся странах. Многие женщины в этих странах желают избежать беременности, но не используют средств контрацепции.

Контрацепция способна предотвратить преждевременную смерть женщин, связанную с риском нежелательной беременности. Оптимальное планирование вынашивания плода способно также внести свою лепту в решение проблемы детской смертности.

Даже в тех случаях, когда политические, религиозные или иные группы той или иной страны выступают против использования контрацепции, отдельные женщины, живущие в этих странах, должны иметь право выбора, когда речь заходит об использовании контрацепции.

Всемирная медицинская ассоциация настаивает на том, чтобы всем женщинам было разрешено контролировать фертильность путем сознательного выбора, а не случайным образом. ВМА настаивает также на том, что индивидуальный выбор в вопросе использования контрацепции является правом женщин, вне зависимости от их национальной принадлежности, социального статуса или вероисповедания. Женщины должны иметь доступ ко всем средствам медицинской и социальной консультации, необходимым для получения максимальной пользы от планирования семьи.

ДЕКЛАРАЦИЯ «О ПЛАНИРОВАНИИ СЕМЬИ»

*Принято в 1967 г. на Всемирной Медицинской Ассамблее
в Мадриде, подтверждена в 1969 г. и дополнена в 1983 г.*

1. Всемирная медицинская ассоциация (ВМА) одобряет концепцию планирования семьи и рекомендует всем национальным медицинским ассо-

циациям способствовать планированию семьи и популяризировать соответствующие методы.

2. Целью планирования семьи является не навязывание ограничений, а улучшение и обогащение человеческой жизни. Планирование семьи открывает перед каждым человеком большие возможности самореализации. Чтобы воспользоваться в полной мере одним из основных прав человека, родители должны обладать знаниями и владеть способами планирования семьи, осознанно и самостоятельно принимать решение о количестве детей и возрастной разнице между ними.

3. ВМА предлагает всем заинтересованным организациям сотрудничество в области медицинских и гигиенических аспектов планирования семьи, помощь в подборе экспертов по семейному планированию, в организации обучения и проведения необходимых экспериментов и исследований.

4. ВМА обязуется поощрять инициативы любых организаций по проведению конференций, симпозиумов и исследований по всем аспектам планирования семьи.

5. ВМА рекомендует включить вопросы планирования семьи, являющиеся частью раздела о здоровье матери и ребенка, в программу подготовки врачей.

Приложение 13

ДЕКЛАРАЦИЯ О ГЕНЕТИЧЕСКОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ И ГЕННОЙ ИНЖЕНЕРИИ

*Принята 39-й Всемирной Медицинской Ассамблеей
(Мадрид, 1987) и дополнена в 1992 г.*

Генетическое консультирование. В генетической диагностике существует два подхода:

1) скрининг до зачатия или оценка будущих родителей на предмет возможности передачи генетических заболеваний с целью предсказания вероятности зачатия генетически неблагополучного ребенка;

2) внутриматочные исследования после зачатия — ультразвуковое обследование, амниоцентез и фетоскопия — с целью определения состояния плода.

Врач, проводящий генетическое консультирование, обязан предоставить будущим родителям в доступной форме информацию, достаточную для принятия ими осознанного решения о возможности деторождения.

Предоставляя информацию семейным парам, принявшим решение о продолжении рода, врачи должны придерживаться этических и профессиональных норм, принятых в их странах, рекомендаций ВМА и других медицинских организаций.

В случае выявления генетических аномалий у плода, будущие родители могут решить прервать беременность. Врач, имеющий право на личное отношение (поддержку или отвержение) к проблемам контрацепции, стерилизации или искусственного прерывания беременности, не может навязывать свои моральные ценности потенциальным родителям, но и не обязан изменять своим убеждениям в угоду их решению.

Врачи, полагающие, что контрацепция, стерилизация и искусственное прерывание беременности противоречат их принципам и убеждениям, могут отказаться от генетического консультирования. Однако во всех случаях врач обязан предупредить будущих родителей о возможности возникновения генетических проблем и посоветовать пройти генетическое консультирование у компетентного специалиста.

Генная инженерия. Развитие исследований в области генной инженерии ставит вопрос о регулировании связанных с ними проблем со стороны научных и медицинских организаций, промышленных структур, правительственных органов и общественности.

ВМА настаивает, чтобы были учтены следующие факторы:

1. Если процедура выполняется с исследовательскими целями, необходимо ее полное соответствие требованиям Хельсинкской декларации ВМА.

2. Если процедура выполняется с лечебными целями, необходимо придерживаться обычных норм медицинской практики, положений профессиональной этики и принципов Хельсинкской декларации.

3. Необходимо всестороннее обсуждение предлагаемой процедуры с пациентом и получение его/ее добровольного и осознанного согласия либо согласия его/ее законных представителей в письменной форме.

4. На вирусной ДНК, содержащей заместительный или корригирующий ген, не должно быть болезнетворного или другого нежелательного вируса.

5. Внедренная ДНК должна нормально функционировать в клетке реципиента, не вызывая метаболических нарушений, способных повредить другие органы.

6. Эффективность генной терапии должна быть изучена самым тщательным образом, включая наблюдение за будущими поколениями.

7. Все процедуры могут осуществляться только после тщательной оценки доступности и эффективности других способов лечения. Если возможны более простые и безопасные способы, ими и следует пользоваться.

8. Высказанные принципы, возможно, в будущем будут дополнены в соответствии с развитием медицинской науки и практики.

ВСЕОБЩАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ О ГЕНОМЕ ЧЕЛОВЕКА И ПРАВАХ ЧЕЛОВЕКА

ПРЕДИСЛОВИЕ

Всеобщая декларация о геноме человека и о правах человека, единогласно и путем аккламации принятая Генеральной конференцией ЮНЕСКО на ее 29-й сессии 11 ноября 1997 г., стала первым всеобщим правовым актом в области биологии. Бесспорным достоинством этого документа является достигнутая в нем сбалансированность между гарантированием соблюдения прав и основных свобод и учетом необходимости обеспечения свободы исследований.

Генеральная конференция ЮНЕСКО сопровождала эту Декларацию резолюцией о ее осуществлении, в которой государства-члены обязуются принять соответствующие меры для утверждения содействия реализации провозглашенных в ней принципов.

Моральное обязательство, которое взяли на себя государства, приняв Всеобщую декларацию о геноме человека и о правах человека, является отправным моментом: с ним начинается процесс осознания мировой общественностью необходимости размышления над этикой науки и техники. Теперь дело за государствами — обеспечить посредством мер, которые они решат принять, претворение в жизнь этой Декларации и, тем самым, ее непреходящую ценность.

*Федерико Майор
3 декабря 1997 г.*

ВСЕОБЩАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ О ГЕНОМЕ ЧЕЛОВЕКА И ПРАВАХ ЧЕЛОВЕКА

Генеральная конференция,

напоминая, что в преамбуле Устава ЮНЕСКО провозглашаются «демократические принципы уважения достоинства человеческой личности, равноправия и взаимного уважения людей», а также отказ от любой «доктрины неравенства людей и рас»; что в ней подчеркивается, что «для поддержания человеческого достоинства необходимо широкое распространение культуры и образования среди всех людей на основе справедливости, свободы и мира; поэтому на все народы возлагается в этом отношении священная обязанность, которую следует выполнять в духе взаимного сотрудничества»; что в ней провозглашается, что этот мир «должен базироваться на интеллектуальной и нравственной солидарности человечества», и указывается, что Организация стремится достичь «путем сотрудничества народов всего мира в области образования, науки и культуры международного мира и всеобщего благосостояния человечества,

для чего и была учреждена Организация Объединенных Наций, как провозглашает ее Устав», торжественно напоминая о своей приверженности всеобщим принципам прав человека, которые провозглашаются, в частности, во Всеобщей декларации прав человека, принятой 10 декабря 1948 г., и в двух международных пактах Организации Объединенных Наций об экономических, социальных и культурных правах и о гражданских и политических правах, принятых 16 декабря 1966 г., в Конвенции о предупреждении преступления геноцида и наказании за него, принятой 9 декабря 1948 г., в Международной конвенции Организации Объединенных Наций о ликвидации всех форм расовой дискриминации, принятой 21 декабря 1965 г., в Декларации Организации Объединенных Наций о правах умственно отсталых лиц, принятой 20 декабря 1971 г., в Декларации Организации Объединенных Наций о правах инвалидов, принятой 9 декабря 1975 г., в Конвенции Организации Объединенных Наций о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, принятой 18 декабря 1979 г., в Декларации Организации Объединенных Наций об основных принципах правосудия в отношении жертв преступности и жертв злоупотреблений со стороны властей, принятой 29 ноября 1985 г., в Конвенции Организации Объединенных Наций о правах ребенка, принятой 20 ноября 1989 г., в Правилах Организации Объединенных Наций в отношении обеспечения равенства возможностей для инвалидов, принятых 20 декабря 1993 г., в Конвенции о запрещении разработки, производства и накопления запасов бактериологического (биологического) и токсического оружия и об их уничтожении, принятой 16 декабря 1971 г., в Конвенции ЮНЕСКО о борьбе с дискриминацией в области образования, принятой 14 декабря 1960 г., в Декларации принципов международного культурного сотрудничества ЮНЕСКО, принятой 4 ноября 1966 г., в Рекомендации ЮНЕСКО о статусе научно-исследовательских работников, принятой 20 ноября 1974 г., в Декларации ЮНЕСКО о расе и расовых предрассудках, принятой 27 ноября 1978 г., в Конвенции МОТ (№ 111) о дискриминации в области труда и занятий, принятой 25 июня 1958 г., и в Конвенции МОТ (№ 169) о коренных и племенных народах в независимых странах, принятой 27 июня 1989 г., *принимая во внимание*, без ущерба для их положений, международные акты, которые могут быть связаны с прикладным использованием генетики в области интеллектуальной собственности, в частности Бернскую конвенцию об охране литературных и художественных произведений, принятую 9 сентября 1886 г., и Всемирную конвенцию ЮНЕСКО об авторском праве, принятую 6 сентября 1952 г., впоследствии пересмотренные в Париже 24 июля 1971 г., Парижскую конвенцию об охране промышленной собственности, принятую 20 марта 1883 г. и впоследствии пересмотренную в Стокгольме 14 июля 1967 г., Будапештский договор ВОИС о международном признании депонирования микроорганизмов в целях процедуры выдачи патентов, заключенный 28 апреля 1977 г., и Соглашение об аспектах прав

интеллектуальной собственности, которые касаются торговли (АДПИК), содержащееся в приложении к Соглашению о создании Всемирной торговой организации, которое вступило в силу 1 января 1995 г., *принимая также во внимание* Конвенцию Организации Объединенных Наций о биологическом разнообразии, принятую 5 июня 1992 г., и *подчеркивая* в этой связи, что признание генетического разнообразия человечества не должно давать повод для какого-либо толкования социального или политического характера, которое могло бы поставить под сомнение «признание достоинства, присущего всем членам человеческой семьи, и равных и неотъемлемых прав их», провозглашаемых в преамбуле Всеобщей декларации прав человека, *напоминая* о резолюциях 22 С/13.1, 23 С/13.1, 24 С/13.1, 25 С/5.2 и 7.3, 27 С/5 Л 5 и 28 С/0.12, 2.1 и 2.2, которые возлагают на ЮНЕСКО обязанность поощрять и развивать анализ этических проблем и принимать соответствующие меры в связи с последствиями научно-технического прогресса в областях биологии и генетики в рамках соблюдения прав человека и основных свобод, *признавая*, что научные исследования по геному человека и практическое применение их результатов открывают безграничные перспективы для улучшения здоровья отдельных людей и всего человечества, подчеркивая вместе с тем, что такие исследования должны основываться на всестороннем уважении достоинства, свобод и прав человека, а также на запрещении любой формы дискриминации по признаку генетических характеристик, *провозглашает* следующие принципы и принимает настоящую Декларацию.

А. ЧЕЛОВЕЧЕСКОЕ ДОСТОИНСТВО И ГЕНОМ ЧЕЛОВЕКА

Статья 1

Геном человека лежит в основе изначальной общности всех представителей человеческого рода, а также признания их неотъемлемого достоинства и разнообразия. Геном человека знаменует собой достояние человечества.

Статья 2

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

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

Статья 3

Геном человека в силу его эволюционного характера подвержен мутациям. Он содержит в себе возможности, которые проявляются различным образом в зависимости от природной и социальной среды каждого

человека, в частности состояния здоровья, условий жизни, питания и образования.

Статья 4

Геном человека в его естественном состоянии не должен служить источником извлечения доходов.

В. ПРАВА СООТВЕТСТВУЮЩИХ ЛИЦ

Статья 5

а) Исследования, лечение или диагностика, связанные с геномом какого-либо человека, могут проводиться лишь после тщательной предварительной оценки связанных с ними потенциальных опасностей и преимуществ и с учетом всех других предписаний, установленных национальным законодательством. Во всех случаях следует заручаться предварительным, свободным и ясно выраженным согласием заинтересованного лица. Если оно не в состоянии его выразить, то согласие или разрешение должны быть получены в соответствии с законом, исходя из высших интересов этого лица.

б) Должно соблюдаться право каждого человека решать быть или не быть информированным о результатах генетического анализа и его последствиях.

в) В случае исследований их документальные результаты следует представлять на предварительную оценку согласно соответствующим национальным и международным нормам или руководящим принципам.

д) Если какое-либо лицо не в состоянии выразить в соответствии с законом своего согласия, исследования, касающиеся его генома, могут быть проведены лишь при условии, что они непосредственным образом скажутся на улучшении его здоровья и что будут получены разрешения и соблюдены меры защиты, предусматриваемые законом. Исследования, не позволяющие ожидать какого-либо непосредственного улучшения здоровья, могут проводиться лишь в порядке исключения, с максимальной осторожностью, таким образом, чтобы заинтересованное лицо подвергалось лишь минимальному риску и испытывало минимальную нагрузку, при условии, что эти исследования проводятся в интересах здоровья других лиц, принадлежащих к той же возрастной группе или обладающих такими же генетическими признаками, с соблюдением требований, предусматриваемых законом, а также с обеспечением совместимости этих исследований с защитой прав данного лица.

Статья 6

По признаку генетических характеристик никто не может подвергаться дискриминации, цели или результаты которой представляют собой посягательство на права человека, основные свободы и человеческое достоинство.

Статья 7

Конфиденциальность генетических данных, которые касаются человека, чья личность может быть установлена, и которые хранятся или подвергаются обработке в научных или любых других целях, должна охраняться в соответствии с законом.

Статья 8

Каждый человек в соответствии с международным правом и национальным законодательством имеет право на справедливую компенсацию того или иного ущерба, причиненного в результате непосредственного и детерминирующего воздействия на его геном.

Статья 9

В целях защиты прав человека и основных свобод ограничения, касающиеся принципов согласия и конфиденциальности, могут вводиться лишь в соответствии с законом по крайне серьезным причинам и в рамках международного публичного права и международного права в области прав человека.

С. ИССЛЕДОВАНИЯ, КАСАЮЩИЕСЯ ГЕНОМА ЧЕЛОВЕКА

Статья 10

Никакие исследования, касающиеся генома человека, равно как и никакие прикладные исследования в этой области, особенно в сферах биологии, генетики и медицины, не должны превалировать над уважением прав человека, основных свобод и человеческого достоинства отдельных людей или, в соответствующих случаях, групп людей.

Статья 11

Не допускается практика, противоречащая человеческому достоинству, такая как практика клонирования в целях воспроизводства человеческой особи. Государствам и компетентным международным организациям предлагается сотрудничать с целью выявления такой практики и принятия на национальном и международном уровнях необходимых мер в соответствии с принципами, изложенными в настоящей Декларации.

Статья 12

а) Следует обеспечивать всеобщий доступ к достижениям науки в области биологии, генетики и медицины, касающимся генома человека, при должном уважении достоинства и прав каждого человека.

б) Свобода проведения научных исследований, которая необходима для развития знаний, является составной частью свободы мысли. Цель прикладного использования результатов научных исследований, касаю-

щихся генома человека, особенно в области биологии, генетики и медицины, заключается в уменьшении страданий людей и в улучшении состояния здоровья каждого человека и всего человечества.

D. УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ НАУЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Статья 13

Ответственность, являющаяся неотъемлемой частью деятельности научных работников — в том числе требовательность, осторожность, интеллектуальная честность и непредвзятость — как при проведении научных исследований, так и при представлении и использовании их результатов, должна быть предметом особого внимания, когда речь идет об исследованиях, касающихся генома человека, с учетом их этических и социальных последствий. Лица, принимающие в государственном и частном секторах политические решения в области науки, также несут особую ответственность в этом отношении.

Статья 14

Государствам следует принимать соответствующие меры, способствующие созданию интеллектуальных и материальных условий, благоприятствующих свободе проведения научных исследований, касающихся генома человека, и учитывать при этом этические, правовые, социальные и экономические последствия таких исследований в свете принципов, изложенных в настоящей Декларации.

Статья 15

Государствам следует принимать соответствующие меры, обеспечивающие рамки для беспрепятственного осуществления научных исследований, касающихся генома человека, с должным учетом изложенных в настоящей Декларации принципов, чтобы гарантировать соблюдение прав человека и основных свобод и уважение человеческого достоинства, а также охрану здоровья людей. Такие меры должны быть направлены на то, чтобы результаты этих исследований использовались только в мирных целях.

Статья 16

Государствам следует признать важное значение содействия на различных соответствующих уровнях созданию независимых, междисциплинарных и плюралистических комитетов по этике для оценки этических, правовых и социальных вопросов, которые возникают в связи с проведением научных исследований, касающихся генома человека, и использованием результатов таких исследований.

Е. СОЛИДАРНОСТЬ И МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО

Статья 17

Государствам следует практиковать и развивать солидарность с отдельными людьми, семьями и группами населения, которые особенно уязвимы в отношении заболеваний или недостатков генетического характера либо страдают ими. Государствам следует, в частности, содействовать проведению научных исследований, направленных на выявление, предотвращение и лечение генетических заболеваний или заболеваний, вызванных воздействием генетических факторов, в особенности редких заболеваний, а также заболеваний эндемического характера, от которых страдает значительная часть населения мира.

Статья 18

Государствам следует, должным и надлежащим образом учитывая изложенные в настоящей Декларации принципы, прилагать все усилия к дальнейшему распространению в международном масштабе научных знаний о геноме человека, разнообразии человеческого рода и генетических исследованиях, а также укреплять международное научное и культурное сотрудничество в этой области, в особенности между промышленно развитыми и развивающимися странами.

Статья 19

а) В рамках международного сотрудничества с развивающимися странами государствам следует поощрять меры, которые позволяют:

i) осуществлять оценку опасностей и преимуществ, связанных с проведением научных исследований, касающихся **генома человека**, и предотвращать злоупотребления;

ii) расширять и укреплять потенциал развивающихся стран в области проведения научных исследований по биологии и генетике человека с учетом конкретных проблем этих стран;

iii) развивающимся странам пользоваться достижениями научного и технического прогресса, дабы применение таких достижений в интересах их экономического и социального прогресса осуществлялось ради всеобщего блага;

iv) поощрять свободный обмен научными знаниями и информацией в областях биологии, генетики и медицины.

б) Соответствующим международным организациям следует оказывать поддержку и содействие инициативам, предпринимаемым государствами в вышеозначенных целях.

Ф. СОДЕЙСТВИЕ ИЗЛОЖЕННЫМ В ДЕКЛАРАЦИИ ПРИНЦИПАМ

Статья 20

Государствам следует принимать соответствующие **меры** с целью содействия изложенным в настоящей Декларации принципам на основе образования и использования соответствующих средств, в том числе на основе осуществления научных исследований и подготовки в многодисциплинарных областях, а также на основе оказания содействия образованию в области биоэтики на всех уровнях, в особенности предназначенному для лиц, ответственных за разработку политики в области науки.

Статья 21

Государствам следует принимать соответствующие меры, направленные на развитие других форм научных исследований, подготовки кадров и распространения информации, содействующих углублению осознания обществом и всеми его членами своей ответственности перед лицом основополагающих проблем, связанных с необходимостью защитить достоинство человека, которые могут возникать в свете проведения научных исследований в биологии, генетике и медицине, а также прикладного использования их результатов. Им также следует содействовать открытому обсуждению в международном масштабе этой тематики, обеспечивая свободное выражение различных мнений социально-культурного, религиозного или философского характера.

Г. ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ДЕКЛАРАЦИИ

Статья 22

Государствам следует активно содействовать изложенным в настоящей Декларации принципам, а также способствовать их осуществлению всеми возможными средствами.

Статья 23

Государствам следует принимать соответствующие меры для содействия посредством образования, подготовки и распространения информации соблюдению вышеизложенных принципов и способствовать их признанию и действительному применению. Государствам следует также способствовать обменам между независимыми комитетами по этике и их объединению в сети по мере их создания для развития всестороннего сотрудничества между ними.

Статья 24

Международному комитету ЮНЕСКО по биоэтике следует способствовать распространению принципов, изложенных в настоящей Декларации, и дальнейшему изучению вопросов, возникающих в связи с их пре-

творением в жизнь и развитием соответствующих технологий. Ему следует организовывать необходимые консультации с заинтересованными сторонами, такими как уязвимые группы населения. Комитету, в соответствии с уставными процедурами ЮНЕСКО, следует готовить рекомендации для Генеральной конференции и высказывать мнение о ходе претворения в жизнь положений Декларации, особенно в том, что касается практики, которая может оказаться несовместимой с человеческим достоинством, например, случаев воздействия на потомство.

Статья 25

Никакие положения настоящей Декларации не могут быть истолкованы таким образом, чтобы служить какому-либо государству, группе людей или отдельному человеку в качестве предлога для осуществления ими каких-либо действий или любых акций, несовместимых с правами человека и основными свободами, включая принципы, изложенные в настоящей Декларации.

ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ВСЕОБЩЕЙ ДЕКЛАРАЦИИ О ГЕНОМЕ ЧЕЛОВЕКА И ПРАВАХ ЧЕЛОВЕКА

Генеральная конференция,

принимая во внимание Всеобщую декларацию о геноме человека и правах человека, принятую сегодня, 11 ноября 1997 г., *отмечая*, что соображения, высказанные государствами-членами при принятии Всеобщей декларации, актуальны для претворения в жизнь ее положений,

1. *настоятельно призывает* государства-члены:

а) руководствуясь положениями Всеобщей декларации о геноме человека и правах человека, принять необходимые меры, в том числе, в случае необходимости, законодательного или регламентирующего характера, направленные на содействие принципам, изложенным в Декларации, и их осуществление;

б) регулярно представлять Генеральному директору сведения о всех мерах, принимаемых ими в целях осуществления принципов, изложенных в Декларации;

2. *предлагает* Генеральному директору:

а) созвать как можно скорее после 29-й сессии Генеральной конференции сбалансированную с точки зрения географической представленности специальную рабочую группу в составе представителей государств-членов с целью подготовки для него рекомендаций в отношении организации Международного комитета по биоэтике, задач последнего в связи со Всеобщей декларацией, а также условий, в частности масштаба консультаций, в рамках которых Комитет будет обеспечивать претворение в жизнь положений указанной Декларации, и представить доклад по этому вопросу Исполнительному совету на его 154-й сессии;

б) принять необходимые меры, с тем чтобы Международный комитет по биоэтике обеспечил распространение Декларации, а также претворение в жизнь ее положений и содействовал провозглашенным в ней принципам;

с) подготовить для Генеральной конференции комплексный доклад о положении в мире в областях, относящихся к сфере действия Декларации, используя при этом информацию, представленную государствами-членами, а также другую со всей очевидностью достоверную информацию, полученную так, как он сочтет нужным;

д) учесть при подготовке своего комплексного доклада работу, проделанную организациями и учреждениями системы Организации Объединенных Наций, другими межправительственными организациями, а также компетентными международными неправительственными организациями;

е) представить Генеральной конференции свой комплексный доклад, а также все замечания и рекомендации общего характера, которые он сочтет необходимыми для содействия осуществлению Декларации.

Приложение 15

ТОКИЙСКАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ

*Принята 29-й Всемирной Медицинской Ассамблеей,
Токио, Япония, октябрь 1975 г.*

**Рекомендации по позиции врачей относительно пыток,
наказаний и других мучений, а также негуманного
или унижительного лечения в связи с арестом
или содержанием в местах заключения**

Преамбула

Врач обязан служить человечеству, сохраняя и восстанавливая физическое и психическое здоровье людей, облегчать страдания пациентов независимо от их личных качеств и проявлений. Врач должен проявлять абсолютное уважение к жизни человека, начиная с момента ее зачатия, и никогда, даже под угрозой, не может использовать свои профессиональные знания вопреки законам гуманности.

В настоящей «Декларации» пытка определяется как действие, совершаемое одним человеком или группой лиц по собственной инициативе или по приказу, заключающееся в преднамеренном, систематическом или эпизодическом причинении физического или психического страдания другому человеку ради получения информации, признания, или с иной целью.

Декларация

1. Как в мирное, так и в военное время врач не должен ни санкционировать, ни оставлять без внимания пытки и любые другие формы проявления жестокости, бесчеловечного обращения или унижения человеческого достоинства, ни, тем более, участвовать в них, независимо от характера преступления подозреваемого, обвиняемого или виновного, а также побуждений и поведения потенциальной или фактической жертвы.

2. Врач не может предоставлять помещение, инструменты, препараты или свои знания с целью использования их для пыток и других форм жестокого, бесчеловечного или унижительного обращения, равно как и для ослабления сопротивления жертвы.

3. Врач не должен присутствовать ни при каком действии, в ходе которого либо применяются пытки или другие виды жестокого, негуманного и унижительного обращения с человеком, либо звучат угрозы их применения.

4. Врач должен быть полностью независимым в выборе способа лечения лица, находящегося в сфере его профессиональной ответственности. Важнейшая задача врача состоит в облегчении страданий себе подобных, и никакие побуждения личного, общественного или политического характера не должны превалировать над этой высокой целью.

5. Когда заключенный отказывается от приема пищи и при этом способен, по мнению врача, подтвержденному, как минимум, еще одним независимым врачом, здраво и рационально судить о последствиях своего решения, врач не может подвергнуть его насильственному искусственному питанию. Врач обязан объяснить заключенному возможные последствия отказа от приема пищи.

6. ВМА будет всячески поощрять международное сообщество, национальные медицинские ассоциации и отдельных коллег, поддерживающих врачей и их семьи перед лицом угроз и репрессий, связанных с отказом одобрить применение пыток или других форм жестокого, негуманного и унижительного обращения с человеком.

ХЕЛЬСИНСКАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ

Приняты 18-й Всемирной Медицинской Ассамблеей (Хельсинки, 1964)
Пересмотрены 29-й Всемирной Медицинской Ассамблеей (Токио, 1975)
Пересмотрены 35-й Всемирной Медицинской Ассамблеей (Венеция, 1983)
Пересмотрены 41-й Всемирной Медицинской Ассамблеей (Гонконг, 1989)

Рекомендации для врачей, проводящих медико-биологические исследования с участием людей

Введение

Обязанность врача — охрана здоровья людей. Знания и совесть врача должны быть подчинены этой задаче.

В Женевской декларации есть слова: «Здоровье моих больных — моя первоочередная забота». В Международном кодексе медицинской этики говорится, что и в тех случаях, когда врач назначает лечение, способное ослабить физическое или психическое состояние, он должен делать это исключительно в интересах больного.

Цель медико-биологических исследований с участием людей — совершенствование диагностических, терапевтических и профилактических методов, а также выявление этиологии и патогенеза заболеваний.

В медицине любые диагностические, лечебные и профилактические мероприятия связаны с определенным риском. Особенно это касается медико-биологических исследований.

Прогресс медицины невозможен без научных исследований, многие из которых являются экспериментальными и проводятся с участием людей.

Следует четко различать исследования с непосредственными диагностическими или терапевтическими целями и чисто научные исследования, которые не решают диагностических и терапевтических проблем участвующих в них людей.

Особое внимание следует уделять исследованиям, которые загрязняют окружающую среду, а также тем, в которых страдают подопытные животные.

Для успешного развития науки крайне необходимо, чтобы результаты экспериментальных исследований были применимы к человеку и облегчали его жизнь. В качестве руководства для врачей всех специальностей, проводящих медико-биологические исследования, Всемирной медицинской ассоциацией подготовлены нижеследующие рекомендации. Следует помнить, что приведенные инструкции весьма схематичны; и периодически должны пересматриваться. Врачи, следующие этим рекомендациям, не освобождаются от уголовной, гражданской и этической ответственности по законам своих стран.

I. Основные принципы

1. В основе медико-биологических исследований с участием людей должны быть достоверные экспериментально-лабораторные данные, они должны соответствовать общепринятым научным принципам и быть тщательно обоснованы на современном научном уровне.

2. Общая схема и план проведения каждого этапа исследования должны быть четко описаны в протоколе, который представляется на рассмотрение и утверждение специальной комиссии. Члены комиссии должны быть независимы от лиц, проводящих исследование, и спонсора исследования. Состав комиссии формируется в соответствии с законодательством страны, в которой проводится исследование.

3. Исследования с участием людей должны выполняться квалифицированным персоналом под наблюдением опытного врача. Во всех случаях ответственность за пациента несет врач, но не сам пациент, несмотря на данное им информированное согласие.

4. Исследование может быть проведено лишь в тех случаях, когда важность поставленных в нем задач сопоставима с риском исследования.

5. Всякий раз перед проведением экспериментальной части исследования следует взвесить ожидаемые пользу и риск для испытуемого. Интересы пациента всегда превыше интересов науки и общества.

6. Всегда следует соблюдать право пациента на полноценность и частную жизнь. Следует использовать все меры предосторожности для устранения влияния исследования на личные качества, физическое и психическое здоровье испытуемого.

7. Врач соглашается на проведение исследования лишь тогда, когда может оценить ожидаемый риск. В тех случаях, когда риск исследования превышает ожидаемую от него пользу, врач обязан прекратить исследование.

8. При публикации результатов исследования врач обязан быть честным. Результаты исследований, проведенных не в соответствии с принципами настоящей Декларации, не должны публиковаться.

9. Каждый участник исследования должен быть заранее информирован о его целях, задачах, методах, ожидаемом риске и пользе, а также о неудобствах, которое это исследование может причинить. Исследователь должен получить от испытуемого добровольно подписанное информированное согласие на участие. Каждый участник должен знать, что его участие в исследовании добровольное, и что он (она) могут в любое время его прекратить.

10. При получении информированного согласия на участие в исследовании врач должен быть предельно корректным, чтобы избежать принуждения, особенно если предполагаемый участник зависим от него. В подобных случаях выходом может стать получение информированного согласия другим врачом, не участвующим в проведении исследования и никак не связанным ни с исследователем, ни с испытуемым.

11. При официально установленной недееспособности, а также при несовершеннолетии предполагаемого участника согласие на участие может быть получено его официальным представителем, в соответствии с местным законодательством. В случаях когда получение информированного согласия от испытуемого невозможно (например, у физически или умственно неполноценных лиц), согласие на их участие могут давать близкие родственники, при соблюдении тех же условий. В случае обязательного получения информированного согласия от несовершеннолетнего (несовершеннолетней) необходимо дополнительное согласие его (ее) официального представителя.

12. Протокол исследования всегда должен содержать разъяснение этических вопросов участия в нем в соответствии с принципами настоящей Декларации.

II. Клинические медицинские исследования

1. В процессе лечения врач должен быть свободен в выборе методов диагностики и лечения, если, по его мнению, это приведет к спасению жизни, укреплению здоровья или облегчению страданий больного.

2. Врач должен сравнить потенциальные пользу, риск и неудобства нового метода с таковыми у лучших из известных и применяющихся.

3. В любом клиническом исследовании, независимо от наличия контрольной группы, больному должны проводиться максимально информативные исследования, он должен получать максимально эффективное лечение.

4. Отказ больного от участия в исследовании не должен ухудшать отношение к нему врача.

5. Если врач считает, что в заблаговременном получении информированного согласия больного нет необходимости, он должен письменно обосновать свое мнение в протоколе и заблаговременно представить его на рассмотрение независимой комиссии, в соответствии с требованиями, изложенными в п. 1–2 (см. выше).

6. Врач может сочетать медицинское исследование с медицинской практикой лишь в тех случаях, когда это находится в интересах его больных.

III. Неклинические медико-биологические исследования

1. Проводя чисто научные (не практические) исследования на людях, врач несет ответственность за их жизнь и здоровье.

2. В неклинических медико-биологических исследованиях должны участвовать здоровые добровольцы или лица, чьи заболевания несущественны для исследования.

3. Исследователь и его сотрудники обязаны прекратить исследование, если его продолжение чревато опасностью для участников.

4. В любом медико-биологическом исследовании жизнь и здоровье испытуемых всегда превыше интересов науки и общества.

ДЕКЛАРАЦИЯ ВСЕМИРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АССОЦИАЦИИ «ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЖИВОТНЫХ В МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ»

1989 г.

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

Медико-биологические исследования (МБИ) имеют важное значение для здоровья и нормальной жизни каждого члена общества. МБИ помогают продлить жизнь людям и улучшить ее качество. Однако возможности ученых способствовать прогрессу здравоохранения угрожает движение за запрещение использования животных в МБИ. Это движение возглавляют группы радикальных борцов за права животных, взгляды которых расходятся с позицией основной части общества по этому вопросу, а тактика варьирует от изоциренного лоббирования, организации пропагандистских и дезинформационных кампаний до нападений на центры МБИ и их сотрудников.

Активность так называемых защитников прав животных нарастает. В США с 1980 г. их группы совершили более 29 налетов на центры МБИ, украли более 2000 животных, нанесли ущерб на сумму более 7 млн долларов и уничтожили результаты многолетнего труда исследователей. Группы активистов этого движения действуют в Великобритании, Западной Европе, Канаде и Австралии. В этих странах различные группы берут на себя ответственность за взрыв автомобилей, учреждений, складов и частных домов исследователей.

Подобные действия «защитников животных» оказывают отрицательное влияние на международное научное сообщество. Ученые, исследовательские центры и университеты вынуждены менять тематику и даже отказываться от исследования важнейших проблем, для решения которых необходимо использовать животных. Лаборатории вынуждены направлять тысячи долларов не на исследования, а на приобретение охранного оборудования. Молодые люди, которые могли бы сделать карьеру в МБИ, вынуждены искать другие возможности.

Многие исследователи пытаются защитить МБИ от «защитников животных», но усилия эти фрагментарны, не имеют финансовой поддержки и носят, главным образом, оборонительный характер. Многие ученые до сих пор не предпринимают активных публичных выступлений против «защитников животных», опасаясь ответных действий с их стороны. В результате, как уже отмечено, исследователи обороняются, им приходится оправдываться, а использование животных для МБИ продолжает находиться под угрозой запрета.

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

Международные медицинские и научные организации должны провести мощную и действенную кампанию против растущей угрозы здоровью общества, созданной активностью «защитников животных». Такой кампании необходима координация и единое руководство.

Всемирная медицинская ассоциация выдвигает следующие принципы.

1. Использование животных в МБИ необходимо для дальнейшего прогресса медицины.

2. Хельсинская декларация ВМА требует, чтобы МБИ на людях не проводились эксперименты на животных и, в то же время, настаивает на гуманном и бережном отношении к последним.

3. Обращение с животными, используемыми в МБИ, должно быть гуманным.

4. Все исследовательские центры должны соблюдать правила гуманного отношения к животным.

5. Медицинские общества должны противостоять любым попыткам запретить использование животных в МБИ, так как это приведет к снижению качества медицинской помощи людям.

6. Хотя свободу слова ни в коем случае нельзя ограничивать, анархические выступления так называемых защитников животных должны получить отпор.

7. Использование угроз, жестокости, насилия над личностью ученых и членов их семей должно пресекаться в международном масштабе.

8. Необходимо максимально скоординировать усилия международных органов по защите исследовательских центров и их сотрудников от террористических действий.

Приложение 18

КОНСТИТУЦИЯ УКРАИНЫ

Статья 21. Все люди свободны и равны в своем достоинстве и правах. Права и свобода человека неотчуждаемы и нерушимы.

Статья 24. Граждане имеют равные конституционные права и свободы и равны перед законом.

Не может быть привилегий или ограничений по признакам расы, цвета кожи, политических, религиозных и иных убеждений, пола, этнического и социального происхождения, имущественного положения, места жительства, по языковым или иным признакам.

Равенство прав женщины и мужчины обеспечивается: предоставлением женщинам равных с мужчинами возможностей в общественно-политической и культурной деятельности, в получении образования и профессиональной подготовке, в труде и вознаграждении за него; специальными мерами по охране труда и здоровья женщин, установлением пенсионных льгот; созданием условий, дающих женщинам возможность сочетать работу с материнством; правовой защитой, материальной и моральной поддержкой материнства и детства, включая предоставление оплачиваемых отпусков и иных льгот беременным женщинам и матерям.

Статья 28. Каждый имеет право на уважение его достоинства.

Никто не может быть подвергнут пыткам, жестокому, нечеловеческому или унижающему его достоинство обращению либо наказанию.

Ни один человек без его добровольного согласия не может быть подвергнут медицинским, научным или иным опытам.

Статья 46. Граждане имеют право на социальную защиту, включающее право на обеспечение их в случае полной, частичной или временной потери трудоспособности, потери кормильца, безработицы по независящим от них обстоятельствам, а также в старости и в иных случаях, предусмотренных законом.

Это право гарантируется общеобязательным государственным социальным страхованием за счет страховых взносов граждан, предприятий, учреждений и организаций, а также бюджетных и иных источников социального обеспечения; созданием сети государственных, коммунальных, частных учреждений для ухода за нетрудоспособными.

Пенсии, иные виды социальных выплат и пособий, являющиеся основным источником существования, должны обеспечивать уровень жизни не ниже прожиточного минимума, установленного законом.

Статья 49. Каждый имеет право на охрану здоровья, медицинскую помощь и медицинское страхование.

Охрана здоровья обеспечивается государственным финансированием соответствующих социально-экономических, медико-санитарных и оздоровительно-профилактических программ.

Государство создает условия для эффективного и доступного для всех граждан медицинского обслуживания. В государственных и коммунальных учреждениях здравоохранения медицинская помощь предоставляется бесплатно; существующая сеть таких учреждений не может быть со-

кращена. Государство способствует развитию лечебных учреждений для всех форм собственности.

Государство заботится о развитии физической культуры и спорта, обеспечивает санитарно-эпидемическое благополучие.

Статья 50. Каждый имеет право на безопасную для жизни и здоровья окружающую среду и на возмещение причиненного нарушением этого права вреда.

Каждому гарантируется право свободного доступа к информации о состоянии окружающей среды, о качестве пищевых продуктов и предметов быта, а также право на ее распространение. Такая информация никому не может быть засекречена.

Статья 51. Брак основывается на добровольном согласии женщины и мужчины. Каждый из супругов имеет равные права и обязанности в браке и семье.

Родители обязаны содержать детей до их совершеннолетия. Совершеннолетние дети обязаны заботиться о своих нетрудоспособных родителях.

Семья, детство, материнство и отцовство охраняется государством.

Статья 52. Дети равны в своих правах независимо от происхождения, а также от того, рождены они в браке или вне его.

Какое бы то ни было насилие над ребенком и его эксплуатация преследуются по закону.

Содержание и воспитание детей-сирот и детей, лишенных родительского попечения, возлагается на государство. Государство поощряет и поддерживает благотворительную деятельность в отношении детей.

Статья 68. Каждый обязан неукоснительно соблюдать Конституцию Украины и законы Украины, не посягать на права и свободы, честь и достоинство других людей.

Незнание законов не освобождает от юридической ответственности.

ЛИТЕРАТУРА

Основная литература

1. *Антологія біоетики* / За ред. Ю. І. Кундієва. — Львів: БаК, 2003. — 592 с.
2. *Биомедицинская этика* / Под. ред. В. И. Покровского. — М.: Медицина, 1997. — 224 с.
3. *Биоэтика: принципы, правила, проблемы* / Под. ред. Б. Г. Юдина. — М., 1998. — 225 с.
4. *Запорожан В. Н.* Биоэтика в XXI столетии: от глобальной биоэтики к нооэтике // *Интеграц. антропологія*. — 2004. — № 2 (4). — С. 3-9.
5. *Кундієв Ю. І.* Біоетика — веління часу // *Антологія біоетики* / За ред. Ю. І. Кундієва. — Львів: БаК, 2003. — С. 5-11.
6. *Любан-Плоца Б., Запорожан В., Аряев Н.* Терапевтический союз врача и пациента. — К.: АДЕФ Украина, 2001. — 292 с.
7. *Стефанов А. В., Мальцев В. И.* Биоэтические проблемы клинических испытаний лекарственных средств // *Антологія біоетики* / За ред. Ю. І. Кундієва. — Львів: БаК, 2003. — С. 349-358.
8. *Тимченко Л. Н., Попов В. В.* Защита прав пациентов. Этика клинических испытаний. — Харьков: Харьков. благотворит. фонд «Качественная клиническая практика», 2003. — 32 с.
9. *Франкл В.* Доктор и душа. — СПб.: Ювента, 1997. — 245 с.
10. *Яровинский М. Я.* Лекции по курсу «Медицинская этика» (биоэтика): Учеб. пособие. — М.: Медицина, 2001. — Т. 1. — 208 с.
11. *Яровинский М. Я.* Лекции по курсу «Медицинская этика» (биоэтика): Учеб. пособие. — М.: Медицина, 2001. — Т. 2. — 256 с.

Дополнительная литература

1. *Ардашева Н. А.* Эвтаназия как метод искусственного прерывания жизни. Правовые условия ее применения / *Вестник РАМН*. — 1996. — № 12. — С. 60-67.

2. *Аряев Н. Л.* Медико-этические и правовые проблемы в неонатологической практике // Другий національний конгрес з біоетики. — К.: НАН України; АМН України; Комісія з питань біоетики при Кабінеті Міністрів України, 2004. — с. 103.

3. *Биомедицинская этика* / Под. ред. В. И. Покровского. — М.: Медицина, 1997. — 223 с.

4. *Боднар Г. В., Вітенко І. С., Попович І. С.* Паліативна медична допомога. — Донецьк, 2003. — 110 с.

5. *Вітенко І. С.* Психологічні основи лікувально-профілактичної допомоги та підготовки лікаря загальної практики — сімейного лікаря. — Харків: Золоті сторінки, 2002. — 288 с.

6. *Грандо А. А.* Врачебная этика и медицинская деонтология. — К.: Вища шк., 1982. — 168 с.

7. *Иванов В. И.* Этические аспекты исследований генома человека в генотерапии // Итоги науки и техники. Геном человека. — М.: ВИНТИ, 1994. — С. 149-157.

8. *Иванюшкин А. Я.* Профессиональная этика в медицине. — М., 1990. — 220 с.

9. *Кисельов М. М.* Філософські та світоглядні аспекти біологічної етики // Антологія біоетики / За ред. Ю. І. Кундієва. — Львів: БаК, 2003. — С. 13-26.

10. *Вековишина С. В.* Природа западной биоэтики и перспективы ее развития в Украине // Антологія біоетики / За ред. Ю. І. Кундієва. — Львів: БаК, 2003. — С. 13-26.

11. *Лук'янова О. М., Ципкун А. Г.* Досвід роботи комітету з біоетики при Президії Академії медичних наук України // Другий національний конгрес з біоетики. — К.: НАН України; Комісія з питань з біоетики при Кабінеті Міністрів України, 2004. — С. 45.

12. *Общепрактическая и семейная медицина* / Под. ред. М. Кохена: Пер. с нем. — Минск, 1997. — 458 с.

13. *Основи загальної і медичної психології* / За ред. І. С. Вітенка, О. С. Чабана. — Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. — 344 с.

14. *Резников А. Г.* Проблемы этики при проведении экспериментальных медицинских и биологических исследований на животных в Украине // Антологія біоетики / За ред. Ю. І. Кундієва. — Львів: БаК, 2003. — С. 395-399.

15. *Рокицкий М. Р.* Этика и деонтология в хирургии. — М., 1998. — 158 с.

16. *Этико-правовые аспекты проекта «Геном человека»*: Междунар. документы и аналит. материалы / Отв. ред. Б. Г. Юдин. — М., 1998. — 145 с.

17. *Aristondo J. A.* Christian perspective on the use of animals for medical research and transplantation // *Ethics & Medicine*. — 1995. — Vol. 11, N 3. — P. 56-67.

18. *Baume P., O'Malley E.* Euthanasia: attitudes and practices of medical practitioners // *The Med. J. of Australia*. — 1994. — P. 161-142.

19. *Bennet L. E., Edwards E. B., Hosenpud J. D.* Transplantation with older donor hearts for presumed stable recipient: an analysis of the Joint International Society for Heart and Lung Transplantation / United Network for Organ Sharing Thoracic Registry // *J. Heart Lung Transplant.* — 1998. — N 17. — P. 901-905.

20. *Bioethics. An Anthology* / Ed. by H. Kuhze, P. Singer. — Oxford: Blackwell Publ. Ltd, 1999. — 600 p.

21. *Bioethics: an introduction to the history, methods and practice* / Ed. by N. S. Jecker, A. R. Jonsen, R. A. Pearlman. — London U K: Jones and Bartlett Publishers International, 1997. — 416 p.

22. *Bioethics for scientists* / Ed. by J. Bryant, L. Baggott la Velle, J. Searle. — John Willey @ Sons, LTD, — 2002. — 360 p.

23. *Biomedical ethics* / Ed. by T. A. Mappes, D. Degrazia. — 5th ed. N. Y. USA: Mc Graw Hill, 001. — 707 p.

24. *Brock L., Eidl M. D.* The last a parent can do: prenatal genetic testing and the welcome to our children // *Ethics & Medicine*. — 1997. — Vol. 13, N 3. — P. 59-66.

25. *Combes R.* The tree R. concept and progress with implementing non-animal alternatives in biomedical research and testing // Міжнар. симп. «Біоетика на порозі III тисячоліття» — 2000. — С. 59-72.

26. *Dyson A.* The Ethics of IVF (London: Monbray) // *J. of the American Medical Association*. — 1995. — N 66. — P. 4-9.

27. *Harris J.* Is there a coherent social conception of disability? // *J. of Medical Ethics*. — 2000. — Vol. 26. — P. 95-100.

28. *Iglesias T.* Hippocratic medicine and the teaching of medical ethics // *Ethics & Medicine*. — 1996. — Vol. 12, N 1. — P. 4-9.

29. *Kovalyova O.* Medical ethics. — Kharkiv, 2001. — 128 p.

30. *Leffel J.* Engineering life: defining humanity in a postmodern age // *Ethics & Medicine*. — 1997. — Vol. 13, N 3. — P. 67-71.

31. *Operational* guidelines for ethics committees that review biomedical research. — Geneva: WHO, 2000. — 31 p.

32. *Responsible* conduct with animals in research / Ed. by L. A. Hart. — N. Y.: Oxford Univ. Press, 1998. — 193 p.

33. *Robert V. Veath*. The basics of bioethics / Kennedy Institute of Ethics. Georgetown University. — Prentice Hall, Upper Saddle River, New Jersey. — 2003. — 205 p.

34. *Smith J. A., Boyd K. M.* Lives in the balance. The ethics of using animals in biomedical research. — Oxford University Press, 1991. — 352 p.

35. *Thomas A. Mappes, David DeGrazia*. Biomedical ethics. — Me Graw Hill, 2001. — 707 p.

36. *Veatch R. M.* The Basics of Bioethics — 2nd ed Newjersey: Prentice Hall, — 2003. — 205 p.

37. *Vogel F., Motulsky A. G.* Human genetics: problems and approaches. — 1997. — 851 p.

38. *Zaporozhan V.* Nooetics as modern stage of development of bioethics // *Lidership Medica*. — 2005. — Anno XXI, N 5. — P. 4-14.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВСТУПИТЕЛЬНОЕ СЛОВО	8
Раздел I. ПРЕДМЕТ, ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ И ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ БИОЭТИКИ КАК ДИСЦИПЛИНЫ	13
<i>Глава 1.</i> Предмет и теоретические основы биоэтики	13
<i>Глава 2.</i> История развития медицинской этики	22
Раздел II. МЕТОДЫ БИОЭТИКИ	35
<i>Глава 1.</i> Дедуктивные методы	36
<i>Глава 2.</i> Индуктивные методы	48
<i>Глава 3.</i> Альтернативные методы и подходы	55
Раздел III. БИОМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА ВЗАИМООТНОШЕНИЙ МЕЖДУ ВРАЧОМ И ПАЦИЕНТОМ	66
<i>Глава 1.</i> Биоэтические основы профессиональной деятельности врача	66
<i>Глава 2.</i> Принципы правдивости и информированного согласия	78
<i>Глава 3.</i> Модели взаимоотношений между врачом и пациентом	92
Раздел IV. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ БОЛЬНОГО, ЕГО СЕМЬИ И МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ	99
<i>Глава 1.</i> Медико-этическая роль и ответственность медицинского персонала лечебных учреждений	99
<i>Глава 2.</i> Роль семьи в принятии медицинских решений	108
<i>Глава 3.</i> Принцип конфиденциальности (врачебная тайна)	111

Раздел V.	БИОЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УМИРАНИЯ И СМЕРТИ	120
<i>Глава 1.</i>	Определение и критерии смерти	120
<i>Глава 2.</i>	Биоэтические проблемы эвтаназии и суицида при содействии врача	129
Раздел VI.	МЕДИКО-ЭТИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕПРОДУКЦИИ ЧЕЛОВЕКА	145
<i>Глава 1.</i>	Медико-этическая оценка искусственного аборта	145
<i>Глава 2.</i>	Биоэтические конфликты между матерью и плодом	158
<i>Глава 3.</i>	Биоэтические проблемы использования новых репродуктивных технологий	162
Раздел VII.	КОНТРОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ И МОДИФИКАЦИЙ ПРИРОДЫ ЧЕЛОВЕКА	170
<i>Глава 1.</i>	Биомедицинская этика генетического исследования, консультирования и скринирования популяции	170
<i>Глава 2.</i>	Медико-этические проблемы клонирования человека и животных	181
<i>Глава 3.</i>	Биоэтическая оценка геной инженерии	189
Раздел VIII.	ЭТИКА БИОМЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ	196
<i>Глава 1.</i>	Биоэтика исследований, проводимых на человеке	196
<i>Глава 2.</i>	Биоэтика исследований, проводимых на животных	204
Раздел IX.	ОТДЕЛЬНЫЕ ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ	211
<i>Глава 1.</i>	Биоэтические проблемы в трансплантологии	211
<i>Глава 2.</i>	Биоэтические проблемы ВИЧ-инфекции и СПИДа	218
<i>Глава 3.</i>	Экоэтика в системе глобальной биоэтики	227
Раздел X.	СОЦИАЛЬНАЯ ЭТИКА МЕДИЦИНЫ	235
<i>Глава 1.</i>	Социальная справедливость и социоэтические обязательства	235
<i>Глава 2.</i>	Модели здравоохранения и практика биоэтики	245
	ПРИЛОЖЕНИЯ	251

Бібліотека студента-медика

Провідний редактор серії
В. М. Попов

Художнє оформлення серії
О. А. Шамшуріна

Навчальне видання

ЗАПОРОЖАН Валерій Миколайович
АРЯЄВ Микола Леонідович

БІОЕТИКА

Підручник

Російською мовою

Провідний редактор ***В. М. Попов***
Редактор ***А. А. Гречанова***
Художній редактор ***О. А. Шамшуріна***
Технічний редактор ***Г. М. Гунько***
Коректор ***О. В. Титова***
Поліграфічні роботи ***І. К. Каневський***

Підп. до друку 25.11.2005. Формат 60x84/16.
Папір офсетний. Друк різнографічний. Ум. друк. арк. 18,01.
Обл.-вид. арк. 23,0. Тираж 1000. Зам. 751.

Видано і надруковано Одеським державним медичним університетом.
65082, Одеса, Валіховський пров., 2.
Свідоцтво ДК № 688 від 13.11.2001 р.