

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра педагогики и психологии

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
ПО САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ВНЕАУДИТОРНОЙ РАБОТЕ**

Дисциплина: «Биоэтика»

Специальность 06.05.01. Биоинженерия и биоинформатика

Курс: 3

Семестр: 5

Уфа
2023

Рецензенты:

Главный научный сотрудник Института биохимии и генетики – обособленного структурного подразделения ФГБНУ Уфимского федерального исследовательского центра Российской академии наук, д.б.н., профессор А.В. Чемерис

Декан биологического факультета ФГБОУ ВО «Уфимский университет науки и технологий», заведующий кафедрой биохимии и биотехнологии, д.б.н., профессор, почетный работник ВПО РФ, Заслуженный деятель наук РБ, Отличник образования РБ, награжден медалью «За вклад в реализацию государственной политики в области образования» С.А. Башкатов

Авторы:

А.Ф. Амиров, заведующий кафедрой педагогики и психологии, д.п.н., профессор.

С.В. Трусов, доцент кафедры педагогики и психологии, к.п.н.

Е.В. Нелюбина, старший преподаватель кафедры педагогики и психологии.

Утверждены на заседании № 7 кафедры педагогики и психологии от «12» апреля 2023 г.

Тема № 1. Биоэтика в современном здравоохранении.

Цель: ознакомить с теоретическими знаниями, составляющими основу для моральной аргументации и этического анализа конкретных проблем.

Задачи:

1. Освоить понятия: мораль, этика, медицинская этика, биоэтика.
2. Изучить историю развития медицинской этики, биоэтики и формирование основных принципов.
3. Ознакомиться с основными этическими документами.
4. Ознакомиться с основными биоэтическими документами.
5. Обучающийся должен **знать**:
 - содержание понятий «мораль», «этика», «биоэтика» и «биомедицинская этика»;
 - содержание моральной аргументации, уровни моральной аргументации, характер и основные виды этических конфликтов;
 - исторические корни биомедицинской этики и наиболее значимые этические традиции в медицине.

Обучающийся должен **уметь**:

- выделять уровни моральной аргументации;
- давать этический анализ конкретных ситуаций;
- при анализе опираться на традиции моральной, религиозной и философской мысли.

Обучающийся должен сформировать следующие компетенции:

УК-1. Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, выработать стратегию действий.

УК-5. Способен анализировать и учитывать разнообразие культур в процессе межкультурного взаимодействия.

Задания для самостоятельной работы:

Вопросы для самоподготовки:

1. Формирование биоэтического сознания специалистов в сфере здравоохранения
2. Этические основы современного законодательства в сфере охраны здоровья
3. Соотношение биоэтики, профессиональной этики и права
4. Основные этические документы международных, отечественных правительственных и неправительственных организаций
5. Основные этические теории и биоэтика
6. Законы биоэтики

1. Формирование биоэтического сознания специалистов в сфере здравоохранения

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

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

Биоэтическое сознание выполняет следующие функции:

- познавательную;
- оценочную;
- регулятивную.

Познавательная функция связана с накоплением биоэтических знаний, являющихся результатом интеллектуальной (мыслительной) деятельности и выражающихся в понятиях «биоэтическое образование», «биоэтическая подготовка»;

Оценочная функция вызывает определенное эмоциональное отношение личности к биоэтике и практике реализации ее законов, принципов и правил, разным сторонам и явлениям жизни, имеющим биоэтическое содержание, на основе собственного опыта;

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

Важными факторами формирования биоэтического сознания являются:

- разум;
- добрая воля;
- высшее благо.

Разум воплощает способность человека к верным, объективным, взвешенным суждениям о мире. Неразумные (иррациональные) процессы протекают отчасти независимо от разума, но отчасти зависят от него. Они протекают независимо на вегетативном уровне. Они зависят от разума в своих эмоциональных, аффективных проявлениях – во всем том, что сопряжено с удовольствиями и страданиями (Гусейнов А.А., Апресян Р.Г., 2004).

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

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

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

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

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

Разумное поведение является морально совершенным тогда, когда оно направлено на совершенную цель, которая считается безусловной (абсолютной) и признается в

качестве высшего блага. Высшее благо – безусловно (абсолютно), оно придает осмысленность человеческой деятельности в целом, выражает ее общую позитивную направленность. С позиций биоэтического сознания высшим благом является жизнь.

Таким образом, разум, добрая воля и высшее благо являются важными критериями нравственного измерения специалиста в сфере здравоохранения.

2. Этические основы современного законодательства в сфере охраны здоровья

Согласно ч. 1 ст. 73 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон РФ № 323-ФЗ) медицинские работники и фармацевтические работники осуществляют свою деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, руководствуясь принципами медицинской этики и деонтологии. Приведенная норма позволяет констатировать актуальность создания и развития этической основы современного законодательства в сфере охраны здоровья.

Мысль о необходимости соотнесенности морали и права впервые наиболее четко была сформулирована И. Кантом (принцип взаимодополнительности морали и права). В биоэтике указанный принцип нашел практическую реализацию.

Сказанное определяет важность применения комплексного подхода к регулированию общественных отношений в сфере здравоохранения.

Актуальность создания комплексных социально-нормативных систем в здравоохранении диктуется следующими факторами:

- 1) масштабностью и темпами преобразования в сфере правового и этического регулирования в здравоохранении;
- 2) необходимостью рассмотрения вопросов социально-нормативного регулирования в сфере здравоохранения в аспекте взаимообусловленности, взаимодополнения и взаимодействия норм морали и права;
- 3) важностью международного измерения в области здравоохранения и медицины с опорой на знание и использование российскими специалистами документов ООН, ЮНЕСКО, Совета Европы, ВОЗ, ВМА;
- 4) существенным усилением социального контроля в здравоохранении и возрастанием социальной ответственности специалистов, работающих в данной сфере.

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

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

На сегодняшний день большинство специалистов пришли к глубокому осознанию того, что основными внутренними факторами, определяющими воплощение этической и юридической основы деятельности специалиста в сфере здравоохранения, являются:

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

Важными внешними состояниями и процессами, обеспечивающими стабильность социального института, являются функционирующие на постоянной основе комитеты

(комиссии) по биоэтике (этике), а также четко отработанные механизмы досудебного и судебного разрешения споров и конфликтов в здравоохранении.

3. Соотношение биоэтики, профессиональной этики и права

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

Термин «биоэтика» предложил американский онколог Ван Ренсселер Поттер. В 1970 г. им была опубликована статья «Биоэтика: наука выживания», в 1971 г. выходит его книга «Биоэтика: мост в будущее». Вводя понятие «биоэтика», В.Р. Поттер говорил о «новой дисциплине, соединяющей в себе биологические знания и познание системы человеческих ценностей». Он подчеркивал: «Я выбрал корень *bio* для символизации биологического знания, науки о живых системах, и *ethics* для символизации познания системы человеческих ценностей». В.Р. Поттер считал, что разделение между этическими ценностями, являющимися частью человеческой культуры в широком смысле, и биологическими фактами лежало в основе того научно-технического процесса, который угрожал человечеству и самому существованию жизни на земле. В этой связи он назвал биоэтику наукой выживания. «Инстинкт» выживания не был сам по себе достаточным, и потому потребовалась новая наука – биоэтика. По мнению В.Р. Поттера, биоэтика не должна сосредоточиваться только на человеке, а должна распространить свой метод и на биосферу как целое, т.е. на всякое научное вмешательство человека в жизнь как таковую. Данную концепцию автор обозначил термином «глобальная биоэтика».

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

Биоэтика тесно связана с медицинской этикой, но эти понятия необходимо различать. Медицинская этика тесно связана, но не идентична биоэтике (биомедицинской этике). В то время как медицинская этика сосредоточивается главным образом на вопросах, возникающих в медицинской практике, биоэтика является очень широким, занимающимся проблемами норм поведения, возникающими с развитием биологических наук в целом.

Медицинскую этику следует рассматривать как относительно автономный комплекс внутри биоэтики.

Медицинская этика состоит из двух взаимосвязанных частей:

- *медицинская аксиология* (учение о профессиональных ценностях);
- *медицинская деонтология* (учение о должном поведении при осуществлении профессиональной деятельности).

Аксиология изучает базовые ценности, в качестве которых в медицинской этике выступают сочувствие, компетентность, самостоятельность, наряду с фундаментальными правами человека (Уильям Дж. Р., 2006).

Деонтология смещает акцент на профессиональные обязанности и предполагает осознание и добросовестное исполнение их специалистом.

Разграничение биоэтики и права является достаточно сложной задачей.

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

Этот синтез морали и права прослеживается в ст. 3 Всеобщей декларации о биоэтике и правах:

«Статья 3. Человеческое достоинство и права человека

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

В биоэтике в настоящее время используется большое количество документов международных правительственных организаций, которые являются источниками международного права. Вместе с тем представляется неправильным рассматривать биоэтику в качестве юридической дисциплины. Наряду с биологией, медициной и философией юриспруденция является лишь одним из корней в сложной корневой системе биоэтики.

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

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

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

Говоря о целях биоэтики, безусловно, необходимо обратиться к ст. 2 «Цели» Всеобщей декларации о биоэтике и правах человека (далее – Декларация), принятой путем аккламации 19 октября 2005 года на 33-й сессии Генеральной конференции ЮНЕСКО (далее – Декларация), в которой указано:

«Настоящая Декларация преследует следующие цели:

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

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

В приведенной выше статье Декларация речь идет о целях данного, из анализа которых можно получить представления и о целях биоэтики.

Основными практическими задачами биоэтики являются:

1. Всестороннее изучение моральных и нравственных аспектов ситуаций, представляющих возможную или действительную опасность для жизни и здоровья отдельного человека, группы людей или будущему человечеству в целом, а также для животного при проведении научного эксперимента.
2. Разработка этических стандартов деятельности, связанной с угрозой причинения вреда жизни и здоровью, на основе категорий общего, особенного, единичного.
3. Изучение и совершенствование общественно-процессуальной практики рассмотрения и разрешения прецедентов, имеющих биоэтическое содержание.

4. Основные этические документы международных, отечественных правительственных и неправительственных организаций

Вторая половина XX века и начало XXI века свидетельствуют о большом внимании, которое проявляют международные и российские правительственные и неправительственные организации к формулированию принципов медицинской этики и биоэтики.

Особое значение в указанном аспекте имеют документы ООН.

Так, в Принципах медицинской этики, относящихся к роли работников здравоохранения, в особенности врачей, в защите заключенных или задержанных лиц от пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания, принятых 18.12.1982 Резолюцией 37/194 на 37-ой Сессии Генеральной Ассамблеи ООН, сформулирован принцип 2: «Работники здравоохранения, в особенности врачи, совершают грубое нарушение медицинской этики, а также преступление, в соответствии с действующими международными документами, если они занимаются активно или пассивно действиями, которые представляют собой участие или соучастие в пытках или других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видах обращения и наказания, или подстрекательство к их совершению, или попытки совершить их».

Важное значение для установления и реализации принципов биоэтики имеют документы ЮНЕСКО.

В статье 2 Всеобщей декларации о геноме человека и правах человека (далее – Декларация), принятой 11.11.1997 г. Генеральной конференцией ООН по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО), установлено:

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

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

Особое место имеет Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека, принятая путем аккламации 19 октября 2005 г. на 33-й сессии Генеральной конференции ЮНЕСКО, в которой сформулированы 15 принципов биоэтики.

Следующей авторитетной специализированной организацией ООН, в документах которой могут устанавливаться принципы биоэтики, является Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ).

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

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

1.1. Каждый человек имеет право на уважение собственной личности.

1.2. Каждый человек имеет право на самоопределение.

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

1.4. Каждый человек имеет право на уважение его тайн.

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

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

Для европейской биоэтики одним из основополагающих документов является Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине (ETS N 164) (Овьедо, 4 апреля 1997 года).

Согласно статье 1 Конвенции 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.

Среди этических документов международных неправительственных организаций большим авторитетом пользуется нормы, сформулированные Всемирной Медицинской Ассоциацией (ВМА).

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

В преамбуле Лиссабонская декларация о правах пациента, принятой ВМА (Лиссабон, Португалия, сентябрь-октябрь 1981 года) указано, что в последние годы отношения между врачами, пациентами и широкой общественностью претерпели значительные изменения. Хотя врач должен действовать в интересах пациента сообразно своей совести, необходимы также соответствующие гарантии автономии и справедливого отношения к пациенту.

В пункте 3 Лиссабонской декларации определено:

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

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

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

В пункте 10 Лиссабонской декларации указано:

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

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

в) Пациент имеет право на гуманный уход в случае неизлечимой болезни и предоставление возможностей для достойного и наименее болезненного ухода из жизни». В Международном кодексе медицинской этики, принятом 3-й Генеральной Ассамблеей ВМА (Лондон, Великобритания, октябрь 1949 года) установлены следующие общие обязанности врачей:

«Врач должен всегда поддерживать наивысшие профессиональные стандарты.

Врач не должен позволять соображениям собственной выгоды оказывать влияние на свободу и независимость профессионального решения, которое должно приниматься исключительно в интересах пациента.

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

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

В силу пункта 9 Хельсинкской декларации медицинские исследования должны проводиться в соответствии с этическими нормами, обеспечивающими уважение каждого человека, защиту его прав и охрану здоровья. Некоторые категории участников исследований особенно уязвимы и нуждаются в специальной защите. К ним относятся лица, не способные самостоятельно дать согласие на участие в исследовании или отказаться от него, а также лица, подверженные принуждению или недолжному влиянию. В аспекте реализации биоэтических принципов важно обратить внимание на отдельные статьи Конституции Российской Федерации.

Согласно статье 2 Конституции РФ человек, его права и свободы являются высшей ценностью. Признание, соблюдение и защита прав и свобод человека и гражданина - обязанность государства.

5. Основные этические теории и биоэтика

Все этические теории создавались для объяснения явлений морали, поэтому они помогают понять и биоэтику.

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

Аристотель видел назначение человека не в слепом следовании страстям. Губительны для человека как избыток, так и недостаток страстей. Избыток и недостаток присущи порочности, а не этическим добродетелям. Следовательно, этическая добродетель – это середина между страстями порочного свойства.

Утилитаристские концепции блага. Термин «утилитаризм» происходит от латинского «utilitas» – польза, выгода. Родоначальники утилитаризма - британские философы 18-19 веков Дэвид Юм, Иеремия Бентам, Джон Милль. Принципиальным для утилитаристских теорий является то, что все они исходят из результата действия, последствий, к которым оно привело, а именно, оценки пользы или вреда результатов

действия человека. Иногда учитывается цель действий. Поэтому эти теории еще называются телеологическими (telos– цель), но все, что относится к мотивам, побуждающим к действиям, остается на втором плане, либо вообще не принимается во внимание.

С точки зрения утилитаризма действие будет морально оправдано даже в той мере, в какой оно ведет к возрастанию неморального блага. Им может быть, например, здоровье, красота, знание, удовольствие. Поэтому человеческая деятельность в таких областях, как медицина, искусство, наука, не направленных специально на решение моральных проблем, оказывается морально значимой или подлежащей моральной оценке.

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

Учение о моральном долге Канта (Деонтологическая этика).

Термин «медицинская деонтология» был введен сравнительно недавно, в 30-х годах прошлого столетия (от греческих слов deontos– нужное, должное и logos– слово, понятие, учение, т.е. учение о должном). Деонтологические теории при оценке действий принимают во внимание не только их результаты, но и мотивы, замыслы действующих лиц.

Первой теорией, выдержанной в деонтологическом ключе, явилась этика И. Канта (1724-1804). В противоположность английским философам-утилитаристам, Кант хотел открыть основные законы нравственности путем отвлеченного мышления. Он пришел к убеждению, что такой основой является наше сознание долга, которое не вытекает ни из соображений пользы, ни из чувства симпатии, а представляет свойство человеческого разума.

С точки зрения сторонников деонтологического подхода к оценке наших поступков, в первую очередь, применимы понятия, касающиеся ***обязательства (долга) и прав***. В соответствии с ними мы бываем обязаны поступать как-то не потому, что это принесет нам или кому-то пользу, а потому, что мы выполняем свой долг. Например, неправильно в чем-то обманывать пациента. Это не только потому, что может иметь негативные последствия для пациента, его близких, но потому, что обман – недолжное поведение.

Подобно утилитаристским теориям, деонтологические в большей степени бывают монистическими. В монистических теориях в качестве основополагающего принимается один принцип, например «золотое правило» этики, под которым понимается библейская заповедь: «во всем, как хотите, чтобы с вами поступали люди, так поступайте и вы с ними» (Мф. 7:12).

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

Натуралистическая теория этики изложена гуманистом, ученым и революционером П.А.Кропоткиным (1842-1921) в большом труде «Этика» и обоснована в книгах: «Взаимная помощь как закон природы и фактор эволюции», «Взаимная помощь среди животных и людей, как двигатель прогресса» (90-е гг. позапрошлого века). П.А.Кропоткин создал достаточно обоснованную, подкрепленную фактами концепцию

универсальной нравственности на основе явления взаимопомощи, хорошо известного в животном мире из работ Ч. Дарвина и других ученых-эволюционистов. Как и конкурентная взаимная борьба, взаимопомощь имеет природные основания (примеры совместной охоты, защиты стада вожаком, другие кооперативные действия). Именно взаимопомощь в человеческом обществе облагораживает индивида, способствует прогрессу всего сообщества, составляет благоприятную почву для развертывания свободы. Иллюстрируя необходимый в эволюции для выживания вида принцип взаимопомощи, он брал конкретные наблюдения. У него были аргументы, найденные и другими натуралистами, антропологами, историками и экономистами, полученные путем наблюдений над животным миром и обществом в течение столетий. Сам он наблюдал за природными явлениями во время экспедиции в Сибирь в начале 60-х гг. XIX в., в которой участвовал как натуралист. Для нас натуралистическая теория весьма привлекательна, т.к. учитывает явления, аналогичные биоэтическим.

Теория моральных обязательств У.Д. Росса. Выдвинутую в первой половине XX столетия американским этиком У. Россом теорию называют плюралистической концепцией (плюрализм – признание множества точек зрения). Преимущество плюралистического подхода в том, что он более близок к нашему повседневному моральному опыту. Мы обычно вовсе не следуем одному – единственному принципу или правилу, а учитываем разные нормы. Хотя эти принципы могут вступать в конфликт друг с другом.

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

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

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

человек взвешивает различные предложенные концепции и либо ревизует свои суждения для согласования с одной из концепций, либо же возвращается к своим исходным убеждениям (или соответствующей концепции)».

Постмодернистская этика. Представителями постмодернистской этики являются Ж.-Ф. Лиотар, М. Фуко, Ж. Деррида. Общие черты воззрений ведущих авторов от постмодернизма (Канке В.А., 2007):

- Постмодернисты стремятся определить статус этики заново, применительно к обществу риска и неопределенности.
- Не без труда проблематизируют они сложный вопрос о соотношении свободы человека и его ответственности.
- Все постмодернисты обращают особое внимание на прагматику языка.
- Как правило, постмодернистские авторы погружают этику в эстетический контекст.

В последние годы наблюдается понижение степени экстравагантности постмодернистских этических проектов.

Завершая краткое рассмотрение основных этических теорий, важно подчеркнуть, что они послужили основой для формулирования принципов биоэтики. В знаменитом Белмонтском докладе комиссии конгресса США были сформулированы три биоэтических принципа: автономии личности, благодеяния и справедливости. Принцип автономии личности позаимствован у И. Канта, принцип благодеяния взят у Дж.С. Милля, а принцип справедливости – у Дж. Ролза (Канке В.А., 2011).

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

6. Законы биоэтики

Вопрос о законах биоэтики носит открытый и дискуссионный характер.

Одним из проявлений всеобщей связи предметов и явлений действительности является закономерная связь между ними. Отличие закономерных связей от незаконномерных состоит в том, что первые имеют отличительные признаки, а вторые такими не обладают. Среди этих отличительных признаков обычно выделяют:

1. **Объективность.** Закон – это объективное отношение, которое не зависит от человека и человечества.
2. **Необходимость.** Закон – это необходимое отношение, отражающее внутреннюю, существенную связь.
3. **Общее.** Закон – общее отношение. Это означает, что закон охватывает класс явлений, которые характеризуются действием одного и того же закона.
4. **Существенность.** Закон – это сущностное отношение. Суть состоит в том, что в законе отражается наиболее значимое в характеристике явлений.
5. **Определенность условий.** Закон действует в определенных условиях.
6. **Направленность.** Закон действует в определенном направлении.

Совокупность названных выше признаков является необходимой и достаточной для того, чтобы характеризовать изучаемые отношения предметов и явлений действительности как закономерные и сформулировать на этом основании определенный закон.

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

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

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

Говоря о законах биоэтики, следует проанализировать приведенные выше признаки.

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

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

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

Учитывая сказанное можно утверждать, что биоэтические законы обладают признаком объективности, действуют независимо от того, что знают о них люди, или нет. Независимо от того, приносят они пользу или вред конкретному человеку, человек лишь способен учитывать их действие. При этом степенями свободы морального выбора каждого человека являются соблюдение или не соблюдение законов биоэтики.

Следует подчеркнуть, что сущность отношений законов биоэтики раскрывается в наиболее значимом в характеристике изучаемых ее явлений, а именно: *в отношении вмешательства в процессы жизнедеятельности, которые представляют для них возможную или действительную опасность (существенность)*. Именно эти отношения являются существенными для законов биоэтики, когда процессы жизнедеятельности, находящиеся в своей естественной актуализации (возникновение, развитие, прекращение) выступают в качестве объекта вмешательства, которые несут возможную или действительную опасность их естественному протеканию.

Отсюда очевидно, что законы биоэтики действуют лишь в определенных условиях – в ситуациях морального выбора, связанных с вмешательством в процессы жизнедеятельности, представляющие возможную или действительную опасность, в частности, для жизни и здоровья человека (*определенность условий*).

Из этого вытекает и *направленность* законов биоэтики на высшее благо – жизнь. Безусловность этого высшего блага не вызывает сомнения у любого разумного и нравственного человека. Даже если принять в расчет жизнеотрицающее мировоззрение какого-либо отдельного человека, то при глубоком и объективном анализе оно, в

конечном итоге, выводится в жизнеутверждающее мировоззрение через признание как высшего блага другой (неземной) жизни.

В биоэтическом плане важно подчеркнуть тот факт, что разумный и нравственный человек должен испытывать чувство благоговения перед любой формой жизни.

Глубоко и вдохновенно об этом говорит А. Швейцер: «Этика заключается, следовательно, в том, что я испытываю побуждение высказывать равное благоговение перед жизнью как по отношению к моей воле к жизни, так и по отношению к любой другой. В этом и состоит основной принцип нравственного. Добро – то, что служит сохранению и развитию жизни, зло есть то, что уничтожает жизнь или препятствует ей.

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

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

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

Он не боится, что будет осмеян за сентиментальность. Такова судьба любой истины, которая всегда является предметом насмешек до того, как ее признают. Когда-то считалось глупостью думать, что цветные люди являются действительно людьми и что с ними следует обращаться, как со всеми людьми. Теперь эта глупость стала истиной. Сегодня кажется не совсем нормальным признавать в качестве требования разумной этики внимательное отношение ко всему живому вплоть до низших форм проявления жизни. Но когда-нибудь будут удивляться, что людям потребовалось так много времени, чтобы признать несовместимым с этикой бессмысленное причинение вреда жизни.

Этика есть безграничная ответственность за все, что живет».

Таким образом, законы биоэтики – это объективные, необходимые, общие, существенные отношения, которые в ситуациях морального выбора, связанных с вмешательством личности в процессы жизнедеятельности, представляющим для них возможную или действительную опасность, определяют изменение и развитие сознания и воли разумного и нравственного человека в направлении высшего блага – жизни. Обобщая сказанное можно сформулировать три закона биоэтики, первый из которых является основным, а второй и третий – дополнительными, вытекающими из основного закона биоэтики.

Первый закон биоэтики. Закон благоговения перед жизнью.

В ситуации морального выбора, связанной с вмешательством личности в процессы жизнедеятельности, которое представляет для них возможную или действительную опасность, разумному и нравственному человеку присуще благоговение перед жизнью. Второй и третий закон биоэтики вытекают из первого.

Второй закон биоэтики. Закон разумного и нравственного обоснования.

Любое вмешательство в процессы жизнедеятельности, которое представляет для них возможную или действительную опасность, требует разумного и нравственного обоснования.

Третий закон биоэтики. Закон оснований морального выбора.

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

Контрольные вопросы для проверки конечного уровня знаний студентов:

1. Что означает термин деонтология?
 - а) уважение прав и достоинств человека
 - б) завоевание социального доверия личности
 - в) обязательства перед учителями, коллегами, учениками
 - г) совокупность «должных» правил
2. Основной принцип этики Гиппократа:
 - а) «не навреди»
 - б) «соблюдай долг»
 - в) «твори добро»
3. Основной принцип биомедицинской этики:
 - а) уважение прав и достоинств человека
 - б) защита справедливости
 - в) оказывая помощь человеку – не наносить ему вреда
4. Мораль – это:
 - а) наука, изучающая психо-эмоциональную сферу жизни человека
 - б) совокупность норм, идеалов, принципов регулирующих жизнь людей, в виде неписаных правил
 - в) наука о нравственности.
5. Профессиональная этика – это:
 - а) совокупность моральных норм, которые определяют отношение человека к своему профессиональному долгу
 - б) наука, изучающая правила взаимоотношений в коллективе
 - в) правила и принципы позволяющие улучшить качество труда
6. Основные причины возникновения биоэтики:
 - а) научно-технический прогресс с его положительными и отрицательными воздействиями на жизни людей
 - б) проведение антигуманных экспериментов в годы Второй мировой войны
 - в) повышение требований к качеству оказания медицинской помощи
7. Профессиональная этика изучает:
 - а) отношения трудовых коллективов и каждого специалиста в отдельности;
 - б) нравственные качества личности специалиста,
 - в) взаимоотношения внутри профессиональных коллективов
 - г) особенности профессионального воспитания.
8. Биоэтика рассматривает проблемы современной медицины:
 - а) на уровне конфликта интересов
 - б) с точки зрения профилактики заболеваний

- в) в рамках полезности или вредности внедрения новшеств науки в медицинскую практику
9. Персиваль был первым, кто начал признавать обязательство врача:
- а) не только к пациентам, но и к обществу в целом
 - б) нести ответственность за неблагоприятный исход лечения
 - в) за результаты проводимых научных исследований
10. Основой медицинской этики является:
- а) гуманизм
 - б) профессионализм
 - в) прагматизм
11. Имеет ли человек право на получение информации о течении своей болезни и видах ее лечения?
- а) Да.
 - б) Нет.
12. Как называется модель взаимоотношений между пациентом и врачом, когда она включает тщательное изучение врачом состояния больного, выбор врачом для каждого конкретного случая лечения, направленного на устранение боли и ее причин?
- а) Патернализм
 - б) Патерналистский
 - в) Либеральный
 - г) Консервативный
13. Кто обязан сохранять врачебную тайну кроме самого врача?
- а) Фельдшер
 - б) Санитарка
 - в) Медсестра
 - г) Лаборант
14. Считается ли сообщение медицинских данных ближайшим родственникам разглашением врачебной тайны?
- а) Да.
 - б) Нет.
15. Как называется право на сокрытие от пациента неблагоприятной информации?
- а) «Терапевтическая привилегия»
 - б) «Ложь во спасение»
 - в) «Святая ложь»
16. Что означает термин «моральный максимум»?
- а) Изложение всей имеющейся информации о ходе болезни
 - б) Изложение части имеющейся информации о ходе болезни
 - в) Изложение только положительной информации о ходе болезни
 - г) О ходе болезни пациент ничего не знает
17. Должен ли врач учитывать религиозные верования пациента при назначении диагностических и лечебных процедур?
- а) Да
 - б) Нет
18. В каких случаях возможно разглашение врачебной тайны?
- а) При некоторых генетических дефектах у одного из супругов
 - б) Работодателю во время проф. осмотра при приеме на работу
 - г) По просьбе близких родственников
 - д) При опасности распространения некоторых инфекционных заболеваний
19. Обязан ли врач раскрывать врачебную тайну во время судебного процесса?
- а) Да
 - б) Нет
20. Почему для врача крайне необходимо соблюдение врачебной тайны?

- а) Это помогает быстро решать проблемы
- б) Это способствует повышению профессионального уровня врача
- в) Это повышает качество диагностики и лечения заболеваний пациента
- г) Это укрепляет авторитет врача

Эталоны ответов: 1 – г; 2 – а; 3 – а; 4- б; 5 – а; 6 – а; 7 – а, б, в, г; 8 – а; 9 – а; 10 – а, 11-а; 12-а; 13-а, б, в, г; 14-а; 15-а; 16-а; 17-а; 18-а, д; 19-а; 20-в, г.

Литература (в т.ч. указать адреса электронных ресурсов).

Основная:

1. Биоэтика: учебное пособие / Л. Г. Сахарова. - 109 с. Сахарова, Л.Г. Киров: Кировский ГМУ, 2017. - Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/136097>

2. Биоэтика. Философия сохранения жизни и сбережения здоровья: учебник - 400 с. Хрусталеv, Ю. М. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - ISBN 978-5-9704-5266-0. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452660.html>

3. Биоэтика. Этические и юридические документы, нормативные акты - 357 с. Шамов, И. А. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - ISBN 978-5-9704-2975-4. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970429754.html>

Дополнительная:

1. История и современные вопросы развития биоэтики: учебное пособие - 144 с. Балалыкин, Д. А. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - ISBN 978-5-9704-2057-7. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970420577.html>

2. Биоэтика: учебное пособие - 47 с. Бугеро, Н. В. Ульяновск: УлГПУ им. И.Н. Ульянова, 2017. - ISBN 978-5-86045-906-9. - Текст электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/112086>

3. Биоэтика: учебник / под ред. П.В. Лопатина. - 4-е изд., перераб. и доп. - 269 с. Лопатин, П. В. М.: Гэотар Медиа, 2011.

4. От этики до биоэтики: учебник Хрусталеv, Ю. М. Ростов н/Д: Феникс, 2010.

Тема № 2. Принципы биоэтики

Цель: закрепить теоретические знания принципов биоэтики.

Обучающийся должен **знать:**

- принципы биоэтики;
- морально-этические нормы, правила и принципы профессионального врачебного поведения, этические основы современного медицинского законодательства.

Обучающийся должен **уметь:**

- выстраивать и поддерживать уважительные и доверительные отношения с пациентами (их законными представителями) рабочие отношения с членами коллектива, а также конструктивные отношения с институтами гражданского общества.

Обучающийся должен сформировать следующие компетенции:

УК-1. Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий.

УК-5. Способен анализировать и учитывать разнообразие культур в процессе межкультурного взаимодействия.

Задания для самостоятельной работы:

Система принципов биоэтики

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

Принципы биоэтики находятся в центре внимания отечественных и зарубежных ученых (Бартко А.Н., Денисова С.Д., Иванюшкин А.Я., Игнатъев В.Н., Коротких Р.В., Лопатин П.В., Михайлова Е.П., Мишаткина Т.В., Летов О.В., Силюянова И.В., Тищенко П.Д., Фоновта Э.А., Хрусталёв Ю.М., Шамов И.А., Юдин Б.Г., Яровинский М.Я., Яскевич Я.С., Beauchamp T., Childress J.).

Американскими биоэтиками Томом Бичампом и Джеймсом Чилдресом, в их книге «Принципы биомедицинской этики», изданной впервые в 1979 г., указаны четыре основополагающих биоэтических принципа («не навреди», «делай благо», уважения автономии пациента, справедливости). Данные принципы европейские биоэтики дополняют принципами уважения человеческого достоинства, целостности и уязвимости; принцип уважения автономии пациента является общим для американской и европейской биоэтики.

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

Представляется, что с позиций целостного структурно-функционального подхода к биоэтическим отношениям в здравоохранении следует выделять структурные и функциональные принципы биоэтики.

Структурные принципы – это основные положения, закрепляющие нравственные основы вмешательства в процессы жизнедеятельности, характеризующие совокупность

устойчивых связей субъекта и объекта вмешательства, поддерживающие форму и содержание данных связей. При этом из числа структурных принципов в отношении субъекта вмешательства следует выделить мотивационные и целеполагающие принципы, а в отношении объекта вмешательства – экзистенциально-гуманистические принципы.

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

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

1. Структурные принципы.

1.1. Мотивационные принципы:

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

1.2. Целеполагающие принципы:

- принцип «не навреди!»;
- принцип «делай благо!» (4 ВД).

1.3. Экзистенциально-гуманистические принципы:

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

2. Функциональные принципы.

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

2. Мотивационные принципы

Мотивационные принципы определяют источники мотивации деятельности специалиста.

Принцип деятельной любви. О творческой, порождающей силе любви известно с давних времен. В диалоге Платона «Пир» Сократ, пересказывая объяснения Диотимы о любви, говорит о том, что «любовь – это всегда любовь к благу». Отсюда вопрос: «каким образом должны поступать те, кто к нему стремится, чтобы их пыл и рвение можно было назвать любовью. ... Они должны родить в прекрасном как телесно, так и духовно», так как «все люди беременны как телесно, так и духовно, и, когда они достигают известного возраста, природа наша требует разрешения от бремени. Разрешиться же она может только в прекрасном, но не в безобразном».

И. Кант в «Метафизике нравов» говорит: «Любовь к людям (человеколюбие), так как она мыслится здесь как любовь практическая, стало быть, не как любовь-симпатия к человеку, должна быть отнесена к деятельному благоволению и, таким образом, к максиме поступков».

Т.А. Кузьмина (1990) верно говорит о том, что необходимо помнить о различии смыслов при употреблении слова «любовь». Если актуализировать смысл любви как высшего принципа моральности, то в этом своем качестве любовь не может не совмещаться с долгом.

Р.Г. Апресян (2001) отмечает: «Любовь – в самом общем смысле – отношение к кому- или чему-либо как безусловно ценному, объединение и соединение с кем (чем) воспринимается как благо (одна из высших ценностей)».

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

В.Ф. Шаповалов (2011), говоря о социальном смысле любви, справедливо отмечает: «Любовь во всех случаях выступает способом преодоления духовной самоизоляции, экзистенциального одиночества. Любовь соединяет, в то время как равнодушие или ненависть отгораживают, отстраняют человека от мира и других людей. Любовь предполагает рассмотрение другого как части меня самого. Поэтому она открывает человека навстречу другому. Любовь создает возможности для более глубокого познания окружающего мира».

Социальную и индивидуальную значимость любви можно проиллюстрировать следующим высказыванием (Цит. по М.И. Штеренберг, 2010):

Обязанность без любви делает человека *раздражительным*.

Ответственность без любви делает человека *бесцеремонным*.

Справедливость без любви делает человека *жестоким*.

Правда без любви делает человека *критиканом*.

Воспитание без любви делает человека *двуличным*.

Ум без любви делает человека *хитрым*.

Приветливость без любви делает человека *лицемерным*.

Слепая любовь к порядку делает человека *придирчивым*.

Компетентность без любви делает человека *неуступчивым*.

Власть без любви делает человека *насильником*.

Честь без любви делает человека *высокомерным*.

Богатство без любви делает человека *жадным*.

Вера без любви делает человека *фанатиком*.

D. Maser (1999), начинает свою статью о любви в аспекте биоэтики, с вопроса о том были ли Beatles правы, когда пели «All You Need Is Love». Автор утверждает, что все эти принципы биоэтики вытекают из любви. Внутренняя мотивация и силы для нравственного поведения происходят от любви.

Следует всегда помнить слова Парацельса: «Сила врача – в его сердце, работа его должна руководствоваться Богом и освещаться естественным светом и опытом; важнейшая основа лекарства – любовь».

В ст. 81 Устава Врачебного (Сводъ Законовъ Россійской Имперіи. Томъ XIII) определено: «Первый долгъ всякаго врача или акушера есть: быть челоѡколюбивымъ и во всякомъ случаѡ готовымъ къ оказанію дѣятельной помощи всякаго званія людямъ, болѣзнями одержимымъ».

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

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

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

Принцип сострадания. По В.С. Соловьеву, естественная, органическая связь всех существ, как частей одного целого, есть данное опыта, а не умозрительная идея только, а потому и психологическое выражение этой связи - внутреннее участие одного существа в страдании других, сострадание, или жалость, – есть нечто понятное и с эмпирической точки зрения, как выражение естественной и очевидной солидарности всего существующего. Это участие существ друг в друге соответствует явному смыслу вселенной, вполне согласно с разумом или совершенно рационально. Бессмысленно или иррационально, напротив, взаимное отчуждение существ, их субъективная отдельность, противоречащая объективной нераздельности. Этот факт внутреннего эгоизма, а никак не взаимное участие между частями единой природы, есть действительно нечто таинственное и загадочное в высшей степени, - нечто такое, о чем разум не может дать прямого отчета, и основания этого явления не могут быть найдены путем опыта.

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

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

А.А. Гусейнов и Р.Г. Апресян (2000), рассматривая этическое учение В.С. Соловьева, замечают, что чужое страдание оказывает влияние на мотивы человека двояким образом: противодействуя его эгоизму, удерживая его от причинения страдания другому и вызывая сострадание: страдание другого побуждает человека к деятельной помощи.

В.П. Старостин (2008) верно отмечает, что «как нравственный феномен, сострадание не удерживается только в индивидуальных помыслах и поступках, а в социально-философском контексте выступает как общечеловеческий принцип построения общественных отношений».

Т.Н. Старцева (2010) отмечает, что сострадательность включает в себя несколько обязательных компонентов: 1) способность почувствовать, воспринять боль Другого, 2) личностный эмоциональный отклик на боль Другого, 3) стремление помочь Другому, облегчить его боль.

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

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

Стыд и совесть близкие, но не тождественные понятия. А.В. Разин (2012) верно подчеркивает, что в стыде отражается осознание человеком своего несоответствия некоторым принятым нормам или ожиданиям окружающих, но в отличие от совести в стыде более четко, более формально определяются критерии несоответствия. Эти критерии, по мнению автора, всецело заданы со стороны правил приличия, выработанных данной общностью, в то время как в совести человек в гораздо большей степени самостоятельно определяет критерии оценки.

Вместе с тем важно подчеркнуть тот факт, что совесть, обусловлена обществом. По этому вопросу у Л. Фейербаха находим: «Ибо, как принадлежащий к этой общине, как член этого племени, этого народа, этой эпохи, я не обладаю в своей совести никаким особенным и другим уголовным уставом, кроме другого человека вне меня. Я упрекаю себя только в том, в чем упрекает меня другой, словами или кулаком, или по крайней мере мог бы упрекать меня, если бы он знал о моих поступках или сам стал объектом действия, заслуживающего упреки». Следует отметить мысль Л. Фейербаха о том, что совесть ведет свое происхождение от знания «или связана со знанием, но она обозначает не знание вообще, а особый отдел или род знания – *то знание*, которое относится к нашему моральному поведению и нашим добрым или злым настроениям и поступкам».

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

В понятие совестливости важен также не ограниченный по времени, а длящийся акт. В этой связи представляется существенной исходная позиция С.В. Монахова (2002), заключающаяся в том, что совестливость – это не кратковременный акт проявления, выражения личности, ее позиции. Совестливость – это постоянное разрешение субъектом проблем его жизнедеятельности, даже при отсутствии выраженных форм действия, поведения. Для того чтобы углубленно рассматривать совестливость, необходимо структурировать пространство ее движения, хотя бы по степени проявления последней. Как верно замечает автор, пространство совестливости существует как поле борьбы мотивов, выбора форм действий, утверждения принципов, где наличие или отсутствие совестливости занимает важное место в выработке позиции субъекта.

В этой связи представляется закономерной актуализация категории совести в международных и российских медико-этических документах. В Женевской декларации, принятой 2-й Генеральной Ассамблеей ВМА (Женева, Швейцария, сентябрь 1948 года), указано: «Вступая в члены медицинского сообщества, я буду исполнять мой профессиональный долг по совести и с достоинством».

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

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

Справедливость – это фундаментальный принцип этики и права. Справедливость является как этико-философской, так и этико-юридической категорией, которые связаны между собой и образуют два аспекта справедливости (моральный и правовой). Моральный аспект, отражающий равенство людей друг другу, поскольку каждый человек является единственным, незаменимым, неисчерпаемым в своих притязаниях и стремлениях. Правовой аспект указывает на формальное равенство, одинаковость масштаба (требований, законов, правил, норм), посредством которого «измеряются» индивиды и их поступки, становящиеся в этом случае лицами, уравненными между собой в качестве субъектов права (Гусейнов А.А., 2001).

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

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

Последнее положение является важным для развития национальных систем обязательного медицинского страхования. Так, в соответствии со статьей 10 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» застрахованными лицами являются как работающие, так и неработающие граждане: а) дети со дня рождения до достижения ими возраста 18 лет; б) неработающие пенсионеры независимо от основания назначения пенсии; в) граждане, обучающиеся по очной форме в образовательных учреждениях начального профессионального, среднего профессионального и высшего профессионального образования; г) безработные граждане, зарегистрированные в соответствии с [законодательством](#) о занятости; д) один из родителей или опекун, занятые уходом за ребенком до достижения им возраста трех лет; е) трудоспособные граждане, занятые уходом за детьми-инвалидами, инвалидами I группы, лицами, достигшими возраста 80 лет; ж) иные не работающие по трудовому договору.

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

Из сказанного видно, что практическая реализация принципа справедливости является трудной задачей. В.В. Денисов (2011) верно говорит о том, «чтобы достичь вершин справедливости и гуманизма, человечеству предстоит пройти долгий путь духовного совершенствования, этического возвышения жизни и ее истинной значимости».

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

И.В. Силуянова (2001) отмечает, что одним из современных критериев оценки благополучия общества (или государства) является то, в состоянии ли и каким образом оно обеспечивает охрану здоровья своим гражданам. Принцип справедливости в здравоохранении сегодня, с одной стороны, непосредственно связан с правом человека на охрану здоровья в рамках социального института здравоохранения и, с другой стороны, является основанием оценки достигнутого уровня социальной защиты человека в данном обществе в области здравоохранения.

Моральная идея справедливого распределения ресурсов является одной из основных идей, регулирующих человеческие отношения в рамках современного общества, в том числе в рамках медицинской практики. Она напрямую связана с системой государственно-правовых гарантий в области охраны здоровья граждан, с правом человека на жизнь и здоровье, и является основой нравственной культуры врача, милосердия и гуманного отношения к больному, независимо от его экономического положения, политических интересов и социального статуса.

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

А. Кэмпбелл, Г. Джиллетт, Г. Джонс (2004), говоря о применении этих принципов к обеспечению людей медицинской помощью, замечают, что некоторые из них представляются более справедливыми, чем остальные. Так, акцент на приобретенном на свободном рынке (принцип 3), например, не позволяет учитывать уязвимость и ущерб, вызванные самой болезнью. То же возражение применимо и к принципу вознаграждения за вложенные усилия (принцип 4). Эти принципы базируются на ложном предположении, что существует ровное игровое поле, на котором у каждого равные способности отстаивать свои интересы. Иного рода возражения можно выдвинуть против принципов 5 и 6. Они подразумевают, что здоровье одних людей должно цениться больше, чем здоровье других, либо потому, что они могут больше дать обществу, либо их личные качества заслуживают особого внимания и уважения. Распределять медицинские ресурсы, руководствуясь этими принципами, значит решать вопросы жизни и смерти на основе наших далеко небесспорных суждений об индивидуальной или социальной ценности. Авторы подчеркивают, что мы, похоже, можем выбирать только между равным распределением (принцип 1) либо распределением в соответствии с потребностями (принцип 2). А. Кэмпбелл, Г. Джиллетт, Г. Джонс в своем исследовании делают основной акцент на выборе в соответствии с потребностями.

Согласно Д. Ролзу, при рассмотрении составляющих справедливости следует придерживаться двух основных принципов: 1) принцип свободы; 2) принцип различий. Д. Ролз доказывает, что принципы справедливости, будут состоятельными, если условия их реализации и процедуры достижения согласия по ним являются честными: 1) каждый индивид должен обладать равным правом в отношении наиболее общей системы равных основных свобод; 2) социальные и экономические неравенства должны вести к наибольшей выгоде наименее преуспевших в условиях честного равенства возможностей.

N. Daniels (1985) предлагает объяснение нормы медицинской помощи, руководствуясь первым принципом справедливости Д. Ролза – принципом свободы. Автор утверждает, что в качестве критерия необходимо использовать «нормальное функционирование, типичное для вида». Он считает, что мы обладаем достаточными знаниями о нормальном функционировании в разном возрасте для того, чтобы установить сравнительно объективный «диапазон нормальных возможностей» для любого данного индивида в любом возрасте. Такой критерий помогает определить, как много должен включать базовый минимум медицинских услуг для каждого индивида. Если люди не получают этого минимума, значит, их право на защиту здоровья не удовлетворяется, а система здравоохранения не является справедливой.

А. Кэмпбелл, Г. Джиллетт, Г. Джонс (2004), анализируя предложения Н. Дэниэлса, замечают: «К сожалению, мы вынуждены заключить, что минимальный базовый стандарт, который позволил бы четко определить право на медицинскую помощь – это призрачная цель». Завершая свой анализ указанной проблемы, авторы констатируют, что свойственный медицине и медицинским профессиям идеализм требует, чтобы мы не позволяли политической целесообразности и цинизму устанавливать нижний потолок в

здравоохранении. Дискуссии о том, как мы можем определить базовый минимум, в любом обществе, претендующим быть справедливым, должны продолжаться.

В этой связи становится понятным то большое внимание, которое уделяет ЮНЕСКО принципу справедливости. С реализацией данного принципа связаны статьи 10, 13, 15 Декларации.

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

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

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

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

- (a) оказание специальной и долговременной помощи и выражение признательности лицам и группам, участвовавшим в исследованиях;
- (b) доступ к качественным медицинским услугам;
- (c) применение новых диагностических и терапевтических методик или продуктов, разработанных в результате исследований;
- (d) поддержка служб здравоохранения;
- (e) доступ к научно-техническим знаниям;
- (f) укрепление потенциала в области проведения исследований;
- (g) блага в других формах, соответствующие принципам, изложенным в настоящей Декларации.

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

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

Заслуживают внимания следующие мысли Г. Йонаса (2004): «Лишь в человеке сила, с помощью знания и произвола, эмансипируется от целого и может представить собой угрозу и для него, и для себя самой. Человеческие умения – это судьба человека, и они во все большей степени делаются общей судьбой. Таким образом, в человеке, и лишь в нем одном, на основе самого воления возникает долженствование как самоконтроль его сознательно действующей силы; и прежде всего в отношении его же собственного бытия. Именно, поскольку в человеке принцип целесообразности достиг, по причине свободы в смысле определения целей и мощи в смысле их достижения, своей высшей и чреватой угрозой для самой себя вершины, то, во имя самого же принципа, человек делает самого себя первым объектом долженствования, а именно объектом той самой, уже упоминавшейся «первой заповеди»: не обезобразить, – *так, как он и вправду может*, – в ходе использования то, что им уже достигнуто. Сверх того, человек оказывается доверенным лицом всех прочих самоцелей, каким-либо образом подпадающих под закон его мощи. Говорить о том, что выходит за пределы этого оберегаемого, о долженствовании исходя из целей, которые человек, так сказать, самолично создает из ничего, мы не станем; ибо творчество лежит вне круга ответственности, простирающейся на далее, чем создание условий для обеспечения его возможности, т.е. защиты человеческого бытия как такового. Вот что является более скромным, однако более неукоснительным «долженствованием» этой ответственности. – Итак, то, что соединяет

волю и долженствование вообще, а именно *сила*, является также и тем, что помещает ответственность в центр нравственности».

В рамках принципа ответственности можно рассмотреть ст.ст. 5, 14 Декларации.

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

В ст. 14 «Социальная ответственность и здоровье» Декларации определено:

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

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

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

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

(c) улучшению условий жизни и состояния окружающей среды;

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

и

(e) сокращению масштабов нищеты и неграмотности».

3. Целеполагающие принципы

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

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

Многие специалисты полагают, что со времен Гиппократов и до наших дней принцип «не навреди!» является главным при осуществлении медицинской деятельности. В латинской формулировке название принципа звучит как афоризм: «*primum non nocere*», т.е. «прежде всего – не навреди!». Слова «прежде всего» могут быть поняты в том смысле, что этот принцип является первостепенным в деятельности врача.

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

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

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

В биоэтическом отношении актуализация принципа «не навреди!» важна при проведении медицинских исследований с привлечением человека. В связи с этим особого внимания заслуживают нормы Хельсинкская декларация Всемирной медицинской ассоциации. Согласно пункту 8 Хельсинкской декларации большинство медицинских вмешательств в современном практическом здравоохранении и научных исследованиях сопряжено с рисками и нагрузками. Поэтому каждому медицинскому исследованию с привлечением человека должна предшествовать тщательная оценка предсказуемых рисков и нагрузок для отдельных лиц и их групп в сопоставлении с ожидаемой пользой для этих и других лиц либо групп, сталкивающихся с проблемой, решаемой в данном исследовании (пункт 18). При этом врачи должны воздержаться от участия в исследовании с привлечением человека, если они не уверены, что сопутствующие риски получили адекватную оценку и поддаются адекватному контролю. Врачи обязаны приостановить исследование, если окажется, что риски перевешивают ожидаемую пользу, или если имеются неопровержимые доказательства позитивных и благоприятных результатов (пункт 20). Очевидно, что при оказании медицинской помощи и проведении научных исследований важно, чтобы вред не превышал того блага, которое приобретается в результате вмешательства, и чтобы он был минимальным.

Принцип «делай благо!». В отличие от принципа «не навреди!», принцип «делай благо!» не запрет, а норма, которая требует позитивных действий. Для адекватной реализации принципа «делай благо!» важно проанализировать объем понятия «благо».

В диалоге Платона «Государство» Сократ в беседе с Главконом сообщает ему свою «заветную мысль»: «Итак, вот что мне видится: в том, что познаваемо, идея блага – это предел, и она с трудом различима, но стоит только ее там различить, как отсюда напрашивается вывод, что именно она – причина всего правильного и прекрасного. В области видимого она порождает свет и его владыку, а в области умопостигаемого она сама – владычица, от которой зависят истина и разумение, и на нее должен взирать тот, кто хочет сознательно – действовать как в частной, так и в общественной жизни».

Л.С. Камнева (2009) замечает, что в философии Платона идея блага является высшим моментом, о которой он говорит не прямо, а в основном символически; Солнце символизирует для него идею блага.

А.Д. Шмелёв (2002) отмечает, что единое представление о «чем-то хорошем» отражено в слове добро в этическом, а в слове благо – в утилитарном аспекте. Добро находится внутри нас, мы судим о добре исходя из намерений. Можно делать людям добро (но не благо), поскольку это непосредственная оценка действия намерений человека безотносительно к результату. Для того чтобы судить о благе, необходимо знать результат действия. Достоверно судить о том, что было благом, можно лишь *post factum*. Для слова благо характерны, как показал А. Д. Шмелёв, конструкции с целевыми предложениями (когда речь идет не о достоверно известном, а лишь об ожидаемом результате действия): для или ради чьего-либо блага. Люди могут работать на благо родины, на благо будущих поколений. Во всех этих случаях речь идет о более или менее отдаленном результате наших действий, на который люди могут надеяться (или делать вид, что надеются). Этот результат может не зависеть от намерений человека. Будучи свободным от утилитарного измерения, целиком находясь в сфере этики, добро оказывается во всех отношениях важнее, чем благо. Оно одновременно и выше, и, будучи связано с этическим, «внутренним» измерением, ближе человеку.

А.А. Плахова (2009), анализируя семантические объемы понятий добро и благо и их соотношение в церковнославянском и современном русском языках, подчеркивает, что иное соотношение наблюдается в церковнославянском языке. Благо – свойство Божие, и этим обусловлен характер данной единицы, не позволяющий перейти ни в каком случае из области сакрального в область практического. Любой признак, названный данным словом и словом с корнем благ-, репрезентирует либо Божественную данность определяемого, либо стремление к уподоблению Богу. В церковнославянском языке абсолютную оценку

выражает благо, соотносясь с Абсолютом – Богом. Добро в церковнославянском языке – антропологический признак, принадлежащий к сфере земного, практического и атрибутом Бога является редко и несколько условно.

Принцип «делай благо!» указывает на необходимость активных действий со стороны врача ради претворения блага, а не только предотвращения вреда при оказании медицинской помощи.

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

4. Экзистенциально-гуманистические принципы

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

Существенной особенностью экзистенциально-гуманистических принципов биоэтики является их тесная взаимосвязь, они предполагают, отсылают и дополняют друг друга. Данные принципы во многом определяют реализацию конкретных биоэтических отношений.

В этой связи важно заметить, что, говоря об автономии, П. Тищенко, справедливо замечает, что «судьба биоэтического движения в России, сама возможность подобного феномена, зависят от успеха формирования социального пространства, в котором может существовать автономный, самодетерминирующий собственную жизнедеятельность индивид».

М. Хайдеггер пишет: «Если же в согласии с основным значением слова ἦθος название «этика» должно означать, что она осмысливает местопребывания человека, то мысль, продумывающая истину бытия в смысле изначальной стихии человека как экзистирующего существа, есть сама по себе уже этика в ее истоке».

По Ж.П. Сартру «если существование действительно предшествует сущности, то человек ответствен за то, что он есть. Таким образом, первым делом экзистенциализм отдает каждому человеку во владение его бытие и возлагает на него полную ответственность за существование».

П. Тиллих (2011) говорит о мужестве быть как этическом акте, в котором человек утверждает свое бытие вопреки тем элементам своего существования, которые противостоят его сущности самоутверждению.

Опираясь на труды философов-экзистенциалистов Д. Бюдженал (Бюдженаль) разработал концепцию экзистенциально-гуманистического подхода, в которой детально рассматривает разные уровни субъектов общения. Данная концепция нашла признание у отечественных ученых (Братченко С.Л., 2001). В качестве различительных признаков уровней общения им выбраны два важнейших аспекта вовлеченности субъектов (в нашем случае – это врач и пациент) в общение: доступность и выразительность. Доступность – это степень открытости взаимному влиянию врача и пациента и ослабления защиты от воздействия их друг на друга. Выразительность – это уровень готовности врача и пациента раскрыться для общения, а также уровень готовности приложить усилия, чтобы выразить свою субъективность и позволить другому понять себя.

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

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

Т.В. Мещерякова (2011) отмечает, что появление принципа уважения автономии пациента является фактом признания за человеком права на самоопределение и формой признания его моральной уникальности, т.е. фактически является признанием его права на реализацию того, как человек понимает и осознает свои индивидуальные цели, потребности и предпочтения, а также того, какой предел вмешательства в свое «Я» он допускает. Однако реализуется это право в определенном культурном контексте, который существенно видоизменяет понимание автономии и нередко приводит к ее ограничению, что автор убедительно показывает на примере реализации принципа уважения автономии пациента в китайской биоэтике.

Так, Ж. Тао (2006), опираясь на конфуцианскую философию, рассматривает вопросы реализации принципа уважения автономии пациента во взаимоотношениях врача и пациента. Касаясь решения о конце жизни или о принятии решения о лечении в критическом состоянии, она выделяет следующие три модели принятия решения: 1) главенства пациента, где руководящей ценностью выступает автономия пациента; 2) главенства семьи, главная ценность – отношение семьи; 3) главенства врача, руководящая ценность – медицинское благодеяние.

Ж. Тао выделяет две концепции автономии – автономия как индивидуальная самодетерминация и автономия как способность критической саморефлексии. Наиболее распространенное в настоящее время понимание автономии – это автономия как самодетерминация, способность управлять и направлять наши жизни – центральное основание морального требования уважения к людям и источник человеческого достоинства. Самоопределение в этом смысле приравнено к самообладанию и саморуководству. Критикуя данную концепцию автономии пациента, Ж. Тао отмечает, что она создает «индивидуалистическую фантазию».

Во-первых, она создает ложную картину человеческой жизни как отдельной и не связанной (ее учитывающей родственные связи).

Во-вторых, создается неправильное представление, что самостоятельность – необходимое условие автономии, понятой как независимость от других.

В-третьих, акцент на автономии пациента способствует тому, что в должной мере не учитывается значение семейных отношений в принятии медицинского решения.

Анализируя вторую концепцию (автономия как способность критической саморефлексии), Ж. Тао приводит пример измененной интерпретации автономии пациента в совещательной модели принятия решения, которая частично ограничивает индивидуализм. Согласно этой интерпретации критическая оценка и рефлексия задуманы как сущность автономии. Такая концепция автономии в большей степени подтверждает положительную роль врача, подчеркивая, что процесс решения – это объединенный совещательный процесс между пациентом и врачом.

При рассмотрении «совместной модели решения» Ж. Тао делает акцент на случаях, когда врач должен применить «оправданный патернализм» именно как составляющую часть автономии как способности критической рефлексии.

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

Согласно части 1 статьи 20 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» необходимым предварительным условием медицинского вмешательства

является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Вместе с тем часть 9 данной статьи определяет основания, при которых допускается медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя.

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

В ст. 6 «Согласие» Декларации определено:

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

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

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

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

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

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

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

нормами защиты прав человека отдельного лица. Следует уважать отказ таких лиц от участия в исследованиях».

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

Д. Пулмэн (2001) выделяет «базисное» и «личностное» достоинство. С одной стороны, апелляция к «неотъемлемому достоинству» каждого человека используют для обоснования универсальных прав человека. В этом смысле достоинство понимается как универсальное моральное качество (или черта), которое неотъемлемо и неотчуждаемо. С другой стороны, можно говорить о достоинстве и в более узком смысле. Это достоинство связано с личными целями и социальными обстоятельствами, с местом данного человека в социальном мире. Это достоинство может упрочиваться при соответствующем поведении человека, но его можно и утратить либо унижить не-благоразумными поступками.

Базисное достоинство относится к моральной границе. Это достоинство содержит коннотации, отсылающие к чему-то объективному и абсолютному. Трактовки, ориентированные на личностное достоинство, напротив, ближе к границе, которая соответствует эстетическому. Таким образом, высказывания о личностном достоинстве по своей природе более субъективны и зависимы от обстоятельств. Хотя в повседневном общении, говоря о человеческом достоинстве, обычно имеется в виду нечто относящееся и к моральному, и к эстетическому.

Базисное достоинство в его кантовской формулировке – это понятие, относящееся к виду. Оно применяется ко всем людям безотносительно их особых качеств или привходящих обстоятельств. Напротив, личностное достоинство – это понятие, в большей мере относящееся к социальному контексту. Именно личностное достоинство обычно имеется в виду, когда речь идет о человеческом страдании, поскольку часто считается, что некоторые виды и степени страдания подрывают саму способность достойного существования.

Понятие человеческого достоинства часто встречается в текстах и документах, относящихся к этическим и правовым проблемам биоэтики, поскольку современная биомедицина нередко имеет дело с предельными состояниями человеческого существования, когда человеческое достоинство оказывается под угрозой.

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

В ст. 3 «Человеческое достоинство и права человека» Декларации уставновлено:

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

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

В ст. 9 «Неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность» Декларации указано:

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

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

Принцип признания уязвимости человека и уважения целостности личности. Уязвимость может пониматься в разных смыслах. Так, ООН рассматривает степень

уязвимости человека в зависимости от изменений окружающей среды как критерий принятия решений в интересах устойчивого развития. О.Д. Доронина (2006), исследуя уязвимость в данном аспекте, подчеркивает, что уязвимость человека характеризуется социальными факторами, экономическими факторами и факторами окружающей среды, а также напрямую зависит от величины антропогенной нагрузки на экосистемы и от подходов к преодолению отдельными социальными группами возникающих кризисов. Понятие «уязвимость человека вследствие изменения окружающей среды» определяется соотношением между реальными угрозами здоровью и благополучию человека и способностью человека и общества справиться с этими угрозами.

Данный экологический подход, безусловно, имеет большое значение для биоэтики. Вместе с тем указанный подход не учитывает значение психологических факторов уязвимости человека. Эмоциональная уязвимость человека может быть обусловлена детским возрастом, трудной жизненной ситуацией, определенными «стигматизирующими» заболеваниями (СПИД, психические болезни).

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

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

На наш взгляд, принцип уязвимости необходимо рассматривать в единстве с принципом уважения целостности личности, поскольку данные принципы, в частности, в аспекте уважения неприкосновенности личности.

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

У Гераклита находим: «Мудрость в том, чтобы знать все как одно».

Феномен целостности человека с давних времен находится в центре философской мысли. Целостность происходит от слова «целый». П.А. Флоренский пишет: «Итак, в понятие *целого*, как оно выражено в русском языке, отмечена присущность целому *многих частей*, и при том в определенном составе, так что по нему, как бы по инвентарю целого, можно судить о наличности всех их, во всей полноте, и следовательно о неповрежденности *целого*, его неиспорченности или сохранности. Слово «целый» сокоренно слову «целить», исцелять, целебный, т.е. *делать вновь целым* из нецелого, из заболевшего, т.е. поврежденного, не обладающего всеми должными силами деятельности, способностями и органами».

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

опыта, творчества и самоопределения личности. Целостность связана со свободой субъекта.

В биоэтических отношениях принцип уважения целостности человека актуализируется при исследовании генома, обсуждения проблемы клонирования, трансплантации органов.

Целостность затрагивает как телесную, так и психическую целостность индивида; его значимость в ряду биоэтических принципов определяется тем, что медицинские вмешательства, имеющие целью восстановить здоровье человека, улучшить его состояние очень часто бывают связаны с нарушением целостности человека. Целостность может выступать и как особое положительное качество отдельного индивида и как универсальная характеристика каждого человеческого существа. Целостное сознание индивида обеспечивается памятью о взаимосвязанных событиях в жизненной истории какого-то человека. Необходимость защищать целостность каждого человеческого существа обнаруживается в связи с выработкой этических и правовых норм, относящихся к генетическим манипуляциям и вмешательствам в генетическую структуру индивида. Важный аспект целостности состоит в праве наследовать не измененную искусственно генетическую структуру.

Итак, целостность, это то, что обеспечивает тождественность личности и что не должно подвергаться манипуляциям или разрушению.

5. Функциональные принципы

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

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

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

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

В этой связи А.Е. Сериков (2006) верно отмечает: «В ситуации лицом-к-лицу взаимодействие формируется, прежде всего, на основании тех прецедентов, которые имеются в совместном опыте взаимодействующих».

Наряду с отношениями по горизонтали («ситуации лицом-к-лицу») в биоэтическом отношении важны связи по вертикали (защита будущих поколений, окружающей среды, биосферы). Г. Йонас, говоря об обязанности перед бытием (Dasein) и бытием качественно определенным (Sosein) потомства как такового, указывает: «Об обязанности такого рода речь заходит в связи с ответственностью за будущее человечество, устанавливающей, в первую очередь, возложенную на нас обязанность обеспечить, чтобы будущее человечество существовало (вне зависимости от того даже, будет ли среди него наше собственное потомство), а, во вторую – обязанность обеспечить, чтобы оно существовало качественно определенным образом».

В этой связи в контексте принципа взаимозависимости следует рассматривать ст.ст. 16, 17 Декларации.

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

В ст. 17 «Защита окружающей среды, биосферы и биоразнообразия» Декларации установлено: «Следует уделять должное внимание взаимосвязи между человеком и другими формами жизни, важности надлежащего доступа к биологическим и

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

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

В системе имеется отрицательная обратная связь, если приложение к системе некоторого воздействия вызывает противодействие, восстанавливающее первоначальное состояние всей системы или ее части. С другой стороны, если обратная связь положительная, то приложенные воздействия поддерживаются и система стремится удалиться от своего первоначального состояния.

А.П. Вардомацкий (1987) замечает, что в качестве обратной связи (социум ← личность) названной системы можно считать нравственную активность личности. Если в деятельности личности активизируются те моральные ценности, которые в данный момент обществу необходимо активизировать, то обратная связь приобретает знак «плюс». Если же в ответ на общественную потребность в усилении какой-либо ценностной ориентации личность отвечает активностью противоположной, то «минус».

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

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

Принцип партнерства. Партнерство – тенденция объединяться, устанавливать связи, жить друг в друге и сотрудничать – одна из важнейших отличительных черт жизни. В человеческих сообществах партнерство означает демократию и расширение прав личности, поскольку каждый член сообщества играет в нем важную роль. Комбинируя принцип партнерства с динамикой изменений и развития, Ф. Капра метафорически использует термин «совместная эволюция» применительно и к человеческим сообществам. По мере развития партнерства каждый член сообщества начинает лучше понимать ближних. В условиях честного, доверительного партнерства оба партнера обучаются и изменяются – они совместно эволюционируют.

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

В этом отношении заслуживает внимания этика дискурса. Один из основоположников этики дискурса К.О. Апель (2001) подчеркивает тот факт, что «кто аргументирует – тот всегда уже предполагает две вещи: во-первых, реальное коммуникативное сообщество, членом которого сделался он сам в процессе социализации, а, во-вторых, идеальное коммуникативное сообщество, которое принципиально должно быть в состоянии адекватно понимать смысл его аргументов и окончательно выносить суждения об их истинности».

Ю. Хабермас (2001) считает, что моральный принцип понимается таким образом, что он исключает как недейственные те нормы, которые не могли бы получить квалифицированного одобрения у всех, кого они, возможно, касаются. Облегчающий достижение консенсуса связующий принцип должен, таким образом, твердо установить,

что в качестве действенных принимаются только те нормы, которые выражают всеобщую волю: они должны как вновь и вновь утверждает Кант, годиться для «всеобщего закона».

Этика дискурса в отношениях врача и пациента предполагает общение двух равных субъектов и исключает взгляд на пациента со стороны врача как на объект вмешательства, что глубоко проанализировано М. Фуко (1998) в его книге «Рождение клики». М.Фуко говорил: «Наиболее важной этической проблемой, которую порождала идея клиники, была следующая: на каком основании можно превратить в объект клинического изучения больного, принужденного бедностью просить помощи в больнице? ... Теперь его просят стать объектом осмотра, и объектом относительным, ибо его изучение предназначено для того, чтобы лучше узнать других».

Любые взаимоотношения врача и пациента, которые могут иметь большое количество рациональных и эмоциональных оттенков, в стратегическом плане должны развиваться в сторону партнерства, которое открывает путь к лучшему взаимопониманию в процессе терапевтического сотрудничества.

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

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

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

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

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

Контрольные вопросы для проверки уровня знаний обучающихся:

Подготовить сообщения по темам.

- 1.Формирование биоэтического сознания специалистов в сфере здравоохранения.
- 2.Этические основы современного законодательства в сфере охраны здоровья.
- 3.Соотношение биоэтики, профессиональной этики и права.

4. Основные этические документы международных, отечественных правительственных и неправительственных организаций.
5. Основные этические теории и биоэтика.
6. Система принципов биоэтики.
7. Мотивационные принципы.
8. Целеполагающие принципы.
9. Экзистенциально-гуманистические принципы.
10. Функциональные принципы.

Литература (в т.ч. указать адреса электронных ресурсов).

Основная:

1. Биоэтика: учебное пособие / Л. Г. Сахарова. - 109 с. Сахарова, Л.Г. Киров: Кировский ГМУ, 2017. - Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/136097>
2. Биоэтика. Философия сохранения жизни и сбережения здоровья: учебник - 400 с. Хрусталеv, Ю. М. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - ISBN 978-5-9704-5266-0. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452660.html>
3. Биоэтика. Этические и юридические документы, нормативные акты - 357 с. Шамов, И. А. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - ISBN 978-5-9704-2975-4. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970429754.html>

Дополнительная:

1. История и современные вопросы развития биоэтики: учебное пособие - 144 с. Балалыкин, Д. А. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - ISBN 978-5-9704-2057-7. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970420577.html>
2. Биоэтика: учебное пособие - 47 с. Бугеро, Н. В. Ульяновск: УлГПУ им. И.Н. Ульянова, 2017. - ISBN 978-5-86045-906-9. - Текст электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/112086>
3. Биоэтика: учебник / под ред. П.В. Лопатина. - 4-е изд., перераб. и доп. - 269 с. Лопатин, П. В. М.: Гэотар Медиа, 2011.
4. От этики до биоэтики: учебник Хрусталеv, Ю. М. Ростов н/Д: Феникс, 2010.

Тема № 3. Правила биоэтики

Цель: закрепить теоретические знания правил биоэтики.

Обучающийся должен **знать:**

- правила биоэтики;
- морально-этические нормы, правила и принципы профессионального врачебного поведения, этические основы современного медицинского законодательства.

Обучающийся должен **уметь:**

- выстраивать и поддерживать уважительные и доверительные отношения с пациентами (их законными представителями) рабочие отношения с членами коллектива, а также конструктивные отношения с институтами гражданского общества.

Обучающийся должен сформировать следующие компетенции:

УК-1. Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, выработать стратегию действий.

УК-5. Способен анализировать и учитывать разнообразие культур в процессе межкультурного взаимодействия.

Задания для самостоятельной работы:

Правила биоэтики в структуре этического анализа

Этические правила профессионального поведения работников здравоохранения – это положения, в которых отражена закономерность, постоянное соотношение явлений, возникающих в процессе их взаимодействия с пациентом и его законными представителями. Правила являются масштабом, критерием поведения работников здравоохранения, а также имеют свойство обязательности (императивности).

Изучение правил биоэтики многие годы находится в центре внимания отечественных ученых (Иванюшкин А.Я., Игнатьев В.Н., Коротких Р.В., Лопатин П.В., Михайлова Е.П., Летов О.В., Силуянова И.В., Орлов А. Н., Тищенко П.Д., Хрусталёв Ю.М., Шамов И.А., Юдин Б.Г., Яровинский М.Я.), некоторые результаты их исследований используются в настоящей лекции.

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

Средства этического анализа условно можно расположить на разных уровнях этического знания. Наивысшим достижением всякого научного знания является научная теория, которая служит не только для объяснения тех или иных фактов, но и для предвидения новых явлений. В связи с этим теории этики располагаются на высшем уровне этического знания.

На среднем уровне располагаются принципы биоэтики.

На нижнем уровне находятся основные этические правила, которые касаются конкретных вопросов, связанных с реальными этическими ситуациями.

Указанные средства этического анализа взаимосвязаны и взаимодополняемы.

Этический анализ в медицине имеет своей целью рассмотрение сложных моральных ситуаций без предвзятости, разбор их по деталям, т.е. доводов и контрдоводов в пользу той или иной позиции. На этом дело не заканчивается, т.к. моральный выбор, сделанный вследствие этического анализа, накладывает на медицинского работника моральную ответственность.

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

А.В. Разин (2012) отмечает, что осмысление оснований выбора, активности личности в процессе его совершения необходимо связано с ответственностью личности за результаты ее выбора, за поиск средств, адекватных условий реализации принятых в результате морального выбора целей. В объективном смысле выбор всегда создает новую реальность, новый круг общественных отношений, отсутствующих до его совершения. Эти отношения

могут иметь положительное или отрицательное значение для других людей. В личном плане выбор может также имеет значение в смысле влияния на развитие мотивационной сферы личности.

Выбор может быть и технический, но за технической стороной нередко кроется и ситуация морального выбора. Например, врач, установив диагноз болезни, знает, что есть два метода лечения данного заболевания: оперативный и консервативный. Чтобы остановиться на том или другом, надо учесть, что первый требует сравнительно меньше времени, но сопряжен с риском осложнений, тогда как второй требует больше времени и средств (ресурсов), но он безопаснее первого. Сравнивая эти характеристики, врач решает этическую проблему, что будет большим благом для пациента и, одновременно, будет грозить ему меньшим вредом.

Те ситуации, когда у человека есть свободный выбор, и он его делает, он принимает на себя ответственность, он выступает как автономный человек, совершающий автономный поступок. Неавтономным же будет тот, кого считают неспособным контролировать себя из-за нездоровья или малого возраста. В медицине это состояние очень существенно, когда нужно получать информированное согласие больного на лечение.

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

Моральный выбор и моральная ответственность медицинского (фармацевтического) работника подразумевают хорошее знание специалистом основных правил биоэтики, которыми являются: *правило правдивости, правило уважения неприкосновенности частной жизни, правило конфиденциальности, правило информированного согласия.*

Правило правдивости

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

Важно заметить, что дискуссия о роли правды и лжи в жизни человека и общества до настоящего времени не утратили своей актуальности. Об этом, в частности, свидетельствует организованное сектором этики Института философии РАН детальное обсуждение эссе Канта «О мнимом праве лгать из человеколюбия» (материалы этого обсуждения представлены в № 5 журнала «Логос» за 2008). *Д.И. Дубровский (2010), детально анализируя точки зрения, представленные участниками указанного обсуждения, а также, учитывая собственные исследования по данному вопросу, считает, что основной тезис Канта (об абсолютной недопустимости лжи во всех без исключения случаях) не выдерживает критики. При этом автор подчеркивает, что обман – фундаментальный фактор социальных и личностных отношений неизбежно присутствует во всех формах деятельности коллективных, институциональных и индивидуальных субъектов.*

По мнению Ю.А. Разинова (2011), «ложь является связующим раствором в социальной кладке, подтачиваемой и разрушаемой голой правдой». Множество вариантов применения лжи в повседневной жизни человека приводит В.В. Кузнецов (2008), отмечая, что ложь имеет место в самых различных ситуациях – с целью облегчения социальных контактов, соблюдения общепринятых правил и традиций (в том числе, придерживаясь элементарных правил вежливости), выполнения долга, являющегося в ряде случаев необходимым условием успешной профессиональной деятельности.

Зачастую ложь используется людьми из-за корысти, нанося материальный, экономический ущерб, физический и моральный вред. Ложь является инструментом мошенников, аферистов, фальшивомонетчиков, с ее помощью совершаются преступления самого различного масштаба. При этом люди давно заметили, что ложь не является для человека «естественным» состоянием.

Известный своими работами в области психологии лжи профессор Калифорнийского университета США П. Экман выделяет две причины неудачи обмана – первая из них

связана с разумом, вторая – с чувствами. В первом случае причина провала лжеца кроется в отсутствии подготовки нужной линии поведения и/или придерживания ее, а также – в неумении адекватно реагировать на меняющиеся обстоятельства. Но гораздо чаще лжец выдает себя из-за чувств, эмоций, которые трудно подделать или скрыть. Ведь люди испытывают эмоции не по собственному произволу – и страх, и гнев возникают помимо их воли. Но люди не только не выбирают свои эмоции, они еще и не могут по собственному произволу управлять их внешними проявлениями.

Именно эти принципы и лежат в основе методов выявления лжи.

А.К. Секацкий (2000) в своей работе «Онтология лжи», называет мысль о том, что для человека лгать трудно и неестественно противоречащей житейскому опыту и здравому смыслу, при этом подвергая сомнению главный принцип работы так называемого «детектора лжи» – полиграфа.

Имеющиеся научные данные позволяют утверждать, что именно лживые ответы в отличие от правдивых способны вызвать состояние волнения, проявляющееся различными физиологическими реакциями, которые и фиксируют датчики полиграфа. Данный принцип получил название *генерального принципа психофизиологического метода выявления скрываемой информации* и был сформулирован в 20-х годах прошлого века выдающимся советским психологом А.Р. Лурия. Он писал: «Единственная возможность изучить механику внутренних «скрытых» процессов сводится к тому, чтобы соединить эти скрытые процессы с каким-либо одновременно протекающим рядом доступных для объективного наблюдения процессов..., в которых внутренние закономерности и соотношения находили бы свое отражение» [Цит. по Оглоблин С.И., Молчанов А.Ю. Инструментальная «детекция лжи»: академический курс / С.И. Оглоблин, А.Ю. Молчанов. – Ярославль: Ньюанс, 2004. – С. 36].

Ю.И. Холодный (2008), развивая этот принцип, сформулировал теорию целенаправленного тестирования памяти, являющуюся базовой в работе специалистов-полиграфологов. Согласно данной теории, в ходе тестирования на полиграфе образы событий (явлений), хранящиеся в памяти человека, могут быть намеренно актуализированы с помощью целевой установки и далее обнаружены по регистрируемым физиологическим реакциям, возникающим в ответ на предъявляемые человеку специальным образом подобранные и сгруппированные стимулы. Иными словами, после актуализации событий и явлений в памяти человека в ходе предтестовой беседы, наступает черед фиксации и калибровки реакций обследуемого на эти стимулы с помощью полиграфа. А калибровка происходит в свою очередь на основании убеждения обследуемого в *правдивости* своих ответов. Практика показывает, что ложные ответы всегда вызывают более выраженные физиологические сдвиги, нежели правдивые.

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

Очевидно, что наиболее остро вопрос о соблюдении правила правдивости проявляется в онкологии. В этой связи Ю.М. Хрусталева (2011) верно подчеркивает, что врачам-онкологам надо уметь тонко сочувствовать во время разговора с онкологическими больными. При этом порой приходится прибегать к благонамеренной лжи. Но она может быть оправдана лишь в условиях так называемой крайней необходимости, т.е. когда она – единственное средство совершить доброе дело. Благонамеренная ложь имеет свои

границы и должна сменяться правдой. Нельзя без конца скрывать от пациента диагноз заболевания и степень его тяжести.

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

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

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

В соответствии с ч. 1 ст. 20 Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон РФ № 323-ФЗ) необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Следовательно, дача пациентом информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство основано на его праве на получение информации о состоянии своего здоровья.

Возможно ли знать правду? Этот вопрос касается возможности высказать и воспринять правду. Он включает два уровня - познавательный и психологический.

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

С психологической точки зрения важно подчеркнуть, что есть диагнозы, которые как клеймо, отторгают человека из общества. Вокруг него образуется социальный вакуум. Еще более тяжело сказать и воспринять правду о неотвратимой смерти. Поэтому человека окружают как бы стеной спасительной лжи. Однако, рано или поздно больные узнают о диагнозе и жестком прогнозе. Это значит, что ложь не защищает их от правды о неблагоприятном диагнозе.

«Спасительная ложь», по сути, означает отказ от общения с пациентом на столь болезненную тему. Вместо жалости и сострадания к больному, обнаруживается нежелание и неумение общаться с ним в предвидении смерти.

Целесообразно ли говорить правду? В этом аспекте правдивость выступает как средство, инструмент для достижения некоторой внешней цели. Например, врач отказывается сообщить правду онкологическому больному с целью избежать повышения кровяного

давления, к чему склонен больной. Некоторые больные требуют правды с целью прогнозировать свою деловую жизнь или успеть составить завещание. Цели могут быть разные и вопрос не в том, чтобы дать врачу на все случаи рецепт поступка, а внушить ему, что любым средством надо уметь пользоваться осторожно.

Сложности возникают при использовании плацебо, нейтрального средства, которое выдается за лекарство. Плацебо в ряде случаев способно оказывать терапевтический эффект. Таким образом, терапевтическим средством оказывается по сути дела «обман». Б. Голдакр (2010) замечает, что в большинство исследований мы не имеем контрольной группы, не получающей лечение вообще, и, следовательно, не имеем возможности сравнить ее с группами, получающими плацебо и лекарства, по единственной этической причине: если пациент болен, мы не можем оставить его без лечения в угоду своим корыстным интересам изучения эффекта плацебо. Фактически в настоящее время использование плацебо вообще считается неправильным. Где возможно, мы должны сравнивать новое лечение с уже существующим.

Правило уважения неприкосновенности частной жизни

Для понимания правила неприкосновенности частной жизни и правила конфиденциальности, которые оба связаны с институтом врачебной тайны, необходимо разделить понятия «неприкосновенность» и «конфиденциальность».

Под неприкосновенностью понимают сохранение в целостности чего-нибудь, защищенность от всякого посягательства со стороны кого-нибудь.

Под конфиденциальностью – понимают секретность, доверительность.

Поэтому правило неприкосновенности связано с материальными нормами о врачебной тайне, а правило конфиденциальности с процессуальными нормами о ней. Другими словами, в соответствии с правилом неприкосновенности устанавливается содержание неприкосновенного объекта (например, элементы врачебной тайны), т.е. что является неприкосновенным; правилом конфиденциальности определяется порядок обеспечения секретности и доверительности при сохранении неприкосновенного объекта (например, сведений составляющих врачебную тайну).

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

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

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

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

Одним из механизмов обеспечения неприкосновенности частной жизни являются профессиональные тайны.

К профессиональным тайнам относятся тайна исповеди, врачебная тайна, тайна судебной защиты, адвокатская тайна, тайна предварительного следствия, усыновления, нотариальных действий и некоторых записей актов гражданского состояния, коммерческая тайна.

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

Правило конфиденциальности

Цель применения правила конфиденциальности состоит в том, чтобы защитить медицинского (фармацевтического) работника, лиц, которым в установленном законом порядке переданы сведения, составляющие врачебную тайну, и пациента от вторжения в секретную и доверительную сферу профессионального общения. Следовательно, сведения, составляющие врачебную тайну, являются предметом конфиденциальности. Важно подчеркнуть, что правило конфиденциальности имеет исключения.

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

- 1) в целях проведения медицинского обследования и лечения гражданина, который в результате своего состояния не способен выразить свою волю, с учетом положений пункта 1 части 9 статьи 20 настоящего Федерального закона (*п. 1 ч. 9 ст. 20: если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители*);
- 2) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;
- 3) по запросу органов дознания и следствия, суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством, суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством, по запросу органа уголовно-исполнительной системы в связи с исполнением уголовного наказания и осуществлением контроля за поведением условно осужденного, осужденного, в отношении которого отбывание наказания отсрочено, и лица, освобожденного условно-досрочно;
- 4) в случае оказания медицинской помощи несовершеннолетнему в соответствии с пунктом 2 части 2 статьи 20 настоящего Федерального закона (*п. 2 ч. 2 ст. 20: несовершеннолетнего больного наркоманией при оказании ему наркологической помощи или при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего в целях установления состояния наркотического либо иного токсического опьянения (за исключением установленных законодательством Российской Федерации случаев приобретения несовершеннолетними полной дееспособности до достижения ими восемнадцатилетнего возраста)*), а также несовершеннолетнему, не достигшему возраста, установленного частью 2 статьи 54 настоящего Федерального закона (*ч. 2 ст. 54: Несовершеннолетние, больные наркоманией, в возрасте старше шестнадцати лет и иные несовершеннолетние в возрасте старше пятнадцати лет имеют право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него в соответствии с настоящим Федеральным законом, за исключением случаев оказания им медицинской помощи в соответствии с частями 2 и 9 статьи 20 настоящего Федерального закона*), для информирования одного из его родителей или иного законного представителя;
- 5) в целях информирования органов внутренних дел о поступлении пациента, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что вред его здоровью причинен в результате противоправных действий;
- 6) в целях проведения военно-врачебной экспертизы по запросам военных комиссариатов, кадровых служб и военно-врачебных (врачебно-летных) комиссий федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба;
- 7) в целях расследования несчастного случая на производстве и профессионального заболевания;

- 8) при обмене информацией медицинскими организациями, в том числе размещенной в медицинских информационных системах, в целях оказания медицинской помощи с учетом требований законодательства Российской Федерации о персональных данных;
- 9) в целях осуществления учета и контроля в системе обязательного социального страхования;
- 10) в целях осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с настоящим Федеральным законом.

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

1. Правило конфиденциальности является условием защиты социального статуса пациента. При существующем отношении к некоторым заболеваниям в обществе диагноз может становиться клеймом для больных и ограничивать их самореализацию в жизни, изолировать таких больных в обществе.
2. Правило конфиденциальности защищает и экономические интересы пациентов. Разглашение информации о том, что адвокат, например, ВИЧ-инфицирован может отпугнуть его клиентов, хотя реальной угрозы и не будет.
3. Конфиденциальность необходима для обеспечения откровенности в общении между врачом и пациентом.
4. Сохранение конфиденциальности обеспечивает врачу престиж и популярность в глазах общества.
5. Наконец, существенное значение конфиденциальность имеет для реализации права пациента на автономию и эффективный контроль за тем, что и как происходит в его жизни. Разглашение медицинской информации делает человека более уязвимым в этом отношении.

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

- «4.1. Вся информация о состоянии здоровья пациента, диагнозе, прогнозе и лечении его заболевания, а также любая другая информация личного характера должна сохраняться в секрете, даже после смерти пациента.
- 4.2. Конфиденциальную информацию можно раскрыть только тогда, когда на это есть ясно выраженное согласие пациента, либо это требует закон. Предполагается согласие пациента на раскрытие конфиденциальной информации медицинскому персоналу, принимающему участие в лечении пациента.
- 4.3. Все данные, могущие раскрыть личность пациента должны быть защищены. Степень защиты должна быть адекватна форме хранения данных. Компоненты человеческого тела, из которых можно извлечь идентификационную информацию, также должны храниться с соблюдением требований защиты.
- 4.4. Пациенты имеют право доступа к истории болезни, а так же ко всем материалам, имеющим отношение к диагнозу и лечению. Пациент имеет право получить копии этих материалов. Однако данные, касающиеся третьих лиц не должны стать доступными для пациента.
- 4.5. Пациент имеет право потребовать коррекции, дополнения, уточнения и/или исключения данных личного и медицинского характера, если они неточны, неполны или не имеют отношения к обоснованию диагноза и проведению лечения.
- 4.6. Запрещается любое вторжение в вопросы личной и семейной жизни пациента за исключением тех случаев, когда пациент не возражает против этого и необходимость вторжения продиктована целями диагностики и лечения.
- 4.7. В любом случае, медицинское вторжение в личную жизнь пациента безусловно предполагает уважение его тайн. Поэтому подобное вторжение может осуществляться

лишь в присутствии строго необходимых для его проведения лиц, если иного не пожелает сам пациент.

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

Правило информированного согласия

Руководитель отдела ЮНЕСКО по биоэтике А. Сарми отмечает, что основные права человека основываются на признании его личностного статуса, неприкосновенности его жизни, того, что он был рожден и всегда будет свободен. Уважение к этим правам гражданина становятся тем сильнее, чем более он уязвим. Поскольку независимость и ответственность каждого человека, включая тех, кто нуждается в медицинской помощи, принимается как важный принцип, то участие в принятии решений относительно своего тела или здоровья, необходимо рассматривать как его неотъемлемое право.

Правило информированного согласия, по сути дела, целая новая концепция, которую, как полагают современные биоэтики, Гиппократ нашел бы очень странной. Ведь он был убежден, что обстоятельства болезни следует скрывать от пациентов. Правило информированного согласия созвучно принципу автономии, ибо оно призвано обеспечить уважительное отношение к пациентам или к испытуемым в биомедицинских экспериментах как к личностям. Благодаря этому правилу, минимизируется угроза причинения вреда здоровью вследствие недобросовестных или безответственных действий специалистов. При этом обеспечивается активное участие пациента в выборе метода лечения, оценка его с точки зрения жизненных ценностей пациента.

Согласно этому правилу, любое медицинское вмешательство должно, как обязательное условие, включать специальную процедуру получения добровольного согласия пациента или испытуемого на основе адекватного информирования: 1) о целях предполагаемого вмешательства; 2) его продолжительности; 3) ожидаемых положительных последствий для пациента или испытуемого; 4) возможных неприятных ощущений (тошнота, боль, рвота, зуд и т.д.); 5) риске для жизни, физического и/или социально-психологического благополучия; 6) наличии альтернативных методов лечения и их сравнительной эффективности; 7) о правах пациентов и способах их защиты, когда они ущемлены.

Термин «информированное согласие» появился через десять лет после Нюрнбергского процесса, на котором были продемонстрированы свидетельства о чудовищных медицинских экспериментах в концлагерях. В Нюрнбергском кодексе была сформулирована норма добровольного согласия при информировании о характере эксперимента. Термин же «информированное согласие» тогда не фигурировал и стал более жесткой нормой после детальной проработки этого понятия в начале 70-х годов. Это уже не то, что раньше было известно как получение согласия от больного на хирургическую операцию. Правило нацеливает на информирование пациента с определенными целями, которые сформулировали Бичамп и Чилдрес: 1) обеспечить уважительное отношение к пациенту или испытуемому как к автономной личности; 2) минимизировать возможность морального и материального ущерба, который может быть причинен пациенту; 3) создать условия, способствующие повышению чувства ответственности медицинских работников и исследователей за моральное и физическое благополучие пациентов и испытуемых.

В настоящее время вопрос об информированном согласии стал одним из главных в биоэтике. Более того, правило получения информированного согласия пациентов стало общепризнанной нормой. В ч. 2 ст. 21 Конституции РФ указано: «Никто не может быть без добровольного согласия подвергнут медицинским, научным или иным опытам».

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

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

1а. Компетентность пациента или испытуемого является необходимым предварительным условием участия в процедуре получения информированного согласия. Признается два возможных состояния: компетентность или некомпетентность пациента или испытуемого. Некомпетентными признаются лица моложе 15 лет, а также граждане, признанные недееспособными в установленном законом порядке. Право на дачу информированного согласия от них передается их законным представителям. Закон не учитывает права ребенка на получение информации или участие в процессе принятия решения. Морально ущербно, если подростка насильем или обманом принуждают к оперативному вмешательству или вопреки интересам пациента принимают за него решение. Долг врачей – выступить в защиту интересов ребенка, предпринять юридические шаги, которые бы ограничили права законных представителей. В подобных ситуациях интересы недееспособных пациентов должны перевешивать права их законных представителей. Примеры с отказами от необходимого переливания крови хорошо известны из практики.

1б. Добровольным считается решение, если при его принятии на пациента не оказывалось принуждающего влияния извне: угроза отказа от лечения или бесплатного лечения, авторитарное навязывание решения и манипуляция данными, которые подбираются так, что пациент бывает вынужден согласиться на лечение или исследование.

2а. Устная форма передачи информации облегчает возможность манипулировать решением пациента. Умалчивание, сокрытие информации о негативном предшествующем опыте, преувеличение шансов на успех – все это нарушает правило добровольности. Причем, это может происходить неосознанно, например, из-за увлечения ученого новым методом лечения. Письменное заполнение особого формуляра информированного согласия создает возможности контроля за объективностью информации, а гарантии ее могут быть получены, если проводимые испытания пройдут экспертизу независимого этического комитета.

2б. Возникает вопрос о содержании сообщаемой пациенту информации: сколько, как и что сообщать пациенту? В биоэтике существуют нормы – «стандарты информирования». Профессиональный стандарт определяется практикой, сложившейся в данном медицинском сообществе. Это – стихийно складывающийся в медицинской практике стандарт, который неосознанно усваивается медиками в стабильном обществе.

2в. Эффективное понимание (осознанность) пациентом сообщаемой информации вызывает сомнение в связи с его образовательным уровнем, который может быть невысоким. Бичамп и Чилдрес в этих случаях предлагают, например, для пояснения риска применить сравнения с вероятностью риска, известного пациенту из предшествующего опыта вождения автомобиля или работы с электрическими приборами (не используя много специальных терминов). Важно учитывать и психологическое влияние используемых слов: вероятность выживания в процентах воспринимается более обнадеживающе, чем такая же информация о смерти.

3а. Принятие решения – самостоятельный процесс, который требует времени. Пациенту необходимо дать время на обдумывание, на совет с близкими или специалистами. Согласие, данное испытуемым или пациентом, впоследствии может быть им пересмотрено или отозвано. Отечественное законодательство предусматривает право

испытуемого на прекращение своего участия в исследовании на любой стадии, а также право пациента на отказ от лечения.

3б. Авторизация по своей сути означает одобрение пациентом намеченного плана обследования и лечения, готовность пациента вступить в определенные договорные отношения, которые будут его связывать с медиками, оказывающими ему помощь.

Исторически сложилось так, что правило информированного согласия первоначально прорабатывалось в США в связи с обнаруженными случаями серьезных нарушений врачами прав и интересов пациентов в научных или коммерческих целях. Вводились же в практику американского и западноевропейского здравоохранения процедуры получения информированного согласия именно для минимизации риска этих нарушений. Правило информированного согласия чрезвычайно важно для нормального развития современных моральных и правовых стандартов врачевания. Однако, практическое преобразование отношений врач-пациент на базе нового морального стандарта может иметь и негативные последствия. Правило информированного согласия, как необходимое предварительное условие любого медицинского вмешательства, может стать фактором, нарушающим чувство доверия к медицинской профессии. Ведь пациенту как бы говорят: «Вы должны во всех деталях контролировать действия врачей, иначе Вам грозит опасность». Это нагнетает подозрительность и может сыграть негативную роль. Поэтому правило информированного согласия нужно понимать как норму диалогического общения врача и пациента с целью согласования обоюдно приемлемого метода медицинского вмешательства. Обсуждение должно включать все названные и рассмотренные выше элементы получения согласия. Если это требование выполняется, то снижается опасность нанесения вреда здоровью и интересам пациентов. В этих условиях правило информированного согласия становится не самоцелью, а средством для обеспечения партнерского диалога заинтересованных сторон. Врач и пациент становятся тем самым равноправными партнерами в лечебно-диагностическом процессе.

Этические аспекты отказа пациента от медицинского вмешательства

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

Это достаточно сложная юридическая и этическая проблема.

В подобной ситуации врач стоит перед необходимостью разъяснения в доступной для пациента форме возможных последствий. Очевидно, что от пациента нельзя скрывать и вероятность наступления смертельного исхода в случае его отказа от медицинского вмешательства.

В силу ч. 3 ст. 20 Федерального закона РФ № 323-ФЗ гражданин, один из родителей или иной законный представитель лица имеют право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения. Законный представитель лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, осуществляет указанное право в случае, если такое лицо по своему состоянию не способно отказаться от медицинского вмешательства.

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

При отказе одного из родителей или иного законного представителя лица, либо законного представителя лица от медицинского вмешательства, необходимого для спасения его жизни, медицинская организация имеет право обратиться в суд для защиты интересов такого лица (ч. 5 ст. 20 Федерального закона РФ № 323-ФЗ).

Важно подчеркнуть, что право на отказ от медицинского вмешательства также не является абсолютным. Как с этической, так и с юридической точек зрения можно считать оправданным оказание медицинской помощи без согласия граждан или их законных представителей лицам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, лицам, страдающим тяжелыми психическими расстройствами, или лицам, совершившим общественно опасные деяния.

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

- 1) если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители;
- 2) в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;
- 3) в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами;
- 4) в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления);
- 5) при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы.

Форма контроля освоения заданий: разобрать ситуационные задачи.

ЗАДАЧА № 1.

В больницу для проведения плановой операции поступил Н., его осмотрели: старший ординатор отделения, лечащий врач, оперирующий хирург, анестезиолог; были изучены также заключения специалистов. Противопоказаний к операции обнаружено не было. Во время операции возникло тяжелое осложнение, связанное с повышенной ломкостью и хрупкостью сосудов из-за врожденного генетического заболевания. С целью предотвращения развития гангрены и сохранения жизни пациента врачи ампутировали ему нижнюю конечность. Районный суд г. Москвы в иске к больнице отказал, так как не была доказана причинная связь между техникой производства операции и наступившим осложнением.

Вопрос:- какой аспект принципа «не вреди» реализован врачами в данном случае?

ЗАДАЧА № 2.

В детскую городскую больницу родителями был доставлен 7-летний ребенок с диагнозом «анемия». Требовалось срочное переливание крови. Родители от этой процедуры отказались, сославшись на то, что это им не позволяют религиозные убеждения. Врачи не стали делать данную процедуру. Ребенок умер оттого, что ему своевременно не перелили кровь.

Вопрос:- какой модели соответствовали действия врачей? Поясните.

ЗАДАЧА № 3.

Гражданка Н. купила «голливудскую» улыбку в ульяновском стоматологическом кооперативе «Дантист»: ей протезировали сразу верхнюю и нижнюю челюсти. Зубные боли, кровотечение – лишили женщину сна. А «голливудская» улыбка получилась с каким-то оскалом больного цингой. Суд после проведения независимой судебно-медицинской экспертизы удовлетворил исковое заявление пациентки: 15 000 руб. В столице ей за эту сумму сделали новую верхнюю челюсть.

Вопрос: - какая ценность «привела» гражданку Н. к стоматологам?

ЗАДАЧА № 4.

Перед вами речевые формы из медицинской практики:

- «пожили бабушка, и хватит»,
- «неужели вы так боитесь смерти?»),
- «такая молодая и...такая больная?»),
- «ложитесь бабушка, сейчас мы вам снимем голову».

Вопрос:- в какой модели отношения «врач - пациент» чаще всего возможны подобные реплики? Поясните.

ЗАДАЧА № 5.

«И вот еще сложный вопрос: право больного выбирать врача. Иностранцы часто спрашивают: «Может ли больной у вас ...» и т.д. Нет, не может. Не принято. И нельзя разрешать. Хотя, не скрою, тяжело для пациентов ложиться на стол к аспиранту Жене или ординатору Степе. Но, отказов почти нет. Доверие к клинике».

(Амосов Н.М., 1976)

Вопрос:- какой модели отношения «врач-пациент» придерживается автор?

ЗАДАЧА № 6.

Три года назад Николаю сделали операцию по поводу аденомы предстательной железы. Послеоперационный период был сложным, и через полгода у Николая развилась стриктура, (сужение) мочевыводящего канала, что потребовало повторной операции.

Суть конфликта такова: - пациент утверждает, что его не предупредили о возможных последствиях операции, иначе бы он не согласился на нее, и требует компенсации причиненного морального вреда; - врачи уверены в том, что перед операцией разговор с пациентом состоялся, и не считают себя виновными в данной ситуации.

Вопрос:- почему возник конфликт между врачами и пациентом? Поясните.

ЗАДАЧА № 7.

Жительница Новосибирска 5 месяцев носила в себе металлический зажим Кохера длиной 26 см., забытый во время операции; в результате чего лишилась части кишечника.

Вопрос: - какие принципы биоэтики нарушены медперсоналом: этические, эстетические, правовые? Поясните.

ЗАДАЧА № 8.

«А впереди еще похороны. Пойти – может, родственникам будет противно смотреть на мое лицо: «Пришел на похороны своих жертв». Не пойти – опять: «Бессовестный, угробил и даже последний долг не отдал». Обязан идти. Пусть все смотрят. Если бы врачи ходили за гробом своих пациентов, наверное, никто бы не стал врачевать».

(Амосов Н.,1976)

Вопрос: - оправдана ли этически и юридически «обязанность» идти «на похороны своих жертв»? Поясните.

ЗАДАЧА № 9.

Больному бронхитом назначили стрептомицин. Однако, подавая ему лекарство, провизор спросила: «У вас что – туберкулез?» Больной ответил: «Нет». Придя, домой, больной почувствовал потливость, слабость, вспомнил, что был в контакте с туберкулезным больным и ... заболел туберкулезом (навязчивый страх заболеть туберкулезом).

Вопрос:- что перед нами: эгротогения, ятрогения, эгогения, сестрогения? Поясните.

ЗАДАЧА № 10.

Врач-стоматолог из-за собственной невнимательности вместо новокаина набрал в шприц формалин и ввел его в нижнюю челюсть пациентки: результатом явился некроз костной и мягких тканей. Образовавшаяся на лице и шее язва не заживала более 1 месяца. Затем на месте язвы от нижней челюсти до нижней трети шеи сформировался рубец, который привел подбородок к груди.

Вопрос: - какая ценность и какие принципы этики нарушены врачом?

ЗАДАЧА № 11.

Медицинская сестра должна была ввести больной внутривенно раствор брома. Взяв из медицинского шкафа, где обычно стоял бром, склянку с бесцветной жидкостью и, не обратив внимания на этикетку, сделала инъекцию. У больной сразу же после инъекции начались судороги. Несмотря на принятые меры, больная через час погибла. Оказалось, что вместо брома сестра ввела 10 мл. дикаина.

Вопрос: - какой характер действий медсестры predeterminedил смерть пациентки: экономический, политический, моральный, психологический, религиозный, правовой? Поясните.

ЗАДАЧА № 12.

Врач С. сильно расстраивается, когда пациенты до или после визита к ней консультируются по той же проблеме у другого врача. Она считает это потерей времени и вредным для здоровья пациентов и поэтому решает поставить пациентов перед выбором: либо они прекращают визиты к другим врачам по той же проблеме, либо она перестает их принимать, кроме этого, она намеревается обратиться в свою медицинскую ассоциацию, чтобы та пролоббировала в правительстве запрет на подобное поведение пациентов.

(Прецедент из медицинской практики США)

Вопрос:- права ли врач С. в своем способе решения проблемы права пациента на выбор врача?

ЗАДАЧА № 13.

Доктор М., молодой анестезист городской больницы, вызван главным хирургом в операционную. Хирург использует несовременные технологии, которые удлиняют операцию и приводят к более сильным после операционным болям и увеличению времени выздоровления. Более того, он часто отпускает грубые шутки в адрес пациентов и среднего медицинского персонала. Как молодой специалист, доктор М. опасается и не очень хочет критиковать хирурга при всех или докладывать об имеющих фактах вышестоящему руководству. Тем не менее, он чувствует, что необходимо предпринимать какие-то меры для изменения ситуации.

Вопрос:- как поступить доктору М.?

ЗАДАЧА № 14.

В детскую городскую больницу родителями был доставлен 7-летний ребенок с диагнозом «анемия». Требовалось срочное переливание крови. Родители от этой процедуры отказались, сославшись на то, что это им не позволяют религиозные убеждения. Врачи не стали делать данную процедуру. Ребенок умер оттого, что ему своевременно не перелили кровь.

Вопрос:- правы ли врачи, не спасшие жизнь ребенка?

ЗАДАЧА № 15.

Перед вами две реплики врачей:

Стоматолог: «Конечно, можно сделать дешевую пломбу, но зачем мне тогда тратить полтора часа на работу. Идите в «районку» или платите здесь 700 рублей за светоотражающую пломбу»

Терапевт: «Буду я вам сообщать результаты анализов за 50 рублей, которые стоит повторное посещение! Кому платили 200 рублей за первичный осмотр, к тому и идите за трактовкой».

Вопрос:- какое биоэтическое противоречие представлено в этих репликах?

ЗАДАЧА № 16.

Ребенок поступил из загородного оздоровительного лагеря в ближайшую больницу по «скорой помощи» с острой хирургической патологией. Ситуация быстро ухудшалась. Но вместо того, чтобы немедленно спасти ребенка, врачи решили предварительно вызвать и дождаться родителя, чтобы тот приехал и поставил свою подпись в истории болезни.

Вопрос:- правы ли врачи в данном случае, ожидая решения родителя?

Литература (в т.ч. указать адреса электронных ресурсов).

Основная:

1. Биоэтика: учебное пособие / Л. Г. Сахарова. - 109 с. Сахарова, Л.Г. Киров: Кировский ГМУ, 2017. - Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/136097>
2. Биоэтика. Философия сохранения жизни и сбережения здоровья: учебник - 400 с.

Хрусталеv, Ю. М. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - ISBN 978-5-9704-5266-0. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452660.html>

3. Биоэтика. Этические и юридические документы, нормативные акты - 357 с. Шамов, И. А. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - ISBN 978-5-9704-2975-4. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970429754.html>

Дополнительная:

1. История и современные вопросы развития биоэтики: учебное пособие - 144 с. Балалыкин, Д. А. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - ISBN 978-5-9704-2057-7. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970420577.html>

2. Биоэтика: учебное пособие - 47 с. Бугеро, Н. В. Ульяновск: УлГПУ им. И.Н. Ульянова, 2017. - ISBN 978-5-86045-906-9. - Текст электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/112086>

3. Биоэтика: учебник / под ред. П.В. Лопатина. - 4-е изд., перераб. и доп. - 269 с. Лопатин, П. В. М.: Гэотар Медиа, 2011.

4. От этики до биоэтики: учебник Хрусталеv, Ю. М. Ростов н/Д: Феникс, 2010.

Тема № 4. Пациент-центрированное общение.

2. Цель занятия:

1. Освоить основные правила биоэтики.
2. Повторить понятия «права пациента», «врачебная тайна» и др.
3. Освоить навыки поведения в различных ситуациях.
4. Ознакомиться с основными правами и обязанностями врача.

Обучающийся должен **знать** (исходные базисные знания и умения):

основные модели взаимоотношения врачей и пациентов. Патерналистская модель взаимоотношений врача и пациента. Антипатерналистские модели (коллегиальная, контрактная и диалогическая).

- содержание основных этических документов международных организаций, отечественных и международных профессиональных медицинских ассоциаций;
- права и моральные обязательства врача;
- юридические и моральные права пациентов;
- ключевые направления, проблемы, теории и методы использования знаний по биоэтике в медицинской практике,
- содержание исторических и современных морально-этических международных положений о защите достоинства человека в медицине.

Обучающийся должен **уметь**:

- формировать и аргументировано отстаивать свою собственную позицию по различным проблемам биоэтики;
- защищать гражданские права врачей и пациентов различного возраста;
- использовать положения и категории этики и биоэтики для оценивания и анализа различных тенденций, фактов и явлений в системе здравоохранения;
- выстраивать и поддерживать рабочие отношения с другими членами коллектива.

Обучающийся должен сформировать следующие компетенции:

УК-1. Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, выработать стратегию действий.

УК-5. Способен анализировать и учитывать разнообразие культур в процессе межкультурного взаимодействия.

Задания для самостоятельной работы:

1. Основные модели биоэтики

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

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

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

Контакты врачей с пациентами во всем мире происходят по принятым этическим и правовым нормам. Эти нормы очерчивают собой то, что принято называть «социальной

ролью», поэтому можно говорить о «социальной роли врача» и о «социальной роли пациента». В сложившейся, устойчивой социальной системе эти нормы и роли обуславливают определенность взаимных ожиданий врача и пациента, вступающего в контакт. Это не значит, что во все времена и во всех обществах нормы и роли врача и пациента остаются неизменными, наоборот, они понимались и понимаются по-разному. Однако их можно классифицировать путем выделения различных моделей врачевания.

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

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

Инженерная модель, ее еще называют технологической моделью и моделью автомеханика, характеризуется отношением врача к пациенту как безличностному организму, в котором возник очаг патологии. В медицине, в рамках этой модели, используется понятие об «отклонении физиологического-го механизма от положения равновесия», и врач стремится восстановить это равновесие. Показателями служат объективные параметры биохимии, физиологии, клинических исследований. Все это прикладное научное знание, которым не владеет пациент. Поэтому его личное мнение о собственном благе в смысле здоровья с точки зрения медика-профессионала не только бесполезно, но и может быть вредно. Выбор же врача, основанный на объективных данных, признается естественным и благотворным для пациента.

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

При инженерной модели врач не проявляет должной заботы о своем пациенте после медицинского вмешательства, поскольку весь акцент смещен только в технологическую сторону самого медицинского вмешательства.

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

Пасторская (патерналистская) модель отношений между врачом и пациентом напоминает отеческое отношение родителя к ребенку или пастора (священника) к

прихожанину (*pater*, лат. – отец). Оба варианта отношений характеризуются покровительством, как и отношение врача к пациенту.

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

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

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

Слабый патернализм исходит из того, что способность пациента принимать самостоятельные решения находится под влиянием эмоций, что делает эти решения недобровольными, или когда пациент недостаточно информирован, и его решения могут не соответствовать сложившейся клинической ситуации.

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

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

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

Модели взаимоотношений можно классифицировать также по типу взаимоотношений между врачом и пациентом: монологичному или диалогичному взаимодействию. Монологичной моделью считают такую модель, в которой общение между врачом и пациентом выстраивается как монолог специалиста с невежественным слушателем. Диалогичной моделью считается такая модель, при которой взаимодействие врача и пациента разворачивается как диалог равноправных партнеров, обсуждающих общую проблему. Коллегиальная модель приближается к диалогичной. Подлинный диалог нуждается в том, чтобы и врач и пациент были в равной степени причастны к

истине, хотя и при разном ее понимании. Если истинным считать только естественнонаучное знание, то им обладает врач, а у пациента не будет никакой своей истины. Так ли это? Но в чем заключается природа специфического знания пациента, есть ли у него основание иметь право на контроль в ситуациях врачевания, право на диалог с врачом? Это выясняется при рассмотрении понятий о здоровье и заболеваниях человека с точки зрения пациента.

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

Под **контрактной моделью** взаимоотношений между медиками и пациентами подразумевают, в первую очередь, отношения, построенные на взаимном уважении и доверии, и лишь во вторую очередь, имеется в виду формальная сторона отношений, а именно – договор с пациентом, контракт, соглашение, в котором определяются рамки взаимоотношения пациента и врача. При этом моральная сторона отношений в тексте договора не находит прямого отражения, но она проявляется косвенно. Очевидно, что при данной модели большим успехом у пациентов пользуются врачи, сочетающие высокий профессионализм и личностные качества, развитые на основе ценностных ориентаций врача, соблюдения им принципов и норм биоэтики. Эта модель аналогична тому, как в современном обществе на договорной основе строятся отношения с выборной властью, заключаются трудовые отношения, оформляются семейные и многие другие юридические документы. По мнению Р. Витча, именно эта модель в наибольшей степени защищает моральные ценности автономной личности. Ибо для реализации контрактных отношений существенно важны моральные принципы свободы, сохранения достоинства, правдивости, справедливости. Контрактная модель позволяет избежать ущемлений свободы, характерных для инженерной и патерналистской модели, с одной стороны, а с другой, она не создает иллюзии соучастия пациента в качестве коллеги врача. Пациент добровольно устанавливает отношения с врачом на тех условиях, которые считает для себя выгодными и приемлемыми. Если условия не соблюдаются, то пациент вправе считать для себя договор недействительным, лишить врача тех полномочий, которыми он его наделил.

Контрольные вопросы для проверки уровня знаний:

1. Имеет ли человек право на получение информации о течении своей болезни и видах ее лечения?
 - а) Да.
 - б) Нет.
2. Как называется модель взаимоотношений между пациентом и врачом, когда она включает тщательное изучение врачом состояния больного, выбор врачом для каждого конкретного случая лечения, направленного на устранение боли и ее причин?
 - а) Патернализм
 - б) Патерналистский
 - в) Либеральный
 - г) Консервативный
3. Кто обязан сохранять врачебную тайну кроме самого врача?
 - а) Фельдшер
 - б) Санитарка
 - в) Медсестра
 - г) Лаборант
4. Считается ли сообщение медицинских данных ближайшим родственникам разглашением врачебной тайны?
 - а) Да.
 - б) Нет.
5. Как называется право на сокрытие от пациента неблагоприятной информации?
 - а) «Терапевтическая привилегия»

- б) «Ложь во спасение»
- в) «Святая ложь»
- 6. Что означает термин «моральный максимум»?
 - а) Изложение всей имеющейся информации о ходе болезни
 - б) Изложение части имеющейся информации о ходе болезни
 - в) Изложение только положительной информации о ходе болезни
 - г) О ходе болезни пациент ничего не знает
- 7. Должен ли врач учитывать религиозные верования пациента при назначении диагностических и лечебных процедур?
 - а) Да
 - б) Нет
- 8. В каких случаях возможно разглашение врачебной тайны?
 - а) При некоторых генетических дефектах у одного из супругов
 - б) Работодателю во время проф. осмотра при приеме на работу
 - г) По просьбе близких родственников
 - д) При опасности распространения некоторых инфекционных заболеваний
- 9. Обязан ли врач раскрывать врачебную тайну во время судебного процесса?
 - а) Да
 - б) Нет
- 10. Почему для врача крайне необходимо соблюдение врачебной тайны?
 - а) Это помогает быстро решать проблемы
 - б) Это способствует повышению профессионального уровня врача
 - в) Это повышает качество диагностики и лечения заболеваний пациента
 - г) Это укрепляет авторитет врача

Эталоны ответов: 1-а; 2-а; 3-а, б, в, г; 4-а; 5-а; 6-а; 7-а; 8-а, д; 9-а; 10-в, г.

Контрольные вопросы для проверки конечного уровня знаний:

1. Какие виды сведений включает в себя врачебная тайна?
 - а) О болезнях
 - б) Об интимной и о семейной жизни
 - в) О деловых и финансовых факторах
 - г) О любимом деле
2. Входит ли в компетенцию врача решение о выборе между консервативным и хирургическим методами лечения?
 - а) Да
 - б) Нет
3. Как необходимо выдавать информацию неподготовленному пациенту?
 - а) Необходимо рассказать все варианты течения, лечения и возможные осложнения заболевания.
 - б) Врачу обязательно предоставлять выбор больному.
 - в) Пациент должен сам узнать у врача всю необходимую информацию.
 - г) Донести информацию таким языком, чтобы он понял то, что ему необходимо понять.
4. Если больной не хочет знать всю правду о своей болезни – в этом случае врач должен:
 - а) Все-таки донести всю информацию
 - б) Не сообщать ничего
 - в) Рассказать обо всем ближайшим родственникам
 - г) Проконсультируетесь с психологом
5. Достоверно установлено, что в некоторых случаях пациенты, не выдерживая нагрузки, после объявления диагноза, заканчивают жизнь самоубийством. Как Вы поступите в этом случае?
 - а) Зависит от характерологических особенностей пациента
 - б) Не буду ничего сообщать
 - д) Проконсультируюсь с родственниками

6. Может ли охрана здоровья населения зависеть от обязательства о сохранении врачебной тайны?
- Да
 - Нет
7. Существует ли выбор у пациента между различными вариантами лечения?
- Да
 - Нет
8. Врач получил информацию от пациента в бессознательном состоянии и сообщил ее родственникам. Правильно ли он поступил?
- У него не было выбора
 - Нет, это относится к врачебной тайне
 - Он должен был доложить обо всем зав. отделением или главврачу
 - Должен был обратиться к адвокату больного
9. Чем мы руководствуемся, когда не можем получить информированного согласия в экстренных случаях?
- Советуемся с адвокатом пострадавшего
 - Проводим консультации с узкими специалистами
 - Главным интересом больного - выжить
 - Советами родных пострадавшего
10. Когда появилось понятие «врачебная тайна»?
- В начале 19 века в Европе
 - В середине 3 века в Китае
 - С появлением первого шамана
 - В 1 веке до н.э. в Египте
- Эталоны ответов: 1-а, б; 2-б; 3-г; 4-б, г; 5-а; 6-б; 7-а; 8-б; 9-в; 10-в.

Проблемы врачебной этики широко обсуждаются в СМИ. Особенно остро полемизируется вопрос о врачебных ошибках, которые в современной России стали предметом многочисленных судебных разбирательств. Разговор о врачебных ошибках – всегда трудная тема. Особенно сейчас, когда очень часто совершенно разные причины неблагоприятных последствий действий врача смешиваются между собой и выдаются за ошибку. Поэтому следует выделить несколько понятий – **врачебная ошибка, несчастный случай в медицине, преступление и проступок.**

Обсуждение врачебных ошибок, необходимо хотя бы для того, чтобы установить причины их возникновения, уяснить возможности для их не повторения в будущем. Здесь уместно привести высказывание др. китайского философа гуманиста Конфуция: «Ошибки, которые не исправляются, - вот настоящие ошибки».

В истории медицины понятие врачебной ошибки и мера ответственности за нее изменялись неоднократно. В те времена, когда врачевание отождествлялось с действием сверхъестественных сил, при неблагоприятных исходах болезни лечащего врача жестоко наказывали: выкалывали глаза, отрубали руки; за смерть больного врач нередко должен был отвечать своей жизнью. Согласно римскому праву к врачебным ошибкам относили и неопытность, и неосторожность врача, и неоказание помощи. На всех этапах развития человеческого общества к врачу предъявлялись высокие требования, предусматривающие недопущение ошибок. Подробным разбором врачебных ошибок, связанных с диагностикой и лечением, занимаются патоморфологи и судебные медики. Наша цель – исходя из принципов мед. этики, проанализировать врачебные ошибки с морально-этической точки зрения.

В анализе и изучении врачебных ошибок передовые врачи видели реальный и действенный путь к совершенствованию лечебно-диагностического процесса. Н.И. Пирогов писал, что каждый добросовестный человек должен уметь признавать и обнародовать свои ошибки, чтобы предостеречь от них людей менее сведущих. О себе же

он говорил: «...с самого начала моего врачебного поприща я принял за правило: не скрывать ни моих заблуждений, ни моих неудач, и, чистый перед судом моей совести, я смело вызываю каждого мне показать: когда и где я утаил, хотя одну мою ошибку, хотя одну мою неудачу». Эти слова – образец высокой нравственности и честности. Он был одним из первых врачей в мире, обнародовавших свои ошибки, причем сделал это, будучи малоизвестным хирургом, заведомо зная, что навлечет на себя неодобрение и критику многих известных авторитетов. Не сделать он этого не мог – утаить ошибки не позволяла его врачебная совесть.

Примеру Пирогова следовали и другие передовые врачи, известный австрийский хирург Т. Бильрот отмечал: «Только слабые духом, хвастливые болтуны боятся открыто высказываться о совершенных ими ошибках. Кто чувствует в себе силу сделать лучше, тот не испытывает страха перед сознанием своей ошибки». Честно и смело говорил о своих ошибках советский хирург Н.Н. Бурденко: «Я часто и сам во время своей деятельности совершал ошибки и в диагнозе, и в технике операций. Однако в отчаяние и уныние впадать не следует. Не уныние, а еще большую жажду исканий и самосовершенствования должны вызывать наши неудачи и несовершенное знание». Известный русский педиатр Н.Ф. Филатов, разбирая на лекциях свои ошибки, показывал своим студентам пример того, как надо учиться на них, даже будучи крупным ученым. Так поступали врачи, которые постоянно чувствовали свою ответственность перед больными.

Определение понятия врачебная ошибка и ее виды

В медицинской и юридической литературе высказано несколько мнений по поводу определения понятия врачебная ошибка. Согласно одному из них врачебная ошибка – это небрежное, недобросовестное, невежественное отношение к своим обязанностям при оказании медицинской помощи или уходе за больным. С юридической точки зрения врачебная ошибка может квалифицироваться как противоправное виновное деяние медицинского работника, повлекшее причинение вреда здоровью пациента, и рассматривается с позиции наличия вины. В случае отсутствия вины речь идет о невиновном, случайном причинении вреда. Первое из названных деяний квалифицируется как правонарушение (преступление, проступок) влекущее какое либо наказание, второе – несчастный случай, т.е. отсутствие вины и не влекущее ответственности. Данное определение дано с юридической точки зрения и, по сути (ошибка), не верно. С медицинской точки зрения (а также с этической) **врачебная ошибка – это такие неблагоприятные последствия действий врача, которые являются следствием добросовестного заблуждения, т.е. врач, выполняя свои обязанности, заблуждается, считает, что выполняет все правильно. Но все же ошибается. Почему? Выделяют следующие причины ошибок: субъективные и объективные.**

Субъективные – это те причины, которые зависят от личности врача и его квалификации, опыта. В данном случае, чтобы деяния по субъективным причинам, назвать ошибкой, необходимо исключить признаки вины, т.е. небрежное, неквалифицированное отношение к своим обязанностям. По этим причинам чаще ошибаются молодые врачи.

Объективные – это те причины, которые привели к ошибкам вследствие объективно сложившихся обстоятельств, не зависящих от личности врача, его квалификации и опыта. К таким причинам чаще всего относятся: тяжелое бессознательное состояние пациента, когда очень сложно собрать необходимую информацию; атипичное течение заболевания, что вводит в заблуждение врача при постановке диагноза; наличие 2-х и более конкурирующих между собой заболеваний и т.д.

Нужно подчеркнуть, что за врачебную ошибку, особенно по объективным причинам, врач ее допустивший не несет какой-либо ответственности (уголовной, административной и т.д.). В случае, если налицо субъективные причины, то, чтобы квалифицировать последствия деяний врача как ошибку, необходимо исключить элементы халатности или пренебрежительного отношения к своим обязанностям. В случае наличия данных

элементов (невежество, пренебрежительное отношение и т.д.) последствия действий врача будут содержать признаки вины и квалифицируются не как ошибка, а как преступление или правонарушение.

Различают следующие **виды** врачебных ошибок:

1. Диагностические. Причинами диагностических врачебных ошибок могут быть перечисленные выше (субъективные и объективные) причины. Как следствие диагностических ошибок могут возникнуть
2. Ошибки в выборе метода и проведения лечения. Эти ошибки могут возникать и в результате правильно поставленного диагноза. Они могут возникнуть в случае необоснованной самонадеянности врача, или как следствие недостаточной оценки данных лабораторных, инструментальных и т.д. дополнительных методов исследования (обследования).
3. Ошибки в организации оказания медицинской помощи. Они чаще всего возникают при оказании медицинской помощи в выходные и праздничные дни. Как, пример, в случае неожиданно большого количества поступления больных в отделение, врачу непросто бывает выделить наиболее нуждающихся.

Некоторые авторы выделяют деонтологические ошибки. Они возникают в случае формального, а иной раз и грубого отношения к больным и его родственникам. Иными словами в случае нарушения морально-этических норм поведения врача. Последствия таких ошибок могут быть как следствие случайных (необдуманных) действий врача, а иной раз, и к сожалению, что сейчас бывает нередко, как результат сознательного поведения мед. работника. Конечно, можно сказать, что в современных условиях состояния здравоохранения нет времени и возможности думать об этике, деонтологии. Можно сказать, как можно быть с такой низкой заработной платой приветливым с больными, терпеть их капризы и необоснованные претензии. Но если представить, что мы – пациенты. Здесь, как ни в какой любой другой ситуации срабатывает «золотое правило» этики – поступай с окружающими так, как хотел бы, чтобы поступали с тобой. Выше было сказано, что успех здравоохранения зависит от сплоченной работы медицинского коллектива.

Этические аспекты взаимоотношений в медицинском коллективе

Коллектив – организационная форма объединения людей, основанная на какой-либо определенной целенаправленной деятельности. Коллектив в своем развитии проходит 3 стадии:

1. Первая стадия характеризуется недостаточной организованностью, разобщенностью всех людей, лишь формально объединенных в один коллектив.
2. Характеризуется тем, что в коллективе появляются люди, желающие улучшить взаимоотношения, поднять их на более высокий уровень профессионализма.
3. Характеризуется выработанным общественным мнением, в коллективе сформированы нормы, мнения о поступках каждого из них.

Структура медицинского коллектива.

I. Требования и этические нормы

- Правила внешней культуры;
- Правила внутренней культуры (дружелюбие, коллегиальность, взаимоподдержка и взаимная требовательность и т.д.).

II. Управление коллективом.

III. Этика деловых взаимоотношений медицинского работника.

I. Требования и этические нормы

1. Правила внешней культуры поведения:

- правило благопристойности, приличия, хорошего тона и соответствующего внешнего вида (опрятность, привычка следить за частотой одежды, обуви и т.д.) т.е. это слагаемые медицинского этикета.

- форма приветствия и умение держать себя среди коллег и больных, умение вести беседу соответственно обстановке и условиям и т.д.

К сожалению, среди медицинских работников, особенно молодых, наблюдается пренебрежение к внешнему виду. Одним из требований внешней культуры поведения является требование взаимной вежливости. Это, прежде всего, касается умения приветствовать друг друга, не проявляя при этом фамильярности. Очень важно быть сдержанным и тактичным. Беседуя с коллегой, особенно со старшим, надо уметь выслушать собеседника, не мешая высказать ему то, что он думает, а затем, если в этом имеется надобность, спокойно возразить, но без грубости и личных выпадов, т.к. это будет свидетельствовать о бестактности и несдержанности. Внешняя культура поведения, по словам Антона Семеновича Макаренко, не только полезна для каждого коллектива, но и упрощает его.

2. Правило внутренней культуры - правило отношения к труду, соблюдение дисциплины, дружелюбия и чувства коллегиальности.

В 1947 году возникает Всемирная Медицинская Ассоциация. В 1948 году ВМА приняла «Женевскую декларацию» - это присяга, текст которой произносят врачи, вступившие в ВМА. А в 1949 году был принят международный кодекс врачебной этики. В нем более подробно излагаются нормы профессиональной мед. этики. Этот кодекс состоит из 3 частей:

1. «Общие обязанности врачей»
2. «Обязанности врачей по отношению к больным».
3. «Обязанности врачей по отношению друг к другу» – самый краткий раздел кодекса: «Врач должен вести себя по отношению к своим коллегам так, как они ведут себя по отношению к нему». Данный принцип перекликается с другим «золотым правилом» нравственности – «во всем, как хотите, чтобы другие поступали с вами, поступайте и вы с ними».

II. Управление коллективом.

Здесь уместно сказать, что руководитель (любого уровня) не только осуществляет общее руководство, но и своим личным примером, своим подходом к работе, своей повседневной деятельностью учит работников. Он оказывает большое влияние на их поведение, и на подход к работе.

III. Этика бизнеса и деловых отношений.

Особым проявлением профессиональной этики выступает экономическая этика ("деловая этика", "этика бизнеса"). Этой проблеме сейчас уделяется много внимания. Экономическая этика - наука древняя. Ее начало положено Аристотелем в произведениях "Этика", "Никомахова этика", "Политика". Аристотель не отделяет экономику от экономической этики. Он советовал своему сыну Никомаху заниматься только производством благ. Его принципы нашли развитие в идеях и концепциях католических и протестантских теологов, которые в течение длительного времени напряженно размышляли над проблемами этики бизнеса. Возникновение капитализма в Европе в XVI веке было тесно связано с протестантской Реформацией. Можно сказать, что протестантизм сделал возможным формирование этики бизнеса. Если бы он следовал за средневековой католической идеологией, утверждавшей, что "делание денег" подлежит моральному осуждению, то не смог бы установить нравственных стандартов для достижения своих целей. Так, Фома Аквинский верил в то, что большинство форм торговли, осуществляемой с целью извлечения прибыли, являются обязательно аморальными. Отрицая эти установки, протестантизм сделал возможным формирование этики бизнеса в результате морального освящения стремления к прибыли. Он утверждает, что труд бизнесмена может быть одобрен Богом. Стремление к прибыли и стремление к Богу стали не только совместимыми, но и взаимообуславливающими, а вознаграждение финансовым успехом стало пониматься как знак расположения Бога.

Светская версия протестантской этики бизнеса стала важной составной частью западной общественной культуры. В наше время хорошая этика означает хороший бизнес. Можно быть одновременно добродетельным и преуспевающим в бизнесе человеком, и считать, что моральная добродетель - необходимое условие для успеха.

Одной из первых этико-экономических концепций была концепция Г. Форда. Он считал, что счастье и благосостояние добываются только честной работой и что в этом заключается этический здравый смысл. Суть фордовской экономической этики заключена в мысли о том, что произведенный продукт не просто реализованная "деловая теория", а "нечто большее" - теория, цель которой создать из мира вещей источник радостей. Сила и машина, деньги и имущество полезны лишь постольку, поскольку они способствуют жизненной свободе. Этико-экономические установки Форда имеют практическое значение и в настоящее время. Экономическая этика - это совокупность норм поведения предпринимателя, требования, предъявляемые культурным обществом к его стилю работы, характеру общения между участниками бизнеса, их социальному облику. Это - адаптированные к практическим нуждам бизнесмена сведения об этических понятиях, о моральных требованиях к стилю работы и облику делового человека. Это - этика ведения переговоров с партнерами, этика составления документации, использование этических методов конкуренции.

Экономическая этика включает в себя деловой этикет, который формируется под влиянием традиций и определенных сложившихся исторических условий конкретной страны. Деловой этикет - это нормы, регламентирующие стиль работ, манеру общения между фирмами, имидж бизнесмена и т.д. Этика предпринимательства не может возникнуть по субъективному желанию. Ее формирование - сложный и длительный процесс. Условиями ее формирования являются: политическая и экономическая свобода, сильная исполнительная власть, стабильность законодательства, пропаганда, право.

Основными постулатами этического кодекса предпринимателя являются следующие: - он убежден в полезности своего труда не только для себя, но и для других, для общества в целом;

- исходит из того, что люди, окружающие его, хотят и умеют работать;
- верит в бизнес, расценивает его как привлекательное творчество;
- признает необходимость конкуренции, но понимает и необходимость сотрудничества;
- уважает любую собственность, общественные движения, уважает профессионализм и компетентность, законы, ценит образование, науку и технику. Эти основные принципы этики делового человека могут быть конкретизированы применительно к различным сферам его профессиональной деятельности.

Для России проблемы экономической этики приобретают большое значение. Это объясняется стремительным формированием рыночных отношений в нашей стране. Если вспомнить прошлые времена, и сегодняшние, отмечаются разительные перемены. Взять, например, обслуживание в сфере торговли. Если ранее существующий лозунг "Покупатель всегда прав" был только формальным, то сейчас все встало на свои места. В большинстве магазинов, но не во всех (некоторые магазины еще не перестроились, точнее люди), тебя встречают с улыбкой, предлагая свою помощь в выборе товаров. Это говорит о том, что все-таки экономическая этика в России стала развиваться, и притом бурными темпами.

При рассмотрении взаимоотношений в медицинском коллективе особо следует остановиться на этике медицинской сестры.

Своеобразие медицинской этики заключается в том, что в ней все нормы, принципы и оценки ориентированы на здоровье человека, его улучшение и сохранение. Эти нормы первоначально были закреплены в Клятве Гиппократова, которая стала отправной точкой для создания других профессионально-моральных медицинских кодексов.

Например, возникшая в 1947 г. Всемирная медицинская ассоциация начала свою деятельность с принятия "Женевской декларации" - современного варианта Клятвы

Гиппократ. "Женевская декларация" не просто подтвердила основополагающую роль гуманистического идеала в медицине, но и стала морально этической гарантией независимости медицинской профессии от политических режимов и идеологического диктата. Разработка и принятие Ассоциацией медицинских сестер России «Этического кодекса медицинской сестры» подтверждает общую историческую закономерность, являясь важным этапом реформы сестринского дела в России.

А.Я. Иванюшкин, доцент, доктор философских наук, кандидат медицинских наук пишет: "Этический кодекс медицинской сестры России приобретает особую значимость в контексте истории отечественной медицины в XX веке. С одной стороны, огромное множество медицинских сестер и врачей были в это время верны своему профессиональному долгу (например, в годы Великой Отечественной войны). С другой же стороны, нельзя забывать о следующих фактах: еще в 20-е годы официальные руководители советского здравоохранения (в частности, Н.А.Семашко) трактовали профессиональную медицинскую этику как "буржуазный пережиток", были убеждены, что понятие "врачебная тайна" для советской медицины в будущем отомрет. Аналогичное отношение в эти годы было и к понятию "медицинская сестра", которое предлагалось заменить понятиями "помврача", "замврача", "медтехник" и др.: "Само слово "сестра", да и еще "сестра милосердия", как понятие, включающее в себя нечто религиозное, монашеское, не соответствует задачам советского здравоохранения и типу медработника, который нам нужен..." (Николаев Н.Д. Сестра или медицинский техник// За кадры медицинского персонала, 1932, N 1-2, с. 40).

В несколько сглаженном виде такое отношение к профессиональной этике в нашем здравоохранении сохранялось в течение всего советского периода. "Присяга врача Советского Союза" была создана в 1971 г., то есть на 23 года позднее "Женевской декларации". К тому же, в их содержании имеются значительные, принципиальные различия. Например, в советской врачебной Присяге совсем отсутствует морально-этическая оценка искусственного аборта. Хотя все наши врачи в 70-80 г.г. давали клятвенное обещание не разглашать конфиденциальную информацию о пациенте, на практике запись в листке нетрудоспособности названия заболевания была обязательной вплоть до 1993 г. Иначе говоря, в течение долгих лет в профессиональной среде советских медиков официально насаждался этический нигилизм. Принятие "Этического кодекса медицинской сестры России" - это и покаяние, и надежда возвращения полного морально-этического здоровья нашим медикам".

"Этический кодекс медицинской сестры России" составлен с учетом новых идей, определивших в течение последних двух-трех десятилетий содержание медицинской этики вообще и профессиональной этики медицинской сестры в частности. Прежде всего, Кодекс отразил современные представления о правах пациента, которые являются содержанием конкретных обязанностей, долга медицинской сестры.

"Этический кодекс медицинской сестры России" составлен на основе:

- Устава Всемирной организации здравоохранения (1946), международных документов по медицинской этике;
- "Лиссабонской декларации о правах пациента" Всемирной медицинской ассоциации (1981, 1995);
- "Европейского кодекса медицинской этики" (1987);
- "Декларации о политике в области прав пациентов в Европе" Всемирной организации здравоохранения (1994);
- "Этического кодекса медицинских сестер" Международного совета медицинских сестер (1973) и некоторых других.

Принимались также во внимание некоторые национальные этические кодексы медицинских сестер (в частности, США, Великобритании). Использовался опыт составления соответствующих этических документов в нашей стране - "Кодекса профессиональной этики психиатра" (принят Российским обществом психиатров в 1993

г.), "Этического кодекса Российского врача" (принят Ассоциацией врачей России в 1994 г.).

Основными постулатами «Этического кодекса медицинской сестры» являются следующие положения:

- Медицинская сестра обязана оказывать пациенту качественную медицинскую помощь, отвечающую принципам гуманности и профессиональным стандартам. Медицинская сестра несет моральную ответственность за свою деятельность перед пациентом, коллегами и обществом. Профессиональная и этическая обязанность медицинской сестры оказывать, в меру своей компетенции, неотложную медицинскую помощь любому человеку, нуждающемуся в ней.

- Медицинская сестра должна всегда соблюдать и поддерживать профессиональные стандарты деятельности, определяемые Министерством здравоохранения Российской Федерации. Непрерывное совершенствование специальных знаний и умений, повышение своего культурного уровня - первейший профессиональный долг медицинской сестры. Я думаю, что этот принцип является важнейшим не только в медицинской деятельности, но и в каждой другой трудовой сфере.

- Медицинская сестра должна быть компетентной в отношении моральных и юридических прав пациента. Медицинская сестра должна прежде всего ставить сострадание и уважение к жизни пациента. Медицинская сестра обязана уважать право пациента на облегчение страданий в той мере, в какой это позволяет существующий уровень медицинских знаний. Медицинская сестра не вправе участвовать в пытках, казнях и иных формах жестокого и бесчеловечного обращения с людьми. Медицинская сестра не вправе способствовать самоубийству больного.

- Что касается эвтаназии, то есть преднамеренных действий медицинской сестры с целью прекращения жизни умирающего пациента, то «Этический кодекс медицинской сестры» говорит, что это ни в коем случае не допустимо, и даже по его просьбе.

- Медицинская сестра не вправе нарушать древнюю этическую заповедь медицины "Прежде всего - не навредить!".

- Медицинская сестра должна уважать право пациента или его законного представителя (когда она имеет дело с ребенком или недееспособным душевнобольным) соглашаться на любое медицинское вмешательство или отказаться от него.

- Медицинская сестра должна стремиться участвовать в исследовательской деятельности, в преумножении знаний в своей профессии.

- Медицинская сестра должна сохранять в тайне от третьих лиц доверенную ей или ставшую ей известной в силу исполнения профессиональных обязанностей информацию о состоянии здоровья пациента, диагнозе, лечении, прогнозе его заболевания, а также о личной жизни пациента, даже после того, как пациент умрет.

Это далеко не все положения Этического кодекса медицинской сестры, но сразу становится ясно, какими качествами, и первую очередь моральными должен обладать медицинский работник. История медицинской практики России знает немало примеров нравственной самоотверженности врачей и ученых во имя спасения жизней других людей. Так, например, И.И. Мечников испытывал на себе препарат, содержащий бактерии холеры, а С.И. Боткин сделал себе первую прививку от чумы. Но наряду с множественностью таких примеров, мы встречаемся и с недобросовестным отношением к своим служебным обязанностям, что говорит о нравственной неполноценности этой категории врачей.

Контрольные вопросы для проверки конечного уровня знаний:

1. Что относят к субъективным причинам врачебных ошибок?

- а) Невнимательное обследование больного
- б) Небрежное наблюдение за больным
- в) Неопытность врача

2. Определите правильную стадию формирования коллектива:

- а) Выработка общественного мнения
 - б) Разобщенность людей
 - в) Отдельные активные личности, сплачивающие людей
 - д) Интриги, карьеризм
3. Что входит в права медсестры?
- а) Может сообщать сведения больным и их близким о характере заболевания
 - б) Интерпретировать данные лабораторных анализов
 - в) Информирование родственников об общем состоянии больных
4. Молодой врач, работая с опытным фельдшером должен ли прислушиваться к его советам?
- а) Да
 - б) Нет
5. За врачебную ошибку по объективным причинам несет ли врач административную или уголовную ответственность:
- а) нет
 - б) да
6. Экономическая этика включает в себя:
- а) деловой этикет
 - б) обязательная рентабельность
 - в) поддержание имиджа любой ценой
7. Для формирования полноценного коллектива руководитель медицинского учреждения обязан:
- а) осуществлять общее руководство
 - б) своим личным примером, своим подходом к работе, своей повседневной деятельностью учить работников
 - в) заботиться о формировании здорового морального климата в коллективе
8. Создание благоприятной атмосферы в лечебном учреждении способствует:
- а) соблюдение правил внешней и внутренней культуры
 - б) трудовая дисциплина
 - в) высокая заработанная плата
9. При наличии вины врача неблагоприятные последствия его действий называются:
- а) врачебная ошибка
 - б) несчастный случай
 - в) медицинская ошибка
 - г) правонарушение
10. Основными постулатами «Этического кодекса медицинской сестры» являются следующие положения:
- а) медицинская сестра обязана оказывать пациенту качественную медицинскую помощь, отвечающую принципам гуманности
 - б) медицинская сестра должна прежде всего ставить сострадание и уважение к жизни пациента
 - в) медицинская сестра должна быть компетентной в отношении моральных и юридических прав пациента
- Эталоны ответов: 1-а,в; 2-б, в, а; 3-в; 4-а; 5-а; 6-а; 7-а, б,в; 8-а,б; 9- г; 10-а,б, в .

Литература (в т.ч. указать адреса электронных ресурсов).

Основная:

1. Биоэтика: учебное пособие / Л. Г. Сахарова. - 109 с. Сахарова, Л.Г. Киров: Кировский ГМУ, 2017. - Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/136097>
2. Биоэтика. Философия сохранения жизни и сбережения здоровья: учебник - 400 с. Хрусталева, Ю. М. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - ISBN 978-5-9704-5266-0. - Текст:

электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL:
<https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452660.html>

3. Биоэтика. Этические и юридические документы, нормативные акты - 357 с. Шамов, И. А. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - ISBN 978-5-9704-2975-4. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL:
<https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970429754.html>

Дополнительная:

1. История и современные вопросы развития биоэтики: учебное пособие - 144 с. Балалыкин, Д. А. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - ISBN 978-5-9704-2057-7. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL:
<https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970420577.html>

2. Биоэтика: учебное пособие - 47 с. Бугеро, Н. В. Ульяновск: УлГПУ им. И.Н. Ульянова, 2017. - ISBN 978-5-86045-906-9. - Текст электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/112086>

3. Биоэтика: учебник / под ред. П.В. Лопатина. - 4-е изд., перераб. и доп. - 269 с. Лопатин, П. В. М.: Гэотар Медиа, 2011.

4. От этики до биоэтики: учебник Хрусталева, Ю. М. Ростов н/Д: Феникс, 2010.

Тема № 5. Социальная ответственность и здоровье.

2. Цель занятия: закрепить теоретические знания о правах пациентов.

Обучающийся должен **знать** (исходные базисные знания и умения):

- права пациентов;
- морально-этические нормы, правила и принципы профессионального врачебного поведения, этические основы современного медицинского законодательства;
- основные этические документы международных организаций, отечественных и международных профессиональных медицинских ассоциаций.

Обучающийся должен **уметь**:

- выстраивать и поддерживать уважительные и доверительные отношения с пациентами (их законными представителями) рабочие отношения с членами коллектива, а также конструктивные отношения с институтами гражданского общества.

Обучающийся должен сформировать следующие компетенции:

УК-1. Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, выработать стратегию действий.

УК-5. Способен анализировать и учитывать разнообразие культур в процессе межкультурного взаимодействия.

Задания для самостоятельной работы:

Права пациентов

Право на профилактические мероприятия

Каждый человек имеет право на создание условий для здорового образа жизни, на необходимые и своевременные мероприятия для предупреждения и раннего выявления болезней.

Система здравоохранения должна стремиться не допускать появления заболеваний, а при возникновении устранять их на максимально ранней стадии. Медицинские организации обязаны преследовать эту цель, при этом они должны вести разъяснительную работу среди населения, обеспечивать регулярное проведение бесплатных мероприятий для различных уязвимых групп населения, обеспечивать доступность результатов научного поиска и технологических инноваций для всех граждан.

Государство должно вести ответственную политику в сфере обоснованности профилактических мероприятий, объективно оценивая соотношение рисков профилактической кампании и реальной опасности возникновения и/или распространения заболевания для общества и каждого человека.

1.2. Право на доступность медицинской помощи

Каждый человек имеет право на доступность медицинской помощи, необходимой для обеспечения его здоровья. Каждый человек имеет право на необходимое, своевременное и безопасное лечение.

Каждый человек имеет право на скорую, неотложную, амбулаторную и стационарную медицинскую помощь, реабилитацию и уход.

Система здравоохранения должна обеспечивать одинаковую доступность медицинской помощи для всех граждан (в том числе в местах лишения свободы) – без дискриминации на почве финансовых средств, места проживания, вида болезни, дееспособности, времени обращения за медицинской помощью пациента или по любым другим основаниям.

Государство должно устранить барьеры к получению медицинской помощи в виде платности в государственных и муниципальных учреждениях, обязанности представления полисов ОМС, регистрации по месту жительства и иных условий, ограничивающих конституционное право граждан на бесплатную медицинскую помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения.

Обеспечение необходимыми лекарствами должно быть бесплатным.

Человек, страдающий редкой болезнью, имеет такое же право на необходимое лечение и лекарственные средства, как люди с распространенными заболеваниями.

1.3. Право на информацию

Каждый человек имеет право на доступ к информации о состоянии его здоровья, здравоохранении и возможностях использования системы здравоохранения, обо всех применяемых в медицинской практике методах и средствах, технологиях, порядках, стандартах. Эта информация должна быть основана на результатах соответствующих исследований и технологических инновациях.

Организации и специалисты здравоохранения обязаны предоставлять пациентам полную информацию о правах пациентов.

Органы, организации и специалисты здравоохранения должны предоставлять необходимую пациенту информацию по его требованию или просьбе в ходе реализации пациентом его прав. При этом следует учитывать религиозные, этнические и языковые особенности пациента.

Информация не может предоставляться пациенту в грубой форме или в виде одолжения. Пациент имеет право на уважительное и гуманное к себе отношение.

Письменная форма информирования не должна заменять общение врача и пациента. Информация не может быть предоставлена гражданину против его воли.

Медицинская организация и медицинский персонал должны общаться с пациентом на языке, который он понимает, и таким образом, чтобы сказанное было понятно человеку без медицинского образования в соответствии с его возможностями.

Система здравоохранения должна сделать информацию легко доступной, снять бюрократические барьеры в сфере доступа к информации, обучать медицинские организации и персонал информированию, изготавливать и распространять информационные материалы.

Каждый пациент имеет право на ознакомление со всей медицинской документацией, касающейся состояния его здоровья, а также право копировать эту документацию, задавать вопросы и получать разъяснения по ее содержанию, и требовать исправления возникающих ошибок.

Каждому пациенту должно быть предложено поставить подпись в медицинских документах об ознакомлении с записями в них врача и/или о согласии (несогласии) с предложенным медицинским вмешательством.

Каждый пациент больницы (стационара) имеет право на непрерывное и основательное информирование.

Каждый человек имеет право на прямой доступ к информации о научных исследованиях, возможностях фармакотерапии и технологических инновациях. Такая информация может предоставляться из общественных или частных источников, если она отвечает критериям достоверности, надежности и прозрачности.

1.4. Право на информированное согласие и на отказ от медицинского вмешательства

Каждый человек имеет право на доступ ко всей информации, позволяющей ему полноценно участвовать в решениях, касающихся его здоровья и предстоящей медицинской помощи. Доступ к такой информации является условием проведения всех методов медицинского вмешательства, включая участие в научных исследованиях.

Медицинская организация и медицинский персонал обязаны по требованию или просьбе пациента подробно информировать его о предлагаемом лечении и связанных с ними рисках и осложнениях, побочных эффектах, альтернативных способах диагностики и лечения, их преимуществах и недостатках, о возможных изменениях плана лечения в процессе лечения (в том числе в процессе операции, при развитии осложнений, побочных нежелательных реакциях).

Информирование должно производиться своевременно (при плановых вмешательствах не позднее, чем за 24 часа до начала лечения), чтобы пациент мог активно участвовать в терапевтических решениях, касающихся его здоровья.

Пациент имеет право назначить своего представителя устным или письменным заявлением заблаговременно или в момент получения информации и принятия решения о вмешательстве.

Во всех ситуациях, когда согласие после информирования должен дать представитель, законный представитель или член семьи, пациента следует по возможности привлекать к решению, касающемуся его лично, независимо от того, идет ли речь о несовершеннолетнем или о взрослом с ограниченными способностями понимать информацию и принимать решение.

Не допускается изъятие органов гражданина без его прижизненного согласия на изъятие.

Согласие пациента следует получать только на основе этих принципов.

Пациент имеет право отказаться от предложенного вмешательства, а также изменить свое мнение в ходе диагностики и лечения и отказаться от его продолжения. Пациент должен быть проинформирован о последствиях своего отказа. Отказ пациента не может быть причиной его дискриминации при последующих обращениях за медицинской помощью.

1.5. Право на свободу выбора

Каждый человек имеет право свободно выбирать между различными методами диагностики, лечения и реабилитации. Пациент вправе свободно выбирать между медицинскими организациями и своего лечащего врача.

Пациент имеет право на основании данных ему врачом рекомендаций и пояснений выбирать, какие диагностические исследования и методы профилактики, лечения или реабилитации будут ему проводить.

Система здравоохранения обязана гарантировать это право, а именно информировать пациентов о различных организациях и врачах, которые выполняют определенные виды медицинской помощи и об их результатах.

Медицинские организации и врачи не должны препятствовать реализации данного права. Руководители медицинских организаций обязаны содействовать пациенту в реализации его права на выбор врача.

При выборе метода лечения, врача или медицинской организации пациент имеет право получить, как минимум, мнение еще одного врача («второе мнение»), а также имеет право на консилиум. Медицинская организация обязана обеспечить реализацию этого права.

Информация о работе медицинских организаций должна быть доступной, включая сравнительный анализ качественных показателей между учреждениями одного профиля, когда это возможно (рейтинги). Так же должна быть доступна информация о квалификации и результатах работы медицинского персонала.

1.6. Право на защиту частной жизни и конфиденциальность информации

Каждый человек имеет право на конфиденциальность личных данных, включая информацию о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии его здоровья, диагнозе и рекомендованных диагностических и терапевтических методах, а также на защиту личной жизни во время проведения исследований, визитов к врачам и в ходе лечения в целом.

Все данные и информация о состоянии здоровья человека и медицинских мероприятиях, которым он подвергается, и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, следует рассматривать как личные данные и соответственно защищать.

Общение и лечение должно проходить в соответствующей конфиденциальной обстановке и в присутствии только абсолютно необходимых персон. Пациент должен дать согласие на присутствие других персон или сам просить об этом присутствии.

Понятие врачебной тайны не должно трактоваться, как ограничение права самого пациента на информацию.

1.7. Право на уважение личного времени пациента

Каждый человек имеет право получить необходимое лечение быстро и в установленное время. Это право касается любой фазы лечения. Несвоевременное оказание медицинской помощи следует рассматривать, как неоказание медицинской помощи.

Система здравоохранения обязана на основе стандартов и в зависимости от экстренности случая, определить время ожидания, в течение которого должны быть оказана необходимая медицинская помощь.

Разрабатываемые стандарты оказания медицинской помощи должны содержать временные параметры: оптимальные сроки начала оказания медицинской помощи и требования к ее продолжительности

Система здравоохранения должна обеспечить своевременный доступ каждому пациенту к необходимой ему помощи, и в случае наличия листа ожидания обеспечить немедленное включение в него данного пациента и довести информацию о включении до пациента.

Каждый пациент имеет право по запросу и при условии соблюдения норм защиты персональных данных знакомиться с листом ожидания.

Если система здравоохранения не в состоянии предоставить помощь в необходимый установленный срок, государство должно обеспечить доступ к альтернативным услугам сравнимого качества. При этом все затраты пациента должны быть компенсированы в приемлемые сроки без привлечения судебной системы.

Врачи должны посвящать своим пациентам достаточно времени, в том числе для информирования.

1.8. Право на соблюдение стандартов

Каждый человек имеет право на доступ к качественной медицинской помощи на основе соблюдения стандартов качества медицинской помощи и условий ее оказания. Стандарты должны определять уровень качества медицинской помощи, обеспечивающий максимально возможное излечение или недопущения болезни.

Право на качественную медицинскую помощь требует, чтобы организации и специалисты здравоохранения обеспечивали достаточный уровень профессиональных мероприятий, комфорта (сервиса) и человеческих отношений. Это предусматривает точное формулирование и соблюдение стандартов качества, которые должны утверждаться с использованием процедуры общественных консультаций со всеми заинтересованными сторонами, регулярно перепроверяться и оцениваться для приведения в соответствие с современным уровнем научных знаний и развитием технологий.

1.9. Право на безопасность

Каждый человек имеет право на безопасное для жизни и здоровья оказание медицинской помощи без причинения вреда здоровью вследствие недостатков медицинской помощи, дефектов медицинской деятельности и ошибок и право на доступ к медицинской помощи, отвечающей стандартам качества.

Чтобы гарантировать это право, организации здравоохранения должны постоянно контролировать и подтверждать, что медицинская техника работает должным образом, а обслуживающий персонал хорошо обучен. Специалисты системы здравоохранения должны брать на себя полную ответственность за должную безопасность всех методов и технологий медицинской помощи.

Врачи должны быть в состоянии не допускать возможных ошибок, благодаря непрерывному усовершенствованию и наблюдению прецедентов, для чего государство создает необходимые условия, включая достойную заработную плату и положение врача в обществе. Медицинский персонал, который указывает начальству и/или коллегам на риски или дефекты, должен быть защищен от негативных воздействий.

Государство должно принимать эффективные меры государственного регулирования в сфере обращения лекарственных средств, медицинской техники и изделий медицинского назначения с целью обеспечения качества и безопасности медицинской помощи.

Государство должно принять своевременные и адекватные меры к тому, чтобы в обращении не было лекарственных препаратов, методов и технологий с недоказанной эффективностью и безопасностью. Государство должно принимать жесткие меры к нарушителям в сфере безопасности пациентов.

Государство не должно допускать циркуляции недостоверной информации, вводящей пациентов в заблуждение о свойствах товаров или услуг, как это происходит с биологически активными добавками, различными псевдомедицинскими приборами и изделиями.

1.10. Право на инновации

Каждый человек имеет право на доступ к инновационным методам диагностики и лечения, независимо от экономических или финансовых соображений.

Государство обязано стимулировать и поддерживать биомедицинские исследования, если они не нарушают правовые и этические основы общества.

Права пациентов - участников клинических исследований - должны соблюдаться в соответствии с международными этическими нормами независимо от вида и масштаба клинического исследования.

Результаты исследований следует подобающим образом распространять и внедрять, делая новые технологии доступными в наиболее короткие из возможных сроки.

1.11. Право на исключение боли и страданий

Каждый человек имеет право на то, чтобы в каждой фазе его болезни принимались все возможные меры по недопущению страданий и боли.

Система здравоохранения обязана принять для этого все целесообразные меры, включая паллиативное лечение, и облегчать доступ пациента к нему.

Государство должно выстроить эффективную систему обеспечения обезболивающими препаратами нуждающихся амбулаторных больных.

1.12. Право на индивидуальное лечение

Каждый человек имеет право на планирование диагностики и лечения, которые настолько, насколько это возможно, соответствовали бы его личным потребностям. Стандарты должны позволять врачу делать обоснованные индивидуальные назначения.

Система здравоохранения в этих целях должна обеспечить, чтобы было возможно гибкое, по возможности индивидуальное планирование, а экономические критерии не получали бы преимущества перед правом на необходимую медицинскую помощь.

1.13. Право на жалобы и претензии

Каждый человек имеет право высказать или подать претензию или жалобу и право получить на них ответ.

Система здравоохранения должна обеспечить реализацию этого права, при этом государство должно информировать пациентов с помощью специальных организаций об их правах и дать им возможность распознавать нарушения и подавать претензии или жалобы в соответствующей форме.

На любые жалобы или претензии органы здравоохранения и медицинские организации должны подробно отвечать в течение адекватного ситуации срока, но не более срока, установленного законом. В случае если здоровью или жизни человека что-либо угрожает, ответ должен даваться без промедления.

Претензии могут представляться при поддержке независимых общественных институтов, организаций или экспертов.

Пациент, а в случае его смерти члены его семьи и законный представитель, имеют право на проведение независимой медицинской экспертизы при наличии сомнений в качестве медицинской помощи и наступлении вреда здоровью или жизни пациента, возникшего на фоне или после медицинского вмешательства. Государство должно обеспечить реализацию этого права.

1.14. Право на возмещение ущерба

Каждый человек имеет право на соответствующее и достаточно скорое возмещение вреда, если ему действием (бездействием) медицинской организации или медицинского работника был нанесен имущественный или моральный ущерб.

Медицинские организации должны гарантировать возмещение независимо от степени тяжести и причины ущерба (от чрезмерного времени ожидания до нарушения стандартов

медицинской помощи), в том числе, если не удастся установить, кто именно из оказывавших медицинскую помощь лиц в конечном счете за него ответственен.

В случае возникновения вреда здоровью или жизни гражданина при оказании медицинской помощи исполнитель должен возместить вред, если не докажет, что его действия соответствовали требованиям законов, нормативных актов, условиям договора, а при отсутствии таковых – обычно предъявляемым требованиям, и если имеются основания полагать, что выявленное несоответствие связано с наступившим вредом, как единственная или одна из его причин.

В случае возникновения вреда здоровью или жизни гражданина при обращении за получением медицинской помощи, притом, что лицом, оказывающим медицинскую помощь, не были совершены действия, соответствующие требованиям законов, нормативных актов, условиям договора, а при отсутствии таковых – обычно предъявляемым требованиям (бездействие), исполнитель возмещает вред, если имеются основания полагать, что выполнение соответствующих действий могло предотвратить возникший вред

1.15. Права членов семьи пациента

Права членов семьи (супруг, родители, дети) пациентов, по существу, направлены на наиболее полную и защищенную реализацию прав пациентов, а потому являются их частью.

В случае, если пациент не назначил представителя при оказании ему медицинской помощи, и при этом он не может в явной форме выразить свою волю о предстоящем вмешательстве или имеются основания полагать, что информация воспринимается им не адекватно, лицо, оказывающее медицинскую помощь, предпринимает все необходимые усилия для выяснения воли хотя бы одного из членов семьи или законного представителя, если время, затраченное на такое выяснение, не угрожает здоровью или жизни пациента. В ходе такого выяснения члену семьи или законному представителю пациента предоставляются те же права в отношении пациента, что предоставлены самому пациенту. В случае противоречия во мнениях членов семьи или законных представителей пациента о предстоящем вмешательстве, врач вправе сам делать выбор о предстоящем лечении, руководствуясь интересами пациента.

Члены семьи и законные представители пациента вправе находиться рядом с ним в любой медицинской организации в любое время, если это не мешает другим пациентам и, если пациент не запретил им находиться рядом.

В случае смерти пациента, члены его семьи и законные представители имеют право знакомиться с оригиналами и получить копии всех медицинских документов, включая результаты патолого-анатомических и судебно-медицинских исследований.

1.16. Право на защиту

Каждый пациент имеет право на защиту своих прав и свобод всеми способами, не запрещенными законом.

Согласно ст. 45 Конституции РФ государственная защита прав и свобод человека и гражданина в Российской Федерации гарантируется.

Для осуществления гарантий государство должно иметь институты, механизмы и инструменты защиты, среди которых:

- уполномоченный по правам пациентов в России при Президенте России, задача которого информирование пациентов об их правах, право на истребование копий медицинских документов с согласия пациента, членов его семьи или законных представителей, юридическое консультирование пациентов и их близких, работа с жалобами и обращениями, организация досудебных разбирательств, обращение в правоохранительные органы и суды, стимулирование создания системы уполномоченных по правам пациентов в медицинских организациях;
- здравоохранная прокуратура – специализированная прокуратура в сфере охраны здоровья и медицинской помощи;

- общества пациентов, которые должны быть наделены правами не меньшими, чем имеют общества по защите прав потребителей в России;
- институт независимой медицинской экспертизы;
- страховые медицинские организации, наделенные полномочиями по досудебному возмещению пациенту вреда, причиненного его жизни и здоровью при оказании ему медицинской помощи;
- единая судебная практика на основе рекомендаций Верховного Суда Российской Федерации судам по рассмотрению дел по возмещению морального и материального вреда, причиненного жизни и здоровью пациента при оказании ему медицинской помощи, и определению правил и сумм компенсации;
- передача патологоанатомической службы в ведение Росздравнадзора;
- передача судебно-медицинских учреждений в ведение Министерства юстиции РФ или прокуратуры РФ;
- бесплатное для гражданина (членов семьи и законного представителя умершего гражданина) выполнение судебно-медицинского исследования по заявлению или жалобе, а также проведение независимой судебной экспертизы по заявлению, иску, жалобе или делу в связи с недостатками медицинской помощи, нарушении прав граждан при ее оказании и/или причинением вреда, в том числе в любом субъекте РФ и с возможностью деперсонализации исследуемых экспертами медицинских документов.

Права граждан на активность

1. Права граждан на активность

Содержащиеся в этой Декларации права относятся не к «гражданам», а к «людям» (индивидуумам), так как основные права, приведенные в первой части, не связаны с понятием гражданства. Тем не менее, каждый человек, который действует в защиту своих прав или прав других лиц, является «активным гражданином государства». Поэтому в данной части применяется термин «гражданин».

Чтобы содействовать реализации перечисленных выше прав пациентов и контролировать их соблюдение, должны быть использованы некоторые гражданские права. В своем большинстве они касаются различных организованных групп граждан (пациентов, потребителей, а так же фондов, консультативных учреждений, групп самопомощи, организаций добровольцев и т.д.), которые выполняют уникальную роль поддерживать и придавать силы отдельным индивидуумам при защите их прав. Эти права связаны с правом на свободу деятельности общественных объединений и закреплены в ст. 30 Конституции РФ.

2.1. Право на деятельность в интересах общества

Граждане, как частные лица и как члены объединений, имеют право на действия по защите прав на медицинскую помощь, как отдельных лиц, так и их групп.

В обязанности органов власти и других участников входит поддержка и стимулирование такой активности.

2.2. Право на деятельность для представления интересов пациентов

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

- а. право на свободное передвижение людей и информации в системе здравоохранения, в той мере, в которой это допускает уважение частной жизни;
- б. право контролировать на практике соблюдение прав граждан в здравоохранении посредством контрольных и ревизионных мероприятий;
- в. право на действия по предупреждению нарушений прав или недостаточной защиты прав;
- г. право на прямое вмешательство при нарушениях прав или недостаточной защите прав;

- д. право на передачу информации и предложений и вытекающую отсюда обязанность органов управления системы здравоохранения рассматривать и отвечать на них;
- е. право на открытый диалог с органами управления государственным и частным здравоохранением;
- ж. на деятельность в области информирования пациентов.

2.3. Право на участие в формировании политики в области охраны здоровья

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

- а. принцип двустороннего взаимодействия между гражданами их объединениями и органами государственного и муниципального управления при составлении перспективных планов путем участия в составе наблюдательных (попечительских) советов при медицинских организациях;
- б. принцип обязательности общественных слушаний и консультаций на этапах планирования и принятия решений с обязанностью органов власти прислушиваться к предложениям общественных организаций и иных заинтересованных лиц, которые вправе выражать свое мнение по поводу готовящихся решений. Органы власти обязаны объяснять свои решения, отклоняющиеся от выраженного мнения участниками обсуждений;
- в. принцип партнерских отношений, который означает, что все участники обсуждения политики действуют с полной ответственностью и равноправно;
- г. принцип совместной оценки, который означает, что мнения, высказываемые общественными организациями, рассматриваются как необходимая часть инструмента оценки государственных политических мероприятий.

Форма контроля: Разбор ситуационных задач.

ЗАДАЧА № 1.

Среди врачей, особенно неврологов, существовала традиция осматривать пациентов полностью обнаженными. Эта традиция сохранилась и поныне. Вместе с тем, подобный осмотр, в частности, если врач-мужчина осматривает молодую красивую женщину, порождает ряд понятных проблем. Со стороны истеричных пациенток часты были обвинения сексуального характера в адрес врачей, поэтому врачи «страховали» себя, производя осмотр больной в присутствии близких родственников.
/Фрейд З. Толкование сновидений. М.,1998/

Вопрос: - в чем заключалась этическая противоречивость «понятных проблем»?

ЗАДАЧА № 2.

В небольшую больницу были одновременно доставлены молодой человек, чеченец по национальности, и русский майор милиции, которые в криминальной ситуации травмировали друг друга. Общее состояние пострадавших было примерно одинаковым. Русские по национальности врачи оказали полноценную медицинскую помощь майору милиции и фактически отказали без уважительных причин в оказании полноценной помощи молодому человеку, ограничившись лишь остановкой наружного кровотечения. Неоказание медицинской помощи пострадавшему привело к развитию у него опасного для жизни состояния.

Вопрос: - есть ли в действиях врачей нарушение этических принципов? Поясните.

ЗАДАЧА № 3.

Американский биоэтик Д. Каллахан утверждает: «Адекватная система здравоохранения должна удовлетворять потребности людей, чтобы предотвращать преждевременную смерть, но одновременно должна устанавливать предел стремлению отдельного человека к продлению жизни до очень преклонного возраста при огромных затратах».

«Всемирный форум здравоохранения».1993.Т.14. № 2, с.21.)

Вопрос:- какие биоэтические ценности вовлечены в противоречивое отношение американским автором? Прав ли Д.Каллахан?

ЗАДАЧА № 4.

«Но вызовут к врачу – не обрадуешься, там тебя особенно поразит эта лубянская механичность. Во взгляде врача не только нет озабоченности, но даже простого внимания. Он не спросит: «На что вы жалуетесь?», потому что тут слишком много слов, да и нельзя произнести эту фразу без интонации, он отрубит: «Жалобы?». Если ты слишком пространно начнешь рассказывать о болезни, тебя оборвут. Ясно и так. Зуб? Вырвать. Можно мышьяк. Лечить? У нас не лечат».

(Солженицын А.И. Архипелаг Гулаг / М.С.С. Т.5, с.149)

Вопрос:- чем обусловлена «лубянская механичность» врача в отношении к пациенту?

ЗАДАЧА № 5.

Во время отдыха на территории Крыма гражданин Российской Федерации госпитализирован в городскую больницу г. Ялта с диагнозом «обострение двустороннего хронического отита». За лечение с него была взята плата.

Вопрос: - законно ли взятие платы с пациента?

ЗАДАЧА № 6.

Гражданин России житель г. Владивосток (застрахованный по ОМС по месту регистрации г. Владивосток), находившийся в командировке в г. Москве, обратился за медицинской помощью по поводу обострившейся язвенной болезни в городскую больницу. Дежурным врачом медицинская помощь ему не была оказана по причине того, что он не имеет постоянной регистрации в г. Москве.

Вопрос: - законен ли отказ в медицинской помощи?

ЗАДАЧА № 7.

Заведующий лабораторией отказался перевести 16-летнюю девушку, которая работала с концентрированными препаратами и сослалась на ухудшение здоровья, на другую работу, мотивируя это тем, что на данную работу он не может найти желающих.

Вопрос:- нарушены ли права девушки?

ЗАДАЧА № 8.

Повторяю в который раз для всех – у нас в клинике свой кодекс о труде: врач работает столько, сколько нужно для больного. Начало – ровно в девять, конец – когда будет сделана вся работа. Второе: если врач не годится – он должен уйти. Сам, без вмешательства дирекции и профсоюза. Вопрос о соответствии решаю я.

(Амосов Н.М., 1976, с.50)

Вопрос:- прав ли в своих утверждениях известный кардиохирург?

Литература (в т.ч. указать адреса электронных ресурсов).

Основная:

1. Биоэтика: учебное пособие / Л. Г. Сахарова. - 109 с. Сахарова, Л.Г. Киров: Кировский ГМУ, 2017. - Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/136097>
2. Биоэтика. Философия сохранения жизни и сбережения здоровья: учебник - 400 с. Хрусталеv, Ю. М. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - ISBN 978-5-9704-5266-0. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452660.html>
3. Биоэтика. Этические и юридические документы, нормативные акты - 357 с. Шамоv, И. А. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - ISBN 978-5-9704-2975-4. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970429754.html>

Дополнительная:

1. История и современные вопросы развития биоэтики: учебное пособие - 144 с. Балалыкин, Д. А. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - ISBN 978-5-9704-2057-7. - Текст:

- электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970420577.html>
2. Биоэтика: учебное пособие - 47 с. Бугеро, Н. В. Ульяновск: УлГПУ им. И.Н. Ульянова, 2017. - ISBN 978-5-86045-906-9. - Текст электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/112086>
3. Биоэтика: учебник / под ред. П.В. Лопатина. - 4-е изд., перераб. и доп. - 269 с. Лопатин, П. В. М.: Гэотар Медиа, 2011.
4. От этики до биоэтики: учебник Хрусталева, Ю. М. Ростов н/Д: Феникс, 2010.

Тема № 6. Биоэтические проблемы применения инновационных технологий.

2. Цель занятия: закрепить теоретические знания о нравственном и рациональном обосновании биомедицинских исследований.

Обучающийся должен **знать** (исходные базисные знания и умения):

- морально-этические нормы, правила и принципы профессионального врачебного поведения, этические основы современного медицинского законодательства;
- принципы ведения дискуссии в условиях плюрализма мнений и основные способы разрешения конфликтов.

Обучающийся должен **уметь**:

- выстраивать и поддерживать уважительные и доверительные отношения с пациентами (их законными представителями) рабочие отношения с членами коллектива, а также конструктивные отношения с институтами гражданского общества;
- анализировать биоэтические проблемы при проведении медицинских экспериментов.

Обучающийся должен сформировать следующие компетенции:

УК-1. Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, выработать стратегию действий.

УК-5. Способен анализировать и учитывать разнообразие культур в процессе межкультурного взаимодействия.

Задания для самостоятельной работы:

1. Проблематизация применения инновационных технологий

В XXI веке осуществится переход к информационному обществу, основанному на знаниях. С. Капица (2010) подчеркивает, что важно различать понятие информационного общества и более емкое понятие общества знаний как разные социальные категории и ставить конечной целью образования и организации науки стремление к *обществу понимания*.

Первым шагом к пониманию является проблематизация применения инновационных технологий, в процессе которой происходит глубокое осмысление положительных и отрицательных последствий внедрения их в практику.

В области здравоохранения будут находить широкое применение новые биотехнологии, нанотехнологии, информационно-коммуникационные технологии и когнитивные науки. В последнее время специалисты все чаще обсуждают сложные вопросы, связанные с конвергенцией названных выше технологий, обозначая это термином «*NBIC-конвергенция*» (по первым буквам областей *N*-нано; *B*-био; *I*-инфо; *C*-когно), который был предложен М. Роко и У. Бейнбриджем (Roco M.C., Bainbridge W.S., 2003).

Безусловно, указанные инновационные процессы в столь значимой социальной сфере, какой является охрана здоровья, являются стимулами биоэтической рефлексии в начале XXI века.

М. Эпштейн (2004) отмечает, что проектируемый ныне человек – генетически видоизмененный, объединенный с машиной, киборг, андроид, техноангел – будет ли он больше или меньше себя как человека?

С момента первых публикаций В.Р. Поттера и до сегодняшнего дня можно констатировать неуклонно возрастающий интерес к проблемам биоэтики. Не случайно современные французские философы А. Конт-Спонвиль и Л. Ферри (2009) в книге «Мудрость современности» рассматривают биоэтику в числе важных вопросов нашего времени.

Проблематизацию применения новых биомедицинских технологий важно рассматривать на разных структурных уровнях (от биосферного до атомарного), но наиболее остро в настоящее время стоит вопрос о самом человеке. Один из вариантов ответа на этот вопрос дал Ф. Ницше: «Человек – это канат, натянутый между животным и сверхчеловеком, – канат над пропастью». В наши дни вопросы «конструирования» и «совершенствования» человека, выход за пределы его обычных (природных)

возможностей составляют проблемной поле нового направления, получившего название «трансгуманизм».

Трансгуманизм. В.А. Кутырев (2010) в работе, посвященной философии трансгуманизма, отмечает: «Транс – 1) через, за, сквозь, пере, после; 2) состояние за пределами сознания и понимания. Трансгуманизм – относительно новое теоретическое движение (возникло в США в последнее десятилетие XX века, в России оформилось в первые годы XXI века), обосновывающее необходимость «усовершенствования» традиционного человека, вплоть до замены его иной формой бытия и превращения в «постчеловека». Оно опирается на достижения современной научно-технической революции, прежде всего в сфере Hi-Tech, особенно нано-био-инфо-когно (NBIC) технологий и искусственного интеллекта (AI), открывшиеся в ее ходе невиданные, ранее даже не предполагавшиеся возможности воздействия на людей и их жизненный мир. Соответственно подразумевается, что как идеология, трансгуманизм должен прийти на смену антропологии и гуманизму – теориям и мировоззрению «старого», «традиционного», «естественного» человека».

Ф. Фукуяма в книге «Наше постчеловеческое будущее: Последствия биотехнологической революции», рассуждая о биотехнологии, подчеркивает: «Но одна из причин, по которой я не преисполнен оптимизма, заключается в том, что в этой технологии в отличие от других научных достижений грань между очевидными преимуществами и вкрадчивым злом провести невозможно».

Б.Г. Юдин (2007) замечает, что современного человека все больше тяготит зависимость от неподконтрольных ему факторов - окружающей среды, времени, собственных психофизических данных. Болезни, старческая немощь, недостаточная физическая и психическая выносливость, ограниченный объем памяти, ограниченность наших интеллектуальных и физических способностей – всё это начинает осознаваться в качестве проблем, которые допускают и даже требуют технологических решений.

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

Неслучайно вокруг проблем модификации человека разгораются острые идейные споры. По-видимому, преобладающей сегодня является позиция осторожного отношения к различным технологиям модификации человека. Тем не менее всё большую силу набирает международное и междисциплинарное движение, которое называет себя трансгуманизмом.

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

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

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

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

Клеточные технологии. М.А. Пальцев (2009) замечает: «Можно уверенно сказать, что наступившее столетие будет и «веком стволовых клеток». Использование стволовых клеток избавит людей от многих тяжелых, а иногда и неизлечимых болезней. Создание новых клеточных технологий позволит обойтись без трансплантации органов, которые всегда находятся в дефиците.

Ю.М. Хрусталева (2011) подчеркивает, что применение тканевых и клеточных технологий попадает в биоэтическое поле регулирования, которое призвано поддерживать систему обеспечения качества и безопасности на всех этапах разработки, производства, внедрения в лечебное дело и в итоге выведения на рынок.

Важно заметить, что согласно п. 1.5 Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по исполнению государственной функции по выдаче разрешений на применение новых медицинских технологий, утвержденного приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 20 июля 2007 г. № 488, клеточные технологии по степени потенциального риска отнесены к 3 классу – медицинские технологии с высокой степенью риска.

Ю.М. Лопухин, С.А. Гусев (2004), рассматривая этические проблемы, относящиеся к стволовым клеткам, обращают внимание на то, что

Европейский Союз в 2003 г. определил 5 этических принципов, которым необходимо следовать при испытании стволовых клеток в клинике:

- 1) принцип уважения достоинства человека;
- 2) принцип индивидуальной автономии (информированное согласие, уважение частной жизни, конфиденциальность персональных данных);
- 3) принцип справедливости и пользы (в частности улучшение и защита здоровья);
- 4) принцип свободы исследований (в согласии с другими фундаментальными принципами);
- 5) принцип пропорциональности (имея в виду необходимость применения минимального набора методов исследования, необходимых для достижения цели).

Кроме того, выделены четкие три правила, обязательное соблюдение которых необходимо в клинических исследованиях:

- 1 - свободное информированное согласие пациента;
- 2 - объективная оценка соотношения риск/польза;
- 3 - защита здоровья пациента, вовлеченного в клинические исследования.

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

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

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

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

История свидетельствует о том, что качественно новый уровень развития науки вместе с решениями определенных вопросов нередко обостряет проблематику практического применения результатов научного исследования при рассмотрении их в

политическом, социально-экономическом, культурном, духовном и личностном контексте. Поэтому международное сообщество придает существенное значение правовому и моральному регулированию отношений, возникающих по поводу проведения исследований в области генетики и их практическому применению. Среди основных документов необходимо назвать:

1. Всеобщая декларация о геноме человека и правах человека. Принята 11.11.1997 г. Генеральной конференцией ООН по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО).

2. Конвенция о биологическом разнообразии. (Рио-де-Жанейро, 5 июня 1992 г.)

3. Конвенция Совета Европы о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине (ETS № 164). Овьедо, 4 апреля 1997 года (Россия не участвует).

4. Заявление о генетическом консультировании и геномной инженерии. Принято 39-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Мадрид, Испания, октябрь 1987.

5. Декларация о проекте «Геном человека». Принята 44-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Марбэлла, Испания, сентябрь 1992 г.

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

Так, в ст. 1 Декларации определено, что геном человека лежит в основе изначальной общности всех представителей человеческого рода, а также признания их неотъемлемого достоинства и разнообразия. Геном человека знаменует собой достояние человечества.

Из статьи следует общечеловеческая основа проблемы генома человека.

Следовательно, масштаб нравственного измерения проблемы генома человека может быть взят в максимально широком аспекте высших ценностей и фундаментальных прав человека.

Данное положение нашло отражение в ст. 2 Декларации:

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

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

При проведении исследований генома человека необходимо иметь в виду высокую степень его изменчивости, зависящую от многих, нередко трудно контролируемых факторов и условий. Как отмечено в ст. 3 Декларации, 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.

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

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

Высокие моральные требования к ученым, выполняющим исследования, касающиеся генома человека, диктуют необходимость обеспечения всеобщего доступа к достижениям науки в области биологии, генетики и медицины, касающимся генома человека, при должном уважении достоинства и прав каждого человека; оценки научных результатов в широком общественном контексте как на национальном, так и на международном уровне.

В этой связи в ст. 16 Декларации отмечено, что государствам следует признать важное значение содействия на различных соответствующих уровнях созданию независимых, многодисциплинарных 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.

В ст. 18 Декларации акцент сделан на том, что государствам следует 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.

Безусловно, глубокие инновационные исследования по проблемам генома человека с опережающим темпом осуществляются в экономически развитых странах. Вместе с тем в стороне от новых технологий не должны остаться люди, проживающие в развивающихся странах. В Декларации ВМА о проекте «Геном человека» отмечено, что по затратам на реализацию проект «Геном человека» сравним с космическими программами. Оценка стоимости его реализации в течение ближайших 15 лет составляет 3 млрд. долларов, то есть 200 млн. в год. Эти цифры могут показаться не столь большими, если мы вспомним о том, что только США тратит 120 млн. долларов ежегодно на лечение кистозного фиброза. Другими словами, финансовые соображения не должны являться препятствием для реализации данного проекта. Затраты, связанные с финансированием работ по изучению генома человека «могут показаться не столь большими, лишь в сравнении с финансовыми ресурсами ведущих экономических стран, но они могут оказаться непосильными для стран развивающихся. Поэтому в ст. 19 Декларации определено, что в рамках международного сотрудничества с развивающимися странами государствам следует поощрять меры, которые позволяют:

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

Особое значение в Декларации придается образованию в области биоэтики. В соответствии со ст. 20 государствам следует принимать соответствующие меры с целью содействия изложенным в 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.

Обобщая сказанное, можно заключить, что специфическими чертами наиболее общих моральных проблем современной генетики являются:

- 1) выход на глубокие и всесторонние исследования, касающиеся генома человека, которые требуют учета их этических последствий;
- 2) сохранение гуманистической направленности исследований в области генома человека для улучшения состояния здоровья каждого человека и всего человечества;
- 3) соблюдение высоких моральных требований к ученым, осуществляющим исследования, касающиеся генома человека, и к лицам, использующим результаты этих исследований;

4) необходимость обеспечения всеобщего доступа к достижениям науки в области биологии, генетики и медицины, касающимся генома человека, при должном уважении достоинства и прав каждого человека;

5) создание и эффективное функционирование независимых, многодисциплинарных и плюралистических комитетов по этике для оценки этических, правовых и социальных вопросов, которые возникают в связи с проведением научных исследований, касающихся генома человека, и использованием результатов таких исследований;

6) преодоление разрыва между экономически развитыми и развивающимися государствами в области разработки и применения инновационных генетических технологий;

7) осуществление научных исследований и подготовки в многодисциплинарных областях, в частности, для синхронизации процессов накопления научных фактов и их адекватной оценки на биоэтической основе.

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

Этические проблемы применения методов диагностики и коррекции генетических нарушений наиболее полно раскрыты в двух приведенных выше документах ВМА, которые, безусловно, заслуживают внимательного и детального изучения.

В Заявлении ВМА о генетическом консультировании и геномной инженерии указано, что 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 исследование, 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 продлении рода, врачи должны придерживаться этических и профессиональных норм, принятых в их странах, рекомендаций ВМА и других медицинских организаций.

В случае выявления генетических аномалий у плода, будущие родители могут решить прервать беременность. Врач, имеющий право на личное отношение (поддержку или отвержение) к проблемам контрацепции, стерилизации или искусственного прерывания беременности, не может навязывать свои моральные ценности потенциальным родителям, но и не обязан изменять своим убеждениям в угоду их решению.

Врачи, полагающие, что 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.

Проект «Геном человека» основан на предположении о том, что знания информации, содержащейся в геноме человека, позволят диагностировать множество генетических заболеваний до момента зачатия и, соответственно, помогут людям сделать правильный выбор.

Ключом к пониманию генетических заболеваний является идентификация и определение генов после мутации. Соответственно, можно говорить о том, что понимание биологической природы человека связано с идентификацией 50.000-100.000 генов, содержащихся в хромосомах человека.

В Декларации ВМА о проекте «Геном человека» отмечается, что данный Проект может помочь идентифицировать и определить характеристики генов, связанных с основными генетическими заболеваниями; предполагается, что станет возможным идентифицировать и определять характеристики генов, связанных с генетическими заболеваниями, например, такими как сахарный диабет, шизофрения и болезнь Альцгеймера. Гены определяют лишь предрасположенность к этим заболеваниям, а разрешающий фактор – негенетический. Выявление предрасположенности к таким заболеваниям помогло бы их профилактизировать путем изменения образа жизни, диеты и периодических осмотров.

С этической точки зрения важно как можно быстрее получить информацию о геноме, поскольку она сулит лучшее понимание этиологии и патогенеза многих заболеваний. Вместе с тем, эта информация может оказаться бесполезной до тех пор, пока общественность и индивид не будут информированы о возможностях выбора лучшего пути использования этой информации.

Еще одна проблема заключается в том, чтобы определить, насколько прилагаемые усилия сравнимы с путями достижения поставленных целей. Должен ли предлагаемый проект быть нацеленным на изобретение новых методов или предпочтительнее шаг за шагом идти к намеченной цели?

В Декларации ВМА обращается внимание на конфликт между принципом приватности и необходимостью научного сотрудничества. Картирование генома человека должно быть анонимным, однако, полученная в результате информация имеет отношение к каждому человеку, независимо от его расовой принадлежности и индивидуальных различий между людьми. Эта информация должна быть общим достоянием и не может использоваться только в целях бизнеса. Поэтому ни один пациент не должен быть принесен в жертву проекту «Генома человека».

Существует также конфликт между все возрастающим потенциалом новых технологий по раскрытию генетической гетерогенности и критериями предоставления индивидуумам медицинской страховки и работы. Несмотря на генетические различия, представляется целесообразным принять, путем консенсуса, запрещение дискриминации при приеме на работу или при заключении договора по индивидуальному страхованию по соображениям принадлежности к определенной расе.

Генетическое картирование может стать основанием социальной дискриминации, при которой «группа риска» может рассматриваться как «дефектная группа».

Особое внимание в Декларации ВМА уделяется угрозе использования генетической информации в немедицинских целях и угрозе евгеники.

Концепция евгеники основана на предположении о том, что гены имеют решающее значение в процессе формирования человека, а потому, их распределение в популяции имеет решающее значение для изменений репродуктивного поведения. Согласно этой концепции, соображения общественного блага оправдывают ограничение свободы индивида. Обладание информацией ставит проблему и ее использования. До сих пор существуют опасения по поводу существования одобренных правительствами программ «улучшения расы» и использования медицинских технологий в немедицинских целях.

В Декларации ВМА справедливо отмечается, что этические проблемы, связанные с воплощением проекта «Геном человека», связаны не столько с технологией его реализации, сколько с правильным ее использованием. В связи с этим, прежде чем приступать к работе над проектом, необходимо тщательно проанализировать все этические, юридические и социальные вопросы, связанные с использованием новых технологий.

Определенная озабоченность возникает из-за опасения, что исследователь, занятый работой по проекту, может взять на себя роль своеобразного «бога» или попытается вмешаться в действия законов природы. Только освободившись от предвзятости по отношению к проекту «Геном человека», мы сможем правильно оценить этические проблемы, связанные с его реализацией, как это имеет место в случаях с оценкой новых методов диагностики и лечения. Другими словами, как и в последних случаях, основными критериями оценки проекта являются уважение личности человека, его автономии и принципа невмешательства в его частную жизнь, а также сравнительная оценка риска и пользы.

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

ВМА считает, что они таковы:

- С целью избежания роста социальной напряженности, необходимо обеспечить доступность генетического консультирования для всех.

- Необходимо также обеспечить возможность обмена полученными знаниями, информацией и средствами технологии между всеми странами мира.

- Необходимо строго соблюдать принцип уважения воли тех, кто подвергается генетическому скринингу, и их право решать вопросы, связанные с участием в этой процедуре и использованием полученной в результате информации.

- Необходимо обеспечить полную информированность пациента или его законного представителя по поводу всех процедур, связанных с реализацией проекта. Необходимо также обеспечить принцип сохранения медицинской тайны и неразглашения полученной информации путем передачи ее третьим лицам без согласия пациента. Этот принцип должен соблюдаться даже в тех случаях, когда полученная информация позволит делать вывод о том, что под угрозой находятся члены семьи пациента. Единственным исключением является случай, когда речь идет о серьезном заболевании, предотвратить которое можно путем раскрытия полученной информации; принцип конфиденциальности информации может быть нарушен только тогда, когда все попытки убедить пациента в необходимости раскрыть самому тайну его генетической информации оказываются безуспешными, однако и в этом случае раскрытию подлежит не вся информация, а только необходимая ее часть.

- Раскрытие генетической информации пациента или доступ к ней со стороны третьих лиц может быть разрешен только с добровольного информированного согласия пациента.

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

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

- Федеральный закон от 5 июля 1996 года № 86-ФЗ «О государственном регулировании в области генно-инженерной деятельности»;

- Федеральный закон от 20 мая 2002 года № 54-ФЗ «О временном запрете на клонирование человека».

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

В Федеральном законе «О государственном регулировании в области генно-инженерной деятельности» содержатся основные понятия, которые имеют прямое отношение к рассматриваемой сегодня теме, в частности, «генная инженерия», «генная терапия (генотерапия)», «генно-инженерная деятельность», «генодиагностика».

Генная инженерия - совокупность методов и технологий, в том числе технологий получения рекомбинантных рибонуклеиновых и дезоксирибонуклеиновых кислот, по выделению генов из организма, осуществлению манипуляций с генами и введению их в другие организмы.

Генная терапия (генотерапия) - совокупность генно-инженерных (биотехнологических) и медицинских методов, направленных на внесение изменений в генетический аппарат соматических клеток человека в целях лечения заболеваний.

Генно-инженерная деятельность - деятельность, осуществляемая с использованием методов генной инженерии и генно-инженерно-модифицированных организмов.

Генодиагностика - совокупность методов по выявлению изменений в структуре генома.

В Федеральном законе определено, что генно-инженерная деятельность должна основываться на следующих принципах:

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

Видно, что основные положения генно-инженерной деятельности устанавливаются с учетом высокого уровня ее возможной и действительной опасности для человека и окружающей среды. С этим связаны и основные биоэтические аспекты генно-инженерной деятельности, а именно – обеспечение и реализация принципа «не навреди!».

Федеральный закон «О временном запрете на клонирование человека» вводит временный запрет на клонирование человека, исходя из принципов уважения человека, признания ценности личности, необходимости защиты прав и свобод человека и учитывая недостаточно изученные биологические и социальные последствия клонирования человека.

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

В соответствии со ст. 1 данного Федерального закона вводится временный запрет на клонирование человека впредь до дня вступления в силу федерального закона, устанавливающего порядок использования технологий клонирования организмов в целях клонирования человека. Действие настоящего Федерального закона не распространяется на клонирование организмов в иных целях.

В настоящем Федеральном законе используются следующие основные понятия:

клонирование человека – создание человека, генетически идентичного другому живому или умершему человеку, путем переноса в лишенную ядра женскую половую клетку ядра соматической клетки человека;

эмбрион человека – зародыш человека на стадии развития до восьми недель (ст. 2).

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

Этические проблемы клонирования человека возникают, главным образом, вследствие недостаточной изученности его биологических и социальных последствий, что не позволяет в настоящее время точно определить все возможные риски и грозящие опасности. Очень важно при оценке рисков и опасностей, связанных с клонированием, не забывать принципа адекватности любых заключений уровню достигнутых знаний и фундаментальным ценностям.

Ю. Хабермас отмечает, что новые технологии вынуждают нас вести публичный дискурс о правильном понимании культурной формы жизни как таковой. И у философов больше нет никаких благовидных предлогов отдавать предмет этой дискуссии на откуп представителям биологических наук и вдохновленным научной фантастикой инженерам. Б.Г. Юдин в этой связи справедливо подчеркивает: «не стоит переоценивать научную обоснованность и сегодняшних, безусловно намного более тонких и эффективных технологий воздействия на человека. Вполне вероятно, что через столетия и они будут восприниматься как ужасно грубые, неэффективные и малонаучные».

Нанотехнологии. О.Е. Баксанский, Е.Н. Гнатик, Е.Н. Кучер (2010) отмечают, что переход от «микро-» к «нано-» – это качественный переход от манипуляции веществом к манипуляции отдельными атомами. Нанотехнологии, особенно наномедицина, развиваются в двух принципиально разных направлениях, условно именуемых «*dry-нанотехнологией*» в механической традиции и «*wet-нанотехнологией*» в биологической традиции.

«*Dry-нанотехнологии*» чаще всего отталкиваются от уже имеющихся технологий – вроде сканирующих микроскопов, которые способны перемещать отдельные атомы и молекулы.

«*Dry-нанотехнологии*» сконцентрированы на конструировании и модификации белковых молекул, знаменитых своими выдающимися способностями к самосбору. Многие ученые полагают, что ключ к прогрессу лежит именно здесь.

В. Прайд, Д.А. Медведев (2008) считают, что с развитием нанотехнологий человечество потенциально может взять под контроль любые процессы на планете. При этом авторы задаются вопросом: «Что будет при этом являться «природой», где будет находиться «природа», да и вообще – существует ли «природа на планете, где нет места масштабным случайным явлениям, где постоянно контролируется все – от глобальной погоды до биохимических процессов в отдельной клетке? Здесь проглядывается striation еще одной дихотомии: искусственное – естественное».

В этой связи заслуживают внимание новые директивы по синтетической биологии и развивающимся технологиям, принятые Президентской комиссией по изучению вопросов биоэтики (New Directions e Ethics of Synthetic Biology and Emerging Technologies. Presidential Commission for the Study of Bioethical Issues. Washington, D.C. December 2010). В основных выводах и рекомендаций для президента Комиссия отмечает, что идея сборки живых организмов целиком из неживых частей веками занимала человеческое воображение, не приводя к успеху нигде, кроме фантастики. Некоторые считают, что мы приблизились на один шаг к этой возможности, когда ученые из института Дж. Крейга Вентера (J. Craig Venter Institute) объявили о создании первого синтетического (сделанного человеком из химических составляющих) генома, самореплицирующегося в бактериальной клетке другого вида. Комиссия установила, что исследовательская программа Института Вентера и синтетическая биология находится на ранних стадиях длительного биологического и генетического исследования. С целью выработки своих рекомендаций Комиссия определила пять этических принципов, имеющих отношение к рассмотрению социальных последствий возникающих технологий: (1) общественной пользы, (2) ответственного ведения дел, (3) интеллектуальной свободы и ответственности, (4) демократического обсуждения и (5) справедливости и честности. Эти принципы разработаны для прояснения и направления государственных решений, гарантирующих, что новые технологии, включая синтетическую биоэтику, могут развиваться этически ответственным способом.

2. Нравственное и рациональное обоснование биомедицинских исследований

В Аналитических материалах по проекту «Анализ нормативно-правовой базы в области прав человека в контексте биомедицинских исследований и выработка рекомендаций по ее усовершенствованию» (2007) Б.Г. Юдин справедливо замечает: «Мы можем констатировать, таким образом, что тесное, непосредственное воздействие

этических норм на научное познание является сегодня не просто прекраснодушным пожеланием, но повседневной реальностью, можно даже сказать – рутинной, с которой приходится иметь дело множеству людей». И далее: «Отныне эксперименты на человеке уже не следует воспринимать как нечто чрезвычайное, как то, к чему приходится прибегать только в немногих крайних случаях. Напротив, к ним надлежит относиться как к решающей, критической части нынешнего и будущего прогресса биомедицины».

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

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

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

Это означает, что лицо, вовлекаемое в эксперимент в качестве испытуемого, должно иметь законное право давать такое согласие; иметь возможность осуществлять свободный выбор и не испытывать на себе влияние каких-либо элементов насилия, обмана, мошенничества, хитрости или других скрытых форм давления или принуждения; обладать знаниями, достаточными для того, чтобы понять суть эксперимента и принять осознанное решение. Последнее требует, чтобы до принятия утвердительного решения о возможности своего участия в том или ином эксперименте испытуемый был информирован о характере, продолжительности и цели данного эксперимента; о методах и способах его проведения; обо всех предполагаемых неудобствах и опасностях, связанных с проведением эксперимента, и, наконец, возможных последствиях для физического или психического здоровья испытуемого, могущих возникнуть в результате его участия в эксперименте.

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

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

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

Научную обоснованность определяют, как минимум, три фактора:

- 1) достигнутый уровень научного знания о закономерностях функционирования организма человека в норме и патологии, на основе которого возможно в максимальной степени обеспечить безопасность лица, участвующего в биомедицинском исследовании;
- 2) компетентность специалиста, который проводит биомедицинское исследование.
- 3) достоверность исходной и полученной научной информации.

Оценка достигнутого уровня научного знания осуществляется не только с помощью всестороннего и полного анализа специальной литературы, но с помощью предварительно проведенного лабораторного эксперимента.

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

В силу п. 11 Хельсинкской декларации: «Долг врача, проводящего медицинское исследование, состоит в охране жизни и здоровья, защите достоинства, неприкосновенности, личной жизни и права на свободное волеизъявление участвующих в нем больных, а также конфиденциальности их частной информации».

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

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

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

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

Достоверность исходной и полученной научной информации является многоаспектным фактором, поскольку речь идет как о научной информации, получаемой ученым в ходе биомедицинского исследования, так и об информации, которую получает участник исследования от врача.

Согласно п. 24 Хельсинкской декларации каждый потенциальный дееспособный субъект медицинского исследования должен получить адекватную информацию о его целях, методах, источниках финансирования, возможных конфликтах интересов, институциональной принадлежности исследователя, ожидаемой пользе, сопутствующих рисках и неудобствах, а также о всех других значимых аспектах исследования. Потенциальный участник должен быть проинформирован о праве отказаться от включения в исследование или в любое время отозвать согласие на участие в нем без каких-либо санкций для себя или потери выгод. Особое внимание следует уделить предоставлению специальной информации потенциальному участнику исследования, который нуждается в этом, и способам предоставления такой информации. Убедившись,

что потенциальный участник понял информацию, врач или другое уполномоченное лицо должны получить его добровольное информированное согласие, желательно в письменной форме. Если согласие не может быть предоставлено в письменной форме, устное согласие должно быть формально документировано и засвидетельствовано.

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

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

«31. Врач может сочетать исследование с оказанием медицинской помощи только в случаях, когда исследование оправдано его профилактической, диагностической или терапевтической ценностью и когда имеются разумные основания ожидать, что участие в исследовании не скажется отрицательно на здоровье пациентов – его субъектов.

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

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

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

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

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

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

В ст. 16 Конвенции о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине, открытой к подписанию государствами-членами Совета Европы и государствами-нечленами, которые принимали участие в ее разработке, а также Европейским Сообществом в Овьедо 4 апреля 1997 года, вступившей в силу 18 декабря 1999 года (СОВЕТ ЕВРОПЫ, ETS №164), указано: «Исследования на людях проводятся только при соблюдении следующих условий:

i. не существует альтернативных методов исследования, сопоставимых по своей эффективности;

ii. риск, которому может быть подвергнут испытуемый, не превышает потенциальной выгоды от проведения данного исследования;

iii. 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;

iv. лицо, выступающее в качестве испытуемого, проинформировано об имеющихся у него правах и гарантиях, предусмотренных законом;

v. получено явно выраженное, конкретное письменное согласие, предусмотренное в статье 5. Такое согласие может быть беспрепятственно отозвано в любой момент».

Российская Федерация в настоящей Конвенции не участвует.

3. Клинические исследования лекарственных препаратов

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

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

В ст. 40 Федерального закона № 61-ФЗ содержатся нормы о проведении клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения, согласно которым руководитель медицинской организации, которая проводит клиническое исследование лекарственного препарата для медицинского применения, назначает исследователя, ответственного за проведение такого исследования и имеющего лечебную специальность, соответствующую проводимому клиническому исследованию лекарственного препарата, со стажем работы по программам клинических исследований лекарственных препаратов не менее чем пять лет и по его предложению назначает соисследователей из числа врачей этой медицинской организации (ч. 1 ст. 40).

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

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

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

Клиническое исследование лекарственного препарата для медицинского применения может быть приостановлено или прекращено, если в процессе его проведения обнаружена опасность для жизни, здоровья пациентов. В случае возникновения опасности для жизни, здоровья пациента, участвующего в клиническом исследовании лекарственного препарата для медицинского применения, исследователи обязаны проинформировать об этом руководителя медицинской организации и организацию, получившую разрешение

уполномоченного федерального органа исполнительной власти на организацию проведения клинического исследования лекарственного препарата. Решение о приостановлении клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения принимают руководитель медицинской организации и (или) организация, получившая разрешение уполномоченного федерального органа исполнительной власти на организацию проведения клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения, решение о прекращении такого исследования принимает уполномоченный федеральный орган исполнительной власти на основании сообщения в письменной форме руководителя медицинской организации или организация, получившая разрешение уполномоченного федерального органа исполнительной власти на организацию проведения клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения (ч. 6 ст. 40).

На основании ч. 1 ст. 41 Федерального закона № 61-ФЗ клиническое исследование проводится в соответствии с договором о проведении клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения, заключаемым между организацией, получившей разрешение уполномоченного федерального органа исполнительной власти на организацию проведения такого исследования, и медицинской организацией, осуществляющей проведение такого исследования.

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

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

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

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

2) о безопасности лекарственного препарата для медицинского применения, его ожидаемой эффективности и степени риска для пациента;

3) об условиях участия пациента в клиническом исследовании лекарственного препарата для медицинского применения;

4) о цели или целях и продолжительности клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения;

5) о действиях пациента в случае непредвиденных эффектов влияния лекарственного препарата для медицинского применения на состояние его здоровья;

6) об условиях обязательного страхования жизни, здоровья пациента;

7) о гарантиях конфиденциальности участия пациента в клиническом исследовании лекарственного препарата для медицинского применения.

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

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

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

лекарственного препарата для медицинского применения на совершеннолетних гражданах.

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

1) детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;

2) женщин в период беременности, женщин в период грудного вскармливания, за исключением случаев, если проводится клиническое исследование лекарственного препарата, предназначенного для указанных женщин, при условии необходимости получения информации только во время проведения соответствующих клинических исследований и принятия всех необходимых мер по исключению риска нанесения вреда женщине в период беременности, женщине в период грудного вскармливания, плоду или ребенку;

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

4) сотрудников правоохранительных органов;

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

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

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

4. Минимизация страданий лабораторных животных

П.Д. Тищенко (2007) верно отмечает: «Страдание, которое переживает любое живое существо, вызывает чувство сострадания в другом человеке, желание помочь, принести облегчение страждущему. Сострадание – это как бы отклик на зов о помощи, который составляет особого рода призвание или моральное основание двух профессий — ветеринарной и врачебной. Если это чувство у врача не развито или притупилось с годами, то говорить о его моральных качествах становится сложно. Неслучайно, что сострадание (а также очень близкое по значению к нему моральное качество милосердия) считается с самых древних времен основой врачебной добродетелью. И хотя наука вносит в отношении к пациенту и испытываемому элемент объективности, сострадание для биомедицинских исследований остается важнейшим этическим основанием. Причем распространяется оно и на людей, и, в более ограниченном смысле, на лабораторных животных. Последних нельзя подвергать неоправданно жестоким испытаниям».

Советом международных медицинских научных организаций (СММНО) в 1985 г. приняты Международные рекомендации по проведению медико-биологических

исследований с использованием животных, в которых установлены следующие основные принципы:

I. Необходимым условием развития биологических знаний и разработки более совершенных средств охраны здоровья и обеспечения благополучия как людей, так и животных является проведение экспериментов на интактных живых животных самых разнообразных видов.

II. Там, где необходимо, в этих целях следует применять математические модели, машинное моделирование и биологические системы *in vitro*.

III. Эксперименты на животных следует проводить только после тщательного рассмотрения их значения для здоровья человека или самих животных и для прогресса биологических знаний.

IV. Для экспериментов следует отбирать здоровых животных надлежащего вида, ограничиваясь тем минимальным их количеством, которое требуется для получения научно достоверных результатов.

V. Исследователям и другому персоналу всегда надлежит относиться к животным как к чувствительным к различного рода воздействиям существам и считать своим этическим долгом обращаться с животными и использовать их таким образом, чтобы свести к минимуму причиняемые им неудобства, страдания и боль.

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

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

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

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

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

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

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

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 обращения с животными, условия их содержания, лечения и транспортировки.

ВМА выдвигает следующие принципы:

1. Использование животных в МБИ необходимо для дальнейшего прогресса медицины.

2. Хельсинкская декларация ВМА требует, чтобы МБИ на людях предварялись экспериментами на животных и, в тоже 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.

5. Роль комитетов по биоэтике

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

Национальные и локальные комитеты по биоэтике: опыт Центральной и Восточной Европы (Материалы международных научных конференций по биоэтике (Минск, 2006).

Аналитические материалы по проекту «Анализ нормативно-правовой базы в области прав человека в контексте биомедицинских исследований и выработка рекомендаций по ее усовершенствованию» (Москва, 2007).

Образовательная работа с комитетами по биоэтике (ЮНЕСКО, 2007).

Этическая экспертиза биомедицинских исследований в государствах-участниках СНГ (социальные и культурные аспекты). Санкт-Петербург, 2007.

Изучение указанных публикаций и других научных источников позволяет осуществить типизацию комитетов по биоэтике. Несмотря на то, что существует некоторые разногласия в наименовании одних и тех же структур комитеты (комиссии, советы) по биоэтике (этике), по многим вопросам можно констатировать единство взглядов специалистов разных стран. Так, не вызывает сомнения тот факт, что комитеты по биоэтике могут быть международными, национальными и локальными, последние создаются в конкретной организации. Следует также различать комитеты по биоэтике в зависимости от сориентированности их или на клиническую практику, или научно-исследовательскую деятельность

Н.Н. Седова, А.Б. Файнштейн (2004) рассматривают два типа этических комитетов. *Первый тип* – это комитеты по этике, которые работают непосредственно в ЛПУ, заняты вопросами практической медицины, а в своей работе руководствуются, скорее, принципами медицинской этики, нежели биоэтики. Этические комитеты лечебных учреждений создаются как консуль-тативные группы и привлекаются в тех случаях, когда возникают моральные проблемы. Их прерогатива – обсуждение сложных этических проблем, возникших в клинической практике, и формулирование рекомендаций о том, как эти проблемы следует решать. Смысл существования комитетов по этике и этических консультаций в том, чтобы не доводить проблемную ситуацию до суда, а попытаться решить на межличностном уровне, путем разумного соглашения. Этические комитеты формируются из независимых лиц, компетентных в вопросах биоэтики, которые могут

оценить медицинскую сторону дела и дать советы не только практикующим врачам, но и пациентам. Сейчас все службы, имеющие отношение к медицине, стали проявлять повышенный интерес к комитетам по этике и этическим консультациям, в деятельности которых они видят способ гармоничного развития отношений медицинских работников и пациентов.

Второй тип комитетов – те, которые заняты непосредственно оценкой новых достижений биомедицины, экспертизой исследовательских проектов, защитой прав испытуемых и определением социальных рисков в рамках регионов, государств и международного сообщества в целом. Актуальность таких комитетов (национальных, международных и т.п.) обнаружилась, когда стали рождаться дети *in vitro*. В настоящее время исследовательские комитеты есть везде, где существуют базы клинических испытаний. Хотя их деятельность регламентирована только теми документами, которые признаются спонсорами (в основном, GCP и GLP, а также Рекомендации ВОЗ). О правовой регламентации деятельности этих комитетов на национальном уровне пока также ничего не известно.

В настоящее время организационные и процессуальные вопросы деятельности комитетов по биоэтике в российском здравоохранении успешно решены благодаря исследованиям отечественных ученых (Белоусов Ю.Б., Иванюшкин А.Я., Игнатъев В.Н., Коротких Р.В., Лопатин П.В., Седова Н.Н., Силуянова И.В., Тищенко П.Д., Файнштейн А.Б., Юдин Б.Г.).

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

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

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

Цели и задачи деятельности комитетов по биоэтике могут различаться в зависимости от его вида. Например, Комитет по этике Самарского государственного медицинского университета (далее – Комитет) создан в целях:

- Защиты прав человека и отдельных групп населения в области здравоохранения.
- Обеспечения достойного отношения к телу умершего.
- Проверки соблюдения этических норм при проведении научных исследований.
- Обеспечения соблюдения этических норм при проведении клинических исследований лекарственных средств.
- Содействия разрешению этических конфликтов.

Комитет решает следующие задачи:

1. Осуществляет организацию и производство этической экспертизы для решения вопросов:

- соответствия международным и российским принципам и нормам медицинской этики планируемых к проведению клинических научных исследований;
- соответствия международным и российским принципам и нормам медицинской этики планируемых к проведению научных исследований, связанных с медицинским вмешательством на теле умершего.

- соответствия международным и российским принципам и нормам медицинской этики планируемых к проведению научных исследований в условиях лабораторного эксперимента.

В соответствии с п. 2 Положения о Совете по этике, утвержденном приказом Министерства здравоохранения и социального развития от 31 августа 2010 г. № 774н «О Совете по этике» (далее – Положение) указано: «Совет по этике действует в целях защиты жизни, здоровья и прав пациентов, принимающих участие в клинических исследованиях лекарственных препаратов для медицинского применения».

В силу п. 5. Положения основными задачами Совета по этике являются:

- 1) проведение этической экспертизы документов, связанных с проведением клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения;
- 2) выдача заключения об этической обоснованности возможности или невозможности проведения клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения.

Проведение этической экспертизы. Общеизвестно, что основной задачей комитетов по биоэтике является проведение этической экспертизы.

В ст. 17 «Этическая экспертиза, Федерального закона от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» (далее – Федеральный закон № 61-ФЗ) указано:

«1. Этическая экспертиза проводится в целях выдачи заключения об этической обоснованности возможности проведения клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения советом по этике, созданным в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

2. Экспертами совета по этике могут быть представители медицинских, научных организаций, образовательных учреждений высшего профессионального образования, а также представители общественных организаций, религиозных организаций и средств массовой информации. Данные эксперты не должны находиться в какой-либо зависимости от разработчиков лекарственных препаратов и других лиц, заинтересованных в результатах этической экспертизы.

3. Оплата услуг экспертов совета по этике осуществляется на основании договора, заключенного между уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, которым создан совет по этике, и экспертом совета по этике, за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных уполномоченному федеральному органу исполнительной власти, создавшему совет по этике, в федеральном бюджете на соответствующий год на обеспечение его деятельности, и в размерах, установленных Правительством Российской Федерации.

4. Эксперты совета по этике несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5. Состав совета по этике, положение об этом совете, порядок его деятельности, требования к квалификации и опыту работы по экспертной оценке научных, медицинских и этических аспектов клинических исследований лекарственных препаратов для медицинского применения, предъявляемые к экспертам совета по этике, порядок организации и проведения этической экспертизы, форма заключения совета по этике устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Число представителей медицинских организаций не может превышать половину от общего числа экспертов совета по этике.

6. Информация о составе совета по этике, планах его работы и текущей деятельности размещается на официальном сайте уполномоченного федерального органа исполнительной власти в сети «Интернет» в установленном им порядке».

В п. 2 Порядка организации и проведения этической экспертизы возможности проведения клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения и формы заключения совета по этике, утвержденного приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 августа 2010 г. № 753н «Об

утверждении порядка организации и проведения этической экспертизы возможности проведения клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения и формы заключения совета по этике» (далее – Порядок), определено: «Этическая экспертиза возможности проведения клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения (далее - этическая экспертиза) основывается на принципах законности, соблюдения прав и свобод человека и гражданина, прав юридического лица, независимости эксперта, объективности, всесторонности и полноты исследований, проводимых с использованием современных достижений науки и техники, ответственности экспертов за проведение и качество этической экспертизы».

На основании п. 8 Порядка эксперт при проведении порученной ему председателем совета по этике этической экспертизы обязан:

1) провести полное исследование представленных ему объектов, материалов, дать обоснованное и объективное заключение по поставленным перед ним вопросам или мотивированное заключение о невозможности проведения им этической экспертизы, если поставленные вопросы выходят за пределы специальных знаний эксперта, объекты исследований и материалы непригодны или недостаточны для проведения исследований и дачи заключения либо современный уровень развития науки не позволяет ответить на поставленные вопросы;

2) ответственно и точно формулировать выводы в пределах своей компетенции;

3) не разглашать сведения, которые стали ему известны в связи с проведением этической экспертизы, а также сведения, составляющие государственную, коммерческую или иную охраняемую законом тайну;

4) соблюдать установленные сроки и порядок проведения этической экспертизы;

5) обеспечить сохранность представленных документов.

В соответствии с п. 9 Порядка эксперт не вправе:

1) проводить этическую экспертизу по обращению непосредственно к нему организаций или физических лиц;

2) самостоятельно собирать материалы для проведения этической экспертизы.

Форма заключения совета по этике утверждена приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 августа 2010 г. № 753н «Об утверждении порядка организации и проведения этической экспертизы возможности проведения клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения и формы заключения совета по этике».

Заключение совета по этике по результатам этической экспертизы документов, связанных с проведением клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения предусматривает экспертную оценку представленных на этическую экспертизу документов, связанных с проведением клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения, по следующим 17 позициям:

1. содержание проекта протокола клинического исследования (исследования биоэквивалентности и (или) терапевтической эквивалентности) лекарственного препарата для медицинского применения на соответствие заявляемым целям и задачам клинического исследования (исследования биоэквивалентности и (или) терапевтической эквивалентности) и возможности достижения ожидаемых результатов с вовлечением в клиническое исследование лекарственного препарата для медицинского применения минимально возможного числа пациентов,

2. оценка обоснования предполагаемого риска и неудобств по сравнению с ожидаемой пользой для участников клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения;

3. оценка обоснованности необходимости наличия в данном клиническом исследовании лекарственного препарата для медицинского применения контрольной группы пациентов;

4. оценка оснований для преждевременного прекращения участия пациентов в клиническом исследовании лекарственного препарата для медицинского применения;
5. оценка оснований для приостановления и (или) прекращения клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения;
6. оценка условий мониторинга и аудита проведения клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения;
7. оценка выбора популяции пациентов, принимающих участие в планируемом клиническом исследовании лекарственного препарата для медицинского применения (пол, возраст);
8. оценка критериев набора пациентов для участия в клиническом исследовании лекарственного препарата для медицинского применения;
9. оценка критериев включения пациентов в клиническое исследование лекарственного препарата для медицинского применения;
10. оценка критериев исключения пациентов из клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения;
11. оценка обоснованности отмены или приостановления стандартного лечения (сопутствующие заболевания) пациентов, принимающих участие в планируемом клиническом исследовании лекарственного препарата для медицинского применения;
12. оценка обоснованности мер медицинского характера, которые планируется предпринять в случае, если пациенты, принимающие участие в клиническом исследовании лекарственного препарата для медицинского применения, добровольно решат прекратить свое участие в указанном исследовании;
13. оценка объема компенсации и условий их выплат и (или) предоставления лечения в случае смерти пациента или причинения вреда его здоровью, в том числе влекущее за собой установление инвалидности, вследствие участия в клиническом исследовании лекарственного препарата для медицинского применения и при наличии причинно-следственной связи между наступившими событиями и приемом лекарственного препарата;
14. оценка мер по обеспечению конфиденциальности и безопасности персональных данных пациентов, принимающих участие в клиническом исследовании лекарственного препарата для медицинского применения;
15. оценка достаточности и доступности для понимания информации о планируемом клиническом исследовании лекарственного препарата для медицинского применения, изложенной в информационном листке для пациента;
16. оценка влияния результатов клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения на сообщество заинтересованных в таком исследовании людей и на другие общественные группы, из которых предполагается осуществить набор пациентов;
17. оценка инновационности исследуемого лекарственного препарата для медицинского применения на состояние здравоохранения.

Нет сомнения в том, что приведенные выше положения должны находить отражение при оформлении заключения совета по этике по результатам этической экспертизы документов, связанных с проведением клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения.

Вместе с тем важно подчеркнуть следующие два момента:

- клиническое исследование лекарственного препарата для медицинского применения является лишь видовым понятием по отношению к более широкому родовому понятию «биомедицинское исследование», содержанием которого может быть проведение изучения новых «нелекарственных» медицинских технологий;
- на сегодняшний день имеется большое количество международных документов, определяющих стандарты проведения этической экспертизы, среди которых можно назвать: Руководство для работы комитетов по этике, проводящих экспертизу

биомедицинских исследований (WHO TDR/PRD /ETHICS/2000.1, 2000), Изучение и анализ деятельности по этической оценке (WHO, февраль 2002), Международное руководство по этике для проведения биомедицинских исследований с привлечением людей к испытаниям (CIOMS, 1993, October 2002), Образец стандартных операционных процедур для этических комитетов (WHO/TDR, 2005).

С учетом отмеченных двух моментов могут быть разработаны формы заключения для этической экспертизы документов, связанных с проведением биомедицинских исследований, на которые не распространяется действие Федерального закона от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств». При этом важно учитывать необходимость соответствия проведения и оформления заключения этической экспертизы международным требованиям.

В этой связи нами (Сергеев В.В., Ильина Е.Р., Шмелёв И.А., Купряхин В.А., 2010) предложен алгоритм (стандартная процедура) проведения этической экспертизы, главные элементы которого разработаны на основе документа ВОЗ TDR/PRD/ETHICS/2000.1 «Руководства для работы комитетов по этике, проводящих экспертизу биомедицинских исследований» (Всемирная Организация Здравоохранения, Женева, 2000).

6. Биоэтическая аргументация при рассмотрении спорных вопросов и разрешении конфликтов

Вопросы применения новых биомедицинских технологий носят дискуссионный характер и могут быть предметом обсуждения не только в научной литературе, но и в широком социальном контексте при проведении диспутов, «круглых столов», заседаний комитетов по биоэтике. При этом важно подчеркнуть, что достижение консенсуса по биоэтическим проблемам является весьма трудной задачей.

На наш взгляд, большое эвристическое значение для четкого обозначения позиций и анализа аргументов сторон дискуссий по биоэтическим вопросам является предложенный В.И. Моисеевым (2007) подход к определению нового неклассического типа сущностей, которые автор предлагает называть *биоэтами*. Главным признаком биоэтов является их пограничный статус – они лежат на пересечении биологической и этической реальности, антиномистически совмещая в себе разного рода дополнительные определения. Как правило, с биоэтами связаны различные проблемные ситуации, возникающие при попытке их полного определения в рамках только биологического или только этического знания.

Разорванность современной рациональной культуры, по мнению автора, постоянно провоцирует научное сообщество и каждого индивидуального субъекта к редукции целостной природы биоэта к его чистым редуктам, порождая крайности либеральной (редукция биоэта к его биоредукту) и консервативной (редукция к эторедукту) позиций. Реальная научная и социальная практика решения возникающих в биоэтике проблем избирает, однако, более «мягкий» способ выражения природы биоэтов, не столь сильно разрушающий их комплексную природу.

Практически по всем важным вопросам достаточно четко определяются указанные три подхода: либеральный, консервативный и более «мягкий» (умеренный), и достижение консенсуса между представителями этих подходов в дискуссиях, посвященных биоэтической тематике, является проблематичным.

В обширной статье в журнале «Человек» Х.Т. Энгельгардт (2008) подчеркивает, что существует значительный объем литературы, которая фокусируется на важности консенсуса, хотя до сих пор не удается дать адекватное объяснение того, насколько достижение согласия значимо с моральной точки зрения и каким образом и почему моральное согласие по определенному вопросу может свидетельствовать о достижении моральной истины. По мнению автора, огромная заинтересованность, заставляющая вопреки фактам утверждать существование морального консенсуса, имеет, по-видимому, по крайней мере три причины.

Консенсус как ложное сознание. Впечатление, что рациональные личности согласны с некоторым определенным моральным воззрением, может послужить средством для того,

чтобы обойти демократическое политическое обсуждение противоречивых моральных вопросов. Если некто сможет убедить других, вопреки фактам, что рациональные личности должны придерживаться определенного морального воззрения, то это позволит сделать более вероятным широкое принятие того морального и биоэтического взгляда, которому привержен данный человек.

Консенсус как реальная политика (Realpolitik). Впечатление, что все рациональные личности сходятся во мнениях по наиболее животрепещущим моральным и биоэтическим вопросам, усиливается логикой функционирования национальных комиссий и комитетов по биоэтике. Если бы такие комиссии и комитеты пытались честно отразить разнообразие, характерное для большинства обществ, то они вели бы бесконечные дискуссии и не смогли бы выработать ожидаемые от них рекомендации.

Консенсус как предвзятость наблюдателя. Впечатление, что все рациональные личности сходятся во мнениях по наиболее существенным моральным и биоэтическим вопросам, подкрепляется социологией морального дискурса и сообществ. Люди обычно не склонны вести продолжительные моральные дискуссии с теми, с кем их разделяют фундаментальные моральные разногласия. В силу этого, когда они размышляют о том, как соединить в единое целое свои различные моральные интуиции, понимание моральных принципов и привычки действий, они часто оказываются среди единомышленников, с которыми у них устанавливается рабочий консенсус.

Принимая во внимание наличие существенных и нередко резких разногласий в вопросах морали, важно найти такие процедурные средства для мирного сотрудничества, которые не требовали бы от заинтересованных сторон ни отказа от своих моральных убеждений, ни компромисса со своими моральными принципами. На международном уровне это потребует принятия достаточно гибких допущений, таких, например, как: следует ли рассматривать пациентов как лиц, способных принимать независимые решения, либо как лиц, решения по поводу которых принимает семья.

П.Д. Тищенко (2008), глубоко и содержательно анализируя указанные выше суждения Х.Т. Энгельгардт, обращает внимание на то, что множественность, о которой идет речь, является множественностью особого рода – не множественность мнений, а множественность оснований философских, богословских, научных и иных попыток дать ответ на возникающие проблемы. Поэтому осмыслить эту множественность нужно серьезно – не как временное недоразумение, удручающее разум обстоятельство, а как важнейшее условие особого опыта мысли, который специфически структурирует поле биоэтических обсуждений.

Вместе с тем П.Д. Тищенко отмечает, что любая философская или моральная идея становятся в обществе значимыми лишь тогда, когда начинают помогать людям осмысливать и разрешать проблемы, связанные с их конкретными жизненными ситуациями.

Общие ценности выражаются в законодательных актах, регламентирующих производство аборт, запрет эвтаназии, нормы взаимоотношений врачей и пациентов, принципы проведения биомедицинских исследований. За каждым из них стоит содержательное истолкование ситуации, ранжирование затронутых ценности, определение основных понятий. Формирование содержательных ответов с диалектической необходимостью определяет поле допустимых или недопустимых процедур, а процедурное нормирование предполагает определенное истолкование ценностного содержания.

Принимая во внимание множественность моральных позиций в биоэтике, необходимо разрабатывать способы различные механизмы, призванные поддерживать ведения диалога, всестороннее и полное рассмотрение аргументов диспутантов и эффективное разрешение конфликтов.

Очевидно, что интересам пациентов и специалистов отвечают быстрые, малозатратные и эффективные механизмы урегулирования и разрешения этических конфликтов и споров. На кафедре медицинского права и биоэтики Самарского

государственного медицинского университета теоретически разрабатываются и практически осуществляются примирительные процедуры между пациентами и медицинскими работниками по программе «Медико-правовая клиника» (МПК).

Предметом деятельности МПК являются организация и осуществление примирительных процедур между пациентами и медицинскими работниками при возникновении вопросов, разногласий, споров и конфликтов по поводу исполнения сторонами своих обязанностей и использования прав при осуществлении медицинского вмешательства.

Основные цели МПК:

1. Досудебное разрешение вопросов, разногласий, споров и конфликтов между пациентами и медицинскими работниками по поводу исполнения сторонами своих обязанностей и использования прав при осуществлении медицинского вмешательства.

2. Разработка критериев, принципов, алгоритмов примирительных процедур между пациентами и медицинскими работниками на медико-правовой и биоэтической основе.

3. Распространение и популяризация знаний в области медицинского права и биоэтики.

Главными задачами МПК являются:

1. Оказание добрых услуг пациентам и медицинским работникам для согласованного и быстрого разрешения возникающих у них вопросов, разногласий, споров и конфликтов по поводу исполнения сторонами своих обязанностей и использования прав при осуществлении медицинского вмешательства путем:

- организации и налаживания контактов между сторонами;
- создания благоприятных условий для проведения непосредственных переговоров сторон;
- информирования сторон о занимаемых ими позициях.

2. Оказание посреднических услуг (медиация) пациентам и медицинским работникам для урегулирования и разрешения возникающих у них вопросов, разногласий, споров и конфликтов по поводу исполнения сторонами своих обязанностей и использования прав при осуществлении медицинского вмешательства путем:

- активного участия в непосредственных переговорах между сторонами;
- консультирования сторон по вопросам медицинского права и биоэтики;
- внесения на рассмотрение сторон предложений по урегулированию и разрешению имеющихся вопросов, разногласий, споров и конфликтов.

3. Содействие в создании по инициативе пациентов и медицинских работников и участие в работе согласительной комиссии для всестороннего, полного и объективного выяснения фактических обстоятельств с целью досудебного взаимосогласованного разрешения разногласий, споров и конфликтов по поводу исполнения сторонами своих обязанностей и использования прав при осуществлении медицинского вмешательства путем:

- изучения материалов, предоставляемых сторонами;
- сближения позиций сторон;
- привлечения к участию экспертов, кандидатуры которых согласованы сторонами.

4. Помощь пациентам и медицинским работникам в составлении мирового соглашения и иных документов, отражающих факт примирения сторон с целью судебного взаимосогласованного разрешения разногласий, споров и конфликтов по поводу исполнения сторонами своих обязанностей и использования прав при осуществлении медицинского вмешательства.

5. Консультации для пациентов и медицинских работников по вопросам назначения и производства экспертизы качества медицинской помощи, судебно-медицинской экспертизы и оценки заключения эксперта.

Практика работы МПК показала высокую эффективность использования порядка разрешения конфликта, предложенного А.И. Пригожиным. Автор справедливо делает

акцент на множестве деталей условий и порядка разрешения конфликтов. Так, конфликтанты одновременно входят в комнату, в которой не должно быть телефонов. Они рассаживаются в креслах параллельно друг другу на расстоянии полутора-двух метров перед стеной, на которой развешиваются восемь одинаковых листов. У каждого из конфликтантов имеются одинаковые блокноты и шариковые ручки.

Без всяких предисловий медиатор (в нашем случае в качестве медиатора выступает преподаватель кафедры медицинского права и биоэтики СамГМУ) задает им первый вопрос: *«Напишите, пожалуйста, себе в блокнот – как другой видит ситуацию, в чем суть конфликта?»*. Пункт за пунктом на крайние листы (первые листы) наносятся ответы конфликтантов. Медиатор предлагает каждому из конфликтантов подойти к листу оппонента и поставить плюс (+) слева от того высказывания, с которым данный конфликтант согласен; значок «полуплюс» (\perp) – напротив того высказывания, с которым он согласен частично; длинный минус (–) – напротив тех высказываний, которые для данного конфликтанта составляют особую проблему. Работа над первыми листами взаимной рефлексии заканчивается некоторыми наблюдениями конфликтантов и медиатора над теми совпадениями, которые они видят по расставленным значкам. При этом не делается акцента на различиях.

Переход ко второму листку заключается в изложении своего понимания конфликта: как сам конфликтант, а не его оппонент видит его суть? И снова каждый подходит к листу оппонента, расставляя соответствующие значки.

При переходе к третьему листу, начинается анализ взаимодействия конфликтантов как личностей. Вопрос, который им предлагается на этой стадии, звучит так: *«Что Вас не устраивает в другом?»*.

С переходом к четвертому листу начинается «конструктив», и вопрос медиатор звучит так: *«Что я готов сделать, чтобы пойти навстречу другому?»*. После нанесения ответов на четвертые листы медиатор предлагает расставить соответствующие значки с несколько иным смыслом: *«Отметьте, пожалуйста, на листах другого, что из предлагаемого им для Вас приемлемо (плюс, полуплюс), а что Вам особенно трудно сделать (минус)»*.

Тут порядок взаимодействия радикально меняется. Медиатор приглашает стороны развернуть кресла так, чтобы конфликтанты оказались лицом к лицу и дальше общались между собой напрямую.

Этот сеанс, как отмечает А.И. Пригожин, занимает примерно четыре часа. Для продолжения процедуры разрешения конфликта стороны вновь собираются через десять дней. На новой встрече стороны сразу же рассаживаются «в кружок» или треугольником. Обычно в ходе двух сеансов достигаются нужные изменения, остальное – по ситуации.

Наша практика показывает высокую эффективность предложенного А.И. Пригожиным порядка разрешения конфликтов, адаптированного нами для отношений по поводу оказания медицинской помощи в рамках МПК. Поэтому широкое внедрение данного механизма в работу биоэтических комитетов следует рассматривать в качестве важного направления совершенствования их деятельности.

В заключении важно заметить, что биоэтическая аргументация при рассмотрении спорных вопросов и разрешении конфликтов должна строиться на основе достоверных фактов современной биомедицины, законов, принципов, правил биоэтики, норм медицинской этики, общепризнанных принципов и норм международного права, а также российского законодательства

Контрольные вопросы для проверки уровня знаний:

1. Как называется последний международный договор, регламентирующий проведение экспериментов на людях?

- а) Хельсинская декларация ВМА
- б) Конвенция «О правах человека и биомедицине»
- в) Сиднейская декларация ВМА
- г) Женевской декларации ВМА

2. На какие большие группы делятся эксперименты на людях?
- а) Клинические
 - б) Диагностические
 - в) Хирургические
 - г) Неклинические
3. Назовите клинический эффект, возникающий при использовании немедикаментозных препаратов у личностей, легко поддающихся внушению?
- а) Плацебо
 - б) Пустышки
 - в) Невротический
 - г) Парадоксальный
4. Какие группы населения относятся к «ранимым»?
- а) Дети
 - б) Военные
 - в) Милиционеры
 - г) Заключенные
 - д) Учителя
 - е) Психически больные люди
 - ж) Студенты-медики
5. Какую из перечисленных рекомендаций необходимо соблюдать при проведении экспериментов на животных?
- а) Максимально необходимый объем
 - б) Обязательно обезболивание
 - в) Хороший уход
 - г) Обязательное уничтожение выживших животных
6. Первый этико-правовой документ, регламентирующий проведение экспериментов на людях:
- а) Нюрнбергский кодекс
 - б) Хельсинская декларация
 - в) Инструкции для директоров больниц (Пруссия, 1900 г.)
 - г) Женевская декларация
7. Возможно ли проведение биомедицинских исследований на человеке без предварительного проведения экспериментов на животных:
- а) да
 - б) нет
 - в) только неклинических биомедицинских исследований
8. Возможно ли повторное включение в эксперимент одного и того же животного:
- а) да
 - б) нет
 - в) только после получения одобрения этического комитета
9. Необходимо ли обязательное опубликование результатов биомедицинских исследований в научных изданиях:
- а) да
 - б) нет
10. Возможен ли отказ в публикации результатов научных исследований и почему:
- а) невозможен
 - б) если высокая стоимость за публикацию
 - в) в случае если исследование не соответствует минимальным «этическим стандартам» подобного рода экспериментов
- Эталоны ответов: 1-б; 2-а,г; 3-а; 4-а,е; 5-б,в; 6-в; 7-в; 8-б; 9-а; 10-в.

ЗАДАЧА № 1.

«Животное всего лишь средство для определенной цели. Эта цель – человек».

(Кант.)

Вопрос:- если животные лишь средство, то можно ли говорить об этическом отношении к ним, скажем в лабораторном эксперименте?

ЗАДАЧА № 2.

«Организмы животных и человека все-таки слишком различны, и безошибочно заключать от первых ко вторым нельзя».

(Вересаев В.В.)

Вопрос:- о чем предупреждает В.В.Вересаев?

ЗАДАЧА № 3.

«Но для того, чтобы одновременно удовлетворить и соображения пользы и требования гуманности, нет необходимости совершенно отказываться от вивисекций или надеяться на случайные наблюдения хирургов,...ибо подобные наблюдения можно с успехом проводить на операциях с живыми животными».

(Бэкон Ф.)

Вопрос:- по вашему мнению, Ф.Бэкон сторонник или противник вивисекции?

ЗАДАЧА № 4.

К доктору К., терапевту в небольшом провинциальном городке, обратились со стороны крупной фармацевтической фирмы с предложением участвовать в клинических испытаниях нового нестероидного противовоспалительного средства для лечения остеоартрита. Доктору была предложена определенная сумма денег за каждого пациента, который будет участвовать в испытаниях. Представитель фирмы заверяет доктора, что проект испытания прошел все необходимые формальности, включая разрешение со стороны комиссии по этике. Доктор К. никогда ранее не участвовала в испытаниях препаратов. Она рада представившейся возможности и перспективе дополнительного заработка. Доктор выражает согласие без выяснения научной, либо этической стороны вопроса.

Вопрос:- права ли доктор, дав быстрое согласие на участие в клинических испытаниях?

ЗАДАЧА № 4.

Слепые супруги с одним и тем же аутосомно-рецессивным заболеванием хотят иметь ребенка даже при условии, что он наверняка будет слепым, и отказываются от усыновления или донорства гамет, чтобы избежать рождения больного ребенка.

Опросы врачей в 90-е годы показали: 70 % европейских врачей поддержали бы решение супругов; среди российских врачей только - 31%.

(Человек. 2006. № 4, с.81)

Вопрос:- чем объяснить существенное различие в ответах врачей: отношением к аборту или возможными условиями воспитания и развития ребенка?

ЗАДАЧА № 5.

Современная медицина позволяет установить в конце 1-го триместра внутриутробного развития плода наличие гена болезни «хорея Гентингтона». Это значит, что через 40- или 50 лет после рождения человек будет поражен этим недугом. Иногда эта болезнь проявляется и в юношеском возрасте.

Вопрос:- этично ли не предупреждать родителей об этом?

ЗАДАЧА № 6.

В 1975 году некая Анна Дроссар, подруга знаменитого французского актера Ива Монтана, родила дочь Аврору, а через 14 лет попыталась добиться от него признания в ее отцовстве. Монтан, впрочем, это яростно отрицал. Однако чрез три года после его смерти суд, под впечатлением внешнего сходства между Ивом и Авророй, признал факт их родства. Но его семья опротестовала это решение. Генная экспертиза останков Монтана в 1998 году доказала, что Аврора не была его дочерью.

Вопрос:- всегда ли отцовство имеет предпосылкой генетическое сходство?

ЗАДАЧА № 7.

«Маленькие люди» (лилипуты) Америки, как свидетельствуют опросы, отказались бы от лечения гормоном роста. Им хорошо, уютно жить в своем мирке, они не расценивают свое положение как несчастье и не хотят выходить в мир больших людей.

(Человек. 1999. № 4-5)

Вопрос:- не означает ли отказ лилипутов от «гормонов роста» наличия у них особых прав?

ЗАДАЧА № 8.

«Создан генно-инженерный картофель. В него можно ввести человеческий белок. Значит, употребляя такой картофель, я становлюсь людоедом?»

(Академик Р.Петров // Моск. новости.2001. №1-2)

Вопрос: - прав ли академик?

Литература (в т.ч. указать адреса электронных ресурсов).

Основная:

1. Биоэтика: учебное пособие / Л. Г. Сахарова. - 109 с. Сахарова, Л.Г. Киров: Кировский ГМУ, 2017. - Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/136097>

2. Биоэтика. Философия сохранения жизни и сбережения здоровья: учебник - 400 с. Хрусталева, Ю. М. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - ISBN 978-5-9704-5266-0. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452660.html>

3. Биоэтика. Этические и юридические документы, нормативные акты - 357 с. Шамов, И. А. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - ISBN 978-5-9704-2975-4. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970429754.html>

Дополнительная:

1. История и современные вопросы развития биоэтики: учебное пособие - 144 с. Балалыкин, Д. А. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - ISBN 978-5-9704-2057-7. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970420577.html>

2. Биоэтика: учебное пособие - 47 с. Бугеро, Н. В. Ульяновск: УлГПУ им. И.Н. Ульянова, 2017. - ISBN 978-5-86045-906-9. - Текст электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/112086>

3. Биоэтика: учебник / под ред. П.В. Лопатина. - 4-е изд., перераб. и доп. - 269 с. Лопатин, П. В. М.: Гэотар Медиа, 2011.

4. От этики до биоэтики: учебник Хрусталева, Ю. М. Ростов н/Д: Феникс, 2010.

Тема № 7. Биоэтические положения реализации репродуктивных прав человека.

2. Цель занятия: закрепить теоретические знания об этических подходах при реализации репродуктивных прав человека.

Обучающийся должен **знать** (исходные базисные знания и умения):

- морально-этические нормы, правила и принципы профессионального врачебного поведения, этические основы современного медицинского законодательства;
- основные этические документы международных организаций, отечественных и международных профессиональных медицинских ассоциаций

Обучающийся должен **уметь**:

- анализировать биоэтические проблемы реализации репродуктивных прав человека.

Обучающийся должен сформировать следующие компетенции:

УК-1. Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, выработать стратегию действий.

УК-5. Способен анализировать и учитывать разнообразие культур в процессе межкультурного взаимодействия.

Задания для самостоятельной работы:

Контрольные вопросы для проверки исходного уровня знаний:

1. Назовите современные формы предотвращения нежелательной беременности.

- а) Искусственный аборт
- б) Стерилизация
- в) Контрацепция
- г) Индуцированный выкидыш

2. В какой стране впервые законодательно было разрешено использование медицинского аборта?

- а) Италия
- б) Испания
- в) Швеция
- г) Англия

3. На какие принципы опирается позиция либерального подхода к решению проблемы аборта?

- а) Право женщины распоряжаться своим телом
- б) Эмбрион – это лишь скопление делящихся клеток
- в) Плод не личность
- г) Плод – это чужеродная ткань

4. Что относится к традиционным методам контрацепции?

- а) Внутриматочные спирали
- б) Температурный метод
- в) Прерванный половой акт
- г) Химические средства с локальным действием

5. Возможно, ли внутриутробное изменение пола?

- а) Да
- б) Нет

6. Кем был произведен первый опыт искусственного оплодотворения?

- а) Спаланцани
- б) Жерар
- в) Иванов
- г) Ильин

7. Какой ученый выдвинул идею о возможности оплодотворения в искусственной среде?

- а) Иванов
- б) Жерар
- в) Бахтиярова
- г) Леонов

8. Назовите главную задачу клонирования на сегодня.
- а) Создание более совершенного человека
 - б) Корректировка развития плода
 - в) Клонирование органов и тканей
 - г) Устранение генетических дефектов плода
9. Где было клонировано первое в истории животное?
- а) Англия
 - б) США
 - в) Япония
 - г) Шотландия
10. Есть ли примеры успешного клонирования в России?
- а) Да
 - б) Нет

Эталоны ответов: 1-б, в, 2-б, 3-а, в, 4- а, б, в, г, 5-б, 6-а, 7-а, 8-в, г, 9-г, 10-а.

1. Медицинские вмешательства в репродукцию человека

Медицинские вмешательства в репродукцию человека актуализируют моральные проблемы, связанные с медикализацией процесса зарождения новой жизни, контрацепции и искусственного прерывания беременности, с определением статуса эмбриона, установлением момента возникновения человеческой личности. Н.Н. Исланова (2005) справедливо отмечает, что биоэтические дилеммы ставят перед философией и медициной вопросы об определении пределов личностно-телесной идентичности, о научной «точности» момента возникновения человеческой личности. Важно заметить, что междисциплинарный и трансдисциплинарный подходы, характерные для биоэтики, требуют признания в качестве источника авторитетного суждения не только результаты научных исследований в медицине и биологии, философский разум, нормы международного (национального) права, религиозные традиции, но и обыденный опыт людей в конкретных политических и социально-экономических условиях.

Необходимость столь широкого социального контекста при обсуждении вопросов медицинского вмешательства в репродукцию человека не вызывает сомнения. При этом неизбежно возникают трудности в достижении консенсуса при рассмотрении различных, порой абсолютно противоположных, точек зрения. Очевидно, что в качестве одного из предварительных условий содержательного обсуждения названных проблем выступает необходимость стандартизации терминологии. В этом отношении заслуживает внимания Глоссарий «Охрана репродуктивного здоровья работников. Основные термины и понятия», утвержденный Департаментом госсанэпиднадзора Минздрава РФ 2 октября 2003 г. № П-8/13-09, в котором большинство терминов составляет стандартная международная терминология из документов ООН, ВОЗ, МОТ, МКБ-10 а также федеральных законов Российской Федерации. В частности, в Глоссарии дано следующее определение репродуктивного здоровья:

«Репродуктивное здоровье – это состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или недугов во всех вопросах, касающихся репродуктивной системы, ее функций и процессов. Поэтому репродуктивное здоровье подразумевает то, что у людей есть возможность иметь доставляющую удовлетворение и безопасную половую жизнь и что у них есть возможность воспроизводить себя, и что они вольны принимать решение о том, делать ли это, когда делать и как часто. Последнее условие подразумевает право мужчин и женщин быть информированными и иметь доступ к безопасным, эффективным, доступным и приемлемым методам планирования семьи по их выбору, а также другим методам регулирования деторождения по их выбору, которые не противоречат закону, и право иметь доступ к соответствующим услугам в области охраны здоровья, которые позволили бы женщинам благополучно пройти через этап беременности и родов и предоставили бы

супружеским парам наилучший шанс иметь здорового младенца».

Из данного определения видно, что условия репродуктивного здоровья подразумевают:

- возможность иметь доставляющую удовлетворение и безопасную половую жизнь;
- возможность воспроизводить себя;
- свободу воли при принятии осознанного решения (осуществить репродуктивный выбор) на основании информированности и доступности к репродукционным технологиям.

Репродуктивный выбор – это проявление моральной автономии личности в вопросах сексуальности и деторождения.

Важнейшее из репродуктивных прав – право человека на свободное, ответственное решение относительно числа своих детей и времени их рождения.

Применение вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) несет за собой риск снижения или возможной потери персональной ответственности за будущего ребенка, а также обостряет моральные и юридические проблемы, среди которых можно назвать следующие:

- не соблюдаются брачные узы;
- не соблюдается право будущего ребенка родиться в браке, вследствие объединительного деторождающего акта собственных родителей;
- проблемы суррогатного материнства (в том числе и защита прав суррогатной матери);
 - донорство гамет и связанная с этим анонимность донора;
 - защита прав доноров и реципиентов;
 - правовое и биоэтическое положение редукционных эмбрионов;
 - использование эмбрионов для исследований.

Таким образом, при использовании ВРТ затруднено определение таких основных межличностных связей, как кровное родство, понятие о родителях и родственниках, защита прав человека. При этом непременно встают и биоэтические вопросы:

- уважение права личности и супругов на свободный выбор метода планирования семьи;
- недопустимость любых методов принуждения в выборе методов планирования семьи;
- не рассматривать аборт как метод планирования;
- уважение и соблюдение национальных и культурных традиций;
- подбор метода контрацепции врачом по медицинским показаниям.

Названные выше основные проблемы и вопросы, связанные с осуществлением медицинского вмешательства в репродукцию человека определяют необходимость глубокого осмысления новых репродуктивных технологий с позиций биоэтики.

2. Различные подходы к применению вспомогательных репродуктивных технологий

В настоящее время применение вспомогательных репродуктивных технологий рассматриваются специалистами с различных позиций, что находит отражение в законодательных актах. Так, К.А. Кириченко (2011) выделяет и анализирует два подхода к пониманию правовой сущности ВРТ. «Медикализованный» подход предполагает понимание ВРТ как методов лечения бесплодия, а их применения - как способа реализации права на здоровье. Более широкий, «фамилизированный» подход, включает в себя понимание применения вспомогательной репродукции как реализации права на создание семьи и уважение созданной таким образом семейной жизни.

Автор замечает, что юридически значимой особенностью ВРТ как способа реализации права на создание семьи является особый субъектный состав отношений: появление в самом процессе репродукции третьих лиц, осуществляющих свои действия для реализации предполагаемыми родителями их права на создание семьи (а затем - и

уважение семейной жизни). Начало XXI в. сопровождается переходом законодателей и правоприменителей ряда стран и территорий именно к такой трактовке понимания ВРТ.

Сложные правовые вопросы применения ВРТ могут стать предметом судебного рассмотрения. Так, Европейским Судом по правам человека рассмотрено дело S.H. и другие против Австрии, по которому обжаловался предусмотренный национальным законодательством запрет использования донорских яйцеклетки и спермы для экстракорпорального оплодотворения.

Правовая основа применения вспомогательных репродуктивных технологий в нашей стране определена в ст. 55 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон РФ № 323-ФЗ), в соответствии с которой:

«1. Вспомогательные репродуктивные технологии представляют собой методы лечения бесплодия, при применении которых отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов осуществляются вне материнского организма (в том числе с использованием донорских и (или) криоконсервированных половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов, а также суррогатного материнства).

2. Порядок использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказания и ограничения к их применению утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

3. Мужчина и женщина, как состоящие, так и не состоящие в браке, имеют право на применение вспомогательных репродуктивных технологий при наличии обоюдного информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство. Одинокaя женщина также имеет право на применение вспомогательных репродуктивных технологий при наличии ее информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.

4. При использовании вспомогательных репродуктивных технологий выбор пола будущего ребенка не допускается, за исключением случаев возможности наследования заболеваний, связанных с полом.

5. Граждане имеют право на криоконсервацию и хранение своих половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов за счет личных средств и иных средств, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

6. Половые клетки, ткани репродуктивных органов и эмбрионы человека не могут быть использованы для промышленных целей.

7. Быть донорами половых клеток имеют право граждане в возрасте от восемнадцати до тридцати пяти лет, физически и психически здоровые, прошедшие медико-генетическое обследование.

8. При использовании донорских половых клеток и эмбрионов граждане имеют право на получение информации о результатах медицинского, медико-генетического обследования донора, о его расе и национальности, а также о внешних данных.

9. Суррогатное материнство представляет собой вынашивание и рождение ребенка (в том числе преждевременные роды) по договору, заключаемому между суррогатной матерью (женщиной, вынашивающей плод после переноса донорского эмбриона) и потенциальными родителями, чьи половые клетки использовались для оплодотворения, либо одинокой женщиной, для которых вынашивание и рождение ребенка невозможно по медицинским показаниям.

10. Суррогатной матерью может быть женщина в возрасте от двадцати до тридцати пяти лет, имеющая не менее одного здорового собственного ребенка, получившая медицинское заключение об удовлетворительном состоянии здоровья, давшая письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Женщина, состоящая в браке, зарегистрированном в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, может быть суррогатной матерью только с письменного согласия супруга. Суррогатная мать не может быть одновременно донором яйцеклетки».

Отдельного рассмотрения заслуживает суррогатное материнство (СМ).

Само словосочетание «суррогатное материнство» вызывает негативные эмоциональные и оценочные оттенки из-за термина «суррогатное» (т.е. искусственное, поддельное, фальсифицированное). П. Слотердаjk (2005) показывает, что диадическое единство ребенка и матери представляет собой такую наполненную звуками, запахами и образами микросферу, в которой медиумами коммуникации выступают не слова, а пища, теплота, обмен взглядами и улыбками. Особое значение автор придает тому установленному психоакустическому факту, что шестимесячный эмбрион реагирует на голос матери. Сказанное не позволяет отягощать материнство характеристикой «суррогатное».

Многие исследователи подчеркивают, что СМ оправдано только в исключительных случаях, при наличии достаточных оснований. Многие допускают использование СМ только на некоммерческой основе. Тем не менее, это самый сложный в этическом и юридическом отношении процесс. Не лишено основания беспокойство относительно возможной дегуманизации пренатального ухода за ребенком в случаях СМ. В заявлении ВМА об искусственном оплодотворении и трансплантации эмбрионов (Мадрид, 1987) указано: «Если это не запрещено законами страны, национальной медицинской ассоциацией или другими медицинскими организациями, при оказании помощи не имеющей матки взрослой женщине, может быть использована процедура так называемого «суррогатного материнства». Все участники подобной процедуры должны дать осознанное добровольное согласие на ее проведение. При принятии решения об использовании этого метода, врач обязан считаться со всеми законодательными, этическими и моральными аспектами проблемы «суррогатного материнства». Сказанное не означает, что ВМА безусловно поддерживает идею «суррогатного материнства», при котором женщина за вознаграждение соглашается на искусственное оплодотворение спермой мужчины с целью рождения ребенка, который будет усыновлен этим мужчиной и его женой. ВМА безусловно отвергает любой коммерческий подход, при котором яйцеклетки, сперма и/или эмбрион становятся предметом купли-продажи».

3. Биоэтические проблемы контрацепции и стерилизации

В заявлении ВМА о праве женщины на использование контрацепции (Стокгольм, 1994) отмечено: «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».

В средствах массовой информации нередко появляются публикации, в которых многие опытные гинекологи предупреждают население о негативных последствиях применения оральных контрацептивов. Врачи подчеркивают, что агрессивная реклама, навязываемая фирмами-производителями, зачастую вводит в заблуждение женщин. Поэтому гинекологи протестуют против свободной продажи таких препаратов, а также против неэтичного поведения своих коллег, которые в угоду коммерческим интересам нарушают правило добровольного информированного согласия и не объясняют женщинам о противопоказаниях и возможных осложнениях после применения контрацептивов.

Существующие методы контрацепции можно разделить на две группы – традиционные (ритмический, температурный, прерванный половой акт, механические и местные химические) и вторая группа – гормональные и внутриматочные средства (ВМС). Эффективность противозачаточных методов пропорциональна частоте побочных реакций и осложнений, обусловленных самими методами контрацепции.

Внедрение ВМС (внутриматочных средств) и их систематическое применение в слаборазвитых странах, не смотря на их abortивные функции и тот вред, который они наносят здоровью матери, является этически неоднозначным. Потому, что ВМС по своим характеристикам являются контрацептивно abortивными, а так же, из-за того, что в слаборазвитых странах способ установки этих противозачаточных средств далеко несовершенен.

Говоря об этическом аспекте контрацепции, следует обратить внимание на то, как ведется их пропаганда, и как иногда население вынуждают ими пользоваться (особенно имплантатами), не получив от людей информированного и осознанного согласия.

Одним из методов контрацепции является стерилизация – «перевязка» или создание искусственной непроходимости маточных труб. В настоящее время получает распространение не только женская, но и мужская стерилизация. Причем различают два вида – с последующим восстановлением генеративной функции и необратимую стерилизацию.

Согласно ч. 1 ст. 57 Федерального закона РФ № 323-ФЗ медицинская стерилизация как специальное медицинское вмешательство в целях лишения человека способности к воспроизводству потомства или как метод контрацепции может быть проведена только по письменному заявлению гражданина в возрасте старше тридцати пяти лет или гражданина, имеющего не менее двух детей, а при наличии медицинских показаний и информированного добровольного согласия гражданина - независимо от возраста и наличия детей.

По заявлению законного представителя совершеннолетнего лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно выразить свою волю, медицинская стерилизация возможна по решению суда, принимаемому с участием совершеннолетнего лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным (ч. 2 ст. 57 Федерального закона РФ № 323-ФЗ).

Перечень медицинских показаний для медицинской стерилизации определяется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (ч. 3 ст. 57 Федерального закона РФ № 323-ФЗ).

Контрацепция, в частности стерилизация, как средство подавления функции продолжения рода становится, с одной стороны, символом освобожденной сексуальности, а, с другой стороны, может приводить к утрате чувства моральной ответственности перед будущим поколением.

При рассмотрении казуса 5 «Добровольная стерилизация женщины» в книге «Медицина и права человека» в разделе 2 «Этика» отмечено, что специального международного деонтологического документа по данному вопросу нет. В разделе 3 «Религиозная мораль» указано:

а. Католическая. В соответствии с учением католической церкви, стерилизация как средство, препятствующее деторождению, абсолютно запрещена, несмотря на всю субъективную обоснованность мотивов.

б. Протестантская. Этот вопрос решается только самой супружеской парой или даже скорее одной матерью, что не исключает определенного размышления и получения необходимой информации.

в. Иудейская. Иудаизм допускает перевязывание маточных труб в связи с тем, что женщина не обязана участвовать в деторождении наравне с мужчиной.

г. Мусульманская. При условии наличия общего согласия супругов перевязывание маточных труб считается законным, но только если оно не влечет за собой необратимой стерильности и психологически полезно супругам.

д. Буддийская. Положительно относится к самому принципу, хотя остается проблема обратимости операции».

При рассмотрении казуса 6 «Добровольная стерилизация мужчины» в разделе 3 «Религиозная мораль» находим:

а. Католическая. Добровольная стерилизация противоречит принципу свободы человеческого тела и поэтому допускается католической моралью только по показанию врача.

б. Протестантская. Данный случай относится к личной ответственности как пациента, так и врача. Отсюда вопрос: что значит поступать ответственно? Выдвигаемые мотивы выглядят незначительными и в высшей степени спорными. обстоятельная беседа с пациентом может позволить лучше понять, к чему он по-настоящему стремится, и поступать сообразно этому.

в. Иудейская. Поскольку обязанность продолжения рода лежит главным образом на мужчине, ему запрещается предпринимать какие-либо шаги по лишению себя этой возможности. Тора глубоко осуждает и отвергает поведение Онана (книга Бытия, 38, 9), считая его одним из самых тяжких нарушений Закона, потому что при этом жизнь уничтожается в самом истоке.

г. Мусульманская. Поскольку перевязывание семенных канатиков требуется неженатому мужчине для того, чтобы вести более свободную половую жизнь, подобное действие полагается аморальным и предосудительным и потому запрещается.

д. Буддийская. Отрицательное суждение:

Право на обращение с подобной просьбой относится к числу наиболее неотъемлемых (с точки зрения буддизма), при условии, что операция не наносит ущерба другому лицу. Однако:

- это может поощрять распущенность: в целом буддизм видит в привязанности, в частности в физическом желании, одну из главных причин страдания человека (хотя это отнюдь не означает, что он выступает за другую крайность, за воздержание ...). «Среди томящихся и изнывающих будем жить счастливо, не страдая по чувственным удовольствиям» (Дхаммапада, 199).

- существует проблема обратимости операции».

В Основах социальной концепции Русской Православной Церкви, в разделе XII «Проблемы биоэтики» установлено:

«XII.3. Религиозно-нравственной оценки требует также проблема контрацепции. Некоторые из противозачаточных средств фактически обладают abortивным действием, искусственно прерывая на самых ранних стадиях жизнь эмбриона, а посему к их употреблению применимы суждения, относящиеся к аборт. Другие же средства, которые не связаны с пресечением уже зачатой жизни, к абарту ни в какой степени приравнять нельзя. Определяя отношение к неabortивным средствам контрацепции, христианским супругам следует помнить, что продолжение человеческого рода является одной из основных целей богоустановленного брачного союза (см. X.4). Намеренный

отказ от рождения детей из эгоистических побуждений обесценивает брак и является несомненным грехом.

Вместе с тем супруги несут ответственность перед Богом за полноценное воспитание детей. Одним из путей реализации ответственного отношения к их рождению является воздержание от половых отношений на определенное время. Впрочем, необходимо помнить слова апостола Павла, обращенные к христианским супругам: «Не уклоняйтесь друг от друга, разве по согласию, на время, для упражнения в посте и молитве, а потом опять будьте вместе, чтобы не искушал вас сатана невоздержанием вашим» (1 Кор. 7. 5). Очевидно, что решения в этой области супруги должны принимать по обоюдному согласию, прибегая к совету духовника. Последнему же надлежит с пастырской осмотрительностью принимать во внимание конкретные условия жизни супружеской пары, их возраст, здоровье, степень духовной зрелости и многие другие обстоятельства, различая тех, кто может «вместить» высокие требования воздержания, от тех, кому это не «дано» (Мф. 19. 11), и заботясь прежде всего о сохранении и укреплении семьи.

Священный Синод Русской Православной Церкви в определении от 28 декабря 1998 года указал священникам, несущим духовническое служение, на «недопустимость принуждения или склонения пасомых, вопреки их воле, к... отказу от супружеской жизни в браке», а также напомнил пастырям о необходимости «соблюдения особого целомудрия и особой пастырской осторожности при обсуждении с пасомыми вопросов, связанных с теми или иными аспектами их семейной жизни».

4. Биоэтические проблемы искусственного прерывания беременности

Аборт (лат. abortus – выкидыш) – всякое преждевременное прекращение беременности, естественное (самопроизвольное) или искусственное (намеренно вызванное). Обычно же под абортом понимают последнее, что представляет не только медицинскую, юридическую, но также и этическую (для многих людей – религиозную) проблему.

Вопрос об искусственном аборте такой же древний, как и история всего человечества. Если говорить о веке минувшем, то можно отметить либерализацию законодательств многих стран по вопросу разрешения медицинских абортов («Abortion Act» от 17 октября 1967г. в Великобритании, или «Roe versus Wade» Верховного суда США от 22 января 1973 г., провозгласивших, «плод не является юридической личностью» – т.е. не защищен Конституцией).

Отношение медиков к практике искусственного аборта нашло отражение, в частности, в Клятве Гипократа. Среди многочисленных медицинских манипуляций он специально выделяет и обещает: «Я не вручу никакой женщине абортивного пессария». Гиппократ считал искусственное прерывание беременности несовместимым с врачебной профессией. В императорском Древнем Риме аборт широко практиковался и не считался позорным. С возникновением христианства аборт стал отождествляться с убийством человека. В средние века наказание за искусственный аборт было особенно суровым. Согласно своду германских законов «Каролина» (XVI в.), производство аборта каралось смертной казнью. Смертная казнь за аборт была введена в России в 1649, но, столетие спустя, отменена.

Актуализация моральной проблематики искусственного аборта во многом связана с широким её обсуждением зарубежными и отечественными специалистами по биоэтике.

В нашей стране моральные проблемы аборта находятся в центре внимания ведущих ученых (Иванюшкин А.Я., Игнатъев В.Н., Коротких Р.В., Лопатин П.В., Силуянова И.В., Тищенко П.Д., Шамов И.А., Юдин Б.Г., Яровинский М.Я.).

Так, И.А. Шамов (2005) полагает, что запрет аборта нарушает множество этических положений. Во-первых, нарушаются фундаментальные права матери иметь столько детей, сколько она желает. Во-вторых, нарушается право матери на охрану своего здоровья – нежеланная беременность во много раз увеличивает риск потери здоровья или даже

смерти матери. В-третьих, сказано ведь: «Права личности выше прав общества». Никакие соображения о необходимости увеличения численности нации не может быть реализовано за счет прав женщины.

И.В. Силуянова (2008) замечает, что на фоне социально-психологических факторов весьма условным выглядит психоэмоциональный мотив аборта – «стыд за грех», «страх позора», который скорее сохраняется в государствах с устойчивой религиозной культурой, хотя говорить о подлинно религиозных мотивах подобных поступков, естественно, неуместно. Мотивы психоэмоционального уровня наполняются новым содержанием: боязнь общественного мнения, приспособление к социально-бытовым стандартам. Один из них – организационная структура здравоохранения, предусматривающая существование специальных направлений, обеспечивающих производство аборт, разработку медицинских методик искусственного аборта, анестезиологическое обеспечение операции, подготовку специальных медицинских кадров. Современная технологическая комфортность искусственного прерывания беременности, его общедоступность, бесплатность – не только благоприятные условия производства, но и гарантия устойчивого воспроизводства практики аборта.

Моральный статус презембрионов, эмбрионов и плодов. В основе спора сторонников и противников аборт, лежит, по сути, проблема природы и статуса человеческого эмбриона. Констатированием фактов возникновения сердцебиения у плода или появления биоэлектрических импульсов его мозга подчеркивается лишь наличие у него отдельных качеств человека. Как потенциальный человек эмбрион обладает особым природным (онтологическим) статусом, связанным со становлением биологической уникальности, предпосылок неповторимого склада характера будущего человека.

П.Д. Тищенко (2001) подчеркивает, что намеченные дискуссиями «за» и «против» аборт, различия в моральном и медицинском значении стадий внутриутробного развития эмбриона и плода, были конкретизированы технологиями экстракорпорального (в пробирке) оплодотворения и вынашивания недоношенных новорожденных. При этом автор, рассматривая аспекты дара существования (акта дарения жизни), говорит, что метафизическое членение акта дарения существования повторяет до некоторой степени аристотелевскую схему. Вначале творится «растительная душа», затем «животная» и только в момент рождения – «разумная».

Одной из основных проблем является правовой и этический статус эмбриона. В каком возрасте нужно рассматривать эмбрион как личность, обладающую правами и защищаемую законодательством? При определении предельного возраста эмбрионов, допустимого для использования в эксперименте, ведущие эмбриологи называют, как правило, период от оплодотворения до 14 –го дня (начало формирования первичной полоски, элементов нервной системы) и 30-го дня развития (начала дифференцировки центральной нервной системы).

Данный вопрос детально проанализирован Э. Сгречча и В. Тамбоне (2002), которые отмечают, что период 14 дней был впервые предложен в 1979 году Совещательной комиссией по этике – Ethics Advisory Board (DHEW) в Соединенных Штатах, которая обосновала это тем фактом, что 14-й день соответствует как раз времени имплантации плода в матку. Правительство Великобритании учредило в 1982 году Комиссию по изучению репродуктивной функции человека и эмбриологии, состоящую из 12 экспертов и возглавляемую философом Мэри Уарнок. Из доклада Уарнок следует, что возможно использовать человеческий эмбрион для экспериментальных целей в течение 14 дней с момента зачатия, из чего однозначно вытекает, что до наступления этой стадии эмбрион не признается человеческим индивидом и что он еще целиком зависит от жизни взрослого. Макларен, член Комитета Уарнок, утверждала в своей статье: «Момент, в который можно говорить о начале человеческого индивида во всей полноте, относится к стадии примитивной хорды в формировании эмбриона». Согласно Макларен, первые 14 дней эмбрионального развития являются «периодом подготовки, во время которой

формируются все защитные и питательные системы, необходимые для поддержания будущей жизни эмбриона», только «когда налажены системы поддержки, эмбрион может начать развиваться как индивидуальная сущность». С точки зрения Макларен солидаризировался Гробстейн, который утверждает: «Человеческий презембрион обладает особой совокупностью характеристик, которые биологически отличают его от яйца, предшествующего ему, и от эмбриона, следующего за ним. Он является индивидом в генетическом, но не в морфологическом смысле». То же говорит и Форд: «Появление примитивной хорды – это знак того, что сформировался и начал существовать эмбрион в собственном смысле слова и человеческий индивид. До этой стадии нет смысла говорить о присутствии подлинного человеческого существа в онтологическом смысле». Что касается *примитивной хорды*, следует припомнить вместе с А. Серра, что «она представляет собой лишь конечный пункт определенного, последовательного, организованного, непрерывного процесса, который начался с момента формирования зиготы. В период формирования питательных и защитных систем всегда наличествует клетка или клетки, от коих берут начало те слои, которые образуют эмбриональную примитивную хорду. Она не возникает как бы извне и неожиданно и не отделена от всей совокупности процессов, которые берут свое начало от сингамии, она является продуктом этого процесса». Что же касается употребления термина «преэмбрион», то вот что пишет Серра: «Несомненно, допустимо, а порой, с терминологической точки зрения, которая всегда имеет практическую ценность, даже удобно вводить новые символы, чтобы подчеркнуть новые аспекты. Поэтому термин *«преэмбрион»*, предложенный Макларен и другими, может относиться лишь к раннему этапу развития эмбриона – от образования зиготы до образования эмбриональной примитивной хорды. Но было бы ошибочным считать, что благодаря такому разделению единого процесса на два этапа каждый из них – и тот, на котором образуется зигота и примитивная хорда и последующий, продолжающийся уже после образования примитивной хорды, – представляет собой самостоятельный, никак не связанный с другим, процесс и что две структуры, – возникающая в ходе образования примитивной хорды и появляющаяся уже после образования ее – связаны с двумя различными субъектами или что первая из них является структурой без субъекта».

Не менее противоречивы суждения ученых о глубоком замораживании эмбрионов. Излишние эмбрионы, могут быть законсервированы и при необходимости повторной имплантации избежать стимуляции ооцитов гормонами. С согласия доноров таких эмбрионов они могут быть имплантированы другой женщине. Высказывается мнение, что эмбрионы, полученные от одной супружеской пары, не следует использовать для других супругов, с целью ограничения отлучения детей от своих генетических родителей, более того есть мнение, что сроки консервации и использования эмбрионов определяются исключительно по решению их владельцев. Все действия с эмбрионами должны находиться под контролем местных этических комитетов и экспертной ассоциации.

Особый природный статус эмбриона определяет и его особый моральный статус. Эмбрион еще не является нравственным субъектом, но все наши действия по отношению к нему подлежат моральным оценкам. С точки зрения морали, всякий аборт – в конечном счете зло и обязательно причиняет боль человеческой душе. «Декларация Осло о медицинском аборте», принятая ВМА (Осло, 1970), определила, что основополагающий моральный принцип врача – уважение к человеческой жизни с момента зачатия. Обстоятельства, противопоставляющие интересы потенциальной матери интересам ее неродившегося ребенка, ставят врача перед необходимостью выбора: сохранить беременность или преднамеренно ее прервать. Если личные убеждения не позволяют врачу рекомендовать или сделать медицинский аборт, он должен перепоручить пациентку компетентному коллеге.

Автономия беременной женщины и право плода на жизнь. Очевидно, что наиболее остро проблема прерывания беременности воспринимается женщиной. Именно женщина

оказывается вовлеченной в решение выбора жизни и смерти, именно от нее зависит жизнь человеческого существа. Может быть женщинам и предоставить право решать вопрос о прерывании беременности?

Право женщины распоряжаться своим телом завоевывало себе место в европейской культуре с трудом. Сначала появляются так называемые медицинские показания к аборту (узкий таз, гидроцефалия плода), затем эти показания расширились, к ним присоединяются: болезни сердца, почек, туберкулез, душевные заболевания, наследственные болезни. В первой половине XIX века сформулировано понятие «социальные показания» искусственного прерывания беременности (изнасилование, инцест, чрезмерная нужда). Постепенно объем расширяется за счет – «желание мужа», «желаемое количество детей». В итоге многие страны вынуждены были признать автономию женщины принимать решение о прерывании беременности и не только в первой ее трети.

В ст. 56 Федерального закона РФ № 323-ФЗ указано:

«1. Каждая женщина самостоятельно решает вопрос о материнстве. Искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при наличии информированного добровольного согласия.

2. Искусственное прерывание беременности по желанию женщины проводится при сроке беременности до двенадцати недель.

3. Искусственное прерывание беременности проводится:

1) не ранее 48 часов с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности:

а) при сроке беременности четвертая – седьмая недели;

б) при сроке беременности одиннадцатая – двенадцатая недели, но не позднее окончания двенадцатой недели беременности;

2) не ранее семи дней с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности при сроке беременности восьмая – десятая недели беременности.

4. Искусственное прерывание беременности по социальным показаниям проводится при сроке беременности до двадцати двух недель, а при наличии медицинских показаний – независимо от срока беременности.

5. Социальные показания для искусственного прерывания беременности определяются Правительством Российской Федерации.

6. Перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности определяется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

7. Искусственное прерывание беременности у совершеннолетней, признанной в установленном законом порядке недееспособной, если она по своему состоянию не способна выразить свою волю, возможно по решению суда, принимаемому по заявлению ее законного представителя и с участием совершеннолетней, признанной в установленном законом порядке недееспособной.

8. Незаконное проведение искусственного прерывания беременности влечет за собой уголовную ответственность, установленную законодательством Российской Федерации».

Необходимо отметить, что в настоящее время социальные показания для искусственного прерывания беременности определены постановлением Правительства РФ от 6 февраля 2012 г. № 98 «О социальном показании для искусственного прерывания беременности», в п. 1 которого указано: «Установить, что социальным показанием для искусственного прерывания беременности является беременность, наступившая в результате совершения преступления, предусмотренного статьей 131 Уголовного кодекса Российской Федерации». Статья 131 УК РФ предусматривает уголовную ответственность за изнасилование.

Перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности определяется приказом Министерства здравоохранения и социального развития

Российской Федерации от 3 декабря 2007 г. № 736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности» с изменениями, внесенными приказом Минздравсоцразвития России №1661н от 27 декабря 2011 г. «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 3 декабря 2007 г. № 736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности».

Как отмечалось выше, автономия женщины в данном вопросе тесно связана с решением вопроса о статусе плода.

В преамбуле Конвенции о правах ребенка, принятой резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 20 ноября 1989 г., отмечено, что государства-участники Конвенции принимают во внимание, что «ребенок, ввиду его физической и умственной незрелости, нуждается в надлежащей правовой защите, как до, так и после рождения». Согласно ст. 1 Конвенции ребенком признается каждое человеческое существо до достижения 19-летнего возраста. Вместе с тем в Конвенции не установлен начальный момент, с которого следует признать человеческое существо ребенком. Из сказанного можно заключить, что ребенком является человеческое существо как до так и после рождения.

В ч. 1 ст. 4 Американской конвенции о правах человека определено, что каждый человек имеет право на уважение его жизни. Это право защищается законом и, как правило, с момента зачатия. Никто не может быть произвольно лишен жизни.

Очевидно, что при таком подходе к решению вопроса о правовом статусе плода можно говорить о приоритете публичного интереса над частным интересом женщины в вопросах сохранения или прерывания беременности.

Согласно ч. 2 ст. 17 Конституции РФ основные права и свободы человека принадлежат каждому от рождения. В соответствии с этим конституционным решением вопроса о моменте возникновения общей правоспособности находятся нормы, закрепленные в ст. 56 Федерального закона РФ № 323-ФЗ, анализ которых позволяет заключить, что право женщины на искусственное прерывание беременности рассматривается с позиции частно-публичного интереса. С одной стороны, в данной статье речь идет о том, что каждая женщина имеет право самостоятельно решать вопрос о материнстве. С другой стороны, искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при сроке беременности до 12 недель, а при сроке беременности до 22 недель лишь по социальным показаниям.

К.А. Чернега (2002) подчеркивает, что, к сожалению, при либеральном подходе к социальным и медицинским показаниям искусственного прерывания беременности в нормах действующего законодательства России практически отсутствуют гарантии государственной охраны материнства. Предпочтение отдается противоположным гарантиям. Автор замечает, что в контексте приведенной статьи материнство лишено общественной значимости и является не более, чем частным делом женщины.

И.А. Иванников (2005) подчеркивает, если признать, что ребенок является человеком еще до рождения, то искусственное прерывание беременности нарушает право на жизнь, на охрану, заботу и защиту ребенка до рождения. Теория «планирования семьи» ведет к падению морали, снижению рождаемости, разрушению семьи. Следствием разрушения семьи является разрушение общества и ослабление государства. В силу того, что женщина является хранительницей жизни, то аборт – это не право женщины, а право общества. Если плод человека по сути и есть человек, то он обладает правом на жизнь. Поэтому аборт это самовольное лишение права на жизнь и должно приравниваться к умышленному убийству.

Заслуживает внимание рассмотрение вопроса о праве врача на отказ от производства аборта.

Возможность отказа врача от производства аборта предусмотрена Декларацией ВМА «О медицинских абортах» (Осло, 1970 г.). Указанная Декларация не является нормативно-правовым актом, поэтому необходимо рассмотреть право врача на отказ от производства

аборта в юридическом смысле.

Согласно ч. 3 ст. 70 Федерального закона РФ № 323-ФЗ лечащий врач по согласованию с соответствующим должностным лицом (руководителем) медицинской организации (подразделения медицинской организации) может отказаться от наблюдения за пациентом и его лечения, а также уведомить в письменной форме об отказе от проведения искусственного прерывания беременности, если отказ непосредственно не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих. В случае отказа лечащего врача от наблюдения за пациентом и лечения пациента, а также в случае уведомления в письменной форме об отказе от проведения искусственного прерывания беременности должностное лицо (руководитель) медицинской организации (подразделения медицинской организации) должно организовать замену лечащего врача.

Либеральный, консервативный и умеренный подход к проблеме аборта. Важно остановиться на основных подходах к проблеме аборта в аспекте ценностно-мировоззренческих ориентаций. И.В. Силуянова (2001, 2008) в этой связи отмечает, что в России реально существуют различные ценностно-мировоззренческие ориентации, среди них – либеральная и консервативная.

Либеральный подход к аборту базируется на двух принципах:

- 1) право женщины распоряжаться своим телом;
- 2) отрицание личностного статуса плода.

Как подчеркивает И.В. Силуянова, исходным в этой аргументации является принцип «право женщины на аборт». Анализ этого суждения выявляет, что оно имело свой смысл скорее в условиях борьбы либерализма с консервативным законодательством, преследующим производство абортов.

Не разделяя идей традиционной морали, либеральное сознание создает свою аргументацию «моральности аборта». В качестве крайней точки такого подхода можно представить позицию М. Зангер. Ею была создана организация - Лига Контроля над Рождаемостью. В книге «Основной вопрос цивилизации» М. Зангер открыто пропагандирует идеи Мальтуса и евгеники, призывая «выдергивать плевелы человечества», бороться с милосердием, снижать численность «неполноценных, умственно отсталых и несоответствующих расовым стандартам», а также к принудительной стерилизации «генетически второсортных рас». С течением времени ее стратегия менялась. В 1942 году она сменила название своей организации: вместо «Лиги контроля над рождаемостью» появилась «Американская Федерация Планирования Семьи», после Второй Мировой войны, была создана Международная Организация Планирования Семьи. В 1982 году, в мартовском выпуске журнала «Сайенс», медицинский директор Американской Федерации Планирования Семьи писал: «Дело в том, что ни одна нация на земле не может регулировать рождаемость, не прибегая к абортам... Не имеет значения, насколько хорош (или плох) метод сам по себе: раз с одной контрацепцией контроля над рождаемостью не добиться, вам придется иметь дело с абортами и стерилизацией».

В заявлении ВМА о планировании семьи (Мадрид, 1967) указано:

«1. Всемирная Медицинская Ассоциация (ВМА) одобряет концепцию планирования семьи и рекомендует всем национальным медицинским ассоциациям способствовать планированию семьи и популяризировать соответствующие методы.

2. Целью планирования семьи является не навязывание ограничений, а улучшение и обогащение человеческой жизни. Планирование семьи открывает перед каждым человеком большие возможности самореализации. Чтобы в полной мере воспользоваться одним из основных прав человека, родители должны обладать знаниями и владеть способами планирования семьи, осознанно и самостоятельно принимать решение о количестве детей и возрастной разнице между ними.

3. ВМА предлагает всем заинтересованным организациям сотрудничество в области медицинских и гигиенических аспектов планирования семьи, помощь в подборе экспертов

по семейному планированию, в организации обучения и проведении необходимых экспериментов и исследований.

4. ВМА обязуется поощрять инициативы любых организаций по проведению конференций, симпозиумов и исследований по всем аспектам планирования семьи.

5. ВМА рекомендует включить вопросы планирования семьи, являющиеся частью раздела о здоровье матери и ребенка, в программу подготовки врачей».

Консервативный подход к проблеме аборта принято связывать с моральными ценностями религиозной культуры.

Э. Сгречча (1992) подчеркивает, что медицинская мораль католической церкви использует нормы этики Гиппократовы, обогатив их понятием священного характера жизни как дара Божьего и личности больного как сына Божьего и олицетворения самого Христа. Официальные документы римско-католической церкви запрещают аборт даже по здравоохранительным мотивам (Энциклика Павла VI «*Humanae vitae*», 1968; Хартия работников здравоохранения, 1994). В Официальной декларации Священного синода Католической церкви (18 ноября 1974) утверждается, что человеческую жизнь нужно уважать с момента ее зарождения. Жизнь начинается с оплодотворения яйцеклетки и принадлежит не отцу и не матери, а новому человеческому существу, которое самостоятельно развивается. Он никогда не станет человеком, если его не считают человеком уже в этот момент.

Ж-Ф. Колланж (1992) отмечает, что пронизанная духом ответственности протестантская этика одновременно предполагает осмысление и толкование. Она не является раболепной исполнительницей любых указаний свыше, а выковывается в терпеливом и настойчивом поиске этической истины. В протестантских церквях осуждается аборт, как средство контроля за рождаемостью, но допускается в исключительных ситуациях, например при беременности после изнасилования «Заявление-консенсус» по абортам Церкви адвентистов седьмого дня, 1990 г.).

Иудаизм рассматривает искусственное прерывание беременности как противоестественное и утверждает, что аборт и нежелание иметь детей противоречат самой истории и мессианскому предназначению еврейского народа. Бесспорно, что если предстоящее рождение становится навязчивой идеей страха и может серьезно отразиться на физическом здоровье матери, это обстоятельство должно быть принято во внимание (Gugenheim M., 1982).

В «Исламском кодексе медицинской этики» (Кувейт, 1981) современные тенденции разрешения абортов осуждаются. Согласно некоторым мусульманским авторам, зародыш обретает форму человека на 3-4-месяце беременности, в силу чего в исключительных случаях и с согласия обоих супругов искусственный аборт допустим при небольшом сроке беременности. Факхер Бен Хамида (1992), рассматривая понятие человеческой личности в исламе, отмечает, что в аяте 228 второй суры Корана сказано, что разведенная женщина не может снова выйти замуж раньше чем через 90 дней, что позволяет избежать сомнений относительно отцовства. Овдовевшей женщине следует по той же причине ждать 130 дней, или 4 месяца и 10 дней, прежде чем выходить замуж. Следовательно, устанавливая сроки от 90 до 130 дней, то есть от трех месяцев до 4 месяцев и 10 дней, Коран косвенным образом определяет период, в течение которого зародыш приобретает форму человека. Исходя из этих положений Корана и основываясь на предании о пророке Мухаммеде, согласно которому Бог вдохнул «аль рух», то есть душу в зародыш в три месяца и одну неделю, можно сделать вывод, что о зародыше как о человеческой личности можно реально говорить, начиная с первой недели четвертого месяца, то есть на сотый день беременности.

Согласно буддизму, искусственный аборт есть разновидность убийства, независимо от стадии развития эмбриона. Жак Мартен (1992), рассматривая позиции буддизма по отношению к некоторым проблемам, связанным с биотехнологией, отмечает основной принцип – высшей святости человеческой жизни и любой формы существования вообще.

Биологически зародыш возникает в результате слияния сперматозоида с яйцеклеткой, но буддизм утверждает, что помимо этих двух элементов, для жизни необходим еще и третий – континуум сознания. При благоприятных генетических условиях зародыш поддерживает проникающая психоментальная сила, Будда говорит об этом следующими словами: «Монахи, когда соединяются три элемента, возникает зародыш жизни. Но в этом случае, если соединяются отец и мать, но время матери не настало и отсутствует существо для нового рождения (гадхабба), никакая жизнь не зародится. Монахи, если соединяются отец и мать и настало время матери, но отсутствует существо для нового рождения, жизнь не зародится и в этом случае. Она возникает только при сочетании трех элементов: соединении отца и матери, благоприятном времени для матери и присутствии существа нового рождения» (Сутта-питака, *Lahhgula-nikaya*, I, 265-266, Канон пали). Согласно буддийскому учению, человек – это больше, чем биологическое существо и результат соединения двух особей. Он существует в своей психофизической цельности и наследует предшествующие поступки. Этот континуум сознания, обладающего собственной «программой», проявляющейся в слиянии клетки. Человеческое существо, хотя и детерминировано своими прошлыми поступками, но тем не менее имеет возможность выбирать и изменять свое становление. Из сказанного выше следует, что зародыш священен и несет весь потенциал человеческого существа. Аборт соответствует уничтожению жизни независимо от стадии.

В Основах социальной концепции Русской Православной Церкви установлено:

«XII.2. С древнейших времен Церковь рассматривает намеренное прерывание беременности (аборт) как тяжкий грех. Канонические правила приравнивают аборт к убийству. В основе такой оценки лежит убежденность в том, что зарождение человеческого существа является даром Божиим, поэтому с момента зачатия всякое посягательство на жизнь будущей человеческой личности преступно. Псалмопевец описывает развитие плода в материнской утробе как творческий акт Бога: «Ты устроил внутренности мои и соткал меня во чреве матери моей... Не сокрыты были от Тебя кости мои, когда я созидаем был в тайне, образуем был во глубине утробы. Зародыш мой видели очи Твои» (Пс. 138. 13, 15-16). О том же свидетельствует Иов в словах, обращенных к Богу: «Твои руки трудились надо мною и образовали всего меня кругом... Не Ты ли вылил меня, как молоко, и, как творог, сгустил меня, кожей и плотью одел меня, костями и жилами скрепил меня, жизнь и милость даровал мне, и попечение Твое хранило дух мой... Ты вывел меня из чрева» (Иов 10. 8-12,18). «Я образовал тебя во чреве... и прежде нежели ты вышел из утробы, Я освятил тебя» (Иер. 1. 5-6), – сказал Господь пророку Иеремии.

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

Широкое распространение и оправдание абортов в современном обществе Церковь рассматривает как угрозу будущему человечеству и явный признак моральной деградации. Верность библейскому и святоотеческому учению о святости и бесценности человеческой жизни от самых ее истоков несовместима с признанием «свободы выбора» женщины в распоряжении судьбой плода. Помимо этого, аборт представляет собой серьезную угрозу

физическому и душевному здоровью матери. Церковь также неизменно почитает своим долгом выступать в защиту наиболее уязвимых и зависимых человеческих существ, коими являются нерожденные дети. Православная Церковь ни при каких обстоятельствах не может дать благословение на производство аборта. Не отвергая женщин, совершивших аборт, Церковь призывает их к покаянию и к преодолению пагубных последствий греха через молитву и несение епитимий с последующим участием в спасительных Таинствах. В случаях, когда существует прямая угроза жизни матери при продолжении беременности, особенно при наличии у нее других детей, в пастырской практике рекомендуется проявлять снисхождение. Женщина, прервавшая беременность в таких обстоятельствах, не отлучается от евхаристического общения с Церковью, но это общение обуславливается исполнением ею личного покаянного молитвенного правила, которое определяется священником, принимающим исповедь. Борьба с абортами, на которые женщины подчас идут вследствие крайней материальной нужды и беспомощности, требует от Церкви и общества выработки действенных мер по защите материнства, а также предоставления условий для усыновления детей, которых мать почему-либо не может самостоятельно воспитывать.

Ответственность за грех убийства нерожденного ребенка, наряду с матерью, несет и отец, в случае его согласия на производство аборта. Если аборт совершен женой без согласия мужа, это может быть основанием для расторжения брака (см. Х.З). Грех ложится и на душу врача, производящего аборт. Церковь призывает государство признать право медицинских работников на отказ от совершения аборта по соображениям совести. Нельзя признать нормальным положение, когда юридическая ответственность врача за смерть матери несопоставимо более высока, чем ответственность за погубление плода, что провоцирует медиков, а через них и пациентов на совершение аборта. Врач должен проявлять максимальную ответственность за постановку диагноза, могущего подтолкнуть женщину к прерыванию беременности; при этом верующий медик должен тщательно сопоставлять медицинские показания и веления христианской совести».

Приведенные источники религиозной морали с очевидностью свидетельствуют, что принципы консервативного подхода к абортам прямо противоположны принципам либерального подхода, их можно сформулировать следующим образом:

- 1) женщина не обладает правом распоряжаться своим телом во время беременности;
- 2) плод обладает личностным статусом.

Изложение *умеренного подхода* к абортам представляет определенные трудности. Во-первых, нужно определить по отношению к какому подходу (либеральному, консервативному или обоим сразу) должна проявляться умеренность? Во-вторых, если умеренность проявляется к обоим подходам, то предусматривает ли она достижение консенсуса между либералами и консерваторами по рассматриваемому вопросу? В-третьих, возможен ли подобный консенсус?

А.И. Бродский (2005) резонно подчеркивает: «можно представить себе, что осталось бы от христианства, если бы Христос во время Нагорной проповеди думал о консенсусе с фарисеями». Вместе с тем заслуживает внимания позиция Е.В. Беляевой (2005), которая анализируя моральный универсализм в эпоху глобализации, отмечает, что идея существования «инварианта» морали является почти обязательным элементом этической теории, ибо чисто релятивистская этика невозможна в принципе.

При разработке умеренного подхода к абортам следует принять во внимание точку зрения Р. Хейза (2005), изложенную в книге «Этика Нового Завета». Р. Хейз подчеркивает, что хотя Новый Завет специально ничего не говорит об аборте, его учение играет принципиальную *отрицательную* роль, когда Церковь приходит к выводу о недопустимости тех или иных достаточно типичных формулировок самой проблемы – как со стороны «защитников жизни», так и со стороны «защитников свободного выбора». Это отнюдь не означает, как подчеркивает автор, будто *разум* вообще исключается из дискуссии. Дело в другом: некоторые виды аргументации не сочетаются с символическим

миром Нового Завета, с миром, в котором живет община верующих. Далее автор кратко объясняет, почему Новый Завет не принимает шесть наиболее распространенных «теорий» аборта:

- Неправильно подавать эту проблему как столкновение «прав»: права матери против прав нерожденного ребенка. В Писании ничего не сказано о «праве на жизнь». Жизнь – дар Божий, знак благодати. Никто не может притязать на нее, и никто из нас – ни мужчина, ни женщина – не имеет автономного «права» на свое тело. «Не знаете ли, что тела ваши суть храм живущего в вас Святого Духа, Которого имеете вы от Бога, и *вы не свои? Вы куплены дорогою ценою. Посему прославляйте Бога и в телах ваших*» (1 Кор 6:19-20). За все наши решения и поступки мы несем ответственность перед Богом.

- Еще менее уместно рассматривать эту проблему как «частное дело», как это было в приговоре по делу «Ро против Уэйда», или как личный выбор. (Напомним, мы говорим о решениях, принимаемых христианами, находящимися внутри Церкви). Все наши действия совершаются внутри общины веры и должны оцениваться по двойному стандарту: идут ли они во благо общине и свидетельствуют ли миру о воле Божьей. Новозаветная этика в первую очередь задает вопрос о том, как нормы жизни общины отражают истину ее отношений с Богом. В Церкви, как в Израиле: если каждый начнет делать то, что хорошо в его глазах, это приведет к хаосу и непослушанию Богу (Втор 12:8; Суд 17:6, 21:25).

- «Святость жизни», эта священная корова, не имеет оснований в Новом Завете. Хауэрвас убедительно разоблачает данный предрассудок: «Христианский запрет отнимать жизнь основан не на предпосылке, будто человеческая жизнь обладает высшей ценностью, а на убеждении, что у нас нет права ее отнимать. Христианский запрет на аборт вытекает не из предпосылки о высшей ценности жизни, но скорее из понимания, что мы, создания Божьи, не можем притязать на какую-либо власть над жизнью... Уважение христиан к жизни выражает их отношение не столько к самой жизни, сколько к Богу».

- Неправильно подменять проблему аборта вопросом: «С какого момента начинается жизнь?» или «Является ли эмбрион личностью?» На эти вопросы ответа не даст ни наука, ни Библия. Писание не дает оснований не только для ответа на эти вопросы, но даже для самих вопросов. К тому же подобные рассуждения становятся крайне опасными постольку, поскольку люди ищут способа оправдать аборт, исключая ту или иную «маргинальную категорию» из человечества. Совершенно очевидно, как опасен такой прецедент. Иисус, напротив, направлял все усилия на то, чтобы включить любые маргинальные категории в человечество.

- Еще хуже аргумент о «качестве жизни», отстаивающий право на аборт, ибо «не стоит рождаться на свет нежеланному ребенку». Нежеланному для кого? Для матери? Такими рассуждениями можно оправдать и детоубийство, особенно в бедняцкой среде! Историческое свидетельство Иисуса и основанной Им общины - это свидетельство о принятии «нежеланных», о любви к ним, а не рекомендация «избавить их от страданий», попросту умертвив. Верующая община должна добиваться «качества жизни» для всех, приходящих в мир, независимо от того, «желанны» они для своих родителей или нет.

- Слаб гипотетический консеквенциалистский аргумент, иногда выдвигаемый в современных дебатах: «А что если бы Дева Мария сделала аборт?» На это можно возразить: «А что если бы мать Гитлера сделала аборт?» Ставя рядом эти глупые вопросы, мы лишь убеждаемся в том, насколько безразличен Новый Завет - в отличие от многих современных авторов - к консеквенциалистскому этическому дискурсу. Новый Завет учит нас подходить к этическим проблемам не с вопросом: «Что произойдет, если я сделаю то-то?», а «Какова воля Божья?».

Показательно следующее высказывание Б. Тилберта, приводимое Р. Хейзом, в котором, в частности, имеются следующие слова: «Хватить твердить нашим неверующим ближним, что они живут неправильно, – лучше обнаружим власть Евангелия в нашей

жизни... Позвольте задать вам вопрос: Какая сила перевесит? Десять тысяч человек, демонстрирующих на улице перед абортариями и осыпающих оскорблениями идущих туда женщин, или десять тысяч калифорнийцев, направивших в столицу штата официальное заявление: они готовы усыновить всех нежеланных детей любого возраста и цвета кожи, с любыми недугами и любить каждого ребенка во имя Иисуса Христа».

Представляется, что на смену праздному дискурсу на данную тему должен приходиться ответственный дискурс, при котором любой, рассуждающий и «бросающий камень» в представителя противоположной позиции, призван осознать: 1) возможность личного вклада в решение проблемы; 2) готовность принять на себя ответственность за принятое решение. Представляется, что в этом случае крайние позиции двух принципиально несовместимых подходов (либерального и консервативного) будут излагаться их сторонниками более умеренно.

5. Биоэтические аспекты сексологии

Репродуктивное здоровье подразумевает, что у людей есть возможность иметь доставляющую удовлетворение и безопасную половую жизнь.

Один из основоположников сексологии Р. фон Крафт-Эбинг (1840-1902) отмечал, что начало всякой этики, а, быть может, также и значительной доли эстетики и религии берет свое основание в половом чувстве. Но если половая жизнь может служить источником величайших добродетелей, до самопожертвования включительно, то, с другой стороны, в ее чувственной силе кроется та опасность, что она может перейти во всепоглощающую страсть, быть источником величайших пороков. Необузданная страсть подобна вулкану, все разрушающему, все уничтожающему, подобна пропасти, поглощающей все – честь, состояние, здоровье.

Моральные проблемы, связанные с половой жизнью, на протяжении длительного времени находятся в центре внимания ученых, философов, религиозных деятелей. М. Фуко в книге «Забота о себе» анализирует текст сонника Артемидора (II век н.э.) – единственный, как отмечает автор, дошедший до наших дней памятник эпохи, в котором содержится более или менее систематизированное описание различных форм половых актов. При этом М. Фуко подчеркивает, что в книге Артемидора принципы морали как таковые не даны, их можно распознать только в ходе анализа, интерпретируя интерпретации. Поэтому автор останавливается на применяемой Артемидором процедуре расшифровки, для того, чтобы выявить мораль, скрытую за анализом сексуальных снов. Артемидор не говорит хорошо или плохо, нравственно или безнравственно совершать тот или иной половой акт, но лишь: хорошо или плохо, благоприятно или неблагоприятно видеть во сне, будто совершаешь его. Много столетий спустя, на методологической основе психоанализа, к этому вопросу в книге «Толкование сновидений» и других работах обратился З. Фрейд. Он заявлял, что психоанализ это особая наука, чем навлек на себя гнев официальной науки. Считалось, что он бросил вызов не только науке, но и самой морали. За покровом сознания З. Фрейд рассмотрел целый пласт неосознаваемых человеком потаенных желаний, стремлений, влечений, прежде всего сексуальных. Он создал сексуальную теорию, где в основе лежит «новое» понимание сексуальности не как инстинкта продолжения рода, а как проявление либидо т.е. силы, влияющий на жизнь человека с момента его рождения до смерти.

В своем фундаментальном исследовании «Основы современной сексологии» Г. Келли (2000) указывает, что современная сексуальная мораль покоится на следующих этических традициях:

Соблюдение естественных законов, установленных свыше. Сторонники эссенциализма полагают, что сексуальная мораль predetermined и дана нам свыше, чтобы мы могли безошибочно различать хорошие и плохие поступки. Кроме того, они считают, что священные тексты, Библию или Коран, следует понимать буквально и священные заповеди ясно формулируют правила сексуального поведения. Подобный эссенциалистский подход к вопросу сексуальной морали характерен для многих

ортодоксальных и фундаменталистских религиозных традиций, адепты которых относятся к традиционной категории.

Существование религиозных посредников между человеческим родом и Богом. Иисус, Моисей, Мухаммед и некоторые другие пророки говорили о любви и надежде, которые царят между людьми и Творцом. Согласно некоторым религиозным толкованиям, моральные принципы могут меняться в связи с изменениями паттернов общественной жизни и человеческого поведения. В рамках этого подхода, близкого к конструктивистскому представлению об этике сексуальности, существует убеждение в том, что общественные ценности не связаны намертво узлами косных традиционных стереотипов и могут меняться со временем.

Ситуативная этика. Речь идет о моральных представлениях, согласно которым каждая ситуация является единственной в своем роде комбинацией обстоятельств и предпосылок. Исходя из этого, моральное решение следует принимать только в контексте определенной ситуации, учитывая интересы всех ее участников. Ситуативная этика не предполагает каких-либо общих моральных ограничений сексуальности и сексуального поведения, подчеркивая, что этическая оценка определенного сексуального поведения зависит от его мотивов и возможных последствий. С этой точки зрения, определенное сексуальное поведение в одной ситуации является неправильным, в другой ситуации – вполне приемлемым. Очевидно, что такое представление возлагает большую ответственность на индивида, оценивающего правомерность своих решений.

Традиция гедонизма и аскетизма. Эти моральные традиции представляют собой две крайние точки зрения в этике. Гедонисты принадлежат к категории, ориентированной на рекреацию, и утверждают, что наслаждение является высшим благом, вне зависимости от религиозной догмы или ситуации. Данную позицию можно кратко выразить фразой: «Делай все, что тебе по душе». Сексуальное влечение рассматривается как потребность, которую нужно удовлетворять путем получения максимального физического и морального наслаждения. Подлинных гедонистов совсем немного, поскольку человеческие отношения слишком сложны, чтобы с легкостью следовать подобным принципам. Некоторые психологи полагают, что гедонизм представляет собой эгоцентрический образ жизни и на поверку может оказаться выражением социопатии или социальной безответственности и эмоционального расстройства.

Аскетизм, связанный с обетом безбрачия, является элементом некоторых религиозных и духовных традиций. Цель аскета – возвыситься над низменными физиологическими наслаждениями и путем самоограничения и самоотречения достигнуть вершин разума и духа. Характерной особенностью аскета является учение, согласно которому отказ от сексуальных наслаждений помогает человеку обрести одухотворенность и приблизиться к Богу. Аскетическую жизнь затворников ведут некоторые священники и монахи.

Новейшие холистические течения. Некоторые современные философы утверждают, что в эпоху социальной эволюции традиционные представления об аскетизме и гедонизме как взаимоисключающих подходах утратили былое значение. Сексуальность следует воспринимать в более широком контексте, учитывая разные уровни переживаний: физиологический, эмоциональный, рациональный и духовный. Наряду с духовными потребностями, которые заставляют нас временами возвышаться над эгоцентризмом и плотскими наслаждениями, мы нуждаемся и в земных переживаниях, благодаря которым раскрывается наша чувственность. Поэтому следует не разделять данные понятия, а скорее стремиться к гармоничному балансу этих разных, но одинаково ценных элементов сексуальности (Wilber, 1995).

Развивая тему холистических течений, следует заметить, что И.С. Кон (1981) выделяет 9 мотивов нормального полового акта: прокреативный (деторождение), рекреативный (гедонистический), коммуникативный (личностное сближение), самоутверждение, ритуальный, компенсаторный, познавательный, релаксация, достижение внесексуальных целей. В.В. Гульдман (1986) справедливо замечает, что поведение психически здоровых

людей чаще полимотивировано, у психопатических можно скорее выделить какой-то один ведущий мотив.

Как справедливо замечает Г. Келли, людям приходится добиваться равновесия и гармонии между их собственными сексуальными ценностями и поведением и сексуальными установками, бытующими в их социальной среде. В обществе, основанном на плюрализме мнений, довольно сложно найти черты, роднящие индивидуальные представления о сексуальной морали и ценностях. Тем не менее можно назвать некоторые моральные принципы, которые имеют широкое распространение в обществе и поддерживаются религиозными учениями (Reiss, 1991):

1. *Принцип добровольности*: людей нельзя принуждать к сексу. Сексуальные отношения могут возникать только на основании взаимного желания партнеров.

2. *Принцип искренности*: людей нельзя вовлекать в сексуальную активность с помощью обмана или вводить в заблуждение.

3. *Принцип уважения личности*: людей не следует рассматривать как средство достижения определенных целей. Применительно к сексуальности это означает, что человека нельзя воспринимать исключительно как средство сексуального удовлетворения.

4. *Принцип уважения чужих убеждений*: следует уважать сексуальные ценности и убеждения других людей. Ни один человек не имеет права принуждать другого человека к сексуальным действиям, которые идут вразрез с сексуальными ценностями партнера. Однако это не означает, что человек не имеет права помочь партнеру избавиться от предрассудков и заблуждений.

Литература (в т.ч. указать адреса электронных ресурсов).

Основная:

1. Биоэтика: учебное пособие / Л. Г. Сахарова. - 109 с. Сахарова, Л.Г. Киров: Кировский ГМУ, 2017. - Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/136097>

2. Биоэтика. Философия сохранения жизни и сбережения здоровья: учебник - 400 с. Хрусталеv, Ю. М. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - ISBN 978-5-9704-5266-0. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452660.html>

3. Биоэтика. Этические и юридические документы, нормативные акты - 357 с. Шамов, И. А. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - ISBN 978-5-9704-2975-4. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970429754.html>

Дополнительная:

1. История и современные вопросы развития биоэтики: учебное пособие - 144 с. Балалыкин, Д. А. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - ISBN 978-5-9704-2057-7. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970420577.html>

2. Биоэтика: учебное пособие - 47 с. Бугеро, Н. В. Ульяновск: УлГПУ им. И.Н. Ульянова, 2017. - ISBN 978-5-86045-906-9. - Текст электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/112086>

3. Биоэтика: учебник / под ред. П.В. Лопатина. - 4-е изд., перераб. и доп. - 269 с. Лопатин, П. В. М.: Гэотар Медиа, 2011.

4. От этики до биоэтики: учебник Хрусталеv, Ю. М. Ростов н/Д: Феникс, 2010.

Тема № 8. Биоэтические проблемы, связанные с инфекционными заболеваниями.

2. Цель занятия: закрепить теоретические знания об этических подходах, связанных с инфекционными заболеваниями.

Обучающийся должен **знать** (исходные базисные знания и умения):

- морально-этические нормы, правила и принципы профессионального врачебного поведения, этические основы современного медицинского законодательства;
- основные этические документы международных организаций, отечественных и международных профессиональных медицинских ассоциаций

Обучающийся должен **уметь**:

- анализировать биоэтические проблемы инфекционных заболеваний.

Обучающийся должен сформировать следующие компетенции:

УК-1. Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, выработать стратегию действий.

УК-5. Способен анализировать и учитывать разнообразие культур в процессе межкультурного взаимодействия.

Задания для самостоятельной работы:

Контрольные вопросы для проверки исходного уровня знаний:

1. При выявлении ВИЧ у больного необходимо:

- а) предупредить всех лиц контактировавших с пациентом
- б) назначить принудительное лечение
- в) изолировать в специальном отделении
- г) проинформировать пациента о заболевании и мерах предосторожности

2. Вправе ли работодатель требовать от работника результаты тестирования на ВИЧ:

- а) вправе
- б) не вправе
- в) только в случаях оговоренных законом

3. Одной из причин возникновения феномена «спидофобия» является:

- а) низкая информированность о заболевании СПИД
- б) страх перед смертельным заболеванием
- в) высокая стоимость лечения

4. Представляет ли угрозу для окружающих ВИЧ-инфицированный учитель:

- а) да
- б) нет

5. Правомочна ли принудительная иммунопрофилактика (вакцинирование):

- а) да
- б) нет
- в) только по решению суда

6. Необходимо ли получение добровольного информированного согласия для производства вакцинирования при проведении обязательных прививок:

- а) да
- б) нет

7. Возможно ли ущемление некоторых прав пациента при наличии у него особо опасной инфекции:

- а) да
- б) нет

8. Обязан ли врач информировать работодателя о диагнозе ЗППП диагностированного у его работника:

- а) да
- б) нет

9. Имеется ли формальный запрет заниматься врачебной деятельностью ВИЧ-инфицированному врачу:

- а) да

- б) нет
10. Обязательному тестированию на ВИЧ подлежат:
- а) все медицинские работники
 - б) пациенты ЛПУ
 - в) доноры крови.
- Эталоны ответов: 1-г; 2-в; 3-а, б; 4-б; 5-б; 6-а; 7-а; 8-б; 9-б; 10-в.

1. Инфекционные болезни как источник социальной опасности

Б.У. Родионов (2012), анализируя выявленные наукой к концу XX века угрозы всеобщей гибели человечества, отмечает, что массовые заразные болезни – эпидемии и пандемии, в сравнении с другими глобальными угрозами, имеют самый маленький период повторения: 10^{1+1} лет, т.е. от 1 до 100 лет. Значит, угроза умереть от болезней всем – всему человечеству – «висит», по мнению автора, над поколениями людей постоянно. В качестве примера Б.У. Родионов рассматривает глобальные последствия гриппа («испанки»). В 1918 году за 18 месяцев «испанка» распространилась по всей планете и унесла до 50 млн человеческих жизней! Уже в первое полугодие этот грипп убил примерно 25 млн человек. Грозе конца XX века СПИДу на это потребовалось 25 лет.

Признавая необходимость проведения глубоких исследований любых инфекционных заболеваний, необходимо подчеркнуть, что в биоэтическом плане существенное значение имеют масштабы распространения СПИДа. Эти масштабы позволяют, с одной стороны, понять и почувствовать каждому человеку реальность нависшей над современным обществом угрозы, с другой стороны, глубоко осознать каждым медицинским работником степень личной моральной ответственности в общем деле обеспечения глобальной безопасности.

В Декларации ООН от 27 июня 2001 года «О приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом» отмечено, что глобальная эпидемия ВИЧ/СПИДа, достигшая ужасающих масштабов и оказывающая опустошительное воздействие, представляет собой глобальную чрезвычайную ситуацию и одну из самых серьезных угроз жизни и достоинству человека, а также эффективному осуществлению прав человека, которая подрывает социально-экономическое развитие по всему миру и затрагивает все слои общества – нацию, общину, семью и каждого отдельного человека.

В Декларации отмечается, что к концу 2000 года во всем мире насчитывалось 36,1 млн. человек, инфицированных ВИЧ/СПИДом. По данным Всемирной организации здравоохранения, в мире проживает более 50,0 миллионов ВИЧ-инфицированных, и на начало 2000 года 16,0 миллионов человек уже умерли от СПИДа. Ежедневно происходит инфицирование 16 тыс. человек. В России, по состоянию на 1 февраля 2002 г., зарегистрировано 178668 ВИЧ-инфицированных, в том числе детей – 2621. Ежемесячно в стране регистрируется до 7000 новых случаев инфицирования. В Самарской области с 1987 года выявлено 14827 человек с ВИЧ-инфекцией, 294 человека умерли, в том числе от СПИДа – 14.

Для детального рассмотрения вопроса о связи эпидемиологии и прав человека важное значение имеет раздел названной выше Декларации, который называется «ВИЧ/СПИД и права человека». В этом разделе, в частности, указано: «Реализация прав человека и основных свобод всех людей имеет крайне важное значение с точки зрения снижения подверженности риску инфекции ВИЧ/СПИДа. Уважение прав людей, инфицированных ВИЧ/СПИДом, вызывает активную реакцию».

В Декларации содержится призыв ко всем государствам обеспечить принятие, укрепление и соблюдение соответствующего законодательства, положений и иных мер для ликвидации всех форм дискриминации в отношении лиц, инфицированных ВИЧ/СПИДом, и членов уязвимых групп и для обеспечения полного осуществления ими всех прав человека; в частности обеспечить их доступ, среди прочего, к образованию, правам наследования, трудоустройству, охране здоровья, социальным и медицинским

услугам, предотвращению, поддержке, лечению, информации и правовой защите при соблюдении принципов конфиденциальности и неприкосновенности частной жизни; и разработать стратегии борьбы с клейменем и социальной изоляцией, связанными с эпидемией.

В Декларации подчеркнута также то обстоятельство, что доля женщин и девочек в общем числе инфицированных ВИЧ/СПИДом непропорционально велика, разработать и осуществить национальные стратегии, способствующие улучшению положения женщин и полному осуществлению женщинами всех прав человека; совместной ответственности мужчин и женщин за безопасные половые отношения; расширению возможностей женщин в плане контроля, свободного и ответственного принятия решений по вопросам, касающимся их сексуальной жизни, с тем чтобы лучше защитить себя от риска ВИЧ-инфекции.

Приведенные положения Декларации позволяют выделить следующие существенные, с биоэтической точки зрения, моменты:

1. Глобальная эпидемия ВИЧ/СПИДа – это одна из самых серьезных угроз жизни и достоинству человека, а также эффективному осуществлению прав человека.

2. Реализация прав человека и основных свобод всех людей рассматривается с точки зрения снижения подверженности риску инфекции ВИЧ/СПИДа.

3. Активно поддерживается принцип уважения прав людей, инфицированных ВИЧ/СПИДом.

4. Провозглашается стратегия борьбы с клейменем и социальной изоляцией, связанными с эпидемией.

5. Отмечается сочетание принципов свободы и ответственности.

Важно подчеркнуть, что при рассмотрении вопросов эпидемиологии и прав человека нередко возникает конфликт между интересами и правами человека, с одной стороны, и интересами общества, с другой. Эти интересы не только не совпадают, но часто являются противоположными.

Демократическое общество признает человека, его права и свободы высшей ценностью. Вместе с тем права и свободы человека и гражданина могут быть ограничены федеральным законом только в той мере, в какой это необходимо в целях защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения обороны страны и безопасности государства (ч. 3 ст. 55 Конституции РФ).

Так, право гражданина на отказ от медицинского вмешательства не имеет абсолютного характера, поскольку согласно п. 2 ч. 9 ст. 20 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон РФ № 323-ФЗ) медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих.

В силу п. 1 ст. 33 Федерального закона от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» больные инфекционными заболеваниями, лица с подозрением на такие заболевания и контактировавшие с больными инфекционными заболеваниями лица, а также лица, являющиеся носителями возбудителей инфекционных болезней, подлежат лабораторному обследованию и медицинскому наблюдению или лечению и в случае, если они представляют опасность для окружающих, обязательной госпитализации или изоляции в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

На основании п. 2 ст. 10 Федерального закона от 18 июня 2001 г. № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» больные заразными формами туберкулеза, неоднократно нарушающие санитарно-противоэпидемический режим, а также умышленно уклоняющиеся от обследования в

целях выявления туберкулеза или от лечения туберкулеза, на основании решений суда госпитализируются в специализированные медицинские противотуберкулезные организации для обязательных обследования и лечения. Решение о госпитализации принимается судом по месту нахождения медицинской противотуберкулезной организации, в которой больной туберкулезом находится под диспансерным наблюдением.

Таким образом, проблема соотношения реальной угрозы распространения инфекционных заболеваний и прав человека находит адекватное разрешение в случае достижения разумного баланса коллективных или индивидуальных интересов.

Рассмотрение этических и правовых аспектов лечения и профилактики инфекционных заболеваний должно исходить из того специфического обстоятельства, что они представляют опасность не только для индивида, но и для окружающих его лиц. Поэтому противоэпидемические мероприятия и меры медицинского характера применяются не только к больному, но и в отношении других лиц, в отношении которых данный индивид может послужить потенциальным источником заражения. Права одного человека, страдающего инфекционным заболеванием, не должны нарушать права другого человека на охрану здоровья. Именно с этим связано то, что противоэпидемические и медицинские мероприятия подчас приобретают принудительный характер.

2. Биоэтические аспекты профилактики инфекционных заболеваний

Биоэтические аспекты профилактики инфекционных заболеваний актуализируются в связи с тем, что в настоящее время каждому гражданину необходимо осознать неразрывную связь своих моральных и юридических обязанностей в охране здоровья, поскольку при отдельных инфекционных заболеваниях меры их профилактики могут быть достаточно эффективными.

В соответствии с ч. 2 ст. 27 Федерального закона РФ № 323-ФЗ граждане в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, обязаны проходить медицинские осмотры, а граждане, страдающие заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, обязаны проходить медицинское обследование и лечение, а также заниматься профилактикой этих заболеваний.

Права и обязанности граждан при осуществлении иммунопрофилактики определены в ст. 5 Федерального закона от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» (далее – Федеральный закон № 157-ФЗ), в которой указано, что граждане при осуществлении иммунопрофилактики имеют право на:

- получение от медицинских работников полной и объективной информации о необходимости профилактических прививок, последствиях отказа от них, возможных поствакцинальных осложнениях;
- выбор государственных, муниципальных или частных организаций здравоохранения либо граждан, занимающихся частной медицинской практикой;
- бесплатные профилактические прививки, включенные в национальный календарь профилактических прививок, и профилактические прививки по эпидемическим показаниям в государственных и муниципальных организациях здравоохранения;
- медицинский осмотр, а при необходимости и медицинское обследование перед профилактическими прививками, получение квалифицированной медицинской помощи в государственных и муниципальных организациях здравоохранения при возникновении поствакцинальных осложнений в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи;
- социальную поддержку при возникновении поствакцинальных осложнений;
- отказ от профилактических прививок.

Отсутствие профилактических прививок влечет:

- запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок;

- временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;

- отказ в приеме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями.

При осуществлении иммунопрофилактики граждане обязаны:

- выполнять предписания медицинских работников;

- в письменной форме подтверждать отказ от профилактических прививок.

В биоэтическом отношении важно отметить, что граждане имеют право на социальную поддержку при возникновении поствакцинальных осложнений. Согласно п. 1 ст. 18 Федерального закона № 157-ФЗ при возникновении поствакцинальных осложнений граждане имеют право на получение государственных единовременных пособий, ежемесячных денежных компенсаций, пособий по временной нетрудоспособности.

3. Основные биоэтические проблемы, связанные с ВИЧ/СПИД

В Политической декларации по ВИЧ/СПИДу, принятой 2 июня 2006 года на 87-м пленарном заседании Генеральной Ассамблеи ООН, главы государств и правительств заявили: «Подтверждаем, что профилактика ВИЧ должна составлять основу национальной, региональной и международной деятельности, направленной на борьбу с этой пандемией, и поэтому обязуемся активизировать усилия, чтобы обеспечить наличие во всех странах, особенно наиболее пострадавших странах, широкого круга программ профилактики, разработанных с учетом местных условий, этических и культурных ценностей, включая информацию, образование и просвещение на языках, наиболее понятных для населения, и при уважении культур, направленных на снижение числа случаев связанного с риском поведения и поощрение ответственного сексуального поведения, включая воздержание и верность; расширение доступа к самым необходимым средствам, включая мужские и женские презервативы и стерильные инъекционные средства; снижение ущерба, связанного с употреблением наркотиков; расширение доступа к службам психологической помощи и тестированию на добровольной основе и при соблюдении принципа конфиденциальности; безопасность запасов до-норской крови; и своевременное и эффективное лечение передаваемых половым путем заболеваний».

В ООН образована специализированная структура – Объединенная программа Организации Объединенных наций по ВИЧ/ СПИДу (ЮНЭЙДС). В настоящее время начала реализовываться Стратегия ЮНЭЙДС на 2011-2010 годы. Данная стратегия направлена на усиление глобального прогресса в достижении установленных странами целевых показателей, предусматривающих обеспечение всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ, а также на то, чтобы остановить и обратить вспять распространение ВИЧ и внести вклад в достижение целей развития тысячелетия к 2015 году. Принятая Координационным советом программы в декабре 2010 года, эта стратегия предусматривает осуществление мер в ответ на ВИЧ в новых глобальных условиях. Меры в ответ на СПИД представляют собой долгосрочное вложение средств, а сама стратегия направлена на то, чтобы совершить революцию в области профилактики ВИЧ, ускорить следующую фазу лечения, ухода и поддержки и обеспечить защиту прав человека и гендерное равенство.

Моральные проблемы, связанные с ВИЧ/СПИД, находятся в центре внимания отечественных ученых (Иванюшкин А.Я., Игнатьев В.Н., Коротких Р.В., Силуянова И.В., Тищенко П.Д., Юдин Б.Г., Яровинский М.Я.), поскольку данные проблемы фокусируют на себе все этические проблемы современной медицины, придавая некоторым из них своеобразие, обусловленное исключительно ВИЧ-инфекцией.

Многие традиционные принципы и нормы биоэтики нередко проверяются на прочность именно в соответствии с ВИЧ-инфекцией.

Это касается старейшего принципа «Прежде всего – не навреди!». Ранее рассматривался медицинский контекст возможного причинения вреда пациенту. В частности, такой формой вреда является неоказание помощи больному. ВИЧ-инфекция поставила острую проблему массового отказа врачей во многих странах мира от оказания помощи лицам, зараженным ВИЧ. Ведущий мотив подобных отказов медицинских работников – это их личная безопасность. Данная проблема до настоящего времени не нашла своего адекватного решения.

В случае с ВИЧ/СПИД возникает проблема реализации принципа «Делай благо!». Речь идет о том, что распространение ВИЧ-инфекции вызывает своеобразную бифуркацию в профессиональном мышлении медицинского работника. В конкретной клинической ситуации реализация принципа «Делай благо!» не фокусируется только на зараженном ВИЧ-инфекцией. Профессиональное мышление врача здесь не сосредоточено только на лечении, оно имеет более широкий диапазон и захватывает вопросы необходимой профилактики ВИЧ-инфекции у лиц, составляющих ближний круг пациента. Получается, что принцип «Делай благо!» в случае ВИЧ-инфекции предполагает много объектов его реализации, не только жизнь и здоровье одного пациента как это часто бывает, например, в хирургической практике. В этом случае деятельное благо медицинского работника должно быть направлено также на сохранение жизни и здоровья других людей. Это только одна сторона, порождающая внутренний конфликт медицинского работника, осознающего необходимость следовать принципу «Делай благо!». Есть и другая не менее важная сторона морально-этической проблематики ВИЧ/СПИД. Это вопрос о целесообразности оказания помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИД. Важно подчеркнуть, что этот вопрос возникает не только у медицинских работников, профессионально осознающих, что лечение СПИД в настоящее время не приводит к желаемому результату. Данный вопрос ставят страховщики, экономисты и, наконец, представители общественности.

В этой связи остро возникает вопрос о реализации принципа справедливости в отношении ВИЧ-инфицированных и больных СПИД. Важно подчеркнуть правовой и моральный аспекты справедливого отношения к ВИЧ-инфицированным и больным СПИД. В правовом (формальном) аспекте данная категория пациентов в соответствии с международным правом и национальным законодательством имеет равные в сравнении с другими гражданами права на охрану здоровья и медицинскую помощь. В моральном (содержательном) аспекте, когда речь идет о равенстве, основанном на признании каждого ВИЧ-инфицированного и больного СПИД, как и любого другого человека, единственным, незаменимым, неисчерпаемым в своих притязаниях и стремлениях, то приходится констатировать проблематичность безусловной реализации принципа справедливости. В медицинском сообществе существует дифференцированный подход к личности ВИЧ-инфицированного и больного СПИД. В первую очередь это связано со спецификой контингентов ВИЧ-инфицированных лиц.

Можно выделить несколько групп повышенного риска ВИЧ-инфицирования: 1) гомосексуалисты и бисексуалы; 2) наркоманы, использующие внутривенное введение наркотиков; 3) проститутки; 4) больные и лица, эпизодически подвергающиеся переливанию крови. Учитывая, что среди ВИЧ-инфицированных преобладают лица, ведущие образ жизни, который традиционно вызывает негативную общественную оценку, то у медицинских работников нередко возникает ощущение, что СПИД является как бы наказанием за «неправильное поведение». Имея такую установку, медицинские работники начинают дифференцированно относиться к пациентам из различных групп риска, что часто создает этический конфликт. Ясно, что подобная дифференциация пациентов противоречит принципу справедливости.

В случае с ВИЧ/СПИД налицо биоэтическая проблема реализации принципа уважения автономии пациента. Масштабы автономии ВИЧ-инфицированного пациента и больного СПИД ограничены рядом внешних условий, которые влияют на ход и результат его действий. Таким внешним условием является, в первую очередь, потенциальная социальная опасность пациента. Поэтому моральный выбор пациента и врача, безусловно, детерминируются осознанием данной социальной опасности. Степень свободы поведения ВИЧ-инфицированного и больного СПИД ограничена высоким уровнем моральной и юридической (вплоть до уголовной) ответственности. Наконец, на определенной стадии заболевания, из-за тяжелого физического и психического состояния, больной СПИД может оказаться не способным к автономным действиям.

В подобных клинических ситуациях остро встает вопрос о реализации принципа человеческого достоинства. В частности, возникает этическая проблема, связанная с оказанием медицинской помощи больным СПИД, которые находятся в агональном состоянии. Насколько допустим отход от классических подходов при проведении клинических испытаний по отношению к больным СПИД. Известно, что при классической схеме при клинических испытаниях должна быть группа пациентов, получающих плацебо. Для больных СПИД это может означать, что какое-то число испытуемых пациентов лишаются надежды получить лечение, которое теоретически может повлиять на продолжительность их жизни. В связи с этим возникает проблема подбора групп участников испытания. В ряде стран по этой причине допускается проводить испытания эффективности лечебных препаратов при ВИЧ-инфекции без использования плацебо.

В аспекте применения при лечении СПИД новых медицинских технологий может возникать проблема реализации принципа целостности. Данная проблем связана с тем фактом, что до настоящего времени ВИЧ/СПИД остаются мало изученной областью медицины. Поэтому количество научно-поисковых исследований в данном направлении значительно превышает количество достигнутых положительных или относительно положительных практических результатов. Нельзя исключить, что какое-либо из научных исследований приведет к созданию новой гипотетически очень эффективной медицинской технологии лечения СПИД, но применение которой в клинической практике несет потенциальную угрозу телесной и психической целостности индивида. Понятно, что в любом случае, риск применения подобной медицинской технологии должен быть обоснованным.

В отношении ВИЧ-инфицированных и больных СПИД возникает проблема соблюдения принципа уязвимости. В Декларации ООН от 27 июня 2001 года определено, что уязвимым группам следует уделять приоритетное внимание. При этом подчеркнуто, что расширение возможностей женщин чрезвычайно важно для снижения уязвимости. Декларация призывает учредить во всех странах стратегии, политику и программы выявления и начала рассмотрения тех факторов, которые обуславливают уязвимость отдельных лиц для инфекции ВИЧ, включая недоразвитость, отсутствие экономической безопасности, нищету, недостаток расширения возможностей женщин, недостаток образования, социальное отчуждение, неграмотность, дискриминацию, отсутствие информации и/или товаров для самозащиты, все виды сексуальной эксплуатации женщин, девочек и мальчиков, в том числе в коммерческих целях; такие стратегии, политика и программы должны рассматривать гендерный аспект эпидемии, предписывать меры, которые надлежит принять для снижения уязвимости. Декларация отдельно обращена на разработку и/или укрепление стратегии, политики и программы, в рамках которых признается значение семьи в снижении уязвимости, в частности в образовании и жизненной ориентации детей, и учитываются культурные, религиозные и этические факторы, которые преследуют цель снижения уязвимости детей и молодежи посредством: обеспечения доступа как девочек, так и мальчиков к начальному и среднему образованию, включая программы по ВИЧ/СПИДу для подростков; обеспечения безопасной среды, особенно для молодых девушек; расширения ориентированных на молодежь

высококачественных информационных услуг, просвещение по вопросам сексуального здоровья и консультирования; укрепления охраны репродуктивного и сексуального здоровья; привлечения семей и молодежи к планированию, осуществлению и оценке программ по предотвращению ВИЧ/СПИДа и ухода за больными в максимально возможной степени.

Следующая биоэтическая проблема связана с соблюдением правила правдивости в процессе лечения и наблюдения пациентов с ВИЧ/СПИД.

Поскольку современная медицина не располагает достаточно серьезными аргументами, которые она может противопоставить ВИЧ-инфекции и СПИДУ, медицинский работник обязан критически оценивать меру своего знания в данной области и правдиво сообщать пациенту имеющуюся информацию. С психологической точки зрения важно помнить, что больные СПИД, как правило, осознают неизбежность неблагоприятного исхода заболевания, поэтому наиболее чутко реагируют на любую информацию, особенно касающуюся применения новых лекарственных средств. Так, появление новых зарубежных препаратов – «ингибиторов протеаз ВИЧ», лечение которыми обходится минимум 20 000 долларов в год, на первоначальном этапе повлекло за собой этическую проблему информирования пациентов по данной группе препаратов. Проблема обусловлена тем, что не каждый пациент в состоянии приобрести эти лекарственные средства.

Изложенный выше материал о конфликте между личными и общественными интересами позволяет констатировать проблему соблюдения правила неприкосновенности частной жизни и правила конфиденциальности в отношении ВИЧ-инфицированных и больных СПИД.

Следует подчеркнуть, что по данному вопросу имеется, вероятно, самый широкий спектр суждений: от неукоснительного соблюдения врачебной тайны, до полного ее раскрытия. Ясно, что система аргументов крайних противоположных суждений строится в зависимости от признания приоритета интересов личности или общества. Сторонники различных точек зрения по поводу конфиденциальности едины лишь в одном, что в первую очередь необходимо добиваться того, чтобы пациент сам сообщил другим людям о своей болезни и прекратил все действия, которые могут подвергнуть опасности здоровье окружающих.

Важно подчеркнуть, что гарантии соблюдения прав и свобод ВИЧ-инфицированных сформулированы в ст. 5 Федерального закона от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» (далее – Федеральный закон № 38-ФЗ), в которой указано:

«1. ВИЧ-инфицированные - граждане Российской Федерации обладают на ее территории всеми правами и свободами и несут обязанности в соответствии с Конституцией Российской Федерации, законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации.

2. Права и свободы граждан Российской Федерации могут быть ограничены в связи с наличием у них ВИЧ-инфекции только федеральным законом».

Об ограничении права на отказ от медицинского вмешательства говорилось ранее, что касается врачебной тайны, что следует заметить, что согласно п. 2 ч. 4 ст. 13 Федерального закона РФ № 323-ФЗ предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений.

В ст. 11 Федерального закона № 38-ФЗ определены последствия выявления ВИЧ-инфекции:

«1. Граждане Российской Федерации в случае выявления у них ВИЧ-инфекции не могут быть донорами крови, биологических жидкостей, органов и тканей.

2. В случае выявления ВИЧ-инфекции у иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации, они подлежат депортации из Российской Федерации в порядке, установленном законодательством Российской Федерации».

Согласно ст. 17 Федерального закона № 38-ФЗ не допускаются увольнения с работы, отказ в приеме на работу, отказ в приеме в образовательные учреждения и учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также ограничение иных прав и законных интересов ВИЧ-инфицированных на основании наличия у них ВИЧ-инфекции, равно как и ограничение жилищных и иных прав и законных интересов членов семей ВИЧ-инфицированных, если иное не предусмотрено настоящим Федеральным законом.

4. Спидофобия. Тестирование и скрининг

Часто медицинские работники, средства массовой информации преподносят глобальную и действительно серьезную проблему, связанную с ВИЧ/СПИДом, так, что это вызывает у многих, особенно у молодых людей, страх и растерянность, которые нередко приводят к спидофобии – навязчивому состоянию страха заболеть СПИДом.

От спидофобии, как правило, человек начинает искать защиту в алкоголе, наркотиках, аморальном сексе, тем самым «запуская порочный круг», который многократно увеличивает риск ВИЧ-инфицирования. Человек одержим страхом – мир рушится, страх подрывает веру, прежде всего веру в себя, в завтрашний день. Утрата веры порождает самый коварный и опасный недуг – эрозию души.

В основе страха лежат три важных фактора: отсутствие или недостаток информации о ВИЧ/СПИД, осознание фатальности исхода в случае заболевания СПИД, преобладание в обществе крайне негативного отношения к ВИЧ-инфицированным и больным СПИД. Эти пациенты вызывают раздражение, их считают виноватыми во всех бедах, они становятся изгоями и потому нередко начинают опускаться на тот уровень, куда обрекает их общество. Клеймо позора, умалчивание, дискриминация и отчуждение, а так же отсутствие конфиденциальности, подрывают усилия по предупреждению и уходу и увеличивают воздействие эпидемии на отдельных лиц, семьи, общины, нации.

Следовательно, борьба со спидофобией возможна по трем направлениям: просвещение, изменение негативных общественных установок, углубление научных исследований, направленных на лечение СПИД.

В настоящее время, действительно, научных проблем в изучении ВИЧ-инфекции больше, чем реальных практических результатов. Но есть ли какие-либо достижения в борьбе со СПИДом? Несомненно.

За последние годы созданы новые диагностические тест-системы, позволяющие выделять антитела к ВИЧ в течение 1-5 минут и не уступающие по своим качествам (прежде всего по чувствительности и специфичности) стандартному иммуноферментному анализу.

Первую фазу клинических испытаний на людях уже проходят четыре вакцины, созданные с помощью методов геной инженерии. Проходят клинические испытания более 50 новых химиопрепаратов, обладающих высокой активностью против ВИЧ.

Журнал «Здоровье мира» (1999, № 1-2, с. 30) опубликовал «10 заповедей» о СПИДе:

- 1) СПИД представляет собой совершенно новое заболевание, распространенное во всем мире.
- 2) Пути распространения вируса СПИДа уже хорошо известны.
- 3) Знать пути распространения возбудителя СПИДа – значит знать способы его профилактики.
- 4) Передачу вируса СПИДа половым путем можно предупредить.
- 5) Существуют различные, надежные способы предупреждения передачи инфекции через кровь.
- 6) Очень важно знать, как возбудитель СПИДа не распространяется.

7) Не следует опасаться общения в быту с лицами, инфицированными вирусом СПИДа.

8) Поскольку вакцины против СПИДа и абсолютно надежные лекарства еще отсутствуют, в предупреждении инфекции важнейшую роль играют правдивая информация и санитарное просвещение.

9) В настоящее время на борьбу с глобальной угрозой СПИДа поднимаются все страны мира.

10) Все вместе мы можем остановить распространение СПИДа!

В деле борьбы с ВИЧ/СПИД большое значение имеют расширение доступа к системе добровольного и конфиденциального консультирования и тестирования; обеспечение снабжения безопасной донорской кровью; раннее и эффективное лечение заболеваний, передающихся половым путем.

В настоящее время в России систематически проводятся выборочные проверки качества диагностических тест-систем для выявления антител к ВИЧ и работы скрининговых лабораторий.

Скрининговые анализы имеют особое значение в деятельности станций переливания крови. Так, Решением Совета по сотрудничеству в области здравоохранения СНГ от 2 апреля 2004 года рекомендован к использованию в практической деятельности Порядок медицинского обследования донора крови и ее компонентов, согласно которому скрининг донорской крови проводится по определенным показателям, среди которых: антитела к ВИЧ-1, ВИЧ-2 и антиген ВИЧ p24жжж.

Важным элементом эффективного реагирования является уход, поддержка и лечение пациентов со СПИДом. В срочном порядке разрабатывается наивысший достижимый стандарт лечения, включающий, в том числе и эффективное использование антиретровирусной терапии при тщательном обеспечении контроля качества, повышение эффективности и снижение опасности развития сопротивляемости.

5. СПИД как ятрогения. Профессиональный риск медработников

Ятрогения – это патологический процесс, индуцированный врачом. К сожалению, риск ВИЧ-инфицирования в медицинском учреждении имеется. Чаще всего это является следствием, с одной стороны, плохой оснащенности медучреждений необходимыми средствами профилактики и предотвращения ВИЧ-инфицирования, с другой стороны, низкой профессиональной, правовой и биотической подготовкой персонала.

Известны случаи, когда пациенты во время операций заражались от ВИЧ-инфицированных хирургов и стоматологов. Медицинские работники, настаивая на обследовании пациентов на наличие антител к ВИЧ, не должны в тоже время сами избегать обследований. Картина обратная – врачи нередко любыми путями готовы уклониться от проведения соответствующих обследований. Подобное поведение, в первую очередь, не должны допускать хирурги, стоматологи, акушеры-гинекологи. Поэтому в медицинских учреждениях необходимо добиваться мониторинга и полного соблюдения эпидрежима.

Руководители отдельных больниц указывают на то, что в современных экономических условиях они просто не могут обеспечить должный противоэпидемический режим из-за нехватки средств.

Чувство страха нормально для человека вообще и для врача в частности, однако четкое следование соответствующим профессиональным инструкциям ограждает врача от опасности и создает условия для выполнения им своего профессионального долга. У врача должно быть особое отношение к ВИЧ-инфицированным и больным СПИД. Как правило, эти люди не только боятся, но и стыдятся своего недуга, поэтому они очень ранимы и трудно идут на откровенность. Именно в этих случаях тактичность, деликатность могут оказать врачу неоценимую помощь не только в изучении процесса, но и во внушении больному мысли о серьезности его положения и недопустимости самолечения. Необходимо, чтобы больной понял, что врач видит в нем не

легкомысленного, никчемного человека, а человека, случайно попавшего в беду. Для инфицированных ВИЧ, или больных СПИДом характерно острое чувство обреченности, поэтому лечащий врач обязан проявлять к ним особую участливость. Как и с любым другим пациентом, врач обязан оставить за порогом лечебного учреждения: свои личные тревоги и переживания; симпатии и антипатии; политические, религиозные, национальные взгляды и убеждения; свою нетерпимость; вредные для дела черты характера – брезгливость, высокомерие.

Врач должен собрать всю свою силу воли, взять себя в руки, побороть в себе негативные установки к ВИЧ-инфицированным и больным СПИД. Перед ним пациент со всеми своими правами, в том числе и правом свободного выбора лечащего врача и получения от него полной информации о состоянии своего здоровья. Нельзя сказать, что профессиональный риск медицинского работника при контакте с ВИЧ-инфицированным и больным СПИД отсутствует. Он, безусловно, есть. Важно лишь четко соблюдать все необходимые меры предосторожности. Высокий профессионализм медицинского работника может уберечь его от заражения, зная эпидемиологию и способы заражения ВИЧ – инфекцией, он может выбирать безопасную для себя, правильную тактику обследования и лечения пациента. Современные технические возможности таковы, что можно добиться такой оснащенности медицинских учреждений, при которой вероятность заражения медперсонала становятся очень низкой.

Важно также отметить, что в ст. 22 Федерального закона № 38-ФЗ установлены гарантии медицинским и иным работникам, осуществляющим диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных, а также лицам, работа которых связана с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека. Так, в соответствии с абз. 1 п. 1 ст. 22 Федерального закона № 38-ФЗ медицинские и иные работники, осуществляющие диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных, а также лица, работа которых связана с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека, имеют право на сокращенную продолжительность рабочего времени, ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск за работу с вредными и (или) опасными условиями труда в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Согласно п. 2 Федерального закона № 38-ФЗ медицинские и иные работники, осуществляющие диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных, а также лица, работа которых связана с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека, подлежат:

- обязательному страхованию на случай причинения вреда их здоровью или смерти при исполнении служебных обязанностей в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

- обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Контрольные вопросы для проверки конечного уровня знаний:

1. Какое правило необходимо соблюдать в случае установления диагноза ВИЧ-инфекция:
 - а) сохранение нейтралитета
 - б) принцип невмешательства
 - в) конфиденциальность
2. Перед проведением скрининг-теста на ВИЧ врачу необходимо выполнить:
 - а) проинформировать о возможных результатах исследования
 - б) собрать полную информацию о пациенте
 - в) поинтересоваться о сексуальной жизни тестируемого
3. Результат скрининг-теста на ВИЧ может быть:
 - а) положительным
 - б) отрицательным
 - в) ложноположительным

- г) ложноотрицательным
 - д) все перечисленное
4. При получении ложноположительного или ложноотрицательного результата скрининг-теста на ВИЧ необходимо:
- а) повторное исследование
 - б) поставить на учет пациента
 - в) направить пациента в специализированное учреждение
5. По какой причине проблема конфликта интересов выступает на первый план при рассмотрении проблем, связанных с ВИЧ-инфекцией:
- а) высокая смертность таких пациентов
 - б) неизлечимость заболевания
 - в) затронуты интересы и здоровье третьих лиц
6. Понятие «остракизм» в отношении ВИЧ-инфицированных это:
- а) создание «эмоционального гетто»
 - б) отказ в оказании медицинской помощи
 - в) пренебрежительное отношение медработников
7. Согласно каким этическим и правовым документам не допускается дискриминация в отношении ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом:
- а) Женевская декларация ВМА
 - б) Основы законодательства РФ «Об охране здоровья граждан»
 - в) Закон РФ «О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита»
 - г) все перечисленные
8. Какие этические и правовые документы обязывают медработнику гарантировать соблюдение врачебной тайны ВИЧ-инфицированным:
- а) Женевская декларация ВМА
 - б) Основы законодательства РФ «Об охране здоровья граждан»
 - в) Закон РФ «О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита»
 - г) Уголовный кодекс РФ
 - д) все перечисленные
9. Феномен «спидофобия» стал возможен потому, что:
- а) первоначальной у населения была скудная информация о заболевании
 - б) первыми заболевшими были т.н. «маргиналы»
 - в) бытовали ложные сведения о путях передачи инфекции
 - г) поздняя реакция руководства ВОЗ на распространение инфекции
10. В настоящее время ВИЧ-инфекция приобрела масштабы:
- а) пандемии
 - б) относительно больших очагов в некоторых странах
 - в) эпидемии

Эталоны ответов: 1-в; 2-а; 3-д; 4-а; 5-в; 6-а; 7-г; 8-а,б,в; 9-а,б,в; 10-а.

Литература (в т.ч. указать адреса электронных ресурсов).

Основная:

1. Биоэтика: учебное пособие / Л. Г. Сахарова. - 109 с. Сахарова, Л.Г. Киров: Кировский ГМУ, 2017. - Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/136097>
2. Биоэтика. Философия сохранения жизни и сбережения здоровья: учебник - 400 с. Хрусталева, Ю. М. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - ISBN 978-5-9704-5266-0. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452660.html>
3. Биоэтика. Этические и юридические документы, нормативные акты - 357 с. Шамов, И. А. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - ISBN 978-5-9704-2975-4. - Текст: электронный // ЭБС

"Консультант студента": [сайт]. - URL:
<https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970429754.html>

Дополнительная:

1. История и современные вопросы развития биоэтики: учебное пособие - 144 с. Балалыкин, Д. А. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - ISBN 978-5-9704-2057-7. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970420577.html>
2. Биоэтика: учебное пособие - 47 с. Бугеро, Н. В. Ульяновск: УлГПУ им. И.Н. Ульянова, 2017. - ISBN 978-5-86045-906-9. - Текст электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/112086>
3. Биоэтика: учебник / под ред. П.В. Лопатина. - 4-е изд., перераб. и доп. - 269 с. Лопатин, П. В. М.: Гэотар Медиа, 2011.
4. От этики до биоэтики: учебник Хрусталева, Ю. М. Ростов н/Д: Феникс, 2010.

Тема № 9. Трансплантация.

2. Цель занятия: закрепить теоретические знания об этических подходах к проблемам умирания и смерти.

Обучающийся должен **знать** (исходные базисные знания и умения):

- морально-этические нормы, правила и принципы профессионального врачебного поведения, этические основы современного медицинского законодательства;
- основные этические документы международных организаций, отечественных и международных профессиональных медицинских ассоциаций

Обучающийся должен **уметь**:

- анализировать биоэтические проблемы трансплантации, умирания и смерти.

Обучающийся должен сформировать следующие компетенции:

УК-1. Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, выработать стратегию действий.

УК-5. Способен анализировать и учитывать разнообразие культур в процессе межкультурного взаимодействия.

Задания для самостоятельной работы:

1. Основные моральные дилеммы, связанные с пересадкой органов и тканей человека. Правило пропорциональности в трансплантологии

Термин «трансплантология» (от лат. *transplantatio* – пересадка + греч. *logos* учение, наука) означает отрасль биологии и медицины, изучающей проблемы пересадки и консервации органов и тканей, создания и применения искусственных органов. Трансплантация органов начиналась экспериментами на животных в XVII веке. Начало развития трансплантологии как практического направления относится к середине прошлого века, когда в клинике Д. Хьюма американскими хирургами была пересажена почка от живого донора. Первую такую пересадку почки в России осуществил Б.В. Петровский в 1965 г., а в следующем году он пересадил почку от трупа. Огромный общественный резонанс вызвала пересадка сердца от погибшего человека пациенту, находящемуся на пороге смерти, выполненная в 1967 году Кристианом Бернардом. Так перед человечеством открылась новая, чрезвычайно перспективная возможность лечения больных, ранее считавшихся обреченными. Вместе с тем пересадка органов и тканей человека столкнулась с моральными дилеммами, при которых выбор из двух противоположных решений представляет значительные трудности. К числу основных моральных дилемм, связанных с трансплантацией, следует отнести следующие: справедливое распределение ресурсов здравоохранения, равноправие граждан при проведении дорогостоящих операций, конфликт этических принципов «не навреди» и «делай благо», этические границы клинического эксперимента в трансплантологии.

М.Я. Яровинский (2004) акцентирует внимание на том, что в условиях острой нехватки в российских больницах зачастую самых элементарных лекарственных средств, инструментария и оборудования невольно возникает вопрос: морально ли тратить столь скудные ресурсы для спасения жизни незначительному числу граждан, если другие пути их использования в системе практического здравоохранения позволят вылечить и спасти большее число людей.

Пересадки органов – это дорогостоящие хирургические операции, при которых для спасения одного больного могут быть истрачены средства, эквивалентные сотням тысяч американских долларов. И в условиях экономического положения в нашей стране наиболее острой моральной проблемой, которая возникла при обсуждении ситуаций в трансплантологии, стал вопрос об оправданности ее развития. Для решения этой дилеммы приходится обращаться к принципу справедливости и к понятию «распределенной справедливости». Следует учитывать также, что трансплантология разрабатывает новейшие медицинские технологии, которые находят применение и в других областях практической медицины, и в итоге, они окажутся благом для населения в целом. Однако, возникает несправедливый вопрос, а как распределяется бюджет на другие, более

востребованные массой больных технологии. Закрытый для общественного контроля ведомственный механизм распределения дефицитных средств не способствует общественному пониманию приоритетного финансирования программ в области трансплантологии. Необходим заинтересованный диалог и открытость для общественного контроля ведомственных механизмов распределения средств.

В настоящее время во многих странах мира для обеспечения равноправия граждан при проведении дорогостоящих операций по пересадке органов и тканей применяют два принципа: «природной лотереи» и очередности. Принцип «природной лотереи» подразумевает совместимость пары «донор-реципиент», при которой минимизируется риск отторжения трансплантата. Существуют определенные трудности реализации принципа очередности. И.А. Шамов (2004) подчеркивает, что остается неясным как решать вопросы очередности. В США эксперты считают, что нельзя решать вопрос по признаку «кто, сколько времени ждет». В первую очередь трансплантация должна производиться тем больным, продолжительность жизни которых без трансплантации измеряется неделями. В последние годы Евросоюз предпринимает попытки межгосударственного решения этого вопроса. Так, Австрия, Бельгия, Германия, Голландия, Люксембург, Словения создали программу «Евротрансплантат», целью которой является распределение органов в странах-участницах. Эта система работает в рамках прозрачности и старается решать проблему трансплантации на основе принципа срочности, преодолевая региональный эгоизм.

Конфликт этических принципов «не навреди» и «делай благо» при пересадке органов и тканей очевиден. А. Кэмпбелл, Г. Джиллетт, Г. Джонс (2004) отмечают, что обсуждение показывает те противоречия, которые окружают любое использование человеческих органов для трансплантации, – необходимость уравновешивать благо трансплантации и зло изъятия органов. Это относится к органам, изымаемым как у мертвых, так и у живых доноров, хотя этические проблемы, связанные с двумя этими ситуациями, различны. В первом случае акцент делается на трагедии человеческой смерти, во втором – на риске, связанном с процедурой изъятия органа.

Пересадка почек от живых доноров стала первым практическим достижением трансплантологии. С тех пор пересадка почки спасла сотни тысяч пациентов, хотя выполняется она только у лиц, находящихся в близком родстве с донором (от латинского *dono* – дарить, жертвовать). Сегодня обсуждается возможность пересадки почек и не родственникам, но она несет опасность коммерциализации донорства, даже вымогательства органов, что запрещено законом.

От живых доноров давно переливают кровь, пересаживают также доли печени, костный мозг, яйцеклетки, сперму. В ряде случаев пересадка от живого донора сопряжена с серьезным риском для самого донора. В литературе описаны случаи серьезных осложнений у донора в процессе и после изъятия почки. В оставшейся почке развивается компенсаторная гипертрофия, как известно, это чревато развитием патологии. Донор становится уязвим к неблагоприятным воздействиям. Следовательно, забор органа является отступлением от принципа «не навреди». Возникает конфликт двух этических принципов «не навреди» и «делай благо». Оправданием жертвы донора и нанесения ему вреда является признаваемое право пожертвовать органом или его частью для спасения жизни больного человека. Но это право законодательно ограничивается, если известно, что пересадка нанесет необратимое расстройство здоровью донора. Запрещается пересадка непарного жизненно важного органа (сердца, печени), хотя готовность к такому самопожертвованию хирургам известна. Представляется, что адекватное разрешение указанного конфликта подразумевает соблюдение правила пропорциональности, согласно которому достигается определенное (приемлемое с этической и медицинской точки зрения) соотношение (соразмерность) – превышение достигаемой в результате трансплантации пользы над причиняемым вредом здоровью. В этой связи Б.В. Петровский и О.С. Белорусов (1988) замечали, что при трансплантации органов от живых доноров

врачи впервые за всю историю медицины попали в ситуацию, когда необходимо оперировать совершенно здорового человека и удалять у него для пересадки неповрежденный орган. Конечно, в этом случае приходится идти на нарушение заповеди «Не навреди!», однако, если попытаться суммировать вред и благо двух людей – донора и реципиента, – то, очевидно, итоговое благо будет перевешивать причиненный вред. Рассматривая данный вопрос, необходимо подчеркнуть, что ВМА в Декларации о трансплантации человеческих органов, принятой 39 Всемирной Медицинской Ассамблеей (Мадрид, 1987), рекомендует всем врачам, занимающимся пересадкой человеческих органов, придерживаться следующих принципов:

- Состояние здоровья пациента – главная забота врача в любой ситуации. Этот принцип должен соблюдаться и при проведении всех процедур, связанных с пересадкой органов от одного человека другому. Как донор, так и реципиент являются пациентами, и их права необходимо соблюдать. Ни один врач не может взять на себя ответственность за проведение операции по пересадке органа до тех пор, пока не будет обеспечено соблюдение прав и донора и реципиента.

- Снижение стандартов в оказании медицинской помощи потенциальному донору не имеет никаких оправданий. Уровень оказываемой медицинской помощи не может зависеть от того, будет ли пациент донором или нет.

- В случаях, когда для трансплантации берется орган умершего, смерть должна быть независимо констатирована минимум двумя врачами, не имеющими прямого отношения к процедуре пересадки. При констатации смерти, каждый из врачей должен использовать современные критерии, принятые национальной медицинской ассоциацией и другими медицинскими организациями его страны.

2. Эксперимент в трансплантологии

В Декларации о трансплантации человеческих органов указано, что в случае проведения экспериментальной трансплантации человеку органов животных или искусственных органов, необходимо следовать Хельсинкской Декларации ВМА, содержащей рекомендации для врачей, участвующих в медико-биологических исследованиях на людях. Согласно п. 35 Хельсинкской Декларации при лечении больного в отсутствие проверенных на практике или достаточно эффективных методов врач, имея информированное согласие больного или его законного представителя и проконсультировавшись с соответствующим специалистом, имеет право применить неапробированный метод, если, по его мнению, это может спасти жизнь, восстановить здоровье или облегчить страдания пациента. По-возможности, этот метод должен стать предметом исследования для оценки его эффективности и безопасности. Во всех случаях новая информация должна быть занесена в протокол и, при необходимости, опубликована.

М.Я. Яровинский отмечает, что до начала 60-х годов трансплантология оставалась в нашей стране областью экспериментальной хирургии. Автор указывает, что некоторые авторитетные врачи до сих пор считают, что пересадка кожи, желез внутренней секреции и кишечника пока еще носит только экспериментальный характер. Еще более спорными являются «кластерные» операции типа тех, которые недавно осуществил доктор Штарцль. Он за один раз пересадил двум детям (девяти месяцев и семи лет) желудок, печень, поджелудочную железу, тонкий и толстый кишечник. Трансплантация удалась, а пациенты умерли: один ребенок – спустя 30 минут, другой – через четверо суток после вмешательства.

Затрагивая вопрос об этических границах клинического эксперимента в трансплантологии, следует остановиться на юридическом и моральном аспектах пересадки органов. С юридической точки зрения, важно заметить, что в преамбуле Закона РФ от 22 декабря 1992 г. № 4180-I «О трансплантации органов и (или) тканей человека» (далее – Закон РФ № 4180-I) определено: «Трансплантация (пересадка) органов и (или) тканей человека является средством спасения жизни и восстановления здоровья граждан и

должна осуществляться на основе соблюдения законодательства Российской Федерации и прав человека в соответствии с гуманными принципами, провозглашенными международным сообществом, при этом интересы человека должны превалировать над интересами общества или науки». В ст. 1 Закона РФ № 4180-I сформулированы условия и порядок трансплантации органов и (или) тканей человека:

Трансплантация органов и (или) тканей от живого донора или трупа может быть применена только в случае, если другие медицинские средства не могут гарантировать сохранения жизни больного (реципиента) либо восстановления его здоровья.

Изъятие органов и (или) тканей у живого донора допустимо только в случае, если его здоровью по заключению консилиума врачей-специалистов не будет причинен значительный вред.

Трансплантация органов и (или) тканей допускается исключительно с согласия живого донора и, как правило, с согласия реципиента.

Органы и (или) ткани человека не могут быть предметом купли-продажи. Купля-продажа органов и (или) тканей человека, а также реклама этих действий влекут уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Операции по трансплантации органов и (или) тканей реципиентам производятся на основе медицинских показаний в соответствии с общими правилами проведения хирургических операций.

Таким образом, трансплантацию следует рассматривать как законодательно определенную медицинскую технологию, основанную на хирургическом методе.

При рассмотрении морального аспекта экспериментов в трансплантологии заслуживает внимания точка зрения А.Н. Орлова (2003), согласно которой к моральным, добросовестным следует относить испытания на человеке новых медицинских вмешательств, которые вызваны чаще необходимостью улучшения результатов медицинской помощи конкретному больному. В случаях экспериментального (биомедицинского) клинического исследования, связанного с трансплантацией органов и (или) тканей от живого донора или трупа, о допустимости его как в юридическом, так и в моральном аспекте может идти речь лишь тогда, когда оно применяется только в случае, если другие медицинские средства не могут гарантировать сохранения жизни больного (реципиента) либо восстановления его здоровья.

3. Донорство как альтруистическая, осознанная, добровольная жертва ближнему.

Биоэтические проблемы некомпетентных доноров

Интенсивный рост числа пациентов, нуждающихся в пересадке органов, и количества операций по трансплантации актуализируют проблему донорства. Различные аспекты данной проблемы всесторонне рассмотрены в книге А. Кэмпбелла, Г. Джиллетта, Г. Джонса «Медицинская этика». Авторы отмечают результаты социологических опросов, которые постоянно показывают, что хотя люди знают о потребности в донорских органах, они неохотно соглашались на использование для пересадки своих собственных органов или органов своих родственников (Evans, Mannien, 1988). Одно из таких исследований посвящено причинам, по которым люди отказываются соглашаться на пересадку органов (Sanner, 1994). Эти причины таковы:

- иллюзия все еще длящейся жизни – чувство, что целостность мертвого тела должна поддерживаться, словно умерший продолжает считаться живым человеком;
- потребность уважать умершего как способ выразить уважение к тому, кто когда-то был живым;
- недоверие к официальной медицине и к биомедицинским достижениям, таким как критерий смерти мозга, и ощущение беспокойства при мысли о собственной беспомощности;
- ощущение того, что трансплантация противоестественна, в том числе дискомфорт при мысли о том, что собственные органы продолжают жить в теле другого человека, или страх обидеть Бога или Природу.

Таким образом, высокая потребность в донорских органах, осознание ее обществом и веские причины, по которым люди не соглашаются на пересадку органов, диктуют необходимость глубокого анализа этических требований к донорству органов для проведения их трансплантации. При этом подобный анализ актуален при рассмотрении вопроса как о живых донорах, так и донорстве органов умершего. В исследованиях клиницистов, философов, специалистов по этике и теологии, социологов и юристов чаще других обсуждаются следующие вопросы:

- информированного добровольного осознанного согласия;
- некомпетентных доноров;
- коммерциализации отношений по поводу трансплантации.

При пересадке органов от трупа выделяется проблема надежности диагноза смерти мозга (ошибка чревата убийством живого донора). Недостаточная информированность населения о мерах по обеспечению надежности процедур постановки диагноза чревата социальными последствиями, так как создает почву для необоснованных обвинений врачей и подрывает общественное доверие к деятельности медиков в области трансплантологии. Процедура диагностики смерти мозга должна быть защищена от влияния корыстных интересов «заготовителей» органов на основе независимости медицин-ских учреждений, осуществляющих забор органов. Без этого сохраняется опасность умышленной или неумышленной «передиагностики» при поста-новке диагноза смерти мозга.

В исследованиях по биоэтике обычно рассматривают три типа забора органов от трупа, которые отличаются по моральному содержанию: рутин-ный забор; забор, основанный на презумпции согласия; забор, осуществляемый через механизмы информированного согласия (презумпция несогласия). *Рутинный забор* основан на практике, согласно которой власти могут по своему усмотрению распоряжаться телом умершего человека. Службы здравоохранения получают полномочия производить вскрытие, забирать органы и ткани для разных целей. Тело умершего человека в данном случае трактуется как государственная собственность, которую медики могут использовать в общественных интересах. Подобная практика морально ущерб-на, т.к. лишает человека права быть хозяином своего тела. Рутинный забор органов для пересадки затрагивает и моральные ценности семьи покойника, поскольку нарушаются традиции неприкосновенности останков и почтительного к ним отношения.

Моральная оценка заборов органов и (или) тканей, основанных на пре-зумпции согласия или несогласия не является столь однозначной, как при ру-тинном заборе, поскольку названные презумпции имеют как преимущества, так и недостатки.

Механизм *презумпции согласия* (или предполагаемого согласия) отлича-ется от рутинного забора тем, что констатируется отсутствие отказа от такого забора, хотя согласие и не испрашивается, но предполагается (неиспро-шенное согласие). В соответствии со ст. 8 Закона РФ № 4180-I изъятие органов и (или) тканей у трупа не допускается, если учреждение здравоохранения на момент изъятия поставлено в известность о том, что при жизни данное лицо либо его близкие родственники или законный представитель заявили о своем несогласии на изъятие его органов и (или) тканей после смерти для трансплантации реципиенту. Следовательно, согласие на изъятие органов и (или) тканей у трупа презюмируется в том случае, если эта презумпция не опровергнута заявлением о несогласии подобного изъятия, данным человеком при жизни, либо его близкими родственниками или законным представителем после смерти.

Важно заметить, что донорству органов и тканей человека и их трансплантации (пересадке) посвящена ст. 47 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон РФ № 323-ФЗ), в которой указано:

«1. Трансплантация (пересадка) органов и тканей человека от живого донора или трупа может быть применена только в случае, если другие методы лечения не могут обеспечить сохранение жизни пациента (реципиента) либо восстановление его здоровья.

2. Изъятие органов и тканей для трансплантации (пересадки) у живого донора допустимо только в случае, если по заключению врачебной комиссии медицинской организации с привлечением соответствующих врачей-специалистов, оформленному в виде протокола, его здоровью не будет причинен значительный вред.

3. Изъятие органов и тканей для трансплантации (пересадки) не допускается у живого лица, не достигшего восемнадцатилетнего возраста (за исключением случаев пересадки костного мозга) или признанного в установленном законом порядке недееспособным.

4. Изъятие органов и тканей для трансплантации (пересадки) допускается у живого донора при наличии его информированного добровольного согласия.

5. Трансплантация (пересадка) органов и тканей человека допускается при наличии информированного добровольного согласия совершеннолетнего дееспособного реципиента, а в отношении несовершеннолетнего реципиента, а также в отношении реципиента, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если он по своему состоянию не способен дать информированное добровольное согласие, - при наличии информированного добровольного согласия одного из родителей или иного законного представителя, данного в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

6. Совершеннолетний дееспособный гражданин может в устной форме в присутствии свидетелей или в письменной форме, заверенной руководителем медицинской организации либо нотариально, выразить свое волеизъявление о согласии или о несогласии на изъятие органов и тканей из своего тела после смерти для трансплантации (пересадки) в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

7. В случае отсутствия волеизъявления совершеннолетнего дееспособного умершего право заявить о своем несогласии на изъятие органов и тканей из тела умершего для трансплантации (пересадки) имеют супруг (супруга), а при его (ее) отсутствии - один из близких родственников (дети, родители, усыновленные, усыновители, родные братья и родные сестры, внуки, бабушка, бабушка).

8. В случае смерти несовершеннолетнего или лица, признанного в установленном порядке недееспособным, изъятие органов и тканей из тела умершего для трансплантации (пересадки) допускается на основании испрошенного согласия одного из родителей.

9. Информация о наличии волеизъявления гражданина, указанного в части 6 настоящей статьи, иных лиц в случаях, предусмотренных частями 7 и 8 настоящей статьи, выраженного в устной или письменной форме, заверенной в порядке, предусмотренном частью 6 настоящей статьи, вносится в медицинскую документацию гражданина.

10. Изъятие органов и тканей для трансплантации (пересадки) у трупа не допускается, если медицинская организация на момент изъятия в установленном законодательством Российской Федерации порядке поставлена в известность о том, что данное лицо при жизни либо иные лица в случаях, указанных в частях 7 и 8 настоящей статьи, заявили о своем несогласии на изъятие его органов и тканей после смерти для трансплантации (пересадки).

11. Органы и ткани для трансплантации (пересадки) могут быть изъяты у трупа после констатации смерти в соответствии со статьей 66 настоящего Федерального закона.

12. В случае необходимости проведения судебно-медицинской экспертизы разрешение на изъятие органов и тканей у трупа для трансплантации (пересадки) должно быть дано судебно-медицинским экспертом с уведомлением об этом прокурора.

13. Не допускается принуждение к изъятию органов и тканей человека для трансплантации (пересадки).

14. В Российской Федерации осуществляется учет донорских органов и тканей, а также лиц, нуждающихся в лечении методом трансплантации (пересадки) органов и тканей.

15. Донорство органов и тканей человека и их трансплантация (пересадка) осуществляются в соответствии с федеральным законом».

В ч. 6 ст. 47 Федеральный закон РФ № 323-ФЗ детализирован механизм волеизъявления согласия или несогласия на изъятие органов и тканей, о котором речь идет в абз. 2 п. 1 ст. 5 Федерального закона от 12 января 1996 г. № 8-ФЗ «О погребении и похоронном деле», где отмечено: «волеизъявление лица о достойном отношении к его телу после смерти – пожелание, выраженное в устной форме в присутствии свидетелей или в письменной форме: о согласии или несогласии на изъятие органов и (или) тканей из его тела».

Юридическая конструкция презумпции согласия и ее этическое основание не во всех случаях представляются очевидными и могут потребовать дополнительных толкований. В этой связи заслуживает внимания определение Конституционного Суда РФ от 4 декабря 2003 г. № 459-О «Об отказе в принятии к рассмотрению запроса Саратовского областного суда о проверке конституционности статьи 8 Закона Российской Федерации «О трансплантации органов и (или) тканей человека». В нем отмечено, что по мнению заявителя, указанная норма лишает гражданина или его близких родственников (представителей) права на волеизъявление о согласии или несогласии на изъятие органов и (или) тканей из его тела после смерти, поскольку не устанавливает обязанность учреждений здравоохранения выяснять прижизненную волю умершего либо волю его близких родственников (представителей) в отношении такого изъятия. Кроме того, поскольку ею не определяется учреждение здравоохранения, обязанное вести учет граждан, не согласных на изъятие органов, и не предусмотрено создание банка соответствующих данных, граждане лишены возможности предварительно зафиксировать факт своего несогласия. Не устанавливается в оспариваемой норме и порядок извещения граждан о смерти родственника (представляемого лица), а также не указывается, на кого возлагается обязанность известить их об этом; тем самым для граждан исключается возможность выразить свое несогласие непосредственно перед изъятием органов в случаях, когда наступление смерти нельзя было предвидеть. При этом, поскольку изъятие донорских органов производится сразу же после констатации смерти человека, родственникам или законным представителям умершего, проживающим в отдаленных районах, практически невозможно сообщить медицинскому учреждению о своем мнении. Заявитель утверждает, что в силу неопределенности и неясности статьи 8 Закона Российской Федерации «О трансплантации органов и (или) тканей человека» усмотрение учреждений здравоохранения в отношении осуществления изъятия у умершего человека органов для трансплантации практически не ограничивается, чем нарушаются право человека на достойное отношение к его телу после смерти и принцип равенства, и просит признать ее не соответствующей статьям 2, 15, 17, 18, 19, 21, 45 и 55 Конституции Российской Федерации.

В определении Конституционного Суда РФ указано, что при осуществлении такого вида медицинского вмешательства, как трансплантация органов и (или) тканей от одного человека к другому – в условиях возникающей между донором и реципиентом сложной правовой связи и возможного конфликта их интересов – задача достижения должного, не нарушающего права ни одного из них баланса конституционно значимых ценностей и охраняемых прав предопределяет содержание правового регулирования в данной сфере, которое должно учитывать в том числе нравственные, социальные и иные аспекты этого вида медицинского вмешательства.

Далее в определении Конституционного Суда РФ отмечено:

«Презумпция согласия базируется, с одной стороны, на признании негуманным задавать родственникам практически одновременно с сообщением о смерти близкого

человека либо непосредственно перед операцией или иными мероприятиями лечебного характера вопрос об изъятии его органов (тканей), а с другой стороны – на предположении, обоснованном фактическим состоянием медицины в стране, что на современном этапе развития трансплантологии невозможно обеспечить выяснение воли указанных лиц после кончины человека в сроки, обеспечивающие сохранность трансплантата.

Необходимым условием для введения в правовое поле презумпции согласия на изъятие в целях трансплантации органов (тканей) человека после его смерти является также наличие опубликованного для всеобщего сведения и вступившего в силу законодательного акта, содержащего формулу данной презумпции, – тем самым предполагается, что заинтересованные лица осведомлены о действующих правовых предписаниях. В Российской Федерации таким актом является Закон Российской Федерации «О трансплантации органов и (или) тканей человека».

Кроме того, российское законодательство не препятствует гражданам зафиксировать в той или иной форме (в том числе нотариальной) и довести до сведения учреждения здравоохранения свое несогласие на изъятие у них органов и (или) тканей после смерти в целях трансплантации, причем нарушение соответствующего волеизъявления влечет наступление юридической ответственности.

Таким образом, оспариваемая в запросе Саратовского областного суда статья 8 Закона Российской Федерации «О трансплантации органов и (или) тканей человека», содержащая формулу презумпции согласия на изъятие в целях трансплантации органов (тканей) человека после его смерти, сама по себе не является неясной или неопределенной, а потому не может рассматриваться как нарушающая конституционные права граждан.

Вместе с тем – в целях соблюдения баланса прав и законных интересов доноров и реципиентов – вопросы, связанные с реализацией гражданином либо его близкими родственниками или законными представителями права заявить письменно или устно о несогласии на изъятие органов и (или) тканей для трансплантации, требуют более детальной (как на законодательном уровне, так и в подзаконных нормативных актах) регламентации, а механизмы информирования граждан о действующем правовом регулировании – развития и совершенствования. Однако разрешение подобных вопросов, как связанных с осуществлением дополнительного правового регулирования, является прерогативой законодателя, как и изменение действующего правового регулирования в данной сфере, на чем настаивает заявитель, полагающий, что оно должно быть основано на модели «испрошенного согласия».

В научных публикациях по биоэтике испрошенное согласие (презумпция несогласия) чаще определяется как *информированное согласие* потенциального донора в форме прижизненного распоряжения или согласия членов семьи после его смерти. А. Кэмпбелл, Г. Джиллетт, Г. Джонс (2004) акцентируют внимание как на преимуществах, так и недостатках системы информированного согласия. По мнению авторов, преимуществами системы информированного согласия являются признание важности того, что тело умершего сохранилось в целостности, и уважение автономной воли умершего. Передача органов для трансплантации отражает альтруизм покойного или его ближайших родственников и подчеркивает, что важнее отдавать, чем получать. Недостатком системы информированного согласия являются акцент на желание умершего в противовес желаниям всех остальных, включая его ближайших родственников, а также потенциальных реципиентов органов и их семей и даже всего общества в целом. Исключение интересов общества менее ощутимо, однако важно его признать, поскольку на общество ложится бремя экономической помощи тем, кто может получить пользу от донорских органов.

С.Л. Дземешкевич, И.В. Борогад, А.И. Гурвич (1997), анализируя юридическую форму прижизненного согласия, отмечают, что при всей силе гуманистического звучания

этот проект не принес ожидаемой интенсификации в работе донорских служб. Более того, как указывают авторы, трансплантационная практика стран с утвержденной формой прижизненного согласия показывает, что получение органов часто зависит от случая, что, несмотря на заполнение донорской карты, воля потенциального донора станет известной и проанализированной сразу после его смерти, что сами донорские документы будут обнаружены, что медицинский персонал донорского госпиталя не позволит отказу родственников «взять верх» над волей донора при жизни, что родственников убедят в гуманности акта донорского пожертвования. Далее авторы высказывают мнение о том, что психологически в основе неэффективности такой системы принятия решения о донорстве лежат расхождение между абстрактной готовностью людей к донорству и реализацией этой готовности в виде прижизненного юридически оформленного согласия, подсознательное нежелание вносить в свою жизнь столь явное напоминание о предстоящей собственной смерти. Последний аргумент авторов, безусловно, заслуживает внимания. В нашей научной и педагогической деятельности значимость этого аргумента находила многократное подтверждение. Многочисленные опросы студентов и медицинских работников свидетельствуют о том, что подавляющее большинство из них не готовы зафиксировать в той или иной форме (в том числе нотариальной) и довести до сведения учреждений здравоохранения свое несогласие на изъятие у них органов и (или) тканей после смерти в целях трансплантации.

Следовательно, этической основой донорства является альтруизм, выраженный путем информированного добровольного осознанного согласия на изъятие органов и (или) тканей в целях трансплантации. Важно подчеркнуть, что действующее российское законодательство не препятствует соответствующему волеизъявлению граждан как потенциальным донорам.

При рассмотрении отношений по трансплантации, субъектом которых выступает живой донор, особого внимания заслуживает вопрос об уровне его компетентности. В этой связи в различных странах разрабатываются юридические и этические механизмы ограничения круга живых доноров. Так, в ст. 3 Закона РФ № 4180-I определено: «Изъятие органов и (или) тканей для трансплантации не допускается у живого донора, не достигшего 18 лет (за исключением случаев пересадки костного мозга) либо признанного в установленном порядке недееспособным.

Изъятие органов и (или) тканей не допускается, если установлено, что они принадлежат лицу, страдающему болезнью, представляющей опасность для жизни и здоровья реципиента. Изъятие органов и (или) тканей для трансплантации у лиц, находящихся в служебной или иной зависимости от реципиента, не допускается.

Принуждение любым лицом живого донора к согласию на изъятие у него органов и (или) тканей влечет уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации».

В соответствии со ст. 11 Закона РФ № 4180-I изъятие органов и (или) тканей у живого донора для их трансплантации может осуществляться только в интересах здоровья реципиента и в случае отсутствия пригодных для трансплантации органов и (или) тканей трупа или альтернативного метода лечения, эффективность которого сопоставима с эффективностью трансплантации органов и (или) тканей.

Изъятие органов и (или) тканей у живого донора для трансплантации реципиенту допускается при соблюдении следующих условий:

если донор предупрежден о возможных осложнениях для его здоровья в связи с предстоящим оперативным вмешательством по изъятию органов и (или) тканей;

если донор свободно и сознательно в письменной форме выразил согласие на изъятие своих органов и (или) тканей;

если донор прошел всестороннее медицинское обследование и имеется заключение консилиума врачей-специалистов о возможности изъятия у него органов и (или) тканей для трансплантации.

Изъятие у живого донора органов допускается, если он находится с реципиентом в генетической связи, за исключением случаев пересадки костного мозга.

Согласно ст. 12 Закона РФ № 4180-I донор, изъявивший согласие на пересадку своих органов и (или) тканей, вправе:

требовать от учреждения здравоохранения полной информации о возможных осложнениях для его здоровья в связи с предстоящим оперативным вмешательством по изъятию органов и (или) тканей;

получать бесплатное лечение, в том числе медикаментозное, в учреждении здравоохранения в связи с проведенной операцией.

В ст. 13 Закон РФ № 4180-I указано, что у живого донора может быть изъят для трансплантации парный орган, часть органа или ткань, отсутствие которых не влечет за собой необратимого расстройства здоровья.

Полное информирование донора о его правовом статусе, установленном законодательством Российской Федерации, является необходимым условием обеспечения его компетентности в правоотношениях по поводу пересадки органов и (или) тканей.

Этические аспекты данного вопроса нашли отражение в Резолюции по вопросам поведения врачей при осуществлении трансплантации человеческих органов, принятой 46 Всемирной Медицинской Ассамблеей (Стокгольм, 1994), в которой указано:

«ПОСКОЛЬКУ существует серьезная озабоченность все возрастающим количеством сообщений об участии врачей в операциях по трансплантации органов или тканей, изъятых из тел:

- заключенных, приговоренных к смертной казни, не имеющих возможности отказаться от этого или без их предварительного согласия;

- лиц, страдающих физическими или психическими недостатками (handicapped), чья смерть рассматривается как облегчение их страданий и как основание для забора их органов;

- бедных людей, которые согласились расстаться со своими органами по коммерческим соображениям;

- детей, украденных с этой целью; и

ПОСКОЛЬКУ в этих случаях участие врачей является прямым нарушением положений «Декларации ВМА о трансплантации человеческих органов», принятой в октябре 1987 г.;

ВМА еще раз торжественно подтверждает положения названной «Декларации» и призывает все национальные медицинские ассоциации соблюдать их, а в случаях их нарушений сурово наказывать врачей, замешанных в подобных нарушениях».

В Декларации ВМА о трансплантации человеческих органов принятой в октябре 1987 г., в частности, указано, что купля-продажа человеческих органов строго осуждается. Во всех государствах принимаются меры юридического характера, направленные на предотвращение коммерциализации отношений по поводу трансплантации.

4. Недопустимость продажи органов и тканей человека

Дефицит донорских органов порождает проблему справедливости в их распределении, «черный рынок», где преимущества получают богатые. Многие ученые связывают тенденцию к коммерциализации трупных органов с некоторыми объективными факторами. Во-первых, это дефицит органов для трансплантации, вынуждающий больных к поиску источника (донора). Во-вторых, обнищание значительной части населения, готовой удовлетворить спрос. В-третьих, коммерциализация части лечебных учреждений. Моральное зло торговли органами в том, что тело превращается в товар-вещь. Превращение тела в вещь и товар деперсонализирует человека, наносит ему моральный ущерб. Разрешение торговли органами усилило бы социальную несправедливость – богатый будет в буквальном смысле выживать за счет бедного. Однако, коммерциализация человеческого тела уже началась, т.к. можно продать и купить кровь, сперму, яйцеклетку. В числе различных профилактических мер некоторые зарубежные

авторы предлагают заменить механизм купли-продажи механизмом материальной компенсации за донорство органов.

Ассамблея здравоохранения в резолюциях WHA40.13 и WHA42.5 впервые выразила озабоченность в отношении коммерческой торговли органами и необходимости создания глобальных стандартов в сфере трансплантации. Затем на основании консультативного процесса, проведенного Секретариатом, Ассамблея здравоохранения в своей резолюции WHA44.25 утвердила Руководящие принципы ВОЗ по трансплантации человеческих органов. За последние 17 лет Руководящие принципы оказали влияние на профессиональные правила и практику, а также на законодательство по всему миру.

В свете сдвигов, произошедших в практике и взглядах в отношении трансплантации органов и тканей, Пятьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения в резолюции WHA57.18 предложила Генеральному директору, среди прочего, «продолжить изучение и сбор данных во всем мире о практике безопасности, качестве, эффективности и эпидемиологии аллогенной трансплантации, а также по вопросам этики, включая предоставление трансплантата живым донором, с тем, чтобы внести коррективы в Руководящие принципы по трансплантации органов человека».

Пересмотренные официальные Руководящие принципы ВОЗ по трансплантации человеческих клеток, тканей и органов содержатся в документе EB123/5, на который Исполнительный комитет сослался на его Сто двадцать третьей сессии 26 мая 2008 г., поручив внести в него изменения.

В новой редакции Руководящих принципов ВОЗ по трансплантации человеческих клеток, тканей и органов в аспекте коммерциализации соответствующей деятельности заслуживают внимания Руководящие принципы (Рп) 5, 7, 8, 9.

Предоставление клеток, тканей и органов живым донором осуществляется только на безвозмездной основе, без какой-то денежной выплаты или другого вознаграждения в денежном выражении. Необходимо запретить покупку или предложение о покупке клеток, тканей или органов для трансплантации, либо их продажу живым донором или ближайшим родственником умершего.

Запрет за продажу или покупку клеток, тканей или органов не исключает возмещения разумных и поддающихся контролю расходов, понесенных донором, включая потерю дохода, или оплату издержек, связанных с уходом, обработкой, сохранением и передачей человеческих клеток, тканей или органов для трансплантации (Рп 5).

Врачам и другим профессиональным работникам здравоохранения не следует участвовать в процедурах пересадки органов, а медицинские страховщики и другие возможные плательщики не должны покрывать расходы, связанные с проведением этих процедур, в случае если клетки, ткани и органы для пересадки были получены в результате недобросовестного использования или принуждения, или оплаты услуг живого донора либо ближайшего родственника умершего донора (Рп 7).

Всем медицинским учреждениям и специалистам, связанным с процедурами поставки и трансплантации клеток, тканей или органов, следует запретить получать какую-либо оплату, превышающую обоснованный размер вознаграждения за оказанные услуги (Рп 8).

При распределении органов, клеток и тканей следует руководствоваться клиническими критериями и этическими нормами, а не соображениями финансового или какого-либо другого характера. Правила распределения, которые устанавливаются надлежащим образом сформированными комитетами, должны быть справедливыми, оправданными с точки зрения внешних условий и транспарентными (Рп 9).

Особого внимания заслуживает Стамбульская декларация о трансплантационном туризме и торговле органами: принята участниками Стамбульского Саммита, проведенного в Стамбуле с 30 апреля по 2 мая 2008 года Трансплантационным Обществом (TTS) и Международным обществом нефрологии (ISN).

В Стамбульской декларации содержатся следующие определения:

Торговля органами - это наем, вербовка, транспортировка и перемещение живых и умерших людей, или их органов, их укрывательство и подделка документов, с применением угроз, силы, служебного положения или других форм принуждения, похищения, мошенничества и обмана; с передачей или получением третьей стороной оплаты или других выгод, для приобретения контроля над потенциальным донором, - для использования в целях получения органов для трансплантации (6).

Трансплантационный коммерциализм – это такая практика и образ действий, при которых орган рассматривается как товар и продукт потребления, который может быть продан, куплен или использован для получения материальной выгоды.

Поездка для выполнения трансплантации – это передвижение органов, доноров и реципиентов, или трансплантологов для выполнения операции пересадки, несмотря на юридические ограничения.

Поездка для выполнения трансплантации становится *трансплантационным туризмом*, если при этом обнаруживается трансплантационный коммерциализм, торговля органами или если компоненты и участники (органы, врачи, трансплантационные центры) участвующие в обеспечении операций пациенту из-за рубежа, подрывают тем самым способность страны к обеспечению трансплантационной помощью собственного населения.

В Стамбульской декларации сформулированы важные принципы, среди которых следует выделить следующие:

Органы для трансплантации должны справедливо и беспристрастно распределяться внутри стран и регионов вне зависимости от пола, этнической и религиозной принадлежности, финансового и социального статуса.

Финансовые факторы или любая другая материальная выгода не должны влиять на применение правил распределения органов.

Первичной целью трансплантации должна быть оптимальная первичная и долгосрочная медицинская помощь для обеспечения здоровья и донора, и реципиента.

Финансовые факторы или любая другая материальная выгода не должны влиять на принятие решения относительно здоровья и самочувствия донора и реципиента

Страны, регионы и сопредельные области должны пытаться достигнуть самообеспечения в органном донорстве, обеспечивая достаточное количество органов для своих жителей, используя также региональную кооперацию.

а) Сотрудничество в области органного донорства между странами не противоречит национальным программам по самообеспечению достаточного уровня донорства для своих жителей, и предполагает, в тоже время, защиту уязвимых слоев населения и равенство интересов между донорами и реципиентами, и не нарушает этих принципов;

б) Лечение пациентов из-за рубежа, граждан других государств, приемлемо только в том случае, если это не приводит к ухудшению способности страны оказывать трансплантологическую помощь своему собственному населению.

Торговля органами и трансплантационный туризм попирают принципы справедливости, равенства и уважения к человеческому достоинству и должны быть запрещены. Трансплантационный коммерциализм избирает своей мишенью обездоленных и уязвимых доноров, что неизбежно ведет к неравенству и несправедливости, и поэтому должен быть запрещен.

Резолюция Всемирной Ассамблеи Здравоохранения 44.25 призывает страны препятствовать покупке и продаже донорских органов для трансплантации.

а) Запрещение этих форм деятельности должно означать запрещение всех форм рекламы (включая электронные и печатные средства массовой информации), всех форм ходатайства и посредничества, имеющих целью трансплантационный коммерциализм, трансплантационный туризм и куплю-продажу органов.

б) такое запрещение должно включать также наказание за такие мероприятия, как обследование доноров и выполнение трансплантаций, равно как и поощрение этих действий, если целью и результатом их является получение выгод от трансплантационного туризма и торговли органами.

в) Деятельность, которая склоняет уязвимых людей или целые их группы (неграмотные, обездоленные, бездомные, нелегальные иммигранты, заключенные, политические или экономические беженцы) к тому, чтобы быть живыми донорами органов, несовместима с противостоянием торговле органами, трансплантационному туризму и коммерциализму.

В силу ч. 1 ст. 15 Закона РФ № 4180-1 учреждению здравоохранения, которому разрешено проводить операции по забору и заготовке органов и (или) тканей у трупа, запрещается осуществлять их продажу.

Контрольные вопросы для проверки уровня знаний:

1. Кто в 1805 году предложил с целью оживления мнимо умерших вдуть в легкие воздух с помощью мехов:

- а) Е. Мухин.
- б) В.Н. Неговский.

2. Необходимо ли согласие родственников погибшего на изъятие органов (тканей) для трансплантации

- а) Да.
- б) Нет.

3. Врачи, удостоверяющие факт смерти потенциально донора могут непосредственно участвовать в изъятии органа у донора

- а) Да
- б) Нет
- в) Могут в особых случаях

4. Может ли врач отказаться от лечения ввиду его неэффективности

- а) По просьбе родственников
- б) По медицинским показаниям
- в) Не имеет право

5. Существует ли запрет в РФ на продажу органов (тканей) для трансплантации

- а) Да.
- б) Нет

6. В каких случаях необходимо согласие донора на забор у него органов тела ?

- а) В случаях оговоренных в законе
- б) Во всех случаях

7. Как Вы думаете можно ли получить выгоду на торговле органами-трансплантатами ?

- а) Да.
- б) Нет

8. Можно ли изымать ткани мозга и его оболочки для трансплантации

- а) Да
- б) Нет

9. Введение токсической дозы лекарственного препарата с целью эвтаназии это:

- а) Активная эвтаназия
- б) Пассивная эвтаназия

10. Автожектор это первый аппарат:

- а) Искусственного кровообращения
- б) Искусственного дыхания
- в) Поддачи наркоза

Эталоны ответов: 1-а; 2-а; 3-б; 4-в; 5-а; 6-а; 7-а; 8-б; 9-а; 10-а.

Литература (в т.ч. указать адреса электронных ресурсов).

Основная:

1. Биоэтика: учебное пособие / Л. Г. Сахарова. - 109 с. Сахарова, Л.Г. Киров: Кировский ГМУ, 2017. - Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/136097>
2. Биоэтика. Философия сохранения жизни и сбережения здоровья: учебник - 400 с. Хрусталеv, Ю. М. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - ISBN 978-5-9704-5266-0. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452660.html>
3. Биоэтика. Этические и юридические документы, нормативные акты - 357 с. Шамов, И. А. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - ISBN 978-5-9704-2975-4. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970429754.html>

Дополнительная:

1. История и современные вопросы развития биоэтики: учебное пособие - 144 с. Балалыкин, Д. А. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - ISBN 978-5-9704-2057-7. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970420577.html>
2. Биоэтика: учебное пособие - 47 с. Бугеро, Н. В. Ульяновск: УлГПУ им. И.Н. Ульянова, 2017. - ISBN 978-5-86045-906-9. - Текст электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/112086>
3. Биоэтика: учебник / под ред. П.В. Лопатина. - 4-е изд., перераб. и доп. - 269 с. Лопатин, П. В. М.: Гэотар Медиа, 2011.
4. От этики до биоэтики: учебник Хрусталеv, Ю. М. Ростов н/Д: Феникс, 2010.

Тема 10. Умирание и смерть: биоэтические проблемы.

Тема: «Биоэтические аспекты умирания и смерти».

Цель изучения темы:

1. Изучить историю отношения врача к умирающему больному.
2. Освоить основные этические проблемы, связанные с оказанием помощи неизлечимым и умирающим больным.

Задачи:

- формирование навыков общения с больным с учетом этики и деонтологии в зависимости от выявленной патологии и психологических особенностей пациентов;
- формирование навыков общения с коллективом.
- обучение будущего врача использованию полученных знаний в профессиональной практике «во благо пациенту»;
- обучение будущего врача приемам и методам совершенствования собственной личностной и познавательной сферы.

Обучающийся должен знать:

- законы, принципы, правила и модели биоэтики;
- морально-этические нормы, правила и принципы профессионального врачебного поведения, правовые и этические основы современного медицинского законодательства;
- основные этические документы международных организаций, отечественных и международных профессиональных медицинских ассоциаций.

должен владеть:

- навыками изложения самостоятельной точки зрения, публичной речи, морально-этической аргументации, ведения дискуссий и круглых столов, принципами врачебной деонтологии и медицинской этики.

должен уметь:

- выстраивать и поддерживать, уважительные и доверительные отношения с пациентами (их законными представителями) рабочие отношения с членами коллектива, а также конструктивные отношения с институтами гражданского общества.

должен сформировать компетенции:

УК-1. Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, выработать стратегию действий.

УК-5. Способен анализировать и учитывать разнообразие культур в процессе межкультурного взаимодействия.

Задания для самостоятельной работы обучающихся по указанной теме:

Одна из многочисленных обязанностей врача и медицины в современном мире – это констатация смерти человека. Заключение, которое делает по этому поводу врач, не только является признанием того, что родственникам не на что уже надеяться, но и выступает в роли юридического документа, дающего начало траурным ритуалам, связанным с погребением покойного, и новым правовым отношениям (имущественным), когда дети становятся сиротами, супруг (супруга) становится вдовцом (вдовой).

Функция констатация врачом смерти человека нами представляется естественной и даже самоочевидной, однако, по историческим меркам это явление совсем не давнее, относящееся к середине 19 века. И связано оно, прежде всего, с таким явлением как **медиализация смерти**.

Толчком к нему послужили панические настроения, продолжавшиеся в разных странах и, особенно во Франции и Германии. «И в искусстве и в литературе и в медицине 17-18 веков царили неуверенность и двусмысленность в отношении жизни и смерти и их пределов. Постоянно присутствовала тема живого трупа, мертвеца, который на самом деле жив»- Арьес «Человек перед лицом смерти. В «Энциклопедическом словаре медицинских наук» (1876 г.) Дешамбр пишет: «Умами всех овладела паника быть похороненными заживо, очнуться ото сна на дне могилы». Дело доходило до того, что многие оговаривали в своих завещаниях проведение после смерти различных тестов

(надрезы на конечностях) чтобы удостовериться в смерти, другие заказывали гробы с сигнальными устройствами, средствами эвакуации и т.д.

Важно иметь в виду, что от врача того времени вовсе не требовалось находиться у постели умирающего больного. Напротив врач, удостоверившись, что больному уже ничто не поможет, и вовсе покидал его. Умирающий, чаще имел дело со священником. Более того, когда власти, стремясь совладать с паникой, обязывали врачей устанавливать смерть, столкнулись с сопротивлением медиков. В связи с этим, Арьес цитирует из статьи «Погребение» «Словарь медицинских наук»: «Врачей редко зовут констатировать смерть, эта важная забота отдана наемным людям, которым чужды знания физиологического человека, врач который не может спасти человека, избегает находиться при нем, и все практикующие врачи, кажется, прониклись аксиомой – не подобает врачу навещать мертвеца».

Врачей еще с древних времен учили распознавать знаки смерти, знаки не самой кончины, а ее приближения, сразу после их обнаружения врач прекращает лечение. Это мотивировалось опасениями повредить своей репутации или навлечь немилость родственников больного, которого не удалось спасти, т.е. попытки продлить жизнь пациента, который обречен – неэтичны.

Как бы то ни было ситуация стала изменяться, постепенно медицинская профессия обрела исключительное право и обязанность констатировать смерть человека. В Сиднейской декларации (1948 г.) отмечено: «определение времени наступления смерти человека является юридической обязанностью врача и такое положение должно сохраняться».

Другой стороной медикализации смерти является то, что местом, где человек расстается с жизнью, является больница. В результате многие люди, оказываясь рядом с умирающим родственником, просто не знают, что делать и как себя надлежит вести.

Сейчас же с успехами реаниматологии связана еще одна проблема – процесс умирания стал явлением не столько естественным, сколько управляемым. Конечно, многие из тех, кто раньше был обречен, живут, но есть и категория больных, для которых смерть это единственное средство избавиться от страданий.

Таким образом, к настоящему времени врачи оказались непосредственно вовлеченными в трагическую и сложную область человеческого существования, и столкнулись с моральными проблемами, с которыми не приходилось сталкиваться традиционной медицине.

Каждый человек, да и его родственники хотели бы умереть с достоинством, если конечно медицина в данной конкретной ситуации беспомощна. Почти любой человек не хотел бы страдать от неизлечимой болезни и не хотел бы существовать лишь только благодаря ИВЛ, искусственным средствам поддержания жизни и иным техническим способам отдаления неминуемой смерти.

Здесь, как никогда остро, стоит проблема эвтаназии, хосписов и паллиативной терапии. Термин эвтаназия предложен английским философом Френсисом Бэконом (16-17 в.в.) и означает – легкая, быстрая смерть (eu – быстрая, thanatos – смерть).

История вопроса: для многих первобытных обществ было обычной нормой умерщвлять стариков и больных, не забирать их и тем самым обрекать на смерть при перемене мест стоянки. Известны обычаи древней Спарты, где слабых и болезненных мальчиков сбрасывали в пропасть. Впрочем, это не шло в разрез с обычаями древних полисов. Так Платон в своей «Республике» писал, что медицина призвана заботиться лишь о здоровых телом и душой, не следует препятствовать смерти физически слабых. Вообще в Древней Греции поддерживалось и поощрялось самоубийство тех, кто достиг 60 летнего возраста. Сократ, философы стоики от Зенона (4-3 в. до н.э.) до римского философа Сенеки (1 в до н.э. –1 в н.э.) оправдывали умерщвление слабых и тяжелобольных. Сократ и Платон, кроме того, считали, что если человек по причине своей немощности и слабости становится обузой для общества – его моральный долг

покончить с жизнью. Следует отметить, что Аристотель и пифагорейцы были противниками умерщвления больных даже и по их просьбе, именно воззрения пифагорейцев нашли свое отображение в «Клятве» Гиппократов.

В средние века тяжело раненных солдат приканчивали после сражения, специально обученные этому делу команды. На поле сражения оставались сотни тяжелораненых, которые в силу разных причин не были эвакуированы. Их ждала мучительная смерть, но с помощью кортика с крестообразной ручкой специально выделенные люди умерщвляли раненых. Смерть была мгновенной. Кортик носил название «мизерикордия», что в переводе означает «милосердие».

Различают активную и пассивную эвтаназию. Активная эвтаназия – это когда медиком совершаются активные действия, направленные на ускорение наступления смерти. Пассивная эвтаназия – это отказ от жизнеподдерживающего лечения, т.е. медик не препятствует наступлению смерти от неизлечимого заболевания.

В современном обществе проблема эвтаназии привлекает пристальное внимание. Данная проблема достаточно остро обсуждается философами, теологами и медиками. В биоэтике проблема эвтаназии рассматривается как этическая дилемма, т.е. на уровне конфликта интересов приводятся моральные аргументы как «за» так и «против» эвтаназии. Попробуем кратко суммировать аргументы сторонников и противников.

Те, кто выступают в защиту эвтаназии, обычно обосновывают свою позицию следующими доводами:

1. Человеку должно быть предоставлено право на самоопределение, он сам может выбирать, продолжать ли ему жизнь или оборвать ее. Ведь никто не сомневается и не препятствует людям выбирать профессии и род занятий, связанных с угрозой жизни, так почему медики должны препятствовать такому выбору, если человек не умирает только потому, что ему не дают умереть от неизлечимого заболевания.

2. Человек должен быть защищен от жестокого и негуманного лечения. Действительно, пациенту приходится переносить тяжелые непрекращающиеся страдания, боли, поэтому чувство сострадания может подсказать выход – эвтаназия. Однако не будет ли это свидетельством не только состояния пациента, но и того, каковы условия клиники и как работает ее персонал.

3. Человек имеет право быть альтруистом. Здесь имеется в виду, что мучения больного заставляют страдать его близких и тех, кто находится у его постели, а также и то, что пациент при помощи эвтаназии сможет сберечь те финансовые средства, которыми могли воспользоваться его родственники. Наконец понимая свою участь, может захотеть, чтобы усилия и средства были направлены другому, тому, которому они помогут.

4. «Экономический» аргумент. Порой утверждается, что лечение и содержание обреченных отнимает у общества немало средств, которые можно было направить на лечение так называемых перспективных. Такой аргумент уже широко использовался в фашистской Германии: государственная политика уничтожения «неполноценных», умерщвление тяжелораненых вследствие дефицита медикаментов и госпитальных ресурсов.

5. Остро стоит вопрос о качестве жизни неизлечимых и страдающих больных. Если медицина не в состоянии помочь или создать сколько-нибудь достойное существование, то медики должны помочь или не препятствовать уйти из жизни достойно. Из этого аргумента родилось парадоксальное право – «право на достойную смерть».

Теперь рассмотрим аргументы противников активной эвтаназии:

1. Активная эвтаназия суть покушение на ценность человеческой жизни. Легализация какой-либо практики уничтожения человеческих жизней, то есть превращение в принятую, санкционированную обществом, чревата глубочайшим потрясением всего нормативно-ценностного порядка, только благодаря существованию этого порядка люди продолжают оставаться людьми.

2. Возможность диагностической и прогностической ошибки.
3. Возможность появления новых медикаментов и методов лечения.
4. Наличие эффективных болеутоляющих веществ.
5. Риск злоупотреблений со стороны персонала. Этот аргумент все чаще вспыхивает в многочисленных дискуссиях об эвтаназии, и тому есть немало примеров, ставших впоследствии предметом судебных разбирательств.

6. Аргумент «наклонной плоскости». Смысл этого аргумента сводится к следующему: коль скоро эвтаназия будет узаконена, то пусть даже процедура будет жестко регламентирована законом, в реальной жизни возникнут ситуации «на грани» и постепенно незначительные отступления будут размывать строгость закона, и в последствии эвтаназия будет осуществляться не из сострадания, а во имя других целей.

7. Эвтаназия – это «медицинская капитуляция», поэтому легализация такой практики ослабит стремление общества к развитию паллиативной помощи умирающим, и, в конечном счете, к стремлению найти средства лечения ныне неизлечимых болезней.

8. Следующие аргументы связаны с самой технологией осуществления эвтаназии, т.е. кто должен осуществлять? Где? По какому принципу отбирать «специалистов» и где их готовить? Как в данной ситуации избежать негативных последствий в отношении врачей, осуществляющих эвтаназию, в случае утечки сведений? Не породит ли разглашение и легализация эвтаназии страх тяжелых больных перед медиками, здесь имеются ввиду случаи, когда пациент, впад в длительное бессознательное состояние будет «умерщвлен» по просьбе родственников (принудительная эвтаназия) И, наконец, за чей счет производить эвтаназию?

Из сказанного можно сделать вывод о том, что единственное спасение умирающих – это эвтаназия. Однако, что очень часто делается сторонниками эвтаназии, общественность забывает или не хочет знать о хосписном движении и паллиативной помощи.

Комитет экспертов ВОЗ по обезболиванию при раке в своем официальном Докладе (1989) придерживается следующей позиции: «С развитием современных методов паллиативного лечения легализация добровольной эвтаназии не обязательна. Сейчас, когда существует приемлемая альтернатива смерти, сопровождающейся болями, следует концентрировать усилия на реализации программы паллиативного лечения, а не увлекаться борьбой за легализацию эвтаназии». Голландские врачи, осуществляющие эвтаназию, указывают следующие причины просьб пациентов о прекращении жизни: невыносимая ситуация – 70%, страх перед страданиями – 50%, потеря достоинства – 57%, зависимость от других – 33%, усталость от жизни – 33%. В ряде причин боль наряду с другими факторами указали 46%, но как единственную причину – только 3%.

Здесь очень не простой проблемой становится исключение преходящей депрессии. Некоторые авторы утверждают, что вышеназванные причины могут свидетельствовать о такой депрессии. Как показало одно из исследований, проведенных в США 2/3 пациентов, выразивших желание умереть, спустя 3 недели такого желания не высказывали. Аналогичное исследование, проведенное в хосписах, показало такие же результаты. Немало пациентов, высказывавших такое желание, попав в хоспис, вообще отказались от него, а способные ходить помогали персоналу ухаживать за лежащими пациентами. Следует отметить, что в хосписах осуществляется особый уход за такими больными. Приоритетным является купирование физической боли, а затем душевных страданий. Этому немало помогают квалифицированные медсестры, социальные работники, священники. Большое страдание умирающему причиняет одиночество, ведь таких больных стараются избегать и сами мед. работники, а порой и родственники. Монахиня мать Тереза, отдавшая всю свою жизнь помощи жителям трущоб в Калькутте и получившая за свое милосердие Нобелевскую премию мира, ответила на вопрос, какое несчастье в жизни она считает самым ужасным, она ответила: «Одиночество». Да, не болезнь, не голод, и даже не смерть, а одиночество.

Современная медицина и проблемы смерти.

Определение момента смерти человека

Большинству современных людей свойственно сторониться всего, что связано со смертью. Но и раньше люди избегали разговоров о смерти, и даже слово «умереть» в повседневной жизни заменяли смягченными выражениями: «отправиться в лучший мир», «приказать долго жить».

«Люди страшатся смерти, как малые дети потемок, – говорил английский философ Фрэнсис Бэкон (1561-1626), – и как у детей этот врожденный страх усиливается сказками, так же точно и страх смерти». Психоаналитическая школа З.Фрейда прошлого века утверждала, что люди в глубине души не верят в собственную смерть, что их бессознательное (т.е. глубинные основы психики, которые противопоставляются сознательному) относится к смерти так же, как относился к ней первобытный человек. После этих замечаний будет понятно, почему вплоть до 18 в. от врача не требовалось находиться у постели больного до самой его смерти. Врачей еще с древних времен учили распознавать знаки смерти не для того, чтобы диагностировать смерть, а для того, чтобы сразу после их обнаружения прекращать лечение. Попытки продлить жизнь пациента, который не сможет выздороветь, рассматривались как неэтичные. Врачей редко звали, чтобы констатировать смерть, отводя эту роль наемным людям, т.е. тем, кто был совершенно чужд знанию физиологии человека.

В наше время, как известно, общество наделяет врача важнейшей функцией и правом определять момент смерти. В Сиднейской декларации Всемирной медицинской ассоциации (1968 г.) на этот счет указано следующее: «В большинстве стран определение времени смерти является юридической обязанностью врача, и такое положение должно сохраняться».

Такие права врачи получили лишь к середине 19-го столетия. С чем же был связан крутой поворот общественного сознания по вопросам, касающимся смерти? Расширение роли врачей в обществе было обусловлено процессом, который в истории медицины и культуры назван *медикализацией смерти*. В 17-18 вв. в странах Европы возникла неуверенность и двусмысленность в отношении жизни и ее пределов. В искусстве, литературе и медицине появилась тема живого трупа, мертвеца, который на самом деле жив. Умами завладела всеобщая паника, страх быть похороненным заживо и очнуться в гробу на дне могилы. Множество историй такого рода излагалось на страницах художественной и научной литературы. Люди в своих завещаниях стали предусматривать специальные меры во избежание роковых ошибок. Когда власти пытались совладать с этими слухами, привлекая к новым обязанностям врачей, они сталкивались с сопротивлением медиков, которые стали требовать платы за инспектирование трупов. Сложность диагностирования смерти, в конце концов, позволила медицинской профессии укрепить свой статус и расширить власть врачей.

Медикализация смерти была связана с развитием в городах сети больниц, которые стали местом спасения одних людей, но и местом смерти других. Процент умерших в больницах возрастал, в Нью-Йорке, например, в 1967 г. уже 75% умерших скончались в больницах. Эта тенденция для врачей означала необходимость не только констатировать смерть, но и иметь дело с процессом умирания, отличающимся по длительности в разных случаях. Врачами было замечено, что смерть укорачивается или продлевается в зависимости от их действий. Врач, конечно, не мог ее отменить, но часто был в состоянии повлиять на ее длительность в широких пределах – от нескольких часов до нескольких недель, месяцев или даже лет.

Важно обратить внимание на тот факт, что до недавнего времени фундаментальные вопросы, связанные с определением момента смерти были сформулированы в подзаконных нормативных актах. В настоящее время правовые основы определения момента смерти человека и прекращения реанимационных мероприятий установлены в ст. 66 Федерального закона РФ № 323-ФЗ):

«1. Моментом смерти человека является момент смерти его мозга или его биологической смерти (необратимой гибели человека).

2. Смерть мозга наступает при полном и необратимом прекращении всех его функций, регистрируемом при работающем сердце и искусственной вентиляции легких.

3. Диагноз смерти мозга устанавливается консилиумом врачей в медицинской организации, в которой находится пациент. В составе консилиума врачей должны присутствовать анестезиолог-реаниматолог и невролог, имеющие опыт работы в отделении интенсивной терапии и реанимации не менее пяти лет. В состав консилиума врачей не могут быть включены специалисты, принимающие участие в изъятии и трансплантации (пересадке) органов и (или) тканей.

4. Биологическая смерть человека устанавливается на основании наличия ранних и (или) поздних трупных изменений.

5. Констатация биологической смерти человека осуществляется медицинским работником (врачом или фельдшером).

6. Реанимационные мероприятия прекращаются в случае признания их абсолютно бесперспективными, а именно:

1) при констатации смерти человека на основании смерти головного мозга, в том числе на фоне неэффективного применения полного комплекса реанимационных мероприятий, направленных на поддержание жизни;

2) при неэффективности реанимационных мероприятий, направленных на восстановление жизненно важных функций, в течение тридцати минут;

3) при отсутствии у новорожденного сердцебиения по истечении десяти минут с начала проведения реанимационных мероприятий (искусственной вентиляции легких, массажа сердца, введения лекарственных препаратов).

7. Реанимационные мероприятия не проводятся:

1) при состоянии клинической смерти (остановке жизненно важных функций организма человека (кровообращения и дыхания) потенциально обратимого характера на фоне отсутствия признаков смерти мозга) на фоне прогрессирования достоверно установленных неизлечимых заболеваний или неизлечимых последствий острой травмы, несовместимых с жизнью;

2) при наличии признаков биологической смерти человека.

8. Порядок определения момента смерти человека, в том числе критерии и процедура установления смерти человека, порядок прекращения реанимационных мероприятий и форма протокола установления смерти человека определяются Правительством Российской Федерации».

Долгое время в истории медицины смерть человека определяли по исчезновению трех признаков жизни: работы сердца, дыхательных движений и кровообращения. Но развитие методов реанимации заставило переоценить такие критерии (отличительные признаки).

Новый критерий смерти был выработан в 1968 году в Гарварде. Он был основан на необратимом прекращении деятельности уже не сердца и легких, а мозга. Ведь при выявлении смерти врачи видят стойкую потерю сознания и отсутствие всех движений, как спонтанных (дыхание), так и вызванных раздражениями (реакций зрачков на свет, движений глазных яблок). Вся эта симптоматика возникала вследствие прекращения функций мозга – от полушарий и ниже, включая весь ствол мозга, где расположен дыхательный центр. Эта совокупность симптомов получила наименование «смерть мозга». Инструментально она тестировалась с помощью электроэнцефалографии, на которой обнаруживали исчезновение электрической активности мозга, и ангиографии, выявлявшей прекращение кровоснабжения мозга.

Новый критерий смерти в 1981 г. был узаконен в США, основанием для чего послужили выводы Президентской комиссии по изучению проблем в медицине и биоэтике. В формулировке синдрома «полной мозговой смерти» были указаны два

критерия: 1) необратимое прекращение функций кровообращения и дыхания; 2) необратимое прекращение всех функций мозга в целом, включая мозговой ствол. Таким образом, в синдроме смерти мозга были учтены как традиционные критерии смерти, так и новый критерий. Впоследствии этот новый критерий смерти был принят в большинстве стран мира. В России он был отражен в ст. 9 Закона РФ от 22 декабря 1992 г. № 4180-I «О трансплантации органов и (или) тканей человека».

В практическом использовании нового критерия смерти возникли проблемы социально-психологического и этического характера. С традиционной точки зрения новый критерий отвергался на основании религиозных соображений. Аргументом здесь служила издавна признаваемая роль сердца в духовной жизни человека. Согласно словарю Даля, сердце (нравственно) – представитель любви, воли, страсти, нравственного, духовного начала; всякое внутренне чувство сказывается в сердце. С точки зрения выдающегося российского хирурга и священнослужителя В.Ф. Войно-Ясенецкого, сердце является органом в сверхрациональном познании человека. Исходя из этих понятий, трудно признать умершим человека, сердце которого продолжает биться. В некоторых странах законодательство позволяет отказываться от констатации смерти по новому критерию в том случае, если пациент, будучи живым, или его родственники после его смерти, не соглашаются с этим критерием.

Введение нового критерия часто обосновывают необходимостью установления границы, которая позволяет делать выводы о том, что лечение больных с необратимыми повреждениями мозга клинически, морально и юридически оправдано. Сказанное актуализирует проблемы жизнеподдерживающего лечения и хронического вегетативного состояния.

Жизнеподдерживающее лечение проводится у коматозных больных, находящихся без сознания. Другие проявления функций мозга здесь сохраняются, и диагноз «смерть мозга» не ставится. Этические проблемы возникают в связи с тем, что современные средства и процедуры позволяют этим больным продлевать жизнь. Как долго? Если работа мозга и контакт с больным восстанавливается быстро, то выставляется диагноз «сотрясение головного мозга». Если выздоровление затягивается на недели или месяцы, то это состояние считается «продолжительной комой». Если состояние не меняется в течение произвольно установленного срока в двенадцать месяцев, ставится диагноз «хронического вегетативного состояния» (ХВС). Документально зафиксированы случаи выздоровления и позже указанного срока, например, с полным выздоровлением после четырех лет пребывания в этом состоянии, хотя с каждым месяцем шансов на выздоровление становится все меньше. В основе диагноза ХВС лежит убеждение в том, что глубокое коматозное состояние и отсутствие реакции на внешние стимулы является постоянным.

Диагностика ХВС трудна, требует соответствующих навыков, длительного изучения больного. До 42% случаев диагноза ХВС являются ошибочными. Поэтому всем пациентам с тяжелыми мозговыми травмами необходимо дать шанс пройти специальную реабилитационную программу. Эти больные не нуждаются в жизнеобеспечивающей аппаратуре, внутривенных вливаниях или сложном лечении. Единственное, что им необходимо, – это искусственное питание через желудочный зонд. Но его установка с автоматическим дозатором питания может рассматриваться как вариант лечения. В других случаях лечения коматозных больных требуются сверхусилия врачей, специальная аппаратура и особые схемы введения лекарственных препаратов. Однако у тех и у других рано или поздно может возникать проблема: до каких пор следует вести борьбу за жизнь, исход которой предопределен и в лучшем случае может быть лишь отсрочен. Эта проблема биоэтики на сегодня не имеет однозначного решения.

Один из подходов к ее решению основан на оценке методов лечения, среди которых различают ординарные и экстраординарные методы. Если при лечении бывает достаточно обычных (ординарных) мер, то лечение может быть продолжено. Если же

приходится прибегать к чрезвычайным (экстраординарным) мерам, то жесткой необходимости продлевать лечение нет. Такое различие методов содержалось в обращении к врачам римского папы Пия XII, когда в 1957 г. он ответил им на вопрос, чем следует руководствоваться, проводя границу между жизнью и смертью. В обращении отмечалась допустимость прекращения экстраординарных усилий лечения, если больной безнадежен. Отказ же от обычных методов расценивался при этом как тяжкий грех. Отказавшийся от экстраординарных методов самоубийцей не считался. В Декларации об эвтаназии Св. Конгрегации по вероучению от 5 мая 1980 г., в частности, указано: «При неизбежности наступления смерти, несмотря на использованные средства, допустимо, сообразуясь со своей совестью, отказаться от лечения, которое могло бы привести лишь к временному и мучительному продлению жизни, не прекращая при этом нормального ухода, необходимого больному в подобных случаях». В тексте Декларации содержится отказ от так называемого «терапевтического рвения», которое, будучи нацелено на продление жизни любой ценой, приводит к дистаназии. Э. Сгречча, В. Тамбоне (2002) отмечают, что о «терапевтическом рвении», которое порой излишне драматизируется, речь может идти в двух случаях: когда технические средства применяются к тому, кто практически уже мертв, то есть после наступления «полной церебральной смерти», и когда применение медицинских или хирургических видов терапии (за исключением обычных) «несоразмерно» ожидаемым результатам.

Следует подчеркнуть, что во всех этих случаях речь идет о выборе, который осуществляется не врачом, а пациентом или его близкими. В 1973 г. съезд Американской медицинской ассоциации счел морально оправданным прекращение лечения в том случае, если пациент или его ближайшие родственники, посоветовавшись с врачом, решают не начинать или прекратить использование «экстраординарных средств продления жизни тела, когда существуют неопровержимые свидетельства того, что биологическая смерть близка».

Что касается различия «ординарного» и «экстраординарного» лечения, то оно весьма условно. Под первым раньше понималось, например, искусственное питание, о котором шла речь выше. Искусственное же дыхание когда-то было экстраординарным методом, а сейчас является достаточно ординарным. Следовательно, технические вопросы методов лечения могут затемнять моральную сторону вопроса. Поэтому некоторые авторы предлагают понимать ординарное как морально обязательное, необходимое для применения, а экстраординарное как зависящее от выбора или связанное с повышенным риском осложнений.

Формы контроля освоения заданий по самостоятельной внеаудиторной работе по данной теме (контрольные вопросы).

1. Биологическая смерть это:
 - а) смерть мозга
 - б) отсутствие дыхания и сердцебиения
 - в) отсутствие реакции на внешние раздражители
2. Кем был впервые введен термин "реаниматология":
 - а) В.Н. Неговский
 - б) А.А. Кулябко
 - в) Рингер-Локк
3. Реаниматология - это наука, изучающая:
 - а) механизмы умирания и оживления
 - б) умирающий организм
 - в) учение о клинической смерти
4. Что такое "эвтаназия":
 - а) отказ от лечения
 - б) искусственное прекращение жизни по желанию пациента
 - в) естественная смерть

5. Эвтаназия в Российской Федерации:
- разрешена
 - запрещена
 - разрешена только пассивная эвтаназия
6. Хоспис это:
- медицинское учреждение для умирающих больных
 - медицинское учреждение для неизлечимых больных
 - медицинское учреждение санаторно-курортного типа
7. В хосписах работают:
- квалифицированные врачи
 - средний и младший медицинский персонал
 - волонтеры, медсестры, психологи, соцработники
8. Допустимо ли изъятие органов и тканей у живого донора:
- допустимо
 - не допустимо
 - допустимо в особых случаях
9. Кто констатирует биологическую смерть:
- Врач-реаниматолог
 - комиссия врачей
 - любой врач
10. Эвтаназия в переводе с латинского означает:
- легкая смерть
 - самоубийство
 - скоропостижная смерть

Эталонные ответы: 1-а; 2-а; 3-а; 4-б; 5-б; 6-а,б; 7-в; 8-в; 9-в; 10-а.

Рекомендуемая литература

Основная:

- Биоэтика: учебное пособие / Л. Г. Сахарова. - 109 с. Сахарова, Л.Г. Киров: Кировский ГМУ, 2017. - Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/136097>
- Биоэтика. Философия сохранения жизни и сбережения здоровья: учебник - 400 с. Хрусталева, Ю. М. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - ISBN 978-5-9704-5266-0. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452660.html>
- Биоэтика. Этические и юридические документы, нормативные акты - 357 с. Шапов, И. А. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - ISBN 978-5-9704-2975-4. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970429754.html>

Дополнительная:

- История и современные вопросы развития биоэтики: учебное пособие - 144 с. Балалыкин, Д. А. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - ISBN 978-5-9704-2057-7. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970420577.html>
- Биоэтика: учебное пособие - 47 с. Бугеро, Н. В. Ульяновск: УлГПУ им. И.Н. Ульянова, 2017. - ISBN 978-5-86045-906-9. - Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/112086>
- Биоэтика: учебник / под ред. П.В. Лопатина. - 4-е изд., перераб. и доп. - 269 с. Лопатин, П. В. М.: Гэотар Медиа, 2011.
- От этики до биоэтики: учебник Хрусталева, Ю. М. Ростов н/Д: Феникс, 2010.

Тема 11. Биоэтические аспекты эвтаназии. Хоспис.

Тема: «Биоэтические аспекты эвтаназии. Хоспис».

Цель изучения темы:

1. Изучить историю отношения врача к умирающему больному.
2. Освоить основные этические проблемы, связанные с оказанием помощи неизлечимым и умирающим больным.

Задачи:

- формирование навыков общения с больным с учетом этики и деонтологии в зависимости от выявленной патологии и психологических особенностей пациентов;
- обучение будущего врача использованию полученных знаний в профессиональной практике «во благо пациенту»;
- обучение будущего врача приемам и методам совершенствования собственной личностной и познавательной сферы.

Обучающийся должен знать:

- законы, принципы, правила и модели биоэтики;
- морально-этические нормы, правила и принципы профессионального врачебного поведения, правовые и этические основы современного медицинского законодательства;
- основные этические документы международных организаций, отечественных и международных профессиональных медицинских ассоциаций.

должен владеть:

- навыками изложения самостоятельной точки зрения, публичной речи, морально-этической аргументации, ведения дискуссий и круглых столов, принципами врачебной деонтологии и медицинской этики.

должен уметь:

- выстраивать и поддерживать, уважительные и доверительные отношения с пациентами (их законными представителями) рабочие отношения с членами коллектива, а также конструктивные отношения с институтами гражданского общества.

должен сформировать компетенции:

УК-1. Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, выработать стратегию действий.

УК-5. Способен анализировать и учитывать разнообразие культур в процессе межкультурного взаимодействия.

Задания для самостоятельной работы обучающихся по указанной теме:

Правовые аспекты эвтаназии

В соответствии с Конституцией РФ каждому человеку принадлежит неотъемлемое право на жизнь, один из аспектов которого предполагает возможность самостоятельно распоряжаться ею, решать вопрос о прекращении жизни. Допустить возможность реализации этого права можно лишь путем эвтаназии. Обсуждение этой сложной и противоречивой проблемы в обществе необходимо, но с участием специалистов в области права, медицины и других профессий, с последующим подведением итогов. В ряде публикаций и телепередач широко освещались случаи применения медикаментозной эвтаназии, осуществляемой близкими по просьбе измученного болями больного. Они не получали осуждения и разъяснения с точки зрения права. Создается впечатление, что общество приучают к самостоятельному принятию решения о применении эвтаназии, оказывая отрицательное влияние на формирование общественного мнения. Герой популярной телепередачи "Моя семья", показанной по ОРТ, врач, убеждал аудиторию и миллионы телезрителей, что умерщвление одиноких стариков по их просьбе за предварительную плату смертельной инъекцией, чем он регулярно занимается, является гуманным актом, называется эвтаназией и применяется во всех цивилизованных странах. После обсуждения этого признания без осуждения и какого-либо комментария специалистов передача была закончена. Никто не вспомнил ни про закон, принятый в нашей стране за 5 лет до этого и запрещающий эвтаназию, ни про нашумевший судебный

процесс против медсестер в ФРГ, умерщвлявших стариков с целью избавления их от мучений, о чем поведали журналисты в нашей прессе еще в середине 80-х. Не удивительно, что распространение таких знаний иногда доходит до абсурда. В суде г. Белая Калитва Ростовской области был осужден Н. за убийство своей парализованной матери. Ухаживая за ней, он узнал от врачей, что вылечить мать они не могут, и предложил ей прекратить мучения. Заручившись ее согласием, он попытался ее задушить руками, когда же это не удалось, кухонным ножом несколько раз нанес ей проникающие ранения в грудь. На суде заявил, что знает об эвтаназии, и решил ее применить, так как "пока врачи обсуждают - люди страдают". И хотя суд не признал смягчающим этот мотив убийства, журналисты обсуждали в печати этот вопрос.

Осуществление права человека на смерть с участием медиков также является спорным, но имеет какой-то смысл и нередко правовое обоснование, оно получило распространение в разных странах в связи с проблемой эвтаназии. Приведем два нашумевших примера, опубликованных в разное время. В одном из них уголовное дело было возбуждено вильнюсской прокуратурой по поводу убийства матерью в целях эвтаназии своего 19-летнего сына. После термических ожогов лица, дыхательных путей и обеих рук, которые пришлось ампутировать, раны на его лице не заживали, кости лица оголялись, он полностью ослеп. Боль изнуряла парня днем и ночью, он постоянно терял сознание. Лечение не помогало. Мать - врач по профессии, ухаживая за ним, постоянно испытывала муки от беспомощности, так как обезболивающие препараты не помогали, а сын одолевал ее просьбами помочь ему уйти из жизни, которая стала для него невыносимой. Однажды мать поддалась на уговоры, дала согласие и услышала от него слова благодарности. Она написала завещание и, введя сыну смертельную инъекцию, сама попыталась покончить собой, приняв горсть таблеток снотворного. Ее спасли, и прокуратура возбудила уголовное дело за умышленное убийство, однако после расследования, вследствие психического расстройства подозреваемой, дело прекратили.

Другой случай произошел в Голландии. Женщина 89 лет находилась в доме для престарелых, где состояние ее постоянно ухудшалось, особенно резко ухудшились зрение и слух. Спустя пять лет она почувствовала себя абсолютно беспомощной и в 94 года, находясь в полном сознании, подала заявление о добровольной эвтаназии, которое было оставлено без разбора. Она настойчиво требовала положить конец ее жизни, призвала на помощь родственников. В конце концов, просьба была удовлетворена, о чем администрация уведомила полицию. Начались судебные разбирательства. Районный суд признал врача невиновным, но городской суд Амстердама вынес обвинительный приговор. Дело рассматривалось в Верховном суде, который отменил приговор, мотивируя тем, что при наличии определенных условий активная эвтаназия может быть оправдана. Это мнение было поддержано Голландским Королевским медицинским обществом. Вероятно, такое "прецедентное право" могло быть применено и в других подобных случаях, и с этим трудно не считаться.

С принятием в 1993 году Основ законодательства РФ "Об охране здоровья граждан" впервые в нашей стране положение об эвтаназии получило законодательное решение. В статье 45 под недвусмысленным названием "Запрещение эвтаназии" было записано, что удовлетворение просьбы больного об ускорении его смерти "какими-либо действиями или средствами, в том числе прекращением искусственных мер по поддержанию жизни" медперсоналу **запрещается**. Лицо, осуществляющее эвтаназию или побуждающее больного к эвтаназии, несет уголовную ответственность. Вообще статья 45 проста - в прямом и переносном смысле. В ее диспозиции не учитываются никакие обстоятельства той сложной ситуации, которая в таких случаях встречается в жизни и с точки зрения гуманности входит в противоречие с нормами права. Безальтернативностью диспозиции статьи 45 можно объяснить частые нарушения статьи и "незамечаемость" применения эвтаназии на практике.

Кажется, поставлена последняя точка в решении этой актуальной проблемы биоэтики. Между тем, общественное мнение об отношении к эвтаназии в России, как и в других странах, за последние 10-15 лет претерпело значительные изменения. Об этом свидетельствуют и данные публикаций, и проведенные в разные годы анонимные опросы студентов и врачей. Убежденных сторонников эвтаназии среди врачей в те годы было мало. Один из них стал известный детский хирург член-корреспондент АМН РФ профессор С.Я. Долецкий. Он писал, что борьба за жизнь пациента, вопреки существующим догмам, справедлива только до того, пока существует надежда, что спасение возможно. Когда же она утрачена, встает вопрос о милосердии, которое и проявляется в эвтаназии. Гуманный врач - это врач, который делает добро больному, несмотря на устоявшееся мнение. С.Я. Долецкий считает, что эвтаназия справедлива по отношению к неизлечимым больным, парализованным, больным-дебилам, пациентам, которые живут только с помощью жизнеобеспечивающей аппаратуры. По отношению к новорожденным с атрофированным мозгом, плодам беременных женщин, если доказано уродство или несовместимое с жизнью патологическое нарушение, ибо человек отличается от животного разумом и моралью. В юридической литературе отмечается еще два условия осуществления эвтаназии в случаях установления, что в обозримый период времени смерть не наступит: а) если значительные физические и моральные страдания невозможно устранить известными средствами и б) если болезнь неизбежно приведет к деградации личности. Несмотря на спорность ряда приведенных утверждений, эвтаназия не может во всех без исключения случаях восприниматься однозначно как безнравственное и недопустимое действие или бездействие врача в связи с действительно возникшей возможностью его деморализации, ошибок, злоупотреблений, опасностью роста ятрогений, искусственного сокращения растущего числа пенсионеров и изменения демографического положения страны.

В самом деле, утверждение Гиппократово, изложенное в его "Клятве", - "я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла" - сегодня может быть лишь общим этическим требованием в поведении врача. За почти 2500 лет, в связи с внедрением достижений медицины и биологии, новым взглядом на права человека с приоритетом его личных интересов, возникли такие ситуации, при которых справедливым может быть и то, и другое мнение. Оно выражено в некоторых международных документах медицинских ассоциаций и, в частности, в "Конвенции по правам и достоинству человека в связи с внедрением достижений медицины и биологии" (1996), которую подписала, а значит, признает Россия.

На самом деле во всех цивилизованных странах эвтаназия применяется независимо от того, разрешена она законом или нет. По данным Американской медицинской ассоциации, в больницах США ежедневно умирает 6 тысяч человек, больше половины которых уходит из жизни добровольно с помощью медперсонала. В отделении интенсивной терапии госпиталя Сан-Франциско у 5% больных (что составило около половины умирающих) отключалась система жизнеобеспечения. Обращает на себя внимание тот факт, что это решение принимал врач с семьей пациента, в то время как общепринятым обязательным условием эвтаназии является информированное добровольное решение самого больного. В литературе отмечается, что 40% всех смертей больных людей наступает в результате принятия медиками решений о прекращении жизни либо путем отказа от лечения, либо с помощью лекарств, ускоряющих ее наступление. Авторы правильно замечают, что в странах, где эвтаназия запрещена, где нет гласности, а значит, законной защиты от неправомерного применения эвтаназии, положение обстоит хуже. Несмотря на принятие закона, запрещающего эвтаназию, случаи ее применения участились, и в этом признаются сами врачи. Например, бывший директор ООН по медицине американский врач Майкл Горвин признался, что помог уйти из жизни 50 своим больным.

Четверть века общественность всего мира следила за деятельностью самого последовательного сторонника практической эвтаназии - американского врача Джека Кеворкяна, который остановил жизнь 130 больных. Одни считают его гуманистом, другие - убийцей. Многолетняя тяжба его с судами штата Мичиган, несколько раз его оправдывавшим, закончилась его осуждением. Вместе с тем, с одобрением была принята эвтаназия 37-го президента США Ричарда Никсона. После первого инсульта он написал обращение к лечащим врачам с просьбой не прибегать к искусственным методам продления его жизни в случае повторения кровоизлияния в мозг, когда он не сможет выразить свою волю. Сознательно прекратил принимать лекарства после консультации с личным врачом и составления завещания президент Франции Миттеран, страдающий последней стадией рака. И в этом случае в прессе отмечалась мужественность именитого больного, желание быть хозяином собственной судьбы. Бросается в глаза **элитарный** подход к оценке эвтаназии. Анализируя создавшееся положение, следует признать, что правы те, кто считает, что сейчас актуальным является вопрос не о том, разрешать или не разрешать врачам применение эвтаназии, а о том, когда и при каких условиях ее допускать и как при этом организовать контроль над правомерностью ее осуществления.

Решать вопрос об эвтаназии с точки зрения права непросто, ибо в тех же основах законодательства "Об охране здоровья граждан", на что обращалось внимание в печати, наряду с приведенной выше статьей 45, имеется другая статья - 33 "Отказ от медицинского вмешательства". В ней указано, что "гражданин или его законный представитель имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения", даже если оно начато на любом этапе проведения. При этом ему в доступной форме должны быть изложены все последствия отказа от лечения, что оформляется записью в медицинском документе и подписывается пациентом (его законным представителем) и лечащим врачом.

В некоторых лечебных учреждениях разработаны специальные расписки с указанием, о каких конкретно последствиях проинформирован больной. Право на отказ от медицинского вмешательства подтверждается и статьей 30 Основ законодательства - "Права пациента". Это соответствует международным нормам прав человека, но создает возможность легального использования пассивной эвтаназии путем "прекращения мер по поддержанию жизни", прямо запрещенных статьей 45.

В случаях тяжелого, опасного для жизни состояния такое вынужденное бездействие врача может рассматриваться как применение пассивной эвтаназии, ибо налицо два важных ее признака: 1) просьба самого больного не оказывать ему помощь (после информирования врачом в доступной форме о возможных последствиях) и 2) неоказание медицинской помощи по жизнеобеспечению или прекращение искусственных мер по поддержанию жизни.

Сложнее дело обстоит в случае отказа от медицинского вмешательства в отношении новорожденного или плода, что требует отдельного рассмотрения, а также лица, не достигшего 15 лет или признанного недееспособным. В случае тяжелого состояния такого больного, в соответствии со статьей 33 Основ законодательства "Об охране здоровья граждан", решение принимают родители или законные представители, а не сам пациент. При этом не учитывается их нравственный облик, особенности обстоятельств и религиозной принадлежности, когда даже неопасное и оправданное вмешательство может категорически не допускаться. Очевидно, здесь необходимы определенные оговорки в законодательстве. Правда, лечебное учреждение может обратиться в суд для защиты интересов несовершеннолетнего, но в таких случаях, при необходимости оказания неотложной помощи, дожидаться решения суда, учитывая нашу систему судопроизводства, означает не оказывать своевременную медицинскую помощь. А это значит совершать другое правонарушение - "неоказание помощи больному".

В случаях невозможности получить согласие пациента, родителей или законных представителей, а также в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами,

оказание медицинской помощи может быть и без их согласия (статья 34 «Основ...»). В этих условиях врач должен быть уверен не только в реально угрожающей опасности больному в случае неприменения конкретного медицинского вмешательства, но и в отсутствии его альтернативы. Неоказание помощи больному может быть также расценено как намеренное прекращение жизни, поэтому в этом случае может быть целесообразно для больного и юридически оправданно для врача не бездействие, а любой обоснованный риск. По нашему уголовному законодательству неблагоприятный исход не может рассматриваться как преступление, если лицо, допустившее риск, не имея альтернативы, предприняло достаточные меры для предотвращения смерти (статья 41 УК РФ). При этом совершенные действия должны быть обеспечены соответствующими знаниями и умением, достаточными в конкретной ситуации, чтобы предупредить наступление вредных последствий. При существующем положении, когда эвтаназия запрещена законом, она может оформляться как отказ от медицинского вмешательства, поддерживающего жизнь. Чтобы достойно выйти из такой сложной ситуации врач не только должен обладать высоким профессионализмом и тщательно документировать свои действия, но быть юридически грамотным специалистом.

Сложность возникает и при доказательстве медикаментозной эвтаназии, особенно путем применения не сильнодействующих, а общепринятых лекарственных средств. В последнем случае умирание будет протекать не остро, а более продолжительно. Тогда доказать применение лекарства намеренно, с целью ускорения наступления смерти, невозможно. Тем не менее, не только причина смерти, но и вопрос о влиянии на ее наступление тех или иных лекарств в определенных дозах и сочетаниях, в связи с подозрением на эвтаназию, будет ставиться перед судебно-медицинской экспертизой. Это действительно важно для следствия (независимо от оценки профессиональной деятельности врача), ибо смерть от действия лекарств наступает от отравления, то есть является насильственной, а смерть при отказе от медицинского вмешательства вследствие заболевания, то есть ненасильственной. Производство судебно-медицинской экспертизы при расследовании дел по подозрению на применение эвтаназии в соответствии с правилами судебно-медицинской экспертизы по материалам дела всегда производится комиссионно. Однако, учитывая многочисленные сложные специфические вопросы, следует внимательно отнестись к подбору состава комиссии. Назначение таких экспертиз будет расти, поэтому надо знать способы эвтаназии, изучить рациональные и эффективные методические и организационные особенности, накапливать опыт таких экспертиз.

Возможны ситуации, при которых применение пассивной эвтаназии является справедливым и действительно может рассматриваться как гуманное отношение к умирающему больному, ибо, имея неотъемлемое конституционное право на жизнь, он должен, в соответствии с международными нормами, при определенных обстоятельствах, иметь право решать вопрос о ее прекращении. Далеко не каждый может и хочет продлевать некачественную, не достойную жизнь на стадии умирания, испытывая при этом физические и нравственные страдания. Более четверти века назад доктор Питер Адмираал прозорливо писал: "Уже следующее поколение будет глубоко озадачено тем долгим сроком, который понадобится нашему поколению, чтобы прийти к безусловному признанию эвтаназии в качестве естественного права человека".

Конечно, при законодательном разрешении ненасильственной эвтаназии должны быть разработаны, и строго соблюдаться определенные условия. О них писал еще в начале нашего столетия известный русский юрист и общественный деятель А.Ф. Кони, допуская возможность добровольного ухода из жизни с предварительным уведомлением прокуратуры. Эти условия достаточно подробно разработаны и апробированы в ряде стран, например в Нидерландах, в некоторых штатах Австралии и США, где эвтаназия разрешена законом и где использованы рекомендации Совета по этике и судебным делам Американской медицинской Ассоциации. Там уже сложились

традиции и методы осуществления эвтаназии, разработаны законодательные акты, форма составления и порядок принятия завещания, а также богатый опыт досудебного и судебного разбирательства подобных дел. Как правило, для осуществления эвтаназии должно быть учтено, что добровольное неоднозначное решение о ее осуществлении может принимать только совершеннолетний дееспособный человек, находящийся вне реактивного состояния или приступа. Диагноз и безнадежность состояния должны быть установлены консилиумом независимых специалистов. При этом у больного должны быть зарегистрированы тяжелые физические страдания и установлено, что болезнь не излечима после применения альтернативных способов. Это должна быть высказанная больным устно или написанная под его диктовку и подписанная им и лечащим врачом в присутствии юриста, осознанная, неоднократно повторенная просьба больного. Этому должно предшествовать доступное информирование больного о последствиях принимаемых по его просьбе действий или бездействий, вплоть до наступления смерти.

Биоэтические проблемы эвтаназии

Особого рассмотрения заслуживают проблемы эвтаназии. Термин эвтаназия имеется в тексте ст. 71 «Клятва врача» Федерального закона РФ № 323-ФЗ, где, в частности, определено, что, получая высокое звание врача и приступая к профессиональной деятельности, врач торжественно клянется «проявлять высочайшее уважение к жизни человека, никогда не прибегать к осуществлению эвтаназии». В силу ст. 45 Федерального закона РФ № 323-ФЗ медицинским работникам запрещается осуществление эвтаназии, то есть ускорение по просьбе пациента его смерти какими-либо действиями (бездействием) или средствами, в том числе прекращение искусственных мероприятий по поддержанию жизни пациента.

Эвтаназия – слово греческого происхождения: *eu* – на русском языке означает хороший, *thanatos* – смерть. Впервые использовал этот термин Ф. Бекон (1561-1626) для обозначения легкой или счастливой смерти. В биоэтике этот термин преимущественно понимается как ускорение смерти тяжело и неизлечимо больного, осуществляемое по его воле или по воле уполномоченных им близких. Есть и другие определения эвтаназии, которые формулируются, в частности, в теологической литературе: «Эвтаназия – это преднамеренное убийство человека, жизнь которого признается недостойной продолжения, посредством совершения или отказа совершить определенное действие» (Уайатт Д., 2003). На протяжении истории отношение к таким действиям было изменчивым. Для многих первобытных обществ было нормой умерщвлять стариков. В древнегреческой Спарте болезненных младенцев сбрасывали в пропасть, в древнем Риме оправдывали умерщвление очень слабых и тяжело больных людей без их согласия. Запрет на применение смертельных средств, известный нам из Клятвы Гиппократата, отражал традиции последователей немногочисленного врачебного братства, берущего начало от врача с острова Кос Гиппократата.

Ранние христиане (IV-V в. н.э.) перед лицом боли и смерти следовали завету Христа: «Не моя воля, но Твоя да будет». В Средневековье резко выступал против эвтаназии и самоубийств философ-схоласт Фома Аквинский (1225-1274). Вплоть до эпохи Возрождения и Просвещения эти взгляды никем не оспаривались. И лишь Френсис Бэкон провозгласил профессиональным долгом врачей в отношении неизлечимых больных эвтаназию, как облегчение мук умирающего. В труде «О достоинстве и приумножении наук» (1623) он писал, что даже тогда, когда нет никакой надежды на спасение больного, долг врача – в облегчении страданий умирающего: «... эта эвтаназия ... уже сама по себе является ...счастьем». В течение XIX в. призыв Ф. Бэкона к врачам об обязанности помощи умирающим стал этической нормой. Лишь около ста лет назад в Англии и США начинает дискутироваться вопрос о том, чтобы безнадежно и болезненно страдающий пациент смог обратиться к врачу с просьбой ускорить смерть.

В России видный юрист А.Ф. Кони считал допустимой эвтаназию при условии настойчивой просьбы больного, невозможности облегчить страдания иными средствами,

единогласном подтверждении этой безысходности коллегией врачей и уведомлении прокуратуры. В Германии в русле идей «расовой гигиены», «жизни, не стоящей того, чтобы жить» теоретически обосновывалась насильственная эвтаназия. В 1939-1941 годах на основании приказа Гитлера в принудительном порядке в переоборудованных из больниц «заведениях эвтаназии» были умерщвлены (в основном в газовых камерах) около 275 тысяч немцев – душевнобольных, стариков и детей с тяжелыми уродствами. Эти злоупотребления были осуждены после Второй мировой войны, и общественное мнение стало резко отвергать эвтаназию.

В последней трети XX в. тема эвтаназии становится вновь актуальной, во-первых, потому, что применение в медицине новых медицинских технологий жизнеподдерживающего лечения сделало массовыми ситуации выбора, продолжать ли это лечение, исходя из блага и меньшего зла для пациента. Во-вторых, в медицинской этике и медицинском праве важной стала категория права умереть с достоинством.

Термин эвтаназия требует детализации, поскольку объединяет разные ее формы. Различают активную и пассивную эвтаназию. Активная эвтаназия – это прямые действия, направленные на умерщвление пациента, например, путем введения ему смертельной дозы медикамента. Пассивная эвтаназия – это отказ от применения таких методов лечения у неизлечимого больного, которые лишь удлиняют период умирания, как правило, снижая качество его оставшейся жизни, например, отключение жизнеподдерживающей аппаратуры от пациента.

Как активная, так и пассивная эвтаназия может быть добровольной, (т.е. применяемой на основе просьбы и информированного согласия самого пациента или на основе опекунского решения, если пациент некомпетентен) и недобровольной. Особой разновидностью активной и недобровольной эвтаназии может считаться принудительная эвтаназия (т.е. осуществляемая при осведомленности и без согласия со стороны компетентного пациента).

При анализе отказа от лечения есть разница в ситуации, когда прекращается уже начатое лечение и ситуации, когда принимается решение не начинать лечения в силу его бесполезности. Моральное бремя в первой ситуации для врача более тяжело, т.к. здесь врач как бы нарушает обязательство не умерщвлять, что возможно, во втором – обязательство спасти, что невозможно. Если с некоторыми обстоятельствами отказа от лечения приходится мириться как с неизбежным злом (врожденное уродство несовместимое с жизнью), то против активной эвтаназии выдвигаются сильные аргументы осуждения. В подавляющем большинстве стран она запрещена законом, как в России. Однако, в отдельных странах (Голландии, Дании) активная эвтаназия узаконена. Э. Стречча, В. Тамбоне (2002) замечают, что голландский закон не легализует эвтаназию, но депенализует ее, освобождая от уголовной ответственности врача, который на основании ряда хорошо разработанных показателей, принимает решение прервать жизнь пациента. Однако это не меняет сути такого рода поведения, которое остается совершенно недопустимым с этической точки зрения и которое открывает путь другим формам эвтаназии, в том числе и недобровольной. Авторы отмечают, что помимо голландского закона известен также закон, одобренный парламентом австралийского штата Северная Территория в мае 1995 г. Этот закон, названный «Права заключительного третьего акта» и вступивший в действие 1 июля 1996 г., стал первым законом в мире, который в наши дни одобряет эвтаназию, рассматривая ее при определенных условиях, как гражданское право. Бурные дебаты, разразившиеся в Австралии в связи с этим законом, привели к одобрению другого закона на федеральном уровне (утвержденного верхней палатой федерального парламента 24 марта 1997 г.), который отменил закон, принятый Северной Территорией.

Наиболее часто приводимые аргументы за эвтаназию следующие: а) человеку должно быть предоставлено право самоопределения, в том числе – право прекращения своей жизни; б) человек должен быть защищен от жестокого, негуманного лечения, от медицины, неспособной решать проблемы умирающего больного; в) неизлечимый

больной имеет право настаивать на эвтаназии с целью избавления своих близких от душевных мук; г) «экономический аргумент» – общественные ресурсы, затрачиваемые на помощь безнадежным больным, рациональнее направить в другие секторы здравоохранения.

Противники эвтаназии критикуют эти аргументы. Так, «экономический» аргумент слишком напоминает о фашистской практике избавления от «лишних людей», которая имела место наряду с мероприятиями по расовой гигиене в нацистской Германии, о чем уже говорилось. Аргументы против эвтаназии состоят в следующем: а) эвтаназия фактически отрицает высшую ценность – святость человеческой жизни; б) эвтаназия недопустима ввиду возможности диагностических и прогностических ошибок; в) эвтаназия недопустима ввиду опасности злоупотреблений; г) легализация эвтаназии приведет к окончательной утрате критерия допустимого и недопустимого в медицине; д) альтернативой эвтаназии является современная паллиативная медицина.

В острых дискуссиях, посвященных эвтаназии, как сторонники, так и противники ее проведения, как правило, не подвергают сомнению тот факт, что осуществление эвтаназии – это обязанность медицинских работников. Вместе с тем обременение медицинских работников моральным долгом осуществления эвтаназии, а, следовательно, и моральной ответственностью за нее не является столь очевидным, поскольку в прямолинейной аргументации эвтаназии как обязанности врача не учитывается несколько существенных обстоятельств.

При таком подходе, во-первых, теряется широкий общественный контекст эвтаназии, присутствующий на этапах выявления и обсуждения проблемы и отсутствующий на этапе ее конкретного решения (осуществления эвтаназии).

Во-вторых, не учитывается профессиональное мировоззрение медицинских работников, их биоэтическое сознание, установки и ценностные ориентации, для которых характерно признание приоритета интересов пациента, забота о его здоровье и спасении жизни. Это находит свое отражение в «Клятве врача» и законодательном запрете осуществления эвтаназии медицинским работникам.

В-третьих, для осуществления эвтаназии, на наш взгляд, специальные знания в области медицины не требуются, как и при приведении в исполнение приговора о смертной казни. Отключение аппаратов, обеспечивающих поддержание жизненных функций, является больше технической задачей, чем медицинской.

В этой связи для содержательной дискуссии об эвтаназии необходимо соблюдать следующие предпосылки:

- эвтаназия – это социальная, а не медицинская проблема;
- эвтаназия не входит в компетенцию медицинских работников, поскольку для ее осуществления не требуются специальные знания в области медицины.
- эвтаназия противоречит мировоззрению медицинских работников, их биоэтическому сознанию, установкам и ценностным ориентациям;
- медицинским работникам в соответствии с российским законодательством запрещается осуществление эвтаназии.

В этой связи заслуживает внимания суждение Л.Р. Грэхэма (1991) о том, что за всеми философскими и медицинскими вопросами, обсуждавшимися в связи с проблемами биоэтики, стоит один практический и политический вопрос: кто должен решать, что можно, а что нельзя делать при проведении биомедицинских исследований? Поэтому, если вопрос о проведении эвтаназии будет решен обществом положительно, то государство должно взять на себя реализацию властной функции – принятия решения о проведении эвтаназии в судебном порядке и определения круга лиц ее осуществляющих, исключая из него медицинских работников.

Формы контроля освоения заданий по самостоятельной внеаудиторной работе по данной теме (контрольные вопросы).

Ситуационная задача № 1.

Кто имеет внутреннюю ценность, тот не боится смерти, он скорее умрет, чем будет жить прикованным к тачке вместе с мошенниками, как предмет позора.

Вопрос:- в каком случае, по мнению философа, смерть предпочтительней жизни?

Ситуационная задача № 2.

«Если же превратности судьбы и неизбежная тоска совершенно отняли вкус к жизни, если несчастный, будучи, сильный духом, более из негодования на свою судьбу, чем из малодушия или подавленности, желает смерти и все же сохраняет себе жизнь не по склонности или из страха, а из чувства долга, - тогда его максима имеет моральное достоинство».

Вопрос:- в каком случае, по мнению Канта, нравственно оправдан отказ от самоубийства?

Ситуационная задача № 3.

Академик Согдеев спросил американскую астронавтку о ее отношении к полету на Марс. Она ответила: «Я готова полететь даже в одну сторону. У меня свое понимание качества жизни»

Вопрос:- что выбирает астронавтка: жизнь вообще, качество жизни, смерть (так как полет в одну сторону - это смерть на Марсе)?

Ситуационная задача № 4.

Неизлечимый больной, 72 лет, страдающий раком прямой кишки, неоднократно просил врача ускорить наступление его смерти. Родственники из сострадания обещали врачу вознаграждение за процедуру эвтаназии. Врач отказался выполнить акт эвтаназии сам, но проконсультировал сына больного о способе введения и дозе яда. В отсутствие врача больному (с его согласия) была введена смертельная доза инсулина.

Вопрос:- имела ли место эвтаназия в данном случае? Поясните.

Ситуационная задача № 5.

В суде г. Белая Калитва был осужден гр. Н. за убийство своей парализованной матери. Ухаживая за ней и узнав от врачей, что вылечить мать, они не могут, он предложил ей прекратить мучения. Якобы заручившись ее согласием, он пытался задушить ее руками, но, не достигнув смерти, он нанес ей кухонным ножом несколько проникающих в грудь ран. На суде, заявив, что знает об эвтаназии, решил ее применить из сострадания. И хотя суд не признал этот мотив смягчающим убийство обстоятельством, журналисты обсуждали в печати его возможность.

Вопрос:- можно ли признать действия гр.Н. эвтаназией? Поясните.

Ситуационная задача № 6.

Молодой человек, 19 лет, термические ожоги лица, дыхательных путей, ампутированные руки, полностью ослепший. Лечение не помогает. Мать-врач по профессии, ухаживая за ним, постоянно испытывала муки от беспомощности, так как обезболивающие препараты не помогали, а сын одолевал ее просьбами помочь уйти из жизни, которая стала для него невыносимой. В конце концов, мать поддалась на уговоры, написала завещание, сделав сыну смертельный укол, сама в целях самоубийства выпила горсть таблеток снотворного. Ее спасли и возбудили уголовное дело за умышленное убийство, но после расследования, ссылаясь на психическое расстройство, оно было прекращено.

Вопрос:- можно ли оценить действия матери как эвтаназию?

Ситуационная задача № 7.

Поэт Некрасов Н.А.:

- Нет! Не поможет мне аптека,
Ни мудрость опытных врачей.
Зачем же мучать человека?
О, небо, смерть пошли скорей!

Вопрос:- имеет ли право врач, откликаясь на просьбу пациента, помочь ему уйти из жизни?

Ситуационная задача № 8.

Новорожденный страдает атрезией заднего прохода и болезнью Дауна. Немедленное хирургическое вмешательство позволило бы спасти жизнь новорожденного, но его интеллект не превысил бы со временем уровня 4-х летнего ребенка, а продолжительность жизни составила бы около 20 лет. Родители отказываются от операции.

Вопрос:- имеет ли место эвтаназия в этом случае?

Ситуационная задача № 9.

«Мое убеждение: медики призваны бороться со смертью, но не продлевать агональное состояние безнадежно больных людей. С другой стороны, это расходится с устоявшимися канонами клятвы Гиппократата и требует выработки новых рекомендаций»

Вопрос:- к сторонникам или противникам эвтаназии можно отнести автора? Поясните.

Ситуационная задача № 10.

Девушки, Патрица К. (16 лет) и Шкерманова М. (13 лет), задушили соседку по дому, 32-летнюю Н.Баранникову. На суде они показали, что Б.Н. попросила их об этом, дабы не быть обузой мужу и дочери, так как находилась в парализованном состоянии после ДТП. Она обещала девочкам свои золотые изделия на сумму 8103 рубля. Девочки сначала пытались шприцем ввести пузырек воздуха для воздушной эмболии, не получилось; затем они задушили ее веревкой; взяли золото и в ломбарде получили за него 4750 рублей.

Вопрос:- можно ли квалифицировать действия девушек как эвтаназию? Поясните.

Ситуационная задача № 11.

«Прямое убийство человека, даже по его просьбе, представляет собой зло. Любая врачебная процедура, единственным и немедленным следствием которой является смерть человеческого существа, есть прямое убийство. Эвтаназия (убийство из милосердия) во всех ее формах запрещается. Отказ от применения ординарных средств сохранения жизни приравнивается к эвтаназии».

Вопрос:- какой вид эвтаназии осуждается «директивами»? Поясните.

Ситуационная задача № 12.

Больная, страдавшая тяжелой формой полиомиелита в течение 20 лет, находилась на искусственном дыхании в нейрореанимационном отделении. Она была почти полностью обездвижена, могла двигать только одним пальцем ноги. И, тем не менее, она ни разу не выразила желания умереть, наоборот – очень хотела жить, боялась смерти в связи с отказом в работе дыхательного аппарата. Она смотрела телевизионные передачи, виделась с сыном, \своими коллегами по работе.

Вопрос:- относится ли больная к категориям пациентов, от которых может поступить просьба об эвтаназии? Поясните.

Ситуационная задача № 13.

«...если попытка реанимации действительно представляет для семьи тягость, которая не может быть им (врачом) осознана, а ею (семьей) может, семье дозволено, законом, настаивать на прекращении реанимационных мероприятий, а врачу в таком случае полагается подчиниться ей».

Вопрос:- каково отношение к эвтаназии папы Пия Х11?

Ситуационная задача № 14.

Больная девочка: возраст – 1 год и 8 месяцев, рост - 58 см., масса тела – 9 кг. Диагноз: гидроцефалия, лихорадка неясной этиологии. Один раз в неделю ребенку «выкачивали» жидкость из головы, но она становилась все больше и еще быстрее увеличивалась в размерах. Ежедневно внутривенно капельно вводились растворы через подключечный катетер, плюс лекарственные препараты, поддерживающие жизнедеятельность головного мозга. Девочка день ото дня слабела. Глаза она уже почти не открывала, внутричерепное давление было постоянно повышено. По просьбе матери жидкость из головы перестали выкачивать. Через три с половиной месяца девочка умерла.

Вопрос:- означает ли прекращение выкачивания жидкости из головы ребенка проведение эвтаназии? Поясните.

Ситуационная задача № 15.

Из сострадания к мукам безнадежно больного Н. и по его просьбе родственники упростили врача сделать больному инъекцию лекарства в смертельной дозе. Врач исполнил просьбу родственников. Больной умер.

Вопрос:- как следует квалифицировать действия врача?

Ситуационная задача № 16.

Акушер-гинеколог болен раком легкого. Поверив диагнозу «хроническая пневмония», он еще в течение 3-х месяцев после установления диагноза продолжал работать: заведовал стационарным отделением, оперировал, вел общественную работу. При повторном лечении по поводу «хронической пневмонии» на столе у дежурной медсестры он увидел свою историю болезни и прочитал заключение рентгенолога по рентгенограмме легкого (центральный рак легкого) после этого он совершенно упал духом, выписался из больницы, перестал работать и вскоре умер.

Вопрос:- всегда ли правдивая информация о тяжелом заболевании является причиной «падения духа» у пациента?

Рекомендуемая литература

Основная:

1. Биоэтика: учебное пособие / Л. Г. Сахарова. - 109 с. Сахарова, Л.Г. Киров: Кировский ГМУ, 2017. - Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/136097>

2. Биоэтика. Философия сохранения жизни и сбережения здоровья: учебник - 400 с. Хрусталеv, Ю. М. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - ISBN 978-5-9704-5266-0. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452660.html>

3. Биоэтика. Этические и юридические документы, нормативные акты - 357 с. Шамов, И. А. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - ISBN 978-5-9704-2975-4. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970429754.html>

Дополнительная:

1. История и современные вопросы развития биоэтики: учебное пособие - 144 с. Балалыкин, Д. А. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - ISBN 978-5-9704-2057-7. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970420577.html>

2. Биоэтика: учебное пособие - 47 с. Бугеро, Н. В. Ульяновск: УлГПУ им. И.Н. Ульянова, 2017. - ISBN 978-5-86045-906-9. - Текст электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/112086>

3. Биоэтика: учебник / под ред. П.В. Лопатина. - 4-е изд., перераб. и доп. - 269 с. Лопатин, П. В. М.: Гэотар Медиа, 2011.

4. От этики до биоэтики: учебник Хрусталеv, Ю. М. Ростов н/Д: Феникс, 2010.

Тема 12. «Понятия «качество жизни» и «качество жизни, связанное со здоровьем».

Тема: «Понятия «качество жизни» и «качество жизни, связанное со здоровьем».

Цель изучения темы: Обеспечить системное усвоение вопросов темы, сформировать четкое представление о понятиях качество жизни и медицинская ошибка. Разобрать основные дефиниции понятия в России и международном медицинском сообществе.

Задачи: формирование навыков изучения научной литературы и официальных статистических обзоров; обучение студента использованию полученных знаний в профессиональной практике «во благо пациенту»;

Обучающийся должен знать: Понятие врачебная (медицинская) ошибка. Виды медицинских ошибок. Причины медицинских ошибок. Виды административной, гражданско-правовой, юридической ответственности при совершении врачебной (медицинской) ошибки. Понятие – «качество жизни» и «качество жизни связанное со здоровьем»

должен владеть: навыками восприятия и анализа специальных текстов, имеющих этическое содержание, приемами ведения дискуссии и полемики, навыками публичной речи и письменного аргументированного изложения своей собственной точки зрения по актуальным биоэтическим проблемам;

должен уметь: защищать гражданские права врачей и пациентов различного возраста.

должен сформировать компетенции:

УК-1. Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий.

УК-5. Способен анализировать и учитывать разнообразие культур в процессе межкультурного взаимодействия.

Задания для самостоятельной работы обучающихся по указанной теме:

Качество жизни.

Традиционно считалось, что главная цель медицины – защита здоровья и жизни пациента. Однако нередко достижение этой цели сопровождалось отказом от свободы больного, а значит, и от его личности. Пациент превращался в пассивного получателя блага, в объект манипуляций.

Главная цель современной медицины – помощь благополучию пациента, восстановление здоровья подчинено этой цели как один из составляющих элементов.

Понятие качество жизни появилось в 1977 году и в настоящее время является одним из ключевых направлений в медицине.

По определению Новик А.А. Качество жизни – это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии.

В современной медицине широкое распространение получил термин «качество жизни, связанное со здоровьем».

Методология исследования качества жизни открыла новый этап в развитии медицины XXI века, предложив простой, информативный и надежный способ определения ключевых параметров, составляющих благополучия больного человека.

Качество жизни (КЖ) – широкое понятие, охватывающие многие стороны жизни человека, в том числе и не связанные с состоянием здоровья.

В понятие КЖ входят удовлетворенность пациентов условиями жизни, работой, учебой, домашней обстановкой и многие другие социальные и даже политические компоненты. Однако медицинское понятие качества жизни, естественно, включает прежде всего те показатели, которые связаны с состоянием здоровья человека.

ВОЗ рекомендует определять КЖ как индивидуальное соотношение своего положения в жизни общества в контексте его культуры и систем ценностей с целями данного индивидуума, его планами, возможностями и степенью неустройства.

Российские специалисты, занимающиеся проблемами КЖ, предлагают понимать под КЖ степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках своего общества.

Данные о качестве жизни позволяют осуществлять постоянный мониторинг состояния больного и в случае необходимости проводить коррекцию терапии. Оценка КЖ сделанная самим больным, является ценным и надежным показателем его общего состояния. Данные о КЖ наряду с традиционным медицинским заключением, позволяют составить полную и объективную картину болезни.

Оценка КЖ – новое и перспективное направление медицины, которое дает возможность точнее оценить нарушения в состоянии здоровья пациентов, яснее представить суть его клинической проблемы, определить наиболее рациональный метод лечения, а также оценить его ожидаемые результаты по параметрам, которые находятся на стыке научного подхода специалистов и субъективной точки зрения пациента

По современным воззрениям, болезнь человека рассматривается как дисгармония биологических и социальных процессов, связанная с возросшей нагрузкой на организм, компенсаторные возможности которого не безграничны. «Срыв» защитно-приспособительных механизмов приводит к структурным и функциональным нарушениям на всех уровнях и, прежде всего нейроэндокринной и иммунной системы, являющиеся патогенетической основой неблагоприятного течения и прогноза ремиссии для любого заболевания. Согласно литературным данным изменения составляющих КЖ особенно отчетливо проявляются у больных с хроническим заболеванием. Развитие процесса и ухудшение самочувствия способствует тому, что пациент начинает переживать критические изменения во всех сферах жизнедеятельности – физической, психической, духовной и социальной.

В 1992г. ВОЗ положила начало крупномасштабному проекту «Качество жизни».

Качество жизни определено как восприятие человеком своего положения, своих возможностей в комплексе культуры и системы ценностей, в которых он живет, а также видов на будущее.

Качество жизни широкое понятие, включающее комплекс факторов: физическое здоровье человека, психологический статус, уровень независимости, социальные взаимоотношения, характерные черты окружающей среды.

Качество жизни (КЖ) – понятие актуальное не только для здравоохранения, но и для всех сфер жизни современного общества, т.к. конечной целью активности всех институтов общества является благополучие человека.

Благополучие человека – это гуманная и благородная цель, реализация которой возможна, с одной стороны, если структуры общества прикладывают усилия для ее достижения, с другой, если есть строгие критерии оценки и измерения этих усилий.

Определение понятия «качество жизни» логично и структурно связано с дефиницией здоровья, данной Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ).

«Здоровье – это полное физическое, социальное и психологическое благополучие человека, а не просто отсутствие заболевания».

Концепция КЖ, по мнению авторов, позволила вернуться на новом витке эволюции к важнейшему принципу клинической практики «лечить не болезнь, а больного». Ранее не вполне четко очерченные задачи в лечении пациентов с различными формами патологии, облекавшиеся в размытые вербальные категории, обрели определенность и ясность. В соответствии с новой парадигмой клинической медицины качество жизни пациента является либо главной, либо дополнительной целью лечения:

- Качество жизни является главной целью лечения пациентов при заболевании, не ограничивающих продолжительность жизни;
- Качество жизни является дополнительной целью лечения пациентов при заболеваниях, ограничивающих продолжительность жизни (главной целью в этой группе является увеличение продолжительности жизни);

• Качество жизни является единственной целью лечения пациентов в инкурабельной стадии заболевания

Понятие «качество жизни» многомерно в своей основе. Его составляющими являются:

- психологическое благополучие;
- социальное благополучие;
- физическое благополучие;
- духовное благополучие.

Исследование качества жизни в медицине – уникальный подход, позволивший принципиально изменить традиционный взгляд на проблему болезни и больного.

Разнообразные показатели характеризующие качество жизни, можно сгруппировать в коррелирующие, но отличные друг от друга группы

Физический аспект качества жизни:

- Совокупность симптомов болезни;
- Комбинацию побочных эффектов лечения;
- Выраженность общего физического благосостояния.

Функциональный аспект качества жизни

Способность исполнения действий, связанных с индивидуальными потребностями, амбициями или социальной ролью;

- Активность;
- Возможность самообслуживания;

Эмоциональный аспект качества жизни:

- Психологическое равновесие;
- Изменение личности;
- Потеря своей эстетической цельности, привлекательности, интереса к поддержанию приятной внешности (сексуальности);

- Утрата перспектив на счастье;
- Духовные проблемы – утрата веры в справедливость мира;

Межперсональные проблемы –

- Семейное благополучие,
- Взаимоотношения в семье,
- Удовлетворение от отношений с друзьями,
- Страх потери любви окружающих,
- Проблема ухода за больным,
- Проблемы родственников,
- Ложь больному со стороны родственников и врачей;

Социальный аспект качества жизни - влияние заболевания на трудоспособность и др.

Изучение качества жизни, связанного со здоровьем, позволяет изучить влияние заболевания и лечения на показатели КЖ больного человека, оценивая все составляющие здоровья.

Сферы применения исследования КЖ в практике здравоохранения достаточно обширны. К наиболее важным относятся следующие:

1. Стандартизация методов исследования;
2. Экспертиза новых методов лечения с использованием международных критериев, принятых в большинстве развитых стран;
3. Обеспечение полного индивидуального мониторинга состояния больного с оценкой ранних и отдаленных результатов лечения;
4. Разработка прогностических моделей течения и исхода заболевания;
5. Проведение социально-медицинских популяционных исследований с выделением групп риска;
6. Разработка фундаментальных принципов паллиативной медицины;

7. Обеспечение динамического наблюдения за группами риска и оценки эффективности профилактических программ;
8. Повышение качества экспертизы новых лекарственных препаратов;
9. Экономическое обоснование методов лечения с учетом таких показателей, как «цена-качество», «стоимость-эффективность» и др. фармакоэкономических критериев.

Основными принципами исследования КЖ являются многомерность, изменчивость во времени и участие больного в оценке своего состояния.

Многомерность. КЖ включает в себя информацию об основных сферах жизнедеятельности человека: физической, психологической, социальной, духовной и экономической. КЖ, связанное со здоровьем, оценивает компоненты не связанные и связанные с заболеванием, и позволяет дифференцированно определить влияние болезни и лечения на состояние больного.

Изменяемость во времени. КЖ изменяется во времени в зависимости от состояния больного, обусловленного рядом эндогенных и экзогенных факторов. Данные о КЖ позволяют осуществлять постоянный мониторинг состояния больного и в случае необходимости проводить коррекцию терапии.

Участие больного в оценке его состояния. Эта составляющая КЖ является особенно важной. Оценка КЖ, сделанная самим больным, является ценным и надежным показателем его общего состояния.

Оценку КЖ должен проводить пациент, так как в результатах многочисленных исследований показано, что оценка КЖ, сделанная больным, часто не совпадает с оценкой КЖ, выполненной врачом.

Изменения составляющих КЖ особенно отчетливо проявляются у хронического больного. При постановке диагноза физическое состояние, психологического и социального функционирования пациента, как правило, не нарушено. С развитием процесса и ухудшением самочувствия пациент переживает критические изменения во всех сферах жизнедеятельности – физической, психической, духовной и социальной.

Наличие негативной симптоматики пациентами отмечается чаще, чем врачами, причем половина больных называет стрессогенные симптомы, вообще выпавшие из поля зрения медицинских специалистов.

Разработка и концепция КЖ при различных заболеваниях, унификация и стандартизация подходов к изучению КЖ – актуальные научно практические проблемы, над которыми работают ВОЗ, ряд других международных некоммерческих организаций, периодических изданий, специализирующихся исключительно на вопросах КЖ.

Таким образом, исследование качества жизни позволяет получать дополнительную информацию о многих аспектах состояния больного, как до начала, так и в процессе лечения, а методология исследования КЖ открыла новый этап в жизни общества XXI века, предложив простой, информативный и надежный способ определения ключевых параметров, составляющих благополучия человека.

Формы контроля освоения заданий по самостоятельной внеаудиторной работе по данной теме (контрольные вопросы).

Выберите правильный ответ

1.Основными принципами охраны здоровья являются:

- 1) соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- 2) приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;
- 3) приоритет охраны здоровья детей;
- 4) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- 5) все ответы верны

2.Основными принципами охраны здоровья являются

- 1) доступность и качество медицинской помощи;
- 2) недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;

- 3) приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;
- 4) соблюдение врачебной тайны.
- 5) все ответы верны

3. Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи это:

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

4. Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи это:

- 1) организации оказания медицинской помощи пациенту с учетом рационального использования его времени;
- 2) установления требований к проектированию и размещению медицинских организаций с учетом соблюдения санитарно-гигиенических норм и обеспечения комфортных условий пребывания пациентов в медицинских организациях;
- 3) создания условий, обеспечивающих возможность посещения пациента и пребывания родственников с ним в медицинской организации с учетом состояния пациента, соблюдения противозидемического режима и интересов иных лиц, работающих и (или) находящихся в медицинской организации.
- 4) все ответы верны

5. Приоритет охраны здоровья детей это:

- 1) Государство признает охрану здоровья детей как одно из важнейших и необходимых условий физического и психического развития детей.
- 2) Дети независимо от их семейного и социального благополучия подлежат особой охране, включая заботу об их здоровье и надлежащую правовую защиту в сфере охраны здоровья, и имеют приоритетные права при оказании медицинской помощи.
- 3) Медицинские организации, общественные объединения и иные организации обязаны признавать и соблюдать права детей в сфере охраны здоровья.
- 4) Органы государственной власти Российской Федерации, органы государственной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления в соответствии со своими полномочиями разрабатывают и реализуют программы, направленные на профилактику, раннее выявление и лечение заболеваний, снижение материнской и младенческой смертности, формирование у детей и их родителей мотивации к здоровому образу жизни, и принимают соответствующие меры по организации обеспечения детей лекарственными препаратами, специализированными продуктами лечебного питания, медицинскими изделиями.
- 5) Органы государственной власти Российской Федерации и органы государственной власти субъектов Российской Федерации в соответствии со своими полномочиями создают и развивают медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь детям, с учетом обеспечения благоприятных условий для пребывания в них детей, в том числе детей-инвалидов, и возможности пребывания с ними родителей и (или) иных членов семьи, а также социальную инфраструктуру, ориентированную на организованный отдых, оздоровление детей и восстановление их здоровья.
- б) все ответы верны

Рекомендуемая литература

Основная:

1. Биоэтика: учебное пособие / Л. Г. Сахарова. - 109 с. Сахарова, Л.Г. Киров: Кировский ГМУ, 2017. - Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/136097>
2. Биоэтика. Философия сохранения жизни и сбережения здоровья: учебник - 400 с.

Хрусталеv, Ю. М. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - ISBN 978-5-9704-5266-0. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452660.html>

3. Биоэтика. Этические и юридические документы, нормативные акты - 357 с. Шамов, И. А. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - ISBN 978-5-9704-2975-4. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970429754.html>

Дополнительная:

1. История и современные вопросы развития биоэтики: учебное пособие - 144 с. Балалыкин, Д. А. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - ISBN 978-5-9704-2057-7. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970420577.html>

2. Биоэтика: учебное пособие - 47 с. Бугеро, Н. В. Ульяновск: УлГПУ им. И.Н. Ульянова, 2017. - ISBN 978-5-86045-906-9. - Текст электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/112086>

3. Биоэтика: учебник / под ред. П.В. Лопатина. - 4-е изд., перераб. и доп. - 269 с. Лопатин, П. В. М.: Гэотар Медиа, 2011.

4. От этики до биоэтики: учебник Хрусталеv, Ю. М. Ростов н/Д: Феникс, 2010.