

БЮ- ЭТИКА

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ



ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ ПО ВОПРОСАМ ОБРАЗОВАНИЯ, НАУКИ И КУЛЬТУРЫ

К ЧИТАТЕЛЮ

Брошюра, которую вы держите в руках, посвящена новой, бурно развивающейся области знания — биоэтике. Биоэтика была вызвана к жизни прежде всего беспрецедентным прогрессом биомедицины, который сделал возможным многое из того, что еще совсем недавно было трудно себе вообразить. Сегодня достижения биомедицины чрезвычайно быстро превращаются в технологии, позволяющие успешно бороться с тяжелейшими недугами, от которых страдает человечество, намного увеличивать продолжительность жизни, обживать в экстремальных условиях обитания.

В то же время свершения человеческого гения в области науки и техники заставляют людей задумываться, поскольку новые технологии далеко не всегда и вовсе не автоматически несут благо человеку. И не только задумываться, но и делать выбор: слишком часто приходится тратить силы и средства на преодоление весьма серьезных негативных последствий их применения. Иными словами, мир новых биомедицинских технологий требует от нас вновь и вновь обращаться к проблемам различения добра и зла. В конечном счете, технологии должны служить человеку, а не делать его своим заложником.

Речь вовсе не идет о том, чтобы остановить или замедлить прогресс науки и техники: такой путь губителен и для науки, и для человечества. Дух свободного искания истины, присущий научному творчеству, незаменим и в поисках морально приемлемых решений тех непростых проблем, с которыми сталкивается человечество в мире высоких технологий. А поскольку они все чаще воздействуют на самые глубинные, интимные стороны человеческого существования, перспективы их применения затрагивают всех и каждого. Биоэтика ищет пути осмысления и решения этих проблем с тем, чтобы перед лицом сегодняшних научно-технических достижений были защищены права и достоинство человека, его здоровье и благополучие.

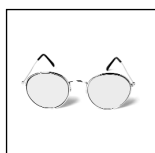
Мир высоких технологий настоятельно требует постоянного диалога между научным сообществом и обществом в целом. Это необходимо как для укрепления доверия общества к науке, так и для определения морально приемлемых форм практического применения научных достижений. Биоэтика — это не только область знания, но и поле общественного диалога, который призван обеспечить согласование интересов науки с интересами человека.

Хотелось бы поблагодарить Московское бюро ЮНЕСКО, поддержавшего подготовку предлагаемой вашему вниманию брошюры, и выразить надежду на то, что она поможет в достижении этих важных целей.

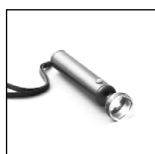
Член Президиума Российской академии наук,
академик А.И. ГРИГОРЬЕВ

ОГЛАВЛЕНИЕ

УСЛОВНЫЕ
ОБОЗНАЧЕНИЯ



РАССМАТРИВАЕМЫЕ ВОПРОСЫ



СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ



ЗАКОНОДАТЕЛЬНАЯ БАЗА

РАЗДЕЛ I ПРОБЛЕМЫ БИОЭТИКИ

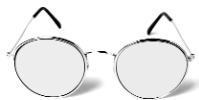
- 01 ВВЕДЕНИЕ: Что такое биоэтика?
- 02 ГЛАВА 1: Модели взаимоотношения медицинских работников и пациентов
- 02 ГЛАВА 2: Моральные проблемы генетики
- 02 ГЛАВА 3: Моральные проблемы аборта
- 02 ГЛАВА 4:
Моральные проблемы репродукции, клонирования и манипуляций со стволовыми клетками человека
- 02 ГЛАВА 5: Этические аспекты помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом
- 02 ГЛАВА 6: Этические проблемы психиатрии
- 02 ГЛАВА 7: Моральные проблемы трансплантологии
- 02 ГЛАВА 8: Моральные проблемы конца жизни (хосписы, эвтаназия)
- 02 ГЛАВА 9: Моральные проблемы проведения исследований с участием человека и животных

РАЗДЕЛ II БИОЭТИКА: ВОПРОСЫ ИСТОРИИ И ТЕОРИИ

- 02 ГЛАВА 1: Как возникла биоэтика?
- 02 ГЛАВА 2:
История формирования биоэтики как академической дисциплины и социального института
- 02 ГЛАВА 3: Пациент как личность: принципы и правила биоэтики. Права пациентов
- 02 ГЛАВА 4: Этические комитеты
- 02 СЛОВАРЬ БИОЭТИЧЕСКИХ ТЕРМИНОВ И ИХ АНГЛИЙСКИХ ЭКВИВАЛЕНТОВ
- 02 ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИСТОЧНИКИ

РАЗДЕЛ I ПРОБЛЕМЫ БИОЭТИКИ

ЧТО ТАКОЕ БИОЭТИКА?



что такое биоэтика?
чем биоэтика отличается от традиционной медицинской этики?
какова роль биоэтики в современном мире?



ВАН РЕНССЕЛЕР ПОТТЕР (1911-2001)
АМЕРИКАНСКИЙ ОНКОЛОГ.
ВПЕРВЫЕ ВВЕЛ В УПОТРЕБЛЕНИЕ
ТЕРМИН «БИОЭТИКА»

Биоэтика представляет собой сложный феномен современной культуры, возникший в конце 60-х — начале 70-х годов прошлого столетия в США. Термин «биоэтика» предложил в 1970 г. американский онколог Ван Ренсселер Поттер. Он призвал объединить усилия представителей гуманитарных наук и естествоиспытателей (прежде всего биологов и врачей) для того, чтобы обеспечить достойные условия жизни людей. По Поттеру, «наука выживания должна быть не просто наукой, а новой мудростью, которая объединила бы два наиболее важных и крайне необходимых элемента — биологическое знание и общечеловеческие ценности». Исходя из этого, он предложил для ее обозначения термин биоэтика.

Впрочем, довольно скоро смысл термина существенно меняется. На первое место выходит междисциплинарное исследование антропологических, моральных, социальных и юридических проблем, вызванных развитием новейших биомедицинских технологий (генетических, репродуктивных, трансплантологических и др.). В 70-е годы в США создаются первые исследовательские и образовательные центры биоэтики, а изучаемые ею проблемы начинают привлекать самое пристальное внимание политиков, журналистов, религиозных деятелей, вообще самой широкой публики.

В следующем десятилетии биоэтика весьма быстро получает признание в Западной Европе, а с начала 90-х годов — в странах Восточной Европы (включая Россию) и Азии (прежде всего в Японии и Китае).

казус кристиана барнарда

3 декабря 1967 г. южноафриканский хирург Кристиан Барнард первым в мире пересади́л сердце от одного человека другому. Он спас жизнь неизлечимому больному, изъяв бьющееся сердце у женщины, мозг которой был необратимо поврежден в результате автомобильной катастрофы.

Общественная реакция на это революционное событие оказалась крайне противоречивой. Одни превозносили Барнарда как героя, создавшего метод спасения сотен тысяч неизлечимых больных. Другие же, напротив, обвиняли его в убийстве: ведь он изъял еще бьющееся сердце! Прервал одну жизнь, чтобы спасти другую! Имел ли он на это право? Или убийства не было, поскольку, если у человека погиб мозг, то он фактически уже мертв независимо от того, бьется или не бьется его сердце?

ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА БИОЭТИКИ

Основная задача биоэтики — способствовать выявлению различных позиций по сложнейшим моральным проблемам, которые лавинообразно порождает прогресс биомедицинской науки и практики. Можно ли клонировать человека? Допустимы ли попытки создания генетическими методами новой «породы» людей, которые будут обладать высокими физическими и интеллектуальными качествами? Нужно ли спрашивать разрешения у родственников умершего при заборе его органов для пересадки другим людям? Можно и нужно ли говорить пациенту правду о неизлечимом заболевании? Является ли эвтаназия преступлением или актом милосердия? Биоэтика призвана способствовать поиску морально обоснованных и социально приемлемых решений этих и подобных им вопросов, которые встают перед человечеством практически ежедневно.

Читатель, однако, вправе спросить: зачем понадобилось создавать биоэтику, ведь на протяжении веков медицина и наука самостоятельно решали аналогичные проблемы? В самом деле, все знают, к примеру, о клятве Гиппократова, которая много столетий является фундаментом профессиональной этики врачей.

ОСНОВНОЕ ОТЛИЧИЕ БИОЭТИКИ ОТ ТРАДИЦИОННОЙ ЭТИКИ

Основное отличие биоэтики от традиционной, гиппократовской этики — в том, что последняя носит сугубо корпоративный характер. Она рассматривает врача в качестве единственного морального субъекта, действующего на пациента, который пассивен (собственно, само латинское слово «пациент» и обозначает того, кто пассивно претерпевает воздействия извне) и не принимает участия в выработке жизненно важных для него решений. Биоэтика же исходит из идеи «активного пациента», который, будучи моральным субъектом, вступает в сложные диалогические (а подчас и конкурентные) отношения с другими субъектами — врачами и учеными.

Традиционные ценности милосердия, благотворительности, ненападения на пациента, нравственной ответственности медиков нисколько не отменяются. Просто в нынешней социальной и культурной ситуации они получают новое значение и новое звучание. Значительно больше внимания уделяется моральной ценности индивида как уникальной и неповторимой личности. В центре морального сознания оказывается идея автономии человека, его неотчуждаемое право (закрепляемое международным и национальным законодательством) самостоятельно принимать наиболее важные решения, касающиеся его собственной жизни.

Отметим также, что если врачи или биологи как эксперты обладают наиболее достоверным знанием, к примеру, о том, как технически клонировать человека, то вопрос о моральной или правовой допустимости подобных действий находится вне их профессиональной компетенции. Именно поэтому биоэтику развивают представители целого ряда дисциплин: врачи, биологи, философы, богословы, психологи, социологи, юристы, политики и многие другие. В этом смысле биоэтика представляет собой междисциплинарный феномен. Проблемы, порождаемые прогрессом биологии и медицины, столь трудны и многообразны, что для их решения необходимы совместные усилия людей, обладающих разными видами знания и опыта.

И еще одна важная особенность биоэтики. История показывает, насколько опасно пытаться навязать обществу одну на всех систему идеологических, национальных, религиозных или иных ценностей. Все мы различаемся по своим ценностным предпочтениям, но в то же время мы все граждане одного общества. Необходимо, несмотря на все различия и, более того, в полной мере уважая их, формировать навыки совместной жизни, в которой каждый вправе быть отличным от других.

Поэтому биоэтика не просто изучает моральные проблемы, порождаемые научно-техническим прогрессом, но и участвует в формировании новых политических институтов, характерных для плюралистического общества. Особую роль в этом играют этические комитеты. Это — социальный институт, который представляет собой многоуровневую сеть общественных, государственных и международных организаций. Этические комитеты существуют при научно-исследовательских учреждениях и больницах, профессиональных объединениях (врачебных, сестринских, фармацевтических), государственных органах (парламентах, президентских администрациях), международных организациях (ЮНЕСКО, ВОЗ, Совет Европы и др.). Важную роль в деятельности этих комитетов играют представители общественности, связанные с мощными правозащитными движениями. Роль общественности в развитии биоэтики отражена во многих международных и национальных законодательных актах.

«Стороны должны позаботиться о том, чтобы фундаментальные проблемы, связанные с прогрессом в области биологии и медицины (в особенности социально-экономические, этические и юридические аспекты) были подвергнуты широкому общественному обсуждению и стали предметом надлежащих консультаций...» (Конвенция Совета Европы «О защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине», статья 28)

Кроме того, биоэтические идеи развиваются и социально реализуются в рамках различных общественных организаций и движений. Достаточно упомянуть независимые врачебные ассоциации, организации защиты прав пациентов, прав животных, сторонников и противников права на аборт и т.д.

Необходимым условием компетентного участия людей в обсуждении и решении острейших проблем, порождаемых новыми биомедицинскими технологиями, является улучшение качества и расширение сфер биоэтического образования. В России с 1999 г. курс биоэтики стал обязательным для медицинского образования. Преподается она и тем, кто обучается другим медицинским специальностям, а в некоторых вузах - биологам, философам, юристам, психологам. Изданы отечественные и переводные учебные пособия, проводятся конференции и семинары. Вместе с тем отечественная система биоэтического образования нуждается в совершенствовании. Предлагаемая читателю брошюра не решит всех проблем, но мы надеемся, что она позволит журналистам, политикам, ученым, активистам общественных организаций углубить свои представления о биоэтике.

МОДЕЛИ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И ПАЦИЕНТОВ

В современной медицине существует множество разнообразных форм (моделей) взаимодействия доктора и пациента. Американский философ Роберт Витч выделил четыре базовые модели: инженерную, пасторскую (патерналистскую), коллегиальную и контрактную (договорную).

ИНЖЕНЕРНАЯ МОДЕЛЬ

В рамках инженерной модели врач относится к пациенту как к безличностному механизму. Задача врачевания интерпретируется как исправление «поломки» механизма, обусловленной действием внешних или внутренних факторов, а медицинская деятельность — как сфера прикладного применения объективного научного знания, которое, как и наука в целом, должно быть «по ту сторону добра и зла». Благо пациента — это восстановленное здоровье, описываемое совокупностью объективных признаков: биохимических показателей, значений артериального давления, данных рентгенографии и т.п.

Витч отмечает, что инженерная модель опирается на устаревшие представления о природе научного знания. Как убедительно демонстрирует современная философия науки, объективное знание «нагружено» значительным объемом неосознаваемых ученым предположений, среди которых немаловажную роль играют личные и групповые интересы, а также определенные моральные предпочтения. Наука отнюдь не нейтральна. Хиросима, «научные» эксперименты в нацистских лагерях и трагический опыт развития отечественной генетики недвусмысленно свидетельствуют о принципиальной важности морально-нравственных принципов в естествознании. В здравоохранении технократизм, проявляющийся в инженерной модели, морально ущербен, поскольку низводит личность больного до статуса неодушевленного предмета.

ПАСТОРСКАЯ, ИЛИ ПАТЕРНАЛИСТСКАЯ МОДЕЛЬ

В рамках патерналистской модели отношения между врачом и пациентом напоминают отеческое отношение отца к ребенку или священника к прихожанину. Собственно, и в последнем случае священник традиционно именуется отцом или батюшкой, а прихожанин — сыном или дочерью.

От предыдущей эту модель отличает существенно более четко выраженная моральная составляющая взаимоотношений между врачами и пациентами. Патерналистское отношение наполнено личностным содержанием. Его движущий мотив — желание помочь страдающему человеку и избежать нанесения ему вреда. Патерналистское врачевание строится как определенного рода межличностное общение. Его моральные принципы — любовь к ближнему, благотворительность, милосердие и справедливость.

Правда, личности находятся при этом в неравном положении. Врач играет роль «отца», обладающего специальными знаниями и умеющего их применить для оказания помощи пациенту. Пациент же выступает в роли несведущего ребенка, чья моральная доблесть заключается в дисциплинированном выполнении предписаний и назначений «старшего». Патерналистская модель господствовала в медицине на протяжении многих столетий. Она явно выражена, в частности, в «Клятве Гипократа», как и во многих последующих этических кодексах медицинской профессии. Патернализм в общении с пациентами остается нормой для значительного числа современных медиков, да и среди пациентов многие считают патерналистское отношение к себе вполне адекватным.

В чем же несовершенство этой модели с моральной точки зрения? Патернализм ущемляет права пациента как автономной личности, самостоятельно и свободно принимающей жизненно важные решения, контролирующей свое состояние. По сути дела речь идет об унижении личного достоинства больного, поскольку отношения строятся не как «горизонтальные», т.е. равноправные, а как «вертикальные», как отношения господства-подчинения. Пациент, фигурально говоря, вынужден глядеть на врача снизу вверх.

В тех случаях и в том отношении, в котором пациент может играть роль автономной личности, патерналистское нарушение его прав с моральной точки зрения недопустимо.

КОЛЛЕГИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ

Гораздо большее пространство для реализации интересов и ценностей автономной личности создает коллегияльная модель, когда врач и пациент выступают в роли партнеров. Чтобы играть эту роль, пациент должен получить от врача достаточный объем правдивой информации о своем состоянии здоровья, вариантах лечения, прогнозе заболевания, возможных осложнениях и т.д. Будучи в некоторой степени уравнен по информированности с медиками, пациент может принимать участие в выработке конкретных решений, касающихся своего лечения. Он выступает по сути дела в качестве коллеги лечащего врача.

Подобная гармония интересов достигается довольно редко. Медработник и пациент могут придерживаться различных ценностей, относиться к различным социальным классам и этническим группам. Совпадение интересов, вообще говоря, чаще всего является не правилом, а исключением из правил реального общественного устройства. К примеру, в условиях коммерческой медицины медик серьезно заинтересован в максимизации своих доходов, а это обычно противоречит интересам пациента, который хочет получить максимум доступной помощи при минимуме собственных затрат.

Для согласования конкурентных отношений необходим партнерский диалог между врачами и пациентами.

КОНТРАКТНАЯ МОДЕЛЬ

Говоря о контрактной модели взаимоотношений между медиками и пациентами, Витч имеет в виду не только юридическое содержание понятия «контракт» (договор), но и более общее, «символическое». Вспомним в этой связи значение слова «завет», как оно использовано в Библии.

Контрактом, или договором (далеко не всегда фиксируемым на бумаге), называется определенная форма установления правил взаимодействия различных социальных субъектов. Специфика контракта заключается в том, что эти правила вырабатываются участниками свободно, на основе учета взаимных интересов. Заключая контракт, стороны распределяют между собой полномочия, устанавливают взаимную ответственность, определяют преследуемые цели и средства их достижения. Нарушение договора одной из сторон дает другой право на его расторжение. Контрактная модель в наибольшей степени защищает моральные ценности автономной личности, позволяет избежать тех пагубных для свободы пациента недостатков, которые присущи инженерной и патерналистской моделям. Вместе с тем она не уповает на иллюзию того, что пациент может взаимодействовать с врачом в качестве полноправного «коллеги». Пациент добровольно устанавливает отношения с врачом на тех условиях, которые считает для себя приемлемыми. При этом он может делегировать определенные «властные» полномочия врачу с тем, чтобы тот мог адекватно выполнить свои профессиональные обязательства, обусловив их договором на медицинское обслуживание. Формальной основой контрактных отношений между врачами и пациентами является система правовых отношений.

МОРАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГЕНЕТИКИ



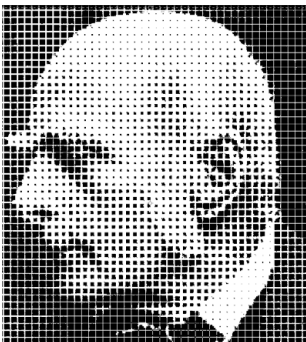
что такое евгеника?

почему генетика была запрещена в СССР?

в чем особенности моральных проблем генетики?

При обсуждении моральных проблем современной генетики спорящие стороны нередко обращаются к событиям первой половины XX века, когда генетика оказалась в центре не столько научных, сколько политических и идеологических конфликтов. Это историческое наследие до сих пор болезненно воспринимается научным сообществом. Речь идет о евгенике на Западе и лысенковщине в СССР.

ЕВГЕНИКА **НЕГАТИВНАЯ И ПОЗИТИВНАЯ**



ФРЭНСИС ГАЛЬТОН (1822-1911)
АНГЛИЙСКИЙ ПСИХОЛОГ И
АНТРОПОЛОГ. ВВЕЛ В УПОТРЕБЛЕНИЕ
ТЕРМИН «ЕВГЕНИКА»

Термин «евгеника» был предложен в 1883 г. Френсисом Гальтоном (1822–1911), английским психологом и антропологом, двоюродным братом Чарльза Дарвина, в книге «Исследование человеческих способностей».

Евгеника по Гальтону — наука и «религия», разрабатывающая методы социального, биологического и медицинского контроля, «которые могут исправить или улучшить расовые качества будущих поколений — как физические, так и интеллектуальные». Различают позитивную и негативную евгенику. Позитивная евгеника — это практика, направленная на получение потомства с улучшенными генетическими качествами. Негативная евгеника — это практика, направленная на недопущение рождения детей с генетическими аномалиями.

Предполагалось, что использование методов искусственного отбора применительно к человеку позволит создать новую человеческую «породу», которая будет значительно превосходить обычных людей в интеллектуальных, моральных и физических качествах. Основной моральный порок евгеники — в отношении к человеку как к домашнему животному — производителю потомства. Что же касается научной стороны вопроса, то тогда практически отсутствовали достоверные данные о роли наследственных факторов в формировании человеческих качеств (особенно в том, что касается его социального поведения). Поэтому евгеника как политическая программа с самого начала основывалась на крайне примитивных, далеких от науки механистических представлениях о влиянии наследственности на развитие человека.

Евгенические идеи приобрели огромное влияние в США. В 1907 г. штат Индиана первым в мировой практике принял закон о принудительной стерилизации генетически неполноценных индивидов. К ним относили уголовников-рецидивистов, психиатрических больных, алкоголиков и многих других. Аналогичные законы вскоре приняли и некоторые другие штаты. До начала Второй мировой войны было проведено около 50 тыс. операций насильственной стерилизации. В дополнение к этим законам в 30 штатах были приняты законодательные акты, запрещающие межрасовые браки. Чернокожее население Америки и индейцы считались генетически неполноценными. Поэтому брак «белого» с ними воспринимался как «загрязнение крови» представителей высшей расы.

Еще более жестокие формы евгенической политика приобрела в нацистской Германии. Сразу после прихода фашистов к власти в 1933 г. был принят «Закон о защите потомства от генетических заболеваний». На основе этого законодательства за неполное десятилетие было совершено около 350 тыс. актов насильственной стерилизации «генетически

неполноценных» индивидов. Осуществлялась также специальная программа по «эвтаназии» (физическому уничтожению в газовых камерах) пациентов психиатрических больниц. На основе евгенических идей строилась политика физического уничтожения миллионов евреев, цыган, славян и представителей других «неполноценных» (по нацистским «теориям») рас.

Разгром фашистской Германии и победа движения против расовой сегрегации в США к началу 60-х годов XX столетия привели к дискредитации евгенических идей. На несколько десятилетий термин «евгеника» практически исчез из научного употребления. Он возродился в форме «либеральной евгеники» лишь к концу XX века под влиянием новейших достижений молекулярной биологии, которые позволили создать методы прямого вмешательства в геном человека с целью исправления его «поломок» (генотерапия) или даже улучшения его качества (генетическое совершенствование).

Отличие либеральной евгеники в том, что она ставит своей задачей не улучшение человеческого рода или отдельной популяции, опираясь на власть государства, а предоставление отдельным родителям возможностей улучшить генетические качества своих будущих детей, приобретая генетические услуги в своеобразном «генетическом супермаркете».

ПОЧЕМУ БЫЛА ЗАПРЕЩЕНА ГЕНЕТИКА В СССР?



НИКОЛАЙ ВАВИЛОВ (1887-1943)
xxxxxxxxx xxxxxxxxx x xxxxxx
xxxxxxxxx xxxxxxxxxx xx

В августе 1948 г. состоялась сессия Всесоюзной академии сельскохозяйственных наук (ВАСХНИЛ), на которой было принято постановление, объявляющее генетику «буржуазной наукой», «прислужницей империализма». При этом единственно научной теорией в биологии признавалась концепция академика Т.Д. Лысенко. В ней отрицалось наличие у живых организмов специфического генетического аппарата, закодированного в ДНК, и допускалась передача признаков, приобретенных организмом в процессе индивидуального развития, по наследству. (Понятно, что широкомасштабные попытки применить на практике лысенковские идеи для решения сельскохозяйственных проблем закончились полным провалом.)

Одновременно были расформированы практически все генетические научно-исследовательские институты и лаборатории. Многие генетики были арестованы, направлены в ссылку и концлагеря, некоторые физически уничтожены. Реабилитация генетики шла чрезвычайно медленными темпами. Только после отставки Н.С. Хрущева в 1964 г. в стране началось ее возрождение.

Злоупотребления, связанные с евгеникой и лысенковщиной, наглядно продемонстрировали, к сколь пагубным последствиям приводит вмешательство идеологии (неважно какой — расистской или коммунистической) в сферу научной деятельности.

СПЕЦИФИКА МОРАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ ГЕНЕТИКИ

Моральные проблемы генетики во многом напоминают те, которые возникают в других разделах биомедицинской науки. Однако есть и определенные особенности, связанные со спецификой объекта генетических исследований и манипуляций. Можно выделить четыре специфические черты.

Во-первых, страдающим «субъектом» является не только индивид (пациент), но и группа (семья, род, популяция). Если генетик, скажем, обнаруживает присутствие гена, вызывающего ту или иную патологию, то с большой вероятностью можно допустить его наличие и у близких родственников пациента. Поскольку страдающий субъект таким образом как бы раздваивается, всегда существуют предпосылки для конфликта между правом индивида на конфиденциальность генетической информации и правом его родственников на обладание общей с этим индивидом информацией.

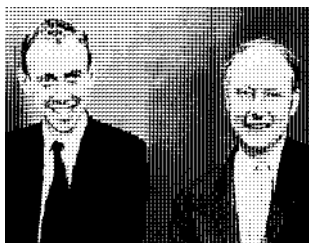
Во-вторых, существует значительный разрыв между числом наследственных заболеваний, которые можно диагностировать, и числом заболеваний, которые можно эффектив-

но лечить. Насколько полезно знать пациенту о наличии у него гена, могущего раньше или позже вызвать болезнь, от которой пока нет спасения? Такая информация может нанести серьезную психологическую травму человеку, испортить ему тот период жизни, который он мог бы провести вполне благополучно, если бы не знал о своем фатальном диагнозе. Насколько целесообразно не только для индивида, но и для общества тратить ресурсы на создание и широкое применение диагностических тестов, выявляющих такие генетические аномалии?

В-третьих, предметом заботы врача-генетика зачастую является здоровье и благополучие еще не рожденного или даже не зачатого индивида. Развитие генетики непосредственно связано с идеей справедливого распределения ресурсов между живущими и будущими поколениями. Можно ли и если да, то в какой мере, считать существующим ребенка, который еще только может родиться? Имеет ли он право на то, чтобы для охраны его здоровья часть средств общество брало у тех, кто уже живет? Ответить на эти вопросы не просто, но и оставлять их без внимания тоже нельзя, ведь общество, которое не заинтересовано в развитии и применении генетики, фактически не заинтересовано в своем будущем.

В-четвертых, существует разрыв между вероятностным стилем мышления в генетике и тем механистическим стилем, который бывает характерен для публичного представления генетических знаний. С какими бы проблемами генетики мы ни сталкивались, практически везде приходится иметь дело не с однозначной, а с вероятностной информацией.

Принятие в подобных случаях морально обоснованных решений требует и от врача-генетика, и от пациента (клиента) умения «взвешивать» вероятностные оценки, учитывать не только прямые, но и отдаленные последствия того или иного выбора в процессе генетического консультирования. Этической нормой при этом считается так называемое «недирективное консультирование», когда специалист не навязывает свое мнение клиенту (или клиентам), а предоставляет ему (им) в доступной форме информацию о риске развития того или иного генетического расстройства. Человек сам должен принять ответственное решение..



ДЖЕЙМС УОТСОН И ФРЭНСИС КРИК
 xxxxxxxxxxx xxxxxxxx x xxxxxx
 xxxxxxxx xxxxxxxxxx xx

Однако генетическая информация может использоваться не только рационально, но и иррационально. В одной из телепередач центрального телевидения обсуждались события, произошедшие из-за нарушения конфиденциальности медико-генетической информации. Корреспондент районной газеты в статье, посвященной проблемам местной экологии, сообщил, что у жительницы одного из поселков родился «ребенок-мутант». Имя родившей матери не было сообщено, но поскольку в поселке за последнее время родился лишь один ребенок, то фактически произошло разглашение информации. Слово «мутант» стало клеймом (стигмой) для ребенка и всей семьи, вызвало враждебное отношение к ним со стороны односельчан.

Никаких рациональных оснований для подобного вида коллективной агрессии в отношении пациента с наследственным заболеванием и членов его семьи не существует. Однако следует иметь в виду опасность предрассудков, которые бывают особенно близко связаны с родовыми отношениями (голосом «крови») и невежественными представлениями о наследственности. Генетический диагноз может стигматизировать ребенка и его семью, послужить основанием для их социальной дискриминации. Поэтому следует обратить особое внимание на сохранении конфиденциальности генетической информации.

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ПРОЕКТ «ГЕНОМ ЧЕЛОВЕКА»

Международный проект «Геном человека» был начат в 1989 г. и закончен в 2002 г. В его реализации приняли участие специалисты в области молекулярной биологии из многих стран мира. Основная часть исследований проводилась в США, Канаде, Японии и странах Европейского союза. Российские ученые также участвовали в этом проекте. Цель проекта состояла в описании нуклеотидных последовательностей ДНК всех человеческих хро-

мосом. Теперь у ученых имеется полная карта генома человека. Начато описание локализации на ней всех генов. Удалось подсчитать общее число генов человека, которых оказалось около 30000 — в 2–3 раза меньше, чем считалось до завершения проекта. С каждым годом открывается все больше генов, ответственных за возникновение конкретных заболеваний (к примеру, миодистрофии Дюшена, болезни Альцгеймера, некоторых форм рака груди и др.) или предрасполагающих к их развитию.

Проект «Геном человека» уникален. Это — первый в мировой практике крупномасштабный проект, который в рамках одной организационной структуры совмещал конкретное научное исследование (в данном случае генома) и изучение социальных, моральных и правовых условий и последствий его реализации. По мере изучения генома отслеживались возникающие моральные затруднения и предлагались специальные морально обоснованные правила и правовые процедуры для их разрешения. Мы остановимся на них, обсуждая одну из конкретных генетических технологий.

Целью генетической терапии является «исправление» деятельности генов, которые вызывают или способствуют развитию конкретных заболеваний или патологических состояний. Несмотря на то, что первые исследования в этой области начались в 1990 г. и уже осуществлено несколько сотен попыток, генотерапия остается сугубо экспериментальной процедурой, далекой от широкого внедрения в медицинскую практику. Принято различать два вида генотерапии — генотерапия зародышевых клеток и генотерапия соматических клеток. К зародышевым относятся клетки, изменение генома которых в обычных условиях полового размножения будет передаваться по наследству потомкам. Это — мужские (сперматозоиды) и женские (яйцеклетки) половые клетки, клетки эмбриона. К соматическим относятся дифференцированные клетки организма человека (например, клетки печени, нервной системы, крови, мышечных тканей и т.д.). Изменения в генотипе этих клеток в обычных условиях передаваться по наследству не будут.

Чтобы понять смысл моральных проблем генотерапии, необходимо в самом общем виде понять особенности методов ее проведения. Генетик не может, как часовщик, взять пинцетом сломанную «деталь» генетического механизма, удалить ее, а затем поставить новую. Вместо пинцета он использует особый переносчик фрагментов генома, который называется «вектором». Чаще всего в качестве вектора используются вирусы, в геном которых введен ген, необходимый для нормального функционирования генома страдающего человека.

Перенос вектора представляет собой инфицирование вирусом-вектором отдельных клеток (когда они изолированы из организма) или организма в целом. Вступая во взаимодействие с геномом страдающего человека, вирус как бы передает ему часть своей генетической информации — в том числе и необходимый для лечения ген. В ряде случаев таким образом удается получить обнадеживающий результат. Однако до сих пор эффективность этого метода недостаточна. Чрезвычайно сложно обеспечить точное попадание переносимого гена в нужные для лечения клетки. Причем даже если этот ген удастся перенести в нужную клетку-мишень, он далеко не всегда начинает в ней действовать, либо же его активность (экспрессия) оказывается чересчур низкой. Если же ген будет перенесен в другие клетки, то сама его активность может оказать патогенное действие на организм человека. Описаны случаи возникновения лейкоза как следствие генотерапевтического вмешательства. Возможны также негативные иммунологические реакции на вирус-вектор.

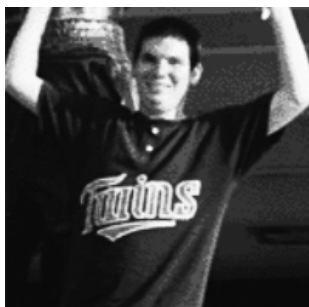
ГЕНОТЕРАПИЯ



СВОЙ ПЕРВЫЙ НОМЕР В 2001 ГОДУ ЖУРНАЛ TIME ПОСВЯТИЛ «ЛЕКАРСТВАМ БУДУЩЕГО»

казус джесси джелсингера

В 1999 г. в клинике Пенсильванского института генной терапии через четыре дня после попытки введения сконструированного исследователями аденовируса (вектора) для лечения наследственной болезни печени умер восемнадцатилетний пациент Джесси Джелсингер. Смерть наступила в результате токсической реакции клеток печени на вектор.



Причиной трагического исхода были многочисленные нарушения, допущенные исследователями. Ученые «забыли» проинформировать пациента и этический комитет, дававший им разрешение, о двух случаях гибели обезьян в эксперименте от аналогичных причин. Не были также учтены негативные результаты аналогичных предшествующих испытаний с меньшей дозой переносимого вируса. Лечение было начато в период обострения заболевания, хотя была возможность улучшить состояние пациента обычными медикаментозными средствами. Более того, исследователи вообще не имели права на проведение испытания на мужчине, поскольку разрешение комитета касалось только пациентов-женщин, у которых это заболевание протекает легче.

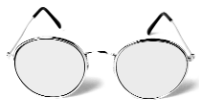
За всеми этими нарушениями стоял серьезный мотив — Пенсильванский институт представляет собой коммерческую организацию, которая слишком торопилась добиться врата полученных крупных инвестиций.

Наиболее перспективным является применение генной терапии для лечения наследственных заболеваний, которые вызываются одним геном. Предполагается, что введение в организм генетического материала, содержащего нормально функционирующий ген, вызовет решающий терапевтический эффект. Значительные надежды связываются также с разработкой эффективных методов генной терапии СПИДа, рака, сердечно-сосудистых заболеваний.

Вместе с тем следует подчеркнуть, что в настоящее время ни один из существующих методов генной терапии не может считаться достаточно отработанным и надежным. Это естественно, особенно если учесть, что, например, на клиническую отработку сейчас уже рутинных и широко практикующихся методов пересадки костного мозга и внутренних органов ушло почти четверть века. Учитывая неоднозначность результатов и непредсказуемость негативных эффектов, эксперименты по генной терапии разрешены лишь на соматических клетках. На зародышевых клетках они повсеместно запрещены — высока вероятность передачи негативных изменений потомкам.

Можно с уверенностью предполагать, что в ближайшие десятилетия генная терапия не покинет области медико-биологических и клинических экспериментов, и, следовательно, в отношении нее необходимо применять соответствующий набор правовых и этических регламентирующих норм. Вместе с тем, поскольку генная терапия связана с вторжением в наиболее интимные механизмы жизнедеятельности, оправдана политика тех государств, которые учреждают специальные национальные этические комитеты, составленные из независимых экспертов и представителей общественности, для междисциплинарной экспертизы всех заявок на проведение клинических испытаний в этой области.

МОРАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ АБОРТА



в чем суть социальных и моральных проблем аборта?
каков моральный статус эмбриона?
как относятся к аборту представители религиозных конфессий?



Абортом называется всякое (в том числе и естественное) прерывание беременности. Искусственно вызванный аборт представляет собой не только медицинскую, юридическую, социальную, но также и этическую, а для многих людей — и религиозную проблему. В мире производится около 43 млн. абортов в год. Россия относится к наиболее либеральным странам в отношении права на аборт. Согласно закону, **«каждая женщина имеет право самостоятельно решать вопрос о материнстве. Искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при сроке беременности до 12 недель, по социальным показаниям — при сроке беременности до 22 недель, а при наличии медицинских показаний и согласия женщины — независимо от срока беременности»**. Список социальных и медицинских показаний утверждает Минздравом РФ. К ним относятся такие обстоятельства, как отсутствие жилья, пребывание супруга в заключении, отсутствие супруга, инвалидность женщины, риск рождения ребенка с врожденной патологией и т.д.

Необходимо осознать, что беременность — это, с одной стороны, нормальный физиологический процесс, а с другой, — процесс биологического формирования нового человека. Поэтому, даже допуская практику абортирования плодов по принципу «наименьшего зла», следует иметь в виду, что, во-первых, аборт представляет собой серьезную моральную и физическую травму для женщины, а во-вторых, прерывает жизнь нового человека и потому является злом. В связи с этим неверно, как иногда делается, рассматривать его как обычное средство «планирования семьи».

В разные времена отношение к аборту было различным; при этом на протяжении последних двух столетий отношение общества к аборту складывалось под влиянием не только религиозных ценностей, но и других факторов — развития научных знаний, позиции профессионального врачебного сообщества, меняющегося законодательства, гражданских инициатив (с одной стороны, феминистских движений, с другой — движений в защиту жизни плода).

В 1920 г. в РСФСР было принято постановление, впервые в мире легализовавшее «аборт по просьбе» (врачи имели законное право искусственно прервать беременность до 12 недель). Политика советского государства в отношении аборта ассоциировалась в массовом сознании с непримиримой борьбой новой власти с религией и активным вовлечением женщины в общественное производство. В 1936–1955 гг. «аборт по просьбе» в СССР был запрещен из-за сложившейся в результате коллективизации и сталинских репрессий катастрофической демографической ситуации. Повторная в советской истории легализация «аборта по просьбе» в 1955 г. опять стала выбором меньшего зла — из-за непереставно увеличивавшегося в стране числа чрезвычайно опасных для здоровья женщин криминальных абортов.



В моральном плане проблема искусственного аборта представляет собой дилемму: имеются по своему убедительные аргументы как «за», так и «против». В основе спора сторонников и противников аборта лежит по сути своей философская проблема природы и статуса человеческого эмбриона. Здесь можно выделить три основные позиции:

ЛИБЕРАЛЬНАЯ ПОЗИЦИЯ

Плод (и тем более эмбрион) до момента рождения является частью тела матери и правом на жизнь не обладает. Поэтому аборт морально допустим на любой стадии развития эмбриона и плода.

КОНСЕРВАТИВНАЯ ПОЗИЦИЯ

Эмбрион (и тем более плод) с момента зачатия является человеком, обладающим в полной мере правом на жизнь. Следовательно, аборт — это форма убийства человека.

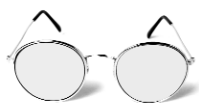
УМЕРЕННАЯ (ГРАДУАЛИСТСКАЯ) ПОЗИЦИЯ

От момента зачатия до наступления жизнеспособности происходит постепенное нарастание личностных качеств плода. Объем этих качеств минимален в первые три месяца беременности. Поэтому аборт морально допустим лишь на начальных стадиях развития плода.

Следует подчеркнуть, что ни одно из постепенно формирующихся качеств плода (например, сердцебиение или электрофизиологическая активность мозга) не может считаться безусловным свидетельством появления «человека как такового». Вместе с тем как потенциальный человек – эмбрион обладает особым моральным статусом. На любой стадии своего развития он заслуживает уважения как носитель человеческого достоинства. Сам эмбрион не является нравственным субъектом, но наши действия по отношению к нему подлежат моральным оценкам. С точки зрения морали, всякий аборт есть в конечном счете зло.

Христианство традиционно приравнивает аборт к убийству человека. В «Основах социальной концепции Русской православной церкви» подчеркивается, что «зарождение человеческого существа является даром Божиим, поэтому с момента зачатия всякое посягательство на жизнь будущей человеческой личности преступно». Определенное смягчение негативной оценки аборта допускается в том случае, если беременность угрожает жизни матери. Практически на близких позициях стоят представители других христианских конфессий, а также ислама, иудаизма и буддизма.

МОРАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕПРОДУКЦИИ, КЛОНИРОВАНИЯ И МАНИПУЛЯЦИЙ СО СТВОЛОВЫМИ КЛЕТКАМИ ЧЕЛОВЕКА



каковы этические и правовые проблемы клонирования человека?
как могут использоваться эмбриональные стволовые клетки человека?
в чем суть этико-правовых вопросов новых репродуктивных технологий?

К числу наиболее бурно обсуждаемых тем современной биоэтики относятся медицинские практики, связанные с рождением человека. Применение новых репродуктивных технологий сопряжено со многими философскими, религиозными, правовыми и моральными проблемами, большая часть которых не имеет однозначного решения. Среди таких технологий выделяют:

- искусственную инсеминацию спермой донора или мужа;
- оплодотворение вне организма (экстракорпоральное, *in vitro*, т.е. в пробирке) с последующей имплантацией эмбриона в матку женщины;
- «суррогатное материнство» — когда яйцеклетка одной женщины оплодотворяется *in vitro*, а затем эмбрион имплантируется другой женщине, которая выступает в качестве донора матки, вынашивая плод для генетической матери.

ИСКУССТВЕННАЯ ИНСЕМИНАЦИЯ

Метод искусственной инсеминации заключается во введении сперматозоидов в матку с помощью технических средств. Искусственная инсеминация может быть гомологичной — с использованием спермы мужа (ИОМ) и гетерологичной — с использованием спермы донора (ИОД). Поскольку при применении ИОМ биологические и социальные родители ребенка совпадают, то такой метод не вызывает этических возражений и, как правило, не противоречит устоявшимся правовым нормам семейно-брачных отношений. Рождение же ребенка с помощью ИОД сопряжено со многими противоречиями морального порядка и, как показал опыт последних десятилетий, требует специальных юридических норм, регулирующих подобную практику.

Если, например, нравственный характер безвозмездного донорства крови сейчас практически ни у кого не вызывает сомнений, то оценки донорства спермы или яйцеклеток весьма противоречивы. Сторонники утверждают, что, как и любое другое донорство в медицине, это — проявление альтруизма; оно оправдывается счастьем семей, в которых с его помощью родились дети. Противники, в свою очередь приводят следующие аргументы:

- > это — безответственное отношение к высшему дару (Бога, Природы), которым обладает всякий здоровый человек;
- > это — элементарная распущенность и свидетельство невысокого нравственного уровня человека.

Вопросы конфиденциальности (врачебной тайны) при искусственном оплодотворении донорского зародышевого материала столь же важны, сколь и трудны. В России нормой считается обязательство донора не устанавливать личность реципиентки, а также ребенка, родившегося в результате оплодотворения женщины его спермой. Аналогично супруги-заявители обязуются не устанавливать личность донора и сохранять тайну зачатия ребенка.

Этой практике противостоит либеральная позиция, отстаивающая право детей, рожденных с помощью ИОД, на получение информации о своих биологических родителях. Вопрос приобретает особую значимость в связи с развитием медицинской генетики. Ведь для человека, рожденного с помощью ИОД, сведения о генетической конституции его «биологического родителя» могут быть исключительно важны. По крайней мере, супруги-заявители должны быть надлежащим образом проинформированы и подготовлены врачом к необходимости разрешать в будущем противоречия, связанные с анонимностью донора спермы.



ОПЛОДОТВОРЕНИЕ IN VITRO



РОБЕРТ ЭДВАРДС
АНГЛИЙСКИЙ ЭМБРИОЛОГ,
ОДИН ИЗ СОЗДАТЕЛЕЙ
МЕТОДА ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО
ОПЛОДОТВОРЕНИЯ (ЭКО)

Сложным в этическом плане является вопрос о вознаграждении доноров спермы (или яйцеклеток). В рекомендациях, принятых в октябре 1996 г. Международной федерацией гинекологии и акушерства (МФГА), говорится, что «донорство генетического материала должно быть альтруистическим и свободным от коммерческой эксплуатации». При этом «считается приемлемой разумная компенсация за обоснованные затраты». В любом случае недопустимо превращать части человеческого тела в товар. Это - грубое нарушение принципа уважения человеческого достоинства.

Другой современной репродуктивной технологией является оплодотворение «в пробирке», иначе называемое экстракорпоральным оплодотворением (ЭКО). Метод ЭКО создан английскими учеными — эмбриологом Р. Эдвардсом и акушером-гинекологом П. Стептоу. Их многолетние исследования завершились рождением в июле 1978 г. в клинике Кембриджского университета первого «ребенка из пробирки» — Луизы Браун. В СССР первый «ребенок из пробирки» родился в 1986 г.

Показанием к применению ЭКО служит прежде всего абсолютное бесплодие женщины (например, при отсутствии у нее труб или яичников). По расчетам специалистов, в России абсолютным бесплодием страдают примерно 3 миллиона женщин детородного возраста.

Применение методов ЭКО сопряжено с риском для женщины, о чем врач обязан сообщить пациентке. Только при этом условии согласие женщины (или супругов) на применение метода будет морально значимым. В собственно этическом плане можно интерпретировать также неотъемлемое право женщины (супругов) пользоваться благами научного прогресса.

Через сутки с небольшим после оплодотворения (образования зиготы) происходит первое в жизни нового биологического образования деление на 2 бластомера (клетки), а к концу третьих суток уже образуется 8 бластомеров. В соответствии с рекомендациями отечественной Инструкции по применению метода ЭКО и ПЭ, стадии 2-х, 4-х, 8-ми бластомеров считаются оптимальными для переноса в матку.

На этой стадии медики переходят к манипуляциям с эмбрионами. Причем здесь приходится сталкиваться с теми же философскими и моральными вопросами, которые обсуждаются в связи с искусственным прерыванием беременности: «Каков моральный статус эмбриона?», «С какой стадии развития зародыша он должен считаться человеческим существом?», «В каком объеме он обладает правами человека?»



ЛУИЗА ДЖОЙ БРАУН
ПЕРВЫЙ В МИРЕ «РЕБЕНОК ИЗ
ПРОБИРКИ» РОДИЛСЯ
В ВЕЛИКОБРИТАНИИ В 1978 ГОДУ

Поскольку при переносе зародыша в матку вероятность наступления беременности не слишком высока, для ее повышения в полость матки вносят несколько эмбрионов. Это,

однако, влечет риск многоплодной беременности, который во много раз больше, чем при естественном зачатии. Требования этики здесь неукоснительны: супруги должны быть проинформированы о степени риска многоплодной беременности.

Во избежание негативных последствий, которые могут быть особенно опасными при применении процедур ЭКО, иногда осуществляют операцию, называемую «редукцией эмбрионов». Иными словами, если после переноса в матку одновременно приживается более трех эмбрионов, часть из них абортируется. Такая практика в ряде стран считается юридически или этически неприемлемой. В самом деле, оказывается, что лечение, смысл которого — преодолеть бесплодие, обеспечить появление новой жизни, ведет к искусственному прерыванию тех же самых новых жизней.

Много споров ведется относительно будущего оставшихся так называемых «избыточных» оплодотворенных яйцеклеток (они могут сохраняться очень долго). Если беременность у женщины не наступает с первого раза, они могут быть использованы в последующих циклах. Если же беременность наступает, то «избыточные» оплодотворенные яйцеклетки оказываются буквально «лишними». «Лишние» эмбрионы могут быть разморожены и погибнуть, могут стать предметом донорства или объектом научных исследований. Вопрос о судьбе «избыточных» эмбрионов сложен и противоречив. Российское законодательство оставляет его решение на усмотрение врачей.

Каково социальное и правовое положение ребенка, появившегося на свет с помощью искусственной инсеминации или ЭКО? При гомологическом оплодотворении, когда биологические и социальные родители ребенка совпадают, вопрос о юридических взаимоотношениях родителей и ребенка не возникает. Но при гетерологическом оплодотворении, когда один или оба «социальных родителя» ребенка не совпадают с его «биологическими родителями», возникает еще одна сложность, связанная с тем, не нарушает ли анонимность донора права ребенка.



Во многих странах принята юридическая норма, согласно которой мужчина, давший добровольное согласие на искусственное оплодотворение жены, не вправе оспаривать отцовство в отношении зачатого таким образом ребенка. В 1990 г. аналогичная норма введена в российское законодательство.

А кто при донорстве яйцеклетки должен считаться матерью ребенка? На сей счет нет однозначного мнения. Одни считают, что матерью является женщина, которая родила ребенка; другие признают матерью ту женщину, которой принадлежит использованная яйцеклетка; третьи убеждены, что женщина-донор яйцеклетки — такая же мать, как и женщина, родившая ребенка. По российскому законодательству матерью ребенка считается женщина, давшая письменное согласие на имплантацию ей эмбриона.

«СУРРОГАТНОЕ МАТЕРИНСТВО»

Бурные споры ведутся и вокруг так называемого «суррогатного материнства». В этом случае у ребенка помимо суррогатной матери — «матери-носительницы», «женщины-донора», «временной матери» и т.п. имеется еще и социальная мать — «арендатор», наниматель. Она, в свою очередь, может и не быть той женщиной, которая дала свою яйцеклетку — в этом качестве будет выступать вообще третья женщина. Таким образом, у ребенка, родившегося благодаря подобным манипуляциям, может оказаться пять (!) родителей: три биологических (мужчина-донор спермы, женщина-донор яйцеклетки и женщина-донор матки) и два социальных — те, кто выступает в качестве заказчиков.

Известны случаи, когда своеобразную донорскую функцию «матери-носительницы» выполняет мать или сестра той женщины, которая впоследствии собирается стать матерью. Родственные связи при этом становятся чрезвычайно запутанными — «мать-носительни-

ца» оказывается по сути дела одновременно и матерью, и бабушкой родившегося ребенка, а вместе с тем — не только матерью, но и сестрой женщины-«заказчицы». Чаще, однако, такая практика осуществляется на основе контракта, который предусматривает оплату услуг суррогатной матери и юриста, составляющего контракт.

Противники «суррогатного материнства» справедливо указывают на опасность превращения женщины в «живой инкубатор», угрозу появления новой формы торговли своим телом, что унижает человеческое достоинство. Защитники данного метода, который подчас бывает единственной возможностью преодолеть определенные формы бесплодия, считают, что женщина, решившая взять на себя роль «временной мамы», может идти на это не только из материальных, но и из гуманных соображений. Согласно российскому законодательству, как и законодательству многих европейских стран, суррогатная мать, если она того захочет, будет признана родительницей ребенка.



ЭТИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ КЛОНИРОВАНИЯ ЧЕЛОВЕКА

Обратимся теперь к этическим и правовым вопросам клонирования человека.

При обычном половом размножении новый организм получает половину генетического материала от материнского организма, а другую половину от отцовского, при клонировании — полный набор генов от одного из организмов. В марте 1997 г. журнал «Nature» сообщил, что шотландскому эмбриологу Яну Уилмуту удалось получить овцу Долли, ядерный генетический аппарат которой идентичен ядерному генетическому аппарату материнского организма. В настоящее время клонировано несколько сотен различных животных.

Серьезные моральные проблемы, однако, возникают тогда, когда речь заходит о клонировании человека; при этом различают репродуктивное и терапевтическое клонирование.



ИАН ВИЛМУТ
ШОТЛАНДСКИЙ ЭМБРИОЛОГ,
ПОЛУЧИВШИЙ ПЕРВОЕ В МИРЕ КЛО-
НИРОВАННОЕ МЛЕКОПИТАЮЩЕЕ

Репродуктивное клонирование преследует цель рождения генетической копии существующего или существовавшего человека. С точки зрения тех, кто отстаивает его правомочность, оно может быть методом лечения бесплодия, либо репродукции для лиц с нетрадиционной сексуальной ориентацией, либо создания «копий» умерших близких, либо производства «потенциальных доноров» для последующей пересадки органов и тканей больным родственникам. Цель терапевтического клонирования — получить генетически идентичные эмбриональные стволовые клетки, которые предполагается использовать для лечения различных заболеваний (инфаркта миокарда, болезни Альцгеймера и др.).

Аргументы сторонников клонирования человека сводятся к тому, что это величайшее научное открытие, и его запрет есть не что иное, как посягательство на свободу научного творчества, вторжение в частную жизнь граждан, которые вольны решать сами, как им производить потомство. Сторонников репродуктивного клонирования, впрочем, немного. Основной аргумент, на основании которого в современном мире почти единодушно отвергается репродуктивное клонирование, заключается в риске серьезных дефектов у детей, появившихся на свет таким образом. Противники репродуктивного клонирования утверждают также, что оно:

- > открывает путь к инструментализации человеческой жизни, т.е. превращению человека в «изделие», созданное «на заказ» по «проекту» родителей;
- > нарушает фундаментальный биологический механизм, обеспечивающий генетическое разнообразие человеческого вида, а это потенциально несет угрозу его вырождения и вымирания;
- > приведет к появлению человеческих существ, лишенных биологической уникальности.



ОВЕЧКА ДОЛЛИ (СЛЕВА)
ПЕРВОЕ В МИРЕ КЛОНИРОВАННОЕ
МЛЕКОПИТАЮЩЕЕ
И ЕЕ СУРРОГАТНАЯ ОВЦА-МАТЬ

Специалисты отмечают также, что физиологический возраст организма, клонированного из соматической клетки взрослого организма, во многом будет соответствовать возрас-

ту родительского организма. Отсюда неизбежны признаки преждевременного старения, которые наблюдались у овцы Долли.



**ЭТИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ
МАНИПУЛЯЦИЙ С
ЭМБРИОНАЛЬНЫМИ СТЕВЛОВЫМИ
КЛЕТКАМИ ЧЕЛОВЕКА**

В большинстве стран мира действует либо полный, либо временный запрет на репродуктивное клонирование человека. Во Всеобщей Декларации о геноме человека и о правах человека ЮНЕСКО (1997) говорится: **«не допускается практика, противоречащая человеческому достоинству, такая, как практика клонирования с целью воспроизводства человеческой особи...»**. В России в 2002 г. принят закон о временном (сроком на 5 лет) запрете репродуктивного клонирования человека.

Особый ряд проблем порождают технологии с использованием стволовых клеток человека. В отличие от обычных клеток, стволовые могут в зависимости от окружающих условий трансформироваться в разные типы клеток. В 1998 г. были впервые выделены и описаны эмбриональные стволовые клетки человека. Они присутствуют только у эмбрионов и подразделяются на тотипотентные, способные создавать целый организм, и плюрипотентные, способные дифференцироваться в любой тип тканей.

Как полагают, использование стволовых клеток перспективно не только для решения фундаментальных вопросов биологии и генетики развития, но и в практической медицине — для восстановления пораженных (например, вследствие инфаркта) тканей. В будущем предполагается выращивание таким путем и новых органов человека для пересадки их нуждающимся людям.

Источники получения стволовых клеток таковы:

- оплодотворенные яйцеклетки, специально созданные для получения стволовых клеток;
- оплодотворенные яйцеклетки, невостребованные при применении технологии экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона (тотипотентные и плюрипотентные);
- клетки из тканей абортированных плодов (плюрипотентные);
- клетки из тканей взрослого человека (мультипотентные);
- клетки из пуповинной крови новорожденных;
- клетки эмбрионов, полученных путем клонирования (тотипотентные и плюрипотентные).

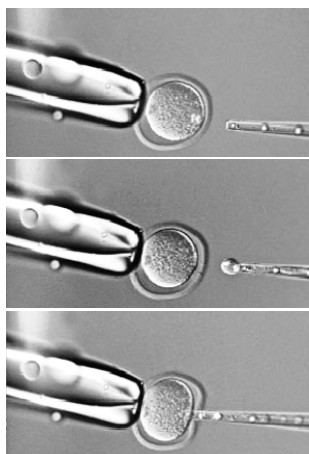
Технологии, основанные на манипуляциях со стволовыми клетками, создают новое направление — регенеративную медицину. С 1981 г. эксперименты со стволовыми клетками проводятся на животных, а в 1998 г. начались эксперименты на стволовых клетках человека.

Эти работы вызвали широкие дискуссии относительно их этической и юридической правомочности. Дело в том, что при получении стволовых клеток эмбрионы разрушаются — гибнут. Поэтому при обсуждении моральной приемлемости технологий манипулирования с эмбриональными стволовыми клетками, как и при обсуждении проблем репродукции и аборта, ключевым является вопрос о статусе эмбриона.

С консервативной точки зрения эти технологии аморальны, поскольку эмбриональные стволовые клетки получают посредством гибели эмбриона. Более приемлемым считается получение эмбриональных стволовых клеток из плодов, погибших вследствие естественного аборта. Такой позиции придерживаются представители многих религий.

С умеренной точки зрения допустимо получение эмбриональных стволовых клеток из невостребованных оплодотворенных яйцеклеток и абортированных плодов (погибших вследствие как естественного, так и искусственного аборта).

С либеральной точки зрения для получения эмбриональных стволовых клеток допустимо



ПЕРЕСАДКА ЯДРА
ЯДРО ЯЙЦЕКЛЕТКИ УДАЛЯЕТСЯ
В ЛАБОРАТОРИИ ПУТЕМ
МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ
И ЗАМЕНЯЕТСЯ
ЯДРОМ КЛЕТКИ ДОНОРА

целенаправленное создание эмбрионов как путем зачатия в пробирке, так и путем клонирования.

Использование плюрипотентных стволовых клеток из пуповины младенца и тканей (прежде всего костного мозга) взрослого человека особых моральных проблем не вызывает. Однако пока эти технологии значительно менее перспективны, чем технологии на основе эмбриональных стволовых клеток.

Чем интенсивнее используются научные технологии в практической медицине, тем более ответственной и всесторонней должна быть независимая экспертиза, регулирующая их практическое применение. Некоторые из необходимых мер для решения этического-правовых проблем биомедицинских технологий таковы:

- *информирование населения и специалистов, широкое обсуждение этих проблем в обществе;*
- *создание соответствующей законодательно-нормативной базы;*
- *регулирование работы соответствующих учреждений, использующих биомедицинские технологии, через систему этических комитетов.*

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОМОЩИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ И БОЛЬНЫМ СПИДОМ

ВИЧ-инфекция — это хроническое, длительно текущее заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), который способен привести к развитию СПИДа (синдрома приобретенного иммунодефицита). В настоящее время, с применением специального лечения, можно заблокировать развитие СПИДа у ВИЧ-положительного человека в течение многих лет.

С момента возникновения это заболевание приобрело особый, негативный моральный оттенок в связи с тем, что первоначально распространялось главным образом среди групп лиц, считающихся маргинализированными, например, мужчин, вступающих в сексуальные отношения с мужчинами, или потребителей инъекционных наркотиков. Религиозные люди воспринимали тех, кто живет с ВИЧ, как «грешников», расплачивающихся за свою распущенность.

Сейчас ВИЧ-инфекция вышла за рамки так называемых «уязвимых групп» или «групп риска». Начинает превалировать половой гетеросексуальный путь передачи вируса. Известно также, что заражение ВИЧ может иметь место при использовании нестерильного инструмента для инъекций, переливании крови и от инфицированной женщины ребенку во время беременности, родов или кормления грудью. Поэтому говорить о ВИЧ/СПИДе как «болезни гомосексуалистов и наркоманов» неверно, хотя нельзя и игнорировать факт его связи с индивидуальным поведением и образом жизни (нежеланием пользоваться презервативом, злоупотреблением наркотиками и т.д.).



* ЮНЭЙДС — ОБЪЕДИНЕННАЯ ПРОГРАММА ООН ПО ВИЧ/СПИДУ

В качестве реакции на ВИЧ/СПИД как опасное инфекционное заболевание, стремительно распространяющееся вот уже на протяжении четверти века в виде пандемии (т.е. эпидемии, захватывающей весь мир), во всех странах возникла «вторая эпидемия» — спидофобия, т.е. панический страх перед болезнью и людьми, зараженными вирусом. Все это вместе взятое сделало ВИЧ и СПИД одной из глобальных проблем современности, а многообразие и острота моральных проблем, порожденных СПИДом, предопределили естественное внимание к ним биоэтики.

По данным ЮНЭЙДС*, на конец 2003 г. ВИЧ поразил в мире около 42 млн. человек. Из них 2,5 млн. — дети. В России, согласно официальной статистике, более 300 тысяч зараженных, но некоторые специалисты считают, что их число составляет намного больше — от 1 до 2 млн. человек. Существуют прогнозы, согласно которым в 45 странах, наиболее страдающих от эпидемии, в период 2000-2020 гг. преждевременно умрет от СПИДа около 68 млн. человек.

ПРАВО ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОГО НА ПОЛУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ



За последнее время наука продвинулась далеко вперед, существует специализированное лечение ВИЧ/СПИДа (высокоактивная антиретровирусная терапия), которое может остановить развитие заболевания и продлить жизнь ВИЧ-инфицированного человека на неопределенно долгий срок. Всего в России имеют доступ к такому лечению около 3000 больных, что составляет, по мнению различных российских экспертов, лишь небольшой процент от всех нуждающихся в таком лечении. Темпы распространения эпидемии в России — самые высокие в мире. Подавляющее число зараженных относится к возрастной группе 15-30 лет.

Это означает, что если ситуация с доступностью лечения не изменится, то в скором времени СПИД может стать ведущей причиной смертности, причем смертности людей самого продуктивного возраста. При отсутствии активных профилактических программ эпидемиологическая ситуация будет еще более ухудшаться, создавая реальную угрозу национальной безопасности страны (обстоятельство, признанное Правительством).

Этические проблемы, возникающие в связи с распространением ВИЧ-инфекции, это:

- доступность лечения,
- информированное согласие граждан на диагностику ВИЧ-статуса,
- соблюдение конфиденциальности,
- стигматизация больных и в целом отношение окружающих к инфицированным и инфицированных к окружающим (половым партнерам, медицинскому персоналу и др.).



СТИГМАТИЗАЦИЯ И ДИСКРИМИНАЦИЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

Действующий с 1995 г. Федеральный закон «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» «на словах» гарантирует бесплатное лечение всех ВИЧ-положительных. На деле, однако, этот закон пока не обеспечен финансовыми и другими ресурсами. Фирмы-производители лекарственных средств поддерживают высокий уровень цен. В результате для значительной части ВИЧ-инфицированных лечение оказывается недоступным.

Российскую ситуацию с лечением больных ВИЧ/СПИДом имеет смысл рассматривать на фоне того, как решается эта проблема в богатых и бедных странах: в 2003 г. на американском континенте антиретровирусную (АРВ) терапию получали 84% больных, а в Африке — только 2%. В России годовой курс лечения инфицированного ВИЧ обходится в 7-12 тыс. \$. Если не удастся снизить стоимость такого лечения до 700-1000 \$, то подавляющее большинство наших ВИЧ-положительных и больных СПИДом людей вообще останется без лечения. Меры, предпринимаемые Правительством в этом направлении, пока неэффективны.

Дискриминацией называют разнообразные формы проявления социальной агрессии и изоляции по отношению к тем, кто, с точки зрения окружающих, является обладателями опасных «порочных» качеств (стигматизация — от греческого слова «stigma» — «клеймо»). Широко распространенная спидофобия — это одна из наиболее тяжелых форм стигматизации. Она приводит к тому, что инфицированные ВИЧ и больные СПИДом в ряде случаев фактически исключаются из общественной жизни, им отказывают в праве на работу и обучение, получение медицинской помощи (прежде всего хирургической и акушерской). Имеет распространение также дифференцированное отношение врачей и медперсонала к ВИЧ-инфицированным — в зависимости от пути заражения (гомосексуальный или гетеросексуальный половой контакт, заражение при медицинских манипуляциях или внутривенное употребление наркотиков). Дискриминация ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом, невежество и предрассудки, присущие не только населению, но и части специалистов-медиков, — все это, помимо того, что резко затрудняет жизнь инфицированных и заболевших, оказывает также серьезное негативное воздействие на эпидемиологическую обстановку в целом, ведет к возрастанию темпов распространения инфекции. Нетерпимость и низкий уровень знаний медицинских и социальных работников, а также населения в целом относительно образа жизни и проблем людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, ограничивает доступ последних к информации о личном здоровье и безопасности, медицинским и другим службам.

Все это только усугубляет безграмотность самих ВИЧ-позитивных по отношению к своему здоровью. Другими словами, дискриминация ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом не только попирает права человека, но и подрывает основополагающие принципы общественного здравоохранения. Защищая права и достоинство инфицированного человека, общество тем самым защищает и себя.

Эффективный способ борьбы с этими негативными проявлениями — проведение активных просветительских программ, ориентированных как на медицинских работников, так и на население в целом. Краеугольный камень таких программ — принцип уважения человеческого достоинства каждого пациента, а также обеспечение его права на получение медицинской помощи.

ПРОБЛЕМА ПОЛУЧЕНИЯ ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ



Проблема получения информированного согласия. К сожалению, приходится констатировать, что в российских больницах повсеместно нарушается международно признанное этическое правило и законодательная норма информированного согласия при тестировании на ВИЧ. Эта норма конкретизируется в законе «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»: медицинское освидетельствование проводится добровольно, за исключением специально оговоренных законом случаев, скажем, для доноров крови, органов, тканей и т.п., когда такое освидетельствование является обязательным.

В этом пренебрежении нормами морали и права сказывается традиционная приверженность к методам административного насилия. Неуважение автономии пациентов не только наносит им моральный ущерб, но и снижает эффективность профилактики и борьбы с распространением ВИЧ/СПИДа.

Важно иметь в виду, что известие о зараженности ВИЧ, как правило, вызывает у пациента эмоциональный шок, серьезные психологические переживания. Поэтому диагностирование на ВИЧ-статус должно сочетаться с адекватным до- и после-тестовым консультированием и психологической поддержкой.

ПРОБЛЕМА СОБЛЮДЕНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Проблема соблюдения конфиденциальности при оказании медицинской помощи ВИЧ-инфицированным стоит, пожалуй, более остро, чем при большинстве других диагнозов. Отмечены многочисленные примеры той же дискриминации, социального ostracизма, возникновения «эмоционального гетто» вокруг инфицированных пациентов в результате разглашения врачебной тайны медицинскими работниками коллегам и посторонним, сообщения врачами фактов выявления ВИЧ-инфекции в административные инстанции.

Специфические проблемы возникают тогда, когда инфицированные люди не желают сообщать об этом своим половым партнерам, опасаясь разрыва отношений с ними. Врач оказывается перед сложной дилеммой — предупреждение партнера инфицированного пациента будет шагом, нарушающим правило конфиденциальности (врачебной тайны). Если же врач не станет предупреждать человека, которому грозит опасность заражения, он также нарушит свой морально-этический долг. Оптимальная линия поведения такова: попытаться убедить самого пациента поставить в известность партнера. При этом следует не забывать об уголовной ответственности человека «за заведомое поставление другого лица в опасность заражения ВИЧ-инфекцией». Закон требует обязательного уведомления о такой ответственности того, у кого выявлен ВИЧ.

ОБЩЕСТВО И УГРОЗА СПИДА

СПИД как угроза национальной безопасности страны требует активной государственной политики, разработки эффективных государственных программ. Такие программы существуют в России, но, как и в других отраслях медицины, они страдают от хронического недофинансирования, что резко снижает их результативность. Помимо комплекса скоординированных мер, а точнее говоря, разработки и реализации государственной программы борьбы с эпидемией, важнейшим ресурсом является активность общественных организаций. В России на сегодняшний день функционирует ряд международных и национальных НПО. Основное направление их деятельности — улучшение качества жизни людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, прежде всего посредством повышения уровня информированности, защиты прав, содействия обеспечению лечением, психологической и правовой поддержки.

Пристальное внимание проблеме ВИЧ/СПИДа уделяется на международном уровне. В частности, на специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН в 2001 г. была принята Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, направленная на укрепление координации и активизацию национальных, региональных и международных усилий по борьбе с пандемией. Вопросы ВИЧ/СПИД интегрированы в деятельность многих агентств системы ООН.

ООН-овская программа ЮНЭЙДС является основным пропагандистом глобальных действий против эпидемии. Она призвана содействовать странам мира в вопросах профилактики ВИЧ/СПИДа, предоставления заботы и поддержки тем, кто уже инфицирован, а также в смягчении последствий эпидемии. ЮНЭЙДС представляет собой партнерство десяти учреждений системы ООН и объединяет их усилия и ресурсы.

Особую роль в области борьбы с ВИЧ/СПИДом играет ЮНЕСКО, которая специализируется на вопросах образования в программе ЮНЭЙДС. В частности, одним из приоритетов в деятельности ЮНЕСКО в этой области является просвещение населения, и в особенности уязвимых групп, в том, что касается профилактики ВИЧ/СПИД. Просветительская деятельность призвана добиваться выработки у людей адекватного понимания того, что им грозит риск или что они являются уязвимыми; выработки навыков и мотивации, которые способствуют ответственному поведению, направленному на снижение риска и уязвимости; способствовать защите прав человека в этой области. Для России это направление деятельности ЮНЕСКО имеет особое значение, так как в предыдущие годы практически все усилия по борьбе с распространением ВИЧ-инфекции ограничивались в основном медицинскими мерами:

- скринингом больших групп населения (в первое десятилетие эффективность таких скрининговых программ, проводившихся в основном «вслепую», а не в уязвимых группах, была несоизмеримо малой — в сравнении с огромными финансовыми затратами на них);
- работой с отдельными пациентами.

Между тем сегодня общепризнанно, что наиболее эффективной формой борьбы против ВИЧ/СПИД является профилактика этого опасного заболевания, а использование с этой целью просветительских средств и ресурсов позволяет изменить поведенческие установки людей и тем самым — защитить их здоровье.

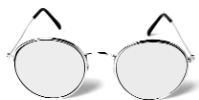
При разработке и осуществлении системных программ профилактики существенную роль могут сыграть современные информационные технологии, а также учет культурных аспектов профилактики и борьбы с распространением ВИЧ/СПИД. Сегодня уже очевидно, что эпидемия ВИЧ/СПИД является многогранной проблемой, не только вызывающей озабоченность врачей, но и требующей разработки многомерной ответной стратегии. Если ограничиваться одними лишь медицинскими аспектами или же чисто познавательной информацией, образованием и популяризацией безопасной практики сексуальных отношений, то, как показывает практика, существенного эффекта достичь не удастся. В действительности проблема ВИЧ/СПИД представляет собой сложный социально-экономический, общественный и культурный феномен, который следует рассматривать в перспективе устойчивого развития человеческого общества. Для предотвращения и лечения этой эпидемии необходим культурно и ценностно-ориентированный подход, охват всех аспектов проблемы.

Дополнительную информацию по проблеме ВИЧ/СПИДа и сведения об организациях, работающих в этой сфере, можно найти в Интернете на сайтах:

www.aids.ru
www.unaids.ru
<http://prevent.unesco.ru>
www.positivenet.ru

www.tpaa.net
www.stopspid.ru
www.ngoforum.aids.ru

ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ



в чем особенность моральных проблем психиатрии?
в чем специфика отношения врачей к пациентам с психическими заболеваниями?
почему необходимо защищать права пациентов психиатрических клиник?



ФИЛИПП ПИНЕЛЬ (1745-1826)
ФРАНЦУЗСКИЙ ПСИХИАТР
XXXXX XXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXX XX XXXXXX XXXXXXXXXXXX

Острота и специфика этических проблем в психиатрии определяется рядом особенностей этой области клинической медицины.

Во-первых, психиатр имеет дело с больным, у которого нарушаются привычные нормы взаимодействия с социальным окружением. Для понимания природы и характера психического расстройства необходимо учитывать деформированные социальные отношения пациента и то, как он воспринимает и осмысливает сложные социальные ситуации. Поэтому в центре многих моральных проблем психиатрии лежит конфликт между моральным принципом уважения автономии пациента и спецификой заболевания, ограничивающего эту автономию, т.е. способность самостоятельно оценивать ситуацию и совершать разумные поступки.

Во-вторых, диагноз психического расстройства несет в себе негативную морально-психологическую нагрузку. С особой остротой стоит проблема стигматизации психиатрических больных.

В-третьих, существенной особенностью, отличающей психиатрию от других медицинских дисциплин, является применение к некоторым категориям больных недобровольных мер и даже насилия. Если учесть, что недобровольно, т.е. без согласия пациента или вопреки его желанию, психиатр может при определенных условиях провести его освидетельствование, установить обязательное диспансерное наблюдение, поместить в психиатрический стационар и содержать там в изоляции, применять психотропные препараты и иные воздействующие на психику методы лечения, то становится очевидным, что масштабы и последствия принуждения в психиатрической практике весьма значительны.

В-четвертых, диапазон расстройств и заболеваний, с которыми имеет дело психиатрия, чрезвычайно широк. Иногда больные из-за тяжелых поражений психики не могут не только защитить себя, но даже выразить свои интересы. В то же время при пограничных психических расстройствах пациент по степени своей личностной автономии, персональной ответственности, интеллектуального развития, правового и нравственного сознания подчас не уступает врачу-психиатру, а то и превосходит его. Исходя из этого, психиатр в общении с одними пациентами должен использовать по преимуществу патерналистскую модель, а с другими — партнерскую (коллегиальную или контрактную).

В-пятых, поскольку психические расстройства бывают столь тяжелыми, что больной может представлять опасность для себя и для окружающих, психиатрия как сфера этического и правового регулирования выполняет двуединую функцию — защиты интересов больного, с одной стороны, и интересов окружающих — с другой.

ПАТЕРНАЛИЗМ И АНТИ-ПАТЕРНАЛИЗМ В ПСИХИАТРИИ

Психиатрия современного типа зародилась в конце XVII — начале XIX вв., когда с психиатрических больных были в буквальном смысле слова сняты кандалы, и из заключенных тюрем они превратились в пациентов в привычном для нас понимании. Особую роль в этом сыграл французский врач Филипп Пинель. Его реформа психиатрии по сути строилась на патерна-

листских принципах — больные рассматривались как «дети», а созданный им тип психиатрической больницы — как большая «семья», в которой сам психиатр играл роль заботливого «отца», решающего за неразумных чад, что для них благо, а в чем заключено зло.

Патерналистская модель господствовала в мировой психиатрии вплоть до середины XX в. По мере появления более эффективных психотропных лекарств и под влиянием правозащитных идей начали формироваться новые модели лечения, предполагающие отказ от принудительного содержания в больницах и интеграцию пациентов в общество. Начиная с 70-х гг. методы оказания психиатрической помощи стали в основном определяться идеей защиты прав пациентов с психическими расстройствами.

В нашей стране эти изменения нашли свое воплощение в Федеральном законе «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (1993). Существенную роль в защите прав пациентов в данной области играют профессиональные организации — Российское общество психиатров и Независимая психиатрическая ассоциация России. До середины XX в. общепринятая медицинская практика предполагала недобровольную госпитализацию психически больных. В современной психиатрии действует принцип добровольной госпитализации. Для помещения пациента в больницу необходимо получить его согласие, предоставив ему в понятной форме информацию о природе заболевания и методах предполагаемого лечения. Пациент имеет право отказаться от предлагаемой ему госпитализации. Этот принцип закреплен в законодательстве.

Принудительные меры медицинского характера могут применяться только по решению суда, и только в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния. В особо оговоренных законодательством случаях допускается недобровольная госпитализация лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, до того, как суд примет соответствующее решение.

В нормативных документах, относящихся к психиатрии, действует принцип наименьшего ограничения. В «Рекомендациях Комитета министров Совета Европы государствам-членам относительно защиты прав человека и человеческого достоинства лиц, страдающих психическими расстройствами» (2004) отмечается: **«Лица, страдающие психическим расстройством, должны иметь право на уход в наименее ограничивающей окружающей обстановке и на наименее ограничивающее или наименее насильственное лечение, принимая во внимание потребности их здоровья и необходимость защиты безопасности окружающих».**

Более того, в случае несогласия с принудительной госпитализацией пациент имеет право обжаловать это действие врачей в судебном порядке, включая Европейский суд по правам человека.

Нарушения прав и достоинства человека нашли выражение в практике злоупотребления психиатрией, которая была характерна для советского времени. Психиатрия часто использовалась в политических целях для борьбы с инакомыслящими (биологом Ж. Медведевым, генералом П. Григоренко и многими другими), а также для решения «локальных» проблем — расправы с людьми, по тем или иным причинам неудобным для местного начальства. В настоящее время особую актуальность приобретает проблема объективности и профессиональности психиатрической экспертизы, к которой по разным причинам приходится все чаще обращаться при разрешении сложных правовых коллизий.

В психиатрии значительно настоятельней, чем в других областях клинической медицины, необходимо следовать древнейшему принципу врачевания — «не навреди!». Перечислим основные источники потенциального ущерба, связанного с психиатрической практикой.



**ИСТОЧНИКИ ПОТЕНЦИАЛЬНОГО
УЩЕРБА, СВЯЗАННЫЕ
С ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКОЙ**

- *Принуждение. Диапазон мер принуждения в психиатрии очень широк — от безобидных ситуаций недобровольного освидетельствования психиатром (например, при проведении экспертизы трудоспособности) до принудительного введения лекарств или принудительного кормления.*
- *Социальные ограничения и запреты, которые прежде всего касаются допуска лиц с психическими расстройствами к отдельным видам профессиональной или иной деятельности.*
- *Отчуждение (стигматизация), которое выражается в фактическом исключении пациента из многообразия каждодневных социальных отношений, в результате чего он оказывается заключенным в своеобразное «гетто».*
- *Собственно моральный вред, причиняемый пациентам медицинским персоналом, который проистекает из нарушения моральных правил оказания психиатрической помощи, в частности, правил конфиденциальности, правдивости, неприкосновенности частной жизни, добровольного информированного согласия на осуществление медицинских вмешательств.*
- *Вред, сопутствующий применению агрессивных методов лечения. Применение в высоких дозах психотропных средств вызывает тяжелейшие расстройства в деятельности других систем организма. Особое внимание следует обратить на использование методов психохирургии (операций на головном мозге) и электрошоковой терапии (ЭСТ) которые приводят к тяжелым изменениям психики и подчас недостаточно обоснованы научными знаниями.*



**ЗАЩИТА КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ
ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

В упоминавшихся рекомендациях Совета Европы отмечается, что психохирургические операции, преследующие цель получение необратимого физического эффекта, могут проводиться только в исключительных случаях, когда нет никаких других методов лечения, с согласия пациента или его законного представителя в письменной форме, а также при наличии позитивного заключения независимого эксперта.

Соблюдения врачами и медицинским персоналом врачебной тайны при оказании психиатрической помощи (сохранение в тайне факта обращения за помощью, диагноза, факта госпитализации и т.д.) — одно из главных требований современной психиатрии.

Особо драматическая ситуация возникает тогда, когда врач узнает в ходе лечения об определенных болезненных стремлениях пациента, представляющих опасность для других людей. Предупредить тех людей, которым грозит опасность, — значит разгласить врачебную тайну. Кроме нарушения одной из наиболее фундаментальных моральных норм врачебной профессии, здесь налицо угроза доверительным отношениям между врачами и пациентами. Если пациенты будут знать, что врачи готовы нарушить конфиденциальность передаваемой им информации, они не будут с ними откровенны, а это, в свою очередь, будет затруднять лечение.

Вместе с тем врач несет ответственность и перед теми, кому грозит опасность. Эта моральная коллизия не имеет общего решения, все зависит от конкретных обстоятельств, но в любом случае нарушение конфиденциальности должно рассматриваться как шаг исключительный, требующий серьезного обоснования.

МОРАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ



каковы возможности и ограничения трансплантологии?
каковы принципы пересадка органов от живого и умершего донора?
как получают согласие донора?



КРИСТИАН БАРНАРД (1922-2001)
ЮЖНОАФРИКАНСКИЙ ХИРУРГ.
В 1967 Г. ОСУЩЕСТВИЛ
ПЕРВУЮ ОПЕРАЦИЮ ПО ПЕРЕСАДКЕ
СЕРДЦА, КОТОРАЯ СЧИТАЕТСЯ
НАЧАЛОМ ЭРЫ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ

Одним из величайших научно-технических достижений последней трети XX века стало возникновение и развитие такой области медицины, как пересадка (трансплантация) органов и тканей человека. Началом эры трансплантологии принято считать декабрь 1967 г., когда южноафриканский хирург Кристиан Барнард пересади сердце погибшего человека пациенту, большое сердце которого не оставляло ему шансов на спасение. Это событие вызвало огромный резонанс во всем мире.

Впрочем, то была не первая успешная операция по пересадке органа. Еще в 1954 г. американские хирурги пересадили почку одного человека (донора) другому (реципиенту).

Появление и развитие трансплантологии стало возможным благодаря целому ряду открытий в медицинской науке и технике. Среди них создание устройств для искусственного кровообращения и вентиляции легких, аппаратов, позволяющих поддерживать в жизнеспособном состоянии органы и ткани донора, которые будут использованы для трансплантации, и др.

Была решена проблема отторжения чужеродных тканей. Дело в том, что организм реципиента обладает системой иммунной защиты, с помощью которой распознаются попавшие в организм чужеродные клетки и включаются механизмы иммунного ответа, направленного на их уничтожение. Исходом такого противостояния может быть как гибель всех чужеродных клеток, а следовательно, и пересаженного органа, так и (в случае, когда чужеродные клетки берут верх над системой иммунной защиты) весьма серьезные, вплоть до несовместимых с жизнью, нарушения в организме хозяина.

Ученые научились подбирать таких доноров органов и тканей, биологические параметры организма которых были бы как можно ближе к параметрам организма реципиента. Одновременно был открыт особый класс лекарственных веществ (иммунодепрессантов), способных блокировать реакцию отторжения.



Самой серьезной проблемой, связанной с трансплантацией органов и тканей, является острая нехватка донорских органов. По данным ВОЗ, в мире проводится ежегодно около 70 тыс. пересадок цельных органов (из них 50 тыс. — почки) и миллионы пересадок тканей. Тем не менее спрос на донорские органы и ткани значительно превышает предложение.

Как правило, больной вынужден долго ждать того момента, когда появится орган, который может быть ему пересажен. Существуют так называемые листы ожидания — попросту говоря, списки очередников. Далеко не каждый попавший в этот лист доживает до пересадки, так что человеческая жизнь, которую современная медицина могла бы спасти, теряется безвозвратно.

По некоторым данным, в России только 30% очередников доживают до трансплантации. Оказаться в очереди ожидающих пересадки, не зная, когда она станет возможной, да и

вообще удастся ли до нее дожить, — трудно представить себе более драматичную ситуацию! В мировой практике отнюдь не редки случаи, когда во имя получения донорских органов люди идут даже на преступления.

Принято различать разные виды трансплантации, причем эти различия касаются не только средств и методов пересадки, но и связанных с ней этических проблем. Прежде всего, существуют пересадка органов и тканей от живого донора и пересадка от умершего донора.

ПЕРЕСАДКА ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ОТ ЖИВОГО ДОНОРА

При пересадке от живого донора речь идет об изъятии у донора только тех органов или тканей, без которых он в состоянии продолжать полноценную жизнь. Наиболее часто заимствуется почка, проводятся также операции по пересадки части (доли) печени. Наименее рискованными для доноров являются операции, в ходе которых у них изымаются возобновляемые ткани, например, кровь или костный мозг. Впрочем, и в этих случаях донор подвергается определенным рискам, неудобствам, болезненным ощущениям. При изъятии почки или части печени риск для донора многократно возрастает. С одной стороны, рискованной является сама операция изъятия органа; с другой — не исключены и такие нежелательные последствия, которые могут проявиться спустя месяцы и даже годы.

Поэтому в практике трансплантологии действует этическая норма, согласно которой более предпочтительным считается использование для пересадки органов, изымаемых у умершего донора. Заимствование органа у живого донора допустимо только тогда, когда не удастся воспользоваться соответствующим органом умершего донора. Учитывая, однако, острейший дефицит донорских органов, пересадка органов от живых доноров отнюдь не редкость. Более того, в тех случаях, когда донор и реципиент находятся в отношениях генетического родства, такая пересадка дает дополнительное преимущество, поскольку уменьшается риск отторжения пересаженного органа. Согласно российскому законодательству, живым донором и может быть только родственник реципиента. Эта норма не только обеспечивает более высокую вероятность успешной трансплантации, но и перекрывает легальные возможности принуждать донора жертвовать своим органом.

Такое принуждение может осуществляться посредством угроз потенциальному донору или, что бывает значительно чаще, путем выплаты ему определенного вознаграждения. Практически во всем мире коммерческое использование донорских органов и тканей считается преступлением, а превращение части тела человека в товар рассматривается как грубое посягательство на его человеческое достоинство. Тем не менее специальная международная комиссия, в конце 90-х годов изучавшая этот вопрос, обнаружила распространенность такого донорства среди беднейшего населения ряда стран, в частности, Индии и Бразилии.

ПЕРЕСАДКА ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ОТ УМЕРШЕГО ДОНОРА

Целый спектр моральных и юридических проблем возникает в связи с изъятием и пересадкой органов и тканей от умерших доноров. Прежде всего, что значит «умерший донор»? Согласно традиционным критериям, смерть констатируется тогда, когда необратимо прекращают действовать сердце и легкие. Но какой же смысл пересаживать нежизнеспособные органы? А если эти органы жизнеспособны, то можно ли признать человека умершим? Именно эти вопросы, напомним, возникли после того, как К. Барнард осуществил первую пересадку сердца.

По мере развития такой области медицины, как реаниматология, появилась возможность поддерживать жизненные процессы в человеческом организме, в частности, дыхание и кровообращение, тогда, когда деятельность мозга уже необратимо прекратилась. Учитывая данное обстоятельство, в 1968 г. группа медиков из Гарвардского университета (США) предложила новый критерий определения смерти — так называемый «гарвардский критерий», в соответствии с которым наступление смерти констатируется именно тогда, когда окончательно прекратилась активность мозга. Коль скоро такое состояние зафикси-

ровано, можно прекратить усилия по возвращению этого человека к жизни. После того, как наступила полная мозговая смерть (или смерть всего мозга), искусственно поддерживать вегетативные функции в организме можно в течение еще нескольких дней. Принятие этого критерия сделало трансплантацию жизненно важных органов человека морально и юридически возможной.

Сама по себе констатация смерти мозга — отнюдь не простая процедура; она требует наличия весьма сложного оборудования и квалифицированных специалистов. Впрочем, в тех случаях, когда органы пациента, у которого установлена смерть мозга, предполагается использовать для трансплантации, работа врачей отнюдь не прекращается. Она, однако, приобретает кардинально иной смысл: теперь уже речь идет о сохранении в жизнеспособном состоянии тех органов и тканей, которые будут пересажены.

Таким образом, трансплантология ставит медиков перед сложнейшей в моральном отношении ситуацией. С одной стороны, они должны делать все возможное для спасения жизни пациента; с другой стороны, чем раньше начнутся манипуляции по забору из его тела органов и тканей, тем больше вероятность того, что их пересадка будет успешной.

Для разрешения коллизии между необходимостью как можно дольше бороться за жизнь умирающего и необходимостью как можно скорее получить органы для пересадки принимаются специальные меры. Согласно отечественному закону «О трансплантации органов и (или) тканей человека» (ст. 9), во-первых, изъятие у трупа органов и тканей для трансплантации возможно только в том случае, «если имеются бесспорные доказательства факта смерти, зафиксированного консилиумом врачей-специалистов». Недостаточно четкое выполнение этой нормы может иметь тяжелые правовые последствия для трансплантологов, подрывать доверие к ним со стороны общественности. Необходимо также, чтобы и общественность была информирована о понятии смерти мозга.



Во-вторых, при установлении диагноза смерти «в случае предполагаемого использования умершего в качестве донора запрещается участие трансплантологов и членов бригад, обеспечивающих работу донорской службы и оплачиваемых ею». Закон, таким образом, обращает специальное внимание на наличие конфликта интересов между реаниматологами и трансплантологами.

Немало споров возникает и относительно того, как должно устанавливаться согласие потенциального донора либо его родственников на изъятие органов для пересадки. В разных странах существуют разные системы установления согласия. Одна из них основывается на так называемой презумпции несогласия. В этом случае необходимым условием для использования органов умершего считается явно выраженное предварительное согласие человека на то, чтобы после смерти его органы и ткани могли использоваться для трансплантации. Такое согласие фиксируется либо в водительском удостоверении человека, либо в специальном документе — карточке донора. Кроме того, соответствующее разрешение можно получить от родственников умершего.

Во втором случае решения об изъятии органов умершего опираются на презумпцию согласия. Если человек в явной форме не возражал против посмертного изъятия его органов и если, далее, таких возражений не высказывают его родственники, то эти условия принимаются в качестве основания для того, чтобы считать человека и его родственников согласными на донорство органов.



Именно такая норма действует в отечественном законодательстве. В целом, как показывает опыт, в странах, где принята презумпция согласия, получение донорских органов облегчено по сравнению со странами, опирающимися на презумпцию несогласия. Недоста-

ток же системы, базирующейся на презумпции согласия, заключается в том, что люди, неосведомленные о существовании такой нормы, автоматически попадают в разряд согласных. Чтобы избежать этого, в некоторых странах отказ выступать в качестве донора фиксируется в особом документе — «карточке недонора», которую человек должен постоянно иметь при себе. В России подобные механизмы не предусмотрены.

Неопределенность возникающей в связи с этим ситуации состоит в следующем. С одной стороны, поскольку законодательство не обязывает медиков устанавливать контакт с родственниками умершего и выяснять их мнение относительно изъятия органов (хотя закон и наделяет их таким правом), родственникам зачастую бывает невозможно принять участие в решении вопроса. С другой стороны, и сами медики оказываются в уязвимом положении: ведь родственники, узнавшие об изъятии органов умершего уже после того, как оно произошло, вполне могут обратиться в суд. Из-за незащищенности медиков они зачастую не склонны заниматься достаточно сложными процедурами, необходимыми для изъятия органов, рассуждая примерно так: зачем брать какие-то дополнительные обязанности, если можно навлечь на себя серьезные неприятности?

В сфере трансплантологии сталкиваются различные, нередко прямо противоположные интересы. Неудивительно поэтому, что вокруг нее часто вспыхивают острейшие скандалы, которые охотно подхватываются, а иногда даже и возбуждаются средствами массовой информации. Как свидетельствует мировая практика, во избежание таких скандалов или, по крайней мере, минимизации их разрушительных последствий необходимо, помимо наличия четкой законодательной базы, осуществление государством специальной политики.

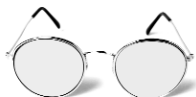
Такая политика должна, во-первых, защищать права и человеческое достоинство доноров, а во-вторых, способствовать более широкому применению трансплантологии для спасения жизней как можно большего числа пациентов.

Одна из важнейших составляющих такой политики — планомерная просветительская работа, проводить которую необходимо как среди медиков, так и среди населения в целом. Главные задачи этой работы — борьба с бытующими в обществе (и зачастую поддерживаемыми СМИ) мифами о якобы тотальной криминализованности всей трансплантологической практики, а также поддержка донорства как в высшей степени альтруистической, благородной миссии. Кстати, слово донор и означает «даритель».

Человек должен твердо знать, что в критической ситуации врачи будут делать все возможное для спасения его жизни и в то же время в случае его смерти он будет бескорыстным дарителем своих органов и тканей.

Второй важной составляющей государственной политики поддержки трансплантологии является обеспечение прозрачности и справедливости в том, что касается распределения донорских органов, и вместе с тем поиск альтернативных источников донорского материала. Здесь можно выделить три направления: разработка искусственных органов — сердца, почки, легких и т.п.; ксенотрансплантация — пересадка человеку органов, изымаемых у животного; и «выращивание» необходимых пациенту органов или тканей с помощью технологий на основе стволовых клеток. Несмотря на определенные успехи, все три направления являются сугубо экспериментальными. Поэтому к ним необходимо применять те же этические и юридические нормы, которые действуют во всей сфере исследований и экспериментов на человеке.

МОРАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ КОНЦА ЖИЗНИ (ХОСПИСЫ, ЭВТАНАЗИЯ)



что такое хосписы?
какова история их возникновения?
в чем проблемы развития паллиативной медицины в России?
что такое эвтаназия?



ДАМА СИСЕЛИ СОНДЕРС (1918)
ОСНОВАТЕЛЬНИЦА ПЕРВОГО
ХОСПИСА СОВРЕМЕННОГО ТИПА

ХОСПИС

Во второй половине XX в. сформировалась особая область врачебной деятельности — паллиативная медицина. Ее задачей является не излечение больного, а облегчение физических и душевных страданий умирающего.

Вследствие растущего внимания к защите прав и достоинства человека в общественном мнении все больше распространяются представления о том, что человек должен иметь возможность не только достойно жить, но и достойно умереть. Конечно, речь в первую очередь идет об избавлении от физических и душевных страданий. Но не только. Последние месяцы, недели и даже дни умирающего — это ведь часть, и притом очень важная, его жизни. И сколь бы ни были тяжелы его страдания, он продолжает оставаться человеком. У него остаются какие-то силы и возможности, пусть и ограниченные; у него могут быть интересы, не связанные с его тяжелым болезненным положением. В конце концов, он еще в состоянии обогащаться новым жизненным опытом.

Наиболее полное выражение принципы современной паллиативной медицины находят в хосписах. Слово «хоспис» английского происхождения. Оно означает «странноприимный дом», «дом умиротворения». Такие дома существовали еще в средние века при монастырях — в них умирающие могли найти последнее пристанище.

Основная заслуга в создании хосписов современного типа принадлежит англичанке С. Сондерс. В открытом ею в 1967 г. в Лондоне первом в мире хосписе стали разрабатывать стандарты паллиативной медицинской помощи, чтобы соответствующие методы и средства могли использоваться и в домашних условиях. Кроме того, хосписы оказывают поддержку семьям больных в период утраты.

Хосписы — не просто специализированные больницы для умирающих. Исходная идея философии хосписа очень проста: умирающий нуждается в особой помощи, ему должно и можно помочь пройти через границу жизни и смерти.

Еще одна форма оказания помощи смертельно больным пациентам — отделения паллиативной помощи, действующие при некоторых многопрофильных больницах.

К сожалению, и в России, и в любой другой стране мира помощь паллиативной медицины доступна далеко не всем, кто в ней нуждается. Здесь следует отметить, что парадоксальным образом сам прогресс медицины множит число ситуаций, когда пациенты, порой весьма надолго, оказываются в состоянии между жизнью и смертью. Наступление же смертного часа часто бывает результатом не столько естественного хода болезни, сколько принимаемого кем-то решения.

Например, момент смерти палестинского лидера Я. Арафата (он скончался в одной из парижских больниц в 2004 г.) определялся в ходе непростых переговоров между его супругой и соратниками. Смерть наступила лишь тогда, когда договаривающиеся стороны пришли к компромиссному решению.

БИОМЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРОДЛЕНИЯ ЖИЗНИ

Биомедицинские технологии, создаваемые для продления жизни, выступают, таким образом, и как технологии, позволяющие людям контролировать ее прекращение. При этом имеет смысл различать два типа ситуаций, разнящихся не только с медицинской точки зрения, но и по характеру связанных с ними моральных сложностей. В первом случае пациент, чья жизнь поддерживается искусственными аппаратами и средствами, находится без сознания, которое утеряно безвозвратно. На медицинском языке это — устойчивое вегетативное состояние; вегетативное, поскольку осуществление всех высших функций уже прекратилось. В частности, пациент уже не испытывает болевых ощущений. Устойчивым же такое состояние называют потому, что оно может поддерживаться в течение долгих месяцев и даже лет.

Так, американка Терри Шиаво, за последними днями которой напряженно следил весь мир, провела в таком состоянии 15 лет! Более того, жизнеподдерживающее лечение можно было продолжать и дальше. Оно было прекращено только после того, как суд принял соответствующее решение, опираясь на настойчивые просьбы мужа Терри, а также на его свидетельство о том, что она сама в свое время говорила о своем нежелании продолжать жизнь в подобном состоянии. Ситуацию осложняло то, что родители Терри настаивали на продолжении лечения.



ТЕРРЕЗА ШИАВО, ЗА ПОСЛЕДНИМИ ДНЯМИ КОТОРОЙ СЛЕДИЛ ВСЬ МИР, ПРОВЕЛА В ВЕГЕТАТИВНОМ СОСТОЯНИИ 15 ЛЕТ

Тяжелейшая моральная проблема, возникающая в подобных ситуациях, как раз и связана с тем, можно ли (и если да, то кто должен принимать решение об этом) прекращать жизнеподдерживающее лечение? Иначе эту проблему можно сформулировать так: является ли существо, находящееся в устойчивом вегетативном состоянии, человеком? не нарушает ли искусственное поддержание жизни такого существа его права на достойную смерть?

Дополнительный аргумент в пользу прекращения лечения состоит в том, что в таких случаях используются дефицитные ресурсы — квалифицированные специалисты, высокотехнологичная аппаратура и т.п., которые можно было бы использовать для возвращения к полноценной жизни многих и многих других пациентов.

Кроме того, такое лечение стоит немалых денег. И когда за него приходится платить родственникам пациента, они оказываются перед угрозой разорения — при том, что состояние их близкого никогда не изменится к лучшему. В США, к примеру, бывали случаи, когда родственники обвиняли медиков в том, что те, занимаясь бесполезным лечением, просто выкачивают из них деньги.

В ряде стран решение этой проблемы основывается на практике так называемого «прижизненного завещания» — документа, который человек составляет заранее и в котором оговаривается, в каких ситуациях он не считает нужным проводить лечение. У Терри Шиаво такого завещания не было, и потому принимать последнее решение в конце концов пришлось родственникам, причем после длительных судебных разбирательств.

Поговорим теперь о другом типе моральных коллизий, возникающих, когда пациент оказывается у роковой черты. В этом случае он, напротив, находится в полном сознании, однако, во-первых, смертельно болен, и конец его довольно близок, а во-вторых, испытывает тяжелейшие боли и страдания. Если к тому же ему недоступно паллиативное лечение — например, он органически не переносит обезболивающие препараты, то у него может возникнуть (и нередко действительно возникает) настойчивое желание положить конец бессмысленным страданиям.

ЭВТАНАЗИЯ

В подобных случаях возникает проблема эвтаназии. Термин «эвтаназия» означает легкую, спокойную, безболезненную смерть. Иными словами, речь идет об ускорении смерти тяжело и неизлечимо больного, осуществляемом по его воле или по воле уполномоченных им близких.

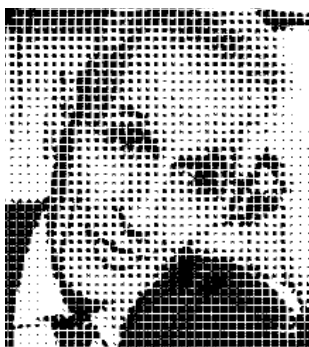
Различают активную и пассивную эвтаназию. Пассивная эвтаназия — это отказ от жизнеподдерживающего лечения, когда оно либо прекращается, либо вообще не начинается. Активная эвтаназия — преднамеренное действие с целью прервать жизнь пациента, например, путем инъекции препарата, вызывающего смерть. Пассивная эвтаназия имеет место, например, когда безнадежно больного пациента выписывают из больницы, тем самым по сути дела прекращая его лечение. Это — довольно распространенное в медицинской практике явление.



Хотя в большинстве стран, включая Россию, активная эвтаназия запрещена законом (исключение составляют Нидерланды, Бельгия и американский штат Орегон), именно она вызывает наиболее острые дискуссии. Различают такие формы активной эвтаназии:

- убийство (умерщвление) из сострадания, когда жизнь, являющаяся мучением для больного, прерывается другим человеком, например, врачом, даже без согласия пациента;
- добровольная активная эвтаназия;
- самоубийство при помощи врача.

Во втором и третьем случаях определяющим является согласие (или даже требование) самого больного: либо врач по его просьбе делает ему летальную инъекцию, либо передает в руки больного средство, позволяющее ему покончить с собой.



ДЖЕК КЕВОРКЯН
АМЕРИКАНСКИЙ ВРАЧ-ПАТОЛОГО-
АНАТОМ. СКОНСТРУИРОВАЛ
УСТРОЙСТВО, С ПОМОЩЬЮ КОТО-
РОГО ПАЦИЕНТ МОГ БЕЗБОЛЕЗ-
НЕННО ПРЕКРАТИТЬ СВОЮ ЖИЗНЬ

Американский врач-патологоанатом Джек Кеворкян сконструировал устройство, с помощью которого сам пациент мог безболезненно прекратить свою жизнь. Предоставляя возможность использовать его обратившимся к нему пациентам и инструктируя их о принципе его действия, он «помог» уйти из жизни более чем ста пациентам. Его неоднократно пытались привлечь к уголовной ответственности, но этому препятствовало именно то обстоятельство, что сам он не производил инъекцию, так что с юридической точки зрения ситуация квалифицировалась как самоубийство.

Основным аргументом сторонников активной эвтаназии является право человека на самоопределение, вплоть до того, чтобы самому распорядиться собственной жизнью и отказать от негуманного, унижающего его достоинства лечения.

Против активной эвтаназии высказываются следующие аргументы: восходящий к теологии аргумент о святости человеческой жизни; возможность врачебной ошибки при констатации безнадежного диагноза; опасность злоупотреблений, если эвтаназия будет узаконена; аргумент «наклонной плоскости»: коль скоро эвтаназия будет узаконена, то даже при самых жестких требованиях к ее проведению в реальной жизни будут возникать ситуации «на грани» узаконенных требований, при этом незначительные отступления будут размывать строгость закона, так что в конечном счете эвтаназия станет осуществляться не из сострадания, а ради совсем других целей.

МОРАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОВЕДЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЙ С УЧАСТИЕМ ЧЕЛОВЕКА И ЖИВОТНЫХ



зачем нужны биомедицинские исследования?
в чем риск научных исследований для испытуемых?
в чем моральная специфика опытов на животных?
зачем используют плацебо?
что необходимо знать тому, кому предлагают стать испытуемым?

Стремительный научно-технический прогресс в области медицины был бы невозможен без проведения огромного количества исследований, в ходе которых участвующие в них люди подвергаются тем или иным — физическим либо психическим — медицинским вмешательствам. Тех, кто привлекается к участию и подвергается этим вмешательствам, принято называть испытуемыми. Чаще всего целью таких исследований является разработка и проверка новых лекарственных средств, предназначенных для диагностики и лечения заболеваний.

Нередки и исследования, посвященные более фундаментальным проблемам, скажем, биохимическим процессам в человеческом организме, причинам возникновения и механизмам развития различных заболеваний, и т. п. Конечная цель и в этих случаях состоит в получении таких знаний, которые в дальнейшем могут быть применены для восстановления или укрепления здоровья человека. Таким образом, в целом биомедицинские исследования дают знания, которые несут благо человечеству. Важно отметить и то, что свобода научного поиска как таковая является в современном обществе весьма значимой ценностью.

РИСК ДЛЯ ИСПЫТУЕМОГО

В то же время для испытуемого участие в исследовании всегда связано с риском, с возможностью причинения ущерба его здоровью или благополучию. Известно немало случаев, когда участие в исследовании заканчивалось для испытуемых трагически. Как более 100 лет назад отмечал известный писатель, врач В. Вересаев, «к человеку подходят только с известной возможностью, что применяемое средство поможет ему или не повредит; тут всегда больший или меньший риск». И далее: «путем этого постоянного и непрерывного риска, блуждая в темноте, ошибаясь и отрекаясь от своих заблуждений, медицина и добыла большинство из того, чем она по праву гордится».

С особой остротой вопрос об угрозе здоровью и даже жизни тех, кто привлекается к участию в исследованиях, встал после окончания Второй мировой войны. Как выяснилось во время Нюрнбергского трибунала, в гитлеровской Германии в массовых масштабах проводились бесчеловечные «эксперименты» над заключенными концлагерей и другими категориями граждан. Во многих случаях в самом замысле экспериментов предполагалась гибель, нередко весьма мучительная, испытуемых. Таким путем проверялась, например, способность человеческого организма переносить жесточайший мороз, тяжелейшую кислородную недостаточность и т. д.

В ходе судебного процесса по делу «медиков», проводивших подобные эксперименты, был разработан документ, получивший название «Нюрнбергского кодекса». Он включает

10 этических норм, которые необходимо соблюдать при подготовке и проведении исследований с участием человека в качестве испытуемого. Впоследствии нормы Нюрнбергского кодекса получили развитие в других международных документах, наиболее известный из которых — Хельсинкская декларация Всемирной медицинской ассоциации. В последние десятилетия биомедицинские исследования с участием человека все чаще становятся объектом не только этического, но и правового регулирования, как на национальном, так и на международном уровнях.

ЭТИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ НАД БИОМЕДИЦИНСКИМИ ИССЛЕДОВАНИЯМИ

С этической точки зрения важным представляется требование научной обоснованности исследования. Это может показаться странным — ведь на первый взгляд, моральные соображения не имеют отношения к оценке качества научного исследования. Дело, однако, вот в чем: поскольку в любом биомедицинском исследовании его участники подвергаются большему или меньшему риску, этот риск можно будет счесть оправданным лишь тогда, когда исследователь делает все возможное для того, чтобы получить значимые и достоверные данные. Конечно, когда исследование только планируется, бывает трудно судить о том, насколько ценные результаты оно принесет. Однако едва ли можно спорить с тем, что недопустимо подвергать испытуемых риску, если очевидно, что исследование бесперспективно по самому своему замыслу.

Поэтому все проекты биомедицинских исследований проходят предварительную проверку на научную обоснованность и значимость. Такая проверка входит в круг обязанностей этического комитета (подробнее об этом будет говориться позже), который в обязательном порядке осуществляет экспертизу каждого исследовательского проекта.

Специального контроля требует вопрос о профессиональной подготовке исследователя. Иными словами, наряду с научной обоснованностью проекта важно, чтобы исследование проводил достаточно квалифицированный специалист. Смысл этого требования очевиден — низкая квалификация исследователя сама по себе будет фактором риска для испытуемых.

Согласно существующим этическим и правовым нормам, проведение биомедицинских исследований допустимо только в тех случаях, когда нет альтернативных способов получения каких-либо существенных и необходимых знаний. Тем не менее количество таких исследований, а стало быть, и круг вовлекаемых в них людей непрерывно расширяются. В мире ежегодно испытуемыми бывают миллионы людей. Само по себе это — красноречивое свидетельство того, сколь важными являются этические и правовые нормы, направленные на защиту испытуемых.

казус эксперимента
в таскеги

Начиная с 1933 г. на протяжении почти 40 лет в США, в городке Таскеги (штат Алабама) проводилось исследование на жителях городка — мужчинах-неграх. В ходе исследования изучалось протекание сифилиса. Уже в 1942 г. был открыт эффективный метод лечения сифилиса с помощью пенициллина. Однако этот препарат применялся по отношению только к тем пациентам, которые обращались с соответствующей просьбой. Остальные пенициллина не получали. Исследователи делали это вполне осознанно, считая, что у них появляется «необычайная возможность изучать пациентов, которые не получают лечения от сифилиса, с момента начала заболевания до самой смерти зараженного, и сравнить протекание сифилиса с использованием современного лечения и без такового». Этот случай в биоэтической литературе стал своего рода образцом морально неприемлемого проведения исследований.

И еще одно обстоятельство. Коль скоро в ходе исследования проверяется эффективность нового лекарственного препарата, то вполне разумным представляется выбирать в

качестве базы для сравнения не отсутствие всякого лечения, а существующие средства лечения данного заболевания. В противном случае испытуемые подвергаются неоправданному риску. Иначе говоря, исследование имеет смысл (и научный, и моральный) только тогда, когда испытываемое средство или метод по крайней мере в каких-либо отношениях более эффективны, чем все существующие.

**ЧТО НЕОБХОДИМО ЗНАТЬ
ТОМУ, КОМУ ПРЕДЛАГАЮТ СТАТЬ
ИСПЫТУЕМЫМ?**

Что необходимо знать тому, кому предлагают стать испытуемым? Наряду с одобрением исследовательского проекта этическим комитетом, другим обязательным предварительным условием является информированное согласие каждого испытуемого. Речь идет о том, что человек, которому предлагается стать участником исследования, должен получить информацию, причем в понятных терминах, по следующим вопросам:

- *о целях и задачах, которые будут решаться в ходе предстоящего исследования;*
- *о возможных рисках и неудобствах, с которыми он может столкнуться в ходе исследования, а также о выгодах, которые он может получить;*
- *о существующих альтернативных методах профилактики, диагностики и лечения его заболевания;*
- *об оценке проекта этическим комитетом;*
- *о шагах, которые будут предприняты в случае неблагоприятного развития событий;*
- *о способах и размерах компенсации, которую он получит в случае причинения ему ущерба;*
- *о том, какими способами будет обеспечиваться конфиденциальность касающейся его информации;*
- *о том, что он в любой момент может прекратить свое участие в исследовании, и его отказ никак не повлияет на качество оказываемой ему медицинской помощи.*

Получив эту информацию, как и ответы от исследователя на другие интересующие его вопросы, обдумав ее, посоветовавшись, если он считает нужным, со своими близкими и с лечащим врачом, испытуемый принимает решение о том, будет ли он участвовать в исследовании. Согласие, которое он дает, должно быть свободным от внешнего принуждения, добровольным, явно выраженным и осознанным. Оно является специфическим, т.е. распространяется только на те манипуляции и вмешательства, о которых он был информирован. Кроме того, согласие должно быть подтверждено документально; чаще всего это обеспечивается тем, что пациент подписывает соответствующий формуляр. В целом получение информированного согласия представляет собой достаточно длительную процедуру, включающую множество весьма тонких деталей. Как исследователи, так и члены этических комитетов должны получить соответствующую подготовку в этой области.

**ЗАЩИТА ИСПЫТУЕМЫХ.
НЕ МОГУЩИХ ДАТЬ
КОМПЕТЕНТНОГО СОГЛАСИЯ**

Дополнительные сложности порождает привлечение в качестве испытуемых тех, кто не может дать компетентного согласия. Это — прежде всего дети и люди с серьезными психическими расстройствами. В отношении таких испытуемых действуют более строгие нормы защиты. В частности, их можно привлекать к участию в исследованиях только тогда, когда их знания не могут быть получены при исследовании на компетентных испытуемых.

Процедура получения согласия при этом вовсе не отменяется. В подобных случаях говорят о суррогатном согласии. Его дает лицо, которое выступает в качестве законного

представителя испытуемого; если речь касается детей, то такими представителями чаще всего бывают родители; в иных ситуациях эта роль возлагается на родственников или близких. Законный представитель получает всю ту информацию о деталях предстоящего исследования, о которой шла речь выше.

Защита некомпетентных испытуемых усиливается и действием такой нормы: если испытуемый отказывается участвовать, он не должен вовлекаться в исследование.

ПРОБЛЕМЫ МЕЖДУНАРОДНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Область биомедицинских исследований, порождающая немало этических проблем, — это международные (или мультицентровые) исследования. В эпоху глобализации их количество быстро и неуклонно возрастает, поскольку именно так ведущие фармацевтические компании обеспечивают плацдарм для применения разрабатываемых ими препаратов в разных странах мира. Согласно обычной практике, прежде чем будет разрешено применение нового препарата в той или иной стране, он должен пройти в ней клинические испытания.

Наиболее острой проблемой в сфере международных исследований является распределение рисков и тягот, с одной стороны, и выгод, с другой. Общеизвестны такие цифры: 90% всех финансовых средств, выделяемых в мире на проведение биомедицинских исследований, расходуется на лечение заболеваний, которым подвержено только 10% населения планеты. Нередко разрабатываемые и испытываемые препараты более нужны населению развитых стран, однако бремя риска, связанного с их испытаниями, ложится на население стран развивающихся. Решить эту проблему призвана норма, в соответствии с которой проект предполагаемого исследования должен получить одобрение авторитетных представителей той популяции, на которой будут проводиться испытания нового препарата.



Другая проблема заключается в том, что новые эффективные препараты, проходящие испытания в развивающихся странах, в силу их дороговизны оказываются недоступными для населения этих стран. Особенно тяжелая ситуация складывается непосредственно для самих испытуемых, которые получают в ходе исследования препарат бесплатно, а после завершения лишаются возможности получить препарат, приносивший им серьезную пользу!

Следует, наконец, сказать и о том, что немалые трудности при проведении международных исследований вызывает получение информированного согласия испытуемых. Своеобразные обычаи и культурные особенности той или иной страны подчас не позволяют ее жителям понять смысл процедуры информированного согласия — люди бывают совершенно не готовы к тому, что исследователей интересует именно их собственное мнение. Между тем нормы, действующие в стране, граждане которой проводят или финансируют исследование, не позволяют привлекать в качестве испытуемых тех, кто не дал самостоятельного информированного согласия.

Исследователи обязаны принимать все возможные меры для того, чтобы минимизировать риск, которому подвергаются испытуемые. Один из основных способов оценки и снижения этого риска — предварительные исследования на экспериментальных животных. В большинстве случаев такие эксперименты являются необходимой составной частью исследовательских проектов.

ПРОВЕДЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЙ НА ЖИВОТНЫХ

Известно, впрочем, что и проведение исследований на животных воспринимается общественным мнением далеко не однозначно. К примеру, в Великобритании уже в XIX в. возникли массовые движения противников экспериментов на животных. В итоге соответствующие правовые нормы по защите экспериментальных животных начали там принимать даже раньше, чем возникла озабоченность по поводу экспериментов над людьми!

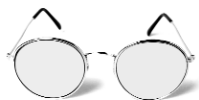
Сегодня исследования, проводимые на животных, регулируются достаточно жесткими

этическими нормами. Эти нормы относятся как к условиям получения и содержания экспериментальных животных, так и непосредственно к проведению над ними исследовательских процедур и даже к судьбе животных, прошедших эксперимент, коль скоро они получают существенные повреждения.

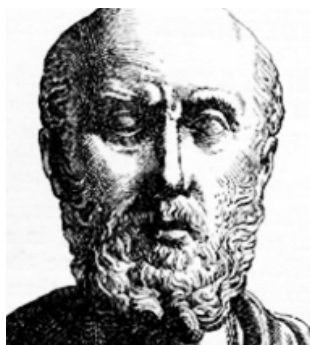
В целом в практике исследований на животных принято руководствоваться принципом «3R» (по-английски — replacing, reducing, refining). Речь идет, во-первых, о том, чтобы по возможности замещать экспериментальных животных, проводя исследования не на них, а на заимствованных у них тканях, либо на математических и компьютерных моделях, воспроизводящих те или иные явления и процессы в организме животного. Во-вторых, необходимо стремиться к тому, чтобы в эксперимент вовлекалось как можно меньшее количество животных. В-третьих, при планировании и проведении эксперимента следует стремиться к разработке и использованию таких методик, которые причиняют как можно меньше боли и страданий животным.

РАЗДЕЛ II БИОЭТИКА: ВОПРОСЫ ИСТОРИИ И ТЕОРИИ

КАК ВОЗНИКЛА БИОЭТИКА?



краткая история медицинской этики:
что собой представляет традиционная медицинская этика?
каковы особенности развития медицинской этики в России?



ГИППОКРАТ (V–IV в до н.э.)
СФОРМУЛИРОВАЛ ОСНОВНЫЕ
ПОЛОЖЕНИЯ ТРАДИЦИОННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ

Содержание традиционной медицинской этики восходит к «отцу» медицины Гиппократу (V–IV вв. до н. э.). Основные положения этики Гиппократа, касающиеся взаимоотношений врача и пациента, таковы. Безусловное уважение к жизни пациента: «Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла, точно так же я не вручу никакой женщине абортивного пессария». Цель медицины — благо больного: «В какой бы дом я ни вошел, я войду туда только для пользы больного». Не навреди: «Я направлю режим больных к их выгоде... воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости». Врачебная тайна: «Что бы при лечении, а также и без лечения я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской, из того, что не следует разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной». Оправдание «святой лжи»: сокрытие от больного неблагоприятной информации о состоянии его здоровья.

Гиппократовские идеи на многие столетия определили характер медицинской профессиональной этики. В немалой степени они сохраняют свою актуальность и в современной медицине, хотя некоторые аспекты взаимоотношений врача и пациента понимаются сегодня существенно иначе.

Вероятно, первый учебник по медицинской этике появился в Великобритании в 1797 г. Эта книга Т. Персиваля «Медицинская этика. О профессиональном поведении, относящемся к больницам и другим медицинским благотворительным учреждениям». Здесь медицинская этика предстает по преимуществу как этика корпоративная, главное предназначение которой — защита профессиональной репутации врачей и хирургов. В XIX — начале XX вв. в Западной Европе регулярно выходят руководства по медицинской этике.

В России одним из первых переводчиков и пропагандистов этических работ Гиппократа был известный врач, декан медицинского факультета Московского университета М.Я. Мудров (1776–1831). Он выступал за соблюдение врачебной тайны, призывал врача сохранять человеческое и профессиональное достоинство при лечении пациентов, принадлежащих к различным слоям общества, сообщать пациенту даже о неблагоприятном прогнозе заболевания.



ФРИДРИХ-ЙОЗЕФ ГААЗ (1780–1853)
СТАРШИЙ ВРАЧ МОСКОВСКИХ
ТЮРЕМНЫХ БОЛЬНИЦ.
РАЗРАБОТАЛ КЛИНИЧЕСКИЕ И
ЭТИЧЕСКИЕ СТАНДАРТЫ ПОМОЩИ
ЗАКЛЮЧЕННЫМ

Немецкий врач Ф.Й. Гааз (1780–1853), почти полвека проработавший в России, разработал клинические и этические стандарты оказания медицинской помощи заключенным, защищавшие их человеческое достоинство. Медицинской этике уделяли внимание и такие светила отечественной медицины, как Н.И. Пирогов (в частности, проблеме врачебных ошибок), Г.А. Захарьин, С.П. Боткин и многие другие.

Особо следует отметить роль В.А. Манассеина (1841–1901), издававшего в 1881–1901 гг. еженедельную газету «Врач», в которой обсуждались этические вопросы коммерциализации медицины, медицинской рекламы, медицинских экспериментов на больных и т.д. Исключительное место в истории медицинской этики занимает книга В.В. Вересаева «Записки врача», вышедшая в 1901 г. В ней собран огромный материал из медицинской печати всего мира (начиная с 1835 г.) об этических нарушениях при проведении медицинских экспериментов на людях. До сих пор эта книга — незаменимый источник фактических данных и моральных идей в биоэтике.



НИКОЛАЙ СЕМАШКО (1874–1949)
ПЕРВЫЙ НАРКОМ ЗДРАВООХРА-
НЕНИЯ И «АРХИТЕКТОР» СОВЕТСКОЙ
СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

После Октябрьской революции 1917 г. отечественное здравоохранение подверглось коренной перестройке. С одной стороны, советская модель здравоохранения впервые в мире поставила во главу угла проблему доступности медицинской помощи для населения. В этом — заслуга прежде всего «архитектора» советской системы здравоохранения, первого наркома здравоохранения Н.А. Семашко (1874–1949). С другой стороны, именно Семашко, настаивая на классовом подходе, рассматривал принципы медицинской этики как «пережитки капитализма», которые должны отмереть по мере построения социализма. Особенно губительным такой подход оказался для древнейшей моральной заповеди медицины — врачебной тайны. Семашко исходил из того, что болезнь — это не вина, а беда человека, а потому диагноз скрывать от посторонних не стоит. В результате врачебная тайна у нас постоянно нарушалась. Ее охрана стала юридической нормой только после принятия в 1993 г. «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан».

Своеобразной реакцией на этический нигилизм таких идеологов советской медицины, как Семашко, явились работы по медицинской деонтологии одного из основоположников отечественной онкологии Н.Н. Петрова. Медицинская деонтология, по Петрову, — это область, отражающая вопросы рациональной организации труда в больнице, профессиональной подготовки молодых врачей, а также медицинской этики.

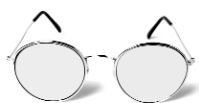
В определенном смысле начало современного этапа истории медицинской этики связано со Второй мировой войной. После войны мировое сообщество узнало о преступлениях нацистской медицины: принудительной стерилизации сотен тысяч «генетически неполноценных» индивидов, насильственной эвтаназии тысяч неизлечимых душевнобольных, смертельно опасных медицинских экспериментах на узниках концлагерей и т.д. В практике нацистских врачей медицина опустилась до уровня «этического нуля», и эта «точка отсчета» в моральных оценках медицинской практики остается и по сей день.

В том же 1947 г. возникла Всемирная медицинская ассоциация (ВМА) — независимая профессиональная организация врачей мира, основной целью которой стала разработка регламентирующих этических документов, число которых к настоящему времени исчисляется десятками. Особенно интенсивной стала эта нормотворческая деятельность ВМА в последние десятилетия XX в. — в эпоху биоэтики. Свод этических документов ВМА (как и аналогичных документов ВОЗ, ЮНЕСКО, Совета Европы и т.д.) и есть нормативное основание современной медицинской этики.

К сожалению, отечественные врачи до самого начала XXI в. в ВМА не входили, по сути дела, ничего не зная об этой «всемирной лаборатории», разрабатывающей новейшие проблемы медицинской этики. (На русском языке этические документы ВМА впервые увидели свет только в 1995 г.) В результате образовался ощутимый разрыв между высоким уровнем развития многих направлений биомедицинской науки и практики и низким уровнем этического осмысления возникающих в этой связи проблем.



ИСТОРИЯ ФОРМИРОВАНИЯ БИОЭТИКИ КАК АКАДЕМИЧЕСКОЙ ДИСЦИПЛИНЫ И СОЦИАЛЬНОГО ИНСТИТУТА



как происходило преобразование традиционной медицинской этики в биоэтику?

какова роль экологического мышления в формировании биоэтики?

как биоэтика связана с правозащитным движением?

в чем антропологический смысл биоэтических проблем

и какова роль научно-технического прогресса в их возникновении?

ЭКОЛОГИЧЕСКОЕ ДВИЖЕНИЕ

Первой важнейшей предпосылкой формирования биоэтики является идеология экологического движения. Влияние экологического мышления на биомедицину особенно ускорилось в связи с многочисленными фактами неблагоприятного воздействия традиционно применяемых лекарственных средств на организм человека. Целью биомедицинской науки стала не только разработка новых терапевтически эффективных лекарственных препаратов или медицинских технологий, но и предотвращение их побочных негативных воздействий. Причем достижению последней цели уделяется не меньше, а подчас и значительно больше времени и средств.



В результате резко возросло время между синтезом новой терапевтически активной субстанции и началом ее клинического использования. Если в начале 60-х годов оно составляло несколько недель, то в начале 80-х достигло 10 лет. При этом стоимость разработки увеличилась в 20 и более раз. *Безопасность*, т.е. предотвращение негативных эффектов действия лекарства, превратилась в одно из быстро развивающихся направлений медицинской науки.

Неслучайно, что (как уже отмечалось выше) Ван Ренсселер Поттер ввел первоначально термин биоэтика именно для обозначения особого варианта экологической этики. Однако в научной и учебной литературе распространение получила трактовка термина «биоэтика», предложенная примерно в то же время американским медиком Андре Хеллегерсом. Он использовал этот термин для обозначения междисциплинарных исследований моральных проблем биомедицины, связанных с необходимостью защиты достоинства и прав пациентов. Большую роль в этом сыграла получившая самое широкое признание в 60-х годах идеология правозащитного движения.

ПРАВАЗАЩИТНОЕ ДВИЖЕНИЕ

Правозащитное движение — вторая важнейшая предпосылка формирования биоэтики. Если экологическое движение возникло как ответ на угрозу физическому (природному) благополучию человека, то биоэтика начала бурно развиваться в результате угрозы моральной идентичности человека, исходящей от технологического прогресса в области биомедицины. Дело в том, что человек в биомедицине выступает и как главная цель, и как неизбежное «средство» научного изучения. Для ученого-врача каждый человек существует, с одной стороны, как представитель «человечества в целом», а с другой — как конкретный индивид, который руководствуется своими собственными, а не общечеловеческими интересами.

До 60-х гг. медицинское сообщество в целом придерживалось той точки зрения, что во имя блага «человечества» можно почти всегда пожертвовать благом отдельного человека. Национальные интересы или интересы человечества в получении научных знаний, а также корпоративные медицинские интересы нередко превалировали над интересом в сохранении здоровья отдельного человека.

Реакцией на такую ситуацию явилось развитие особого направления в правозащитном движении, которое ставит своей задачей отстаивание прав пациентов. В настоящее время существует множество международных, национальных и региональных организаций по защите прав пациентов, страдающих различными заболеваниями: онкологическими, СПИДом, диабетом, астмой, психическими расстройствами и т.д. Существуют и организации, защищающие права пациентов в целом как особой социальной группы.

НЕОБХОДИМОСТЬ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА

Осознание необходимости междисциплинарного подхода в осмыслении и практическом решении проблем, порождаемых научно-техническим прогрессом, можно рассматривать в качестве третьей идейной предпосылки формирования биоэтики.

казус «божественного комитета» больницы г. сиэтл (сша)

Когда в 1962 г. в больнице города Сиэтл (штат Вашингтон) появился первый аппарат «искусственная почка», врачи оказались перед сложнейшей проблемой: как установить очередность в подключении к аппарату, предоставляя лечение и спасая от верной смерти одних пациентов, страдающих от почечной недостаточности, но тем самым обрекая на смерть других — столь же нуждающихся. В Сиэтле, однако, медики сочли, что они не вправе брать на себя ответственность за установление очередности доступа к аппарату, спасающему жизнь, учитывая чрезвычайную моральную сложность проблемы. Для установления очередности они предложили создать комитет из уважаемых граждан, названный в прессе «божественным комитетом», который решал, кому предоставить возможность спасения, а кого обречь на неминуемую смерть. Это был первый в истории этический комитет.

Создатели первого этического комитета, по сути, совершили фундаментальное «открытие». Традиционно врачи решали вопросы жизни и смерти у постели больного, считая себя единственно компетентными в этом деле. В Сиэтле стало ясно, что распределение дефицитного ресурса (доступа к аппарату «искусственная почка») — это не только медицинская, но и моральная проблема, в данном случае — проблема справедливости. Для ее решения недостаточно чисто врачебных знаний и опыта. Однако тут же выяснилось, что в современном обществе нет общепризнанных «экспертов» по разрешению моральных проблем. Люди руководствуются разными системами норм морали. Поэтому вызвать для консультации какого-то наделенного особым авторитетом эксперта просто невозможно.

В основе биоэтики лежат представления о недостаточности одностороннего медицинского истолкования телесного благополучия как цели врачевания, о насущной необходимости междисциплинарного диалога медиков с представителями широкого круга гуманитарных наук, как и диалога с пациентами и представителями общественности. Только посредством такого диалога может быть адекватно выражена и понята многоплановая природа человеческого страдания и уже на этом основании выработано современное понимание идеи блага и как цели врачевания для отдельного индивида, и как цели общественного здравоохранения в целом.

ПОСЛЕДСТВИЯ НАУЧНО- ТЕХНИЧЕСКОГО ПРОГРЕССА В ОБЛАСТИ БИОМЕДИЦИНЫ

Четвертым фактором, повлиявшим на возникновение биоэтики, являются последствия научно-технического прогресса в области биомедицины, очень часто заставляющие осмысливать заново традиционные представления о добре и зле, о благе пациента, о начале и конце человеческого существования. Биоэтика дает интеллектуальное обоснование

и социальное оформление публичным дискуссиям, в ходе которых общество принимает свои решения о том, где пролегают границы человеческого существования. Решения эти, как правило, не бывают окончательными — по мере появления новых биомедицинских технологий, вовлечения в дискуссии все новых социальных групп их снова и снова приходится переосмысливать. Вопрос о том, что значит быть человеком, становится одним из центральных отнюдь не только в академических исследованиях. От его решения зависит моральная оценка действий медиков и пациентов в конкретных ситуациях.

К примеру, мы видели, что немало моральных конфликтов возникает в связи со все более широким распространением технологий искусственной репродукции. Какой момент индивидуального развития эмбриона или зародыша следует признать *началом человеческой жизни*?

В публичных дискуссиях вокруг признания или непризнания не рожденных человеческих существ «людьми» именно общество (а не тот или иной авторитет — будь то медицинский, богословский или политический) устанавливает границу начала собственно человеческого существования. Эта граница обозначает рубеж, с которого еще не вышедшее из материнской утробы существо рассматривается уже не как часть женского тела, но как социально признанный субъект моральных отношений.

Аналогичным образом в публичных дебатах вокруг проблемы «дефиниции смерти» и моральных проблем трансплантологии формируется социально признанная граница конца собственно человеческого существования — того момента, переходя который человек теряет основной объем прав субъекта морального сообщества. Он начинает признаваться обществом в качестве «трупа», от которого, к примеру, при определенных условиях можно совершить забор еще бьющегося сердца для пересадки другому человеку. В центре моральных дебатов опять же оказывается вопрос о социальном признании или непризнании в качестве человека существа с погибшим мозгом, но еще бьющимся сердцем.

ПАЦИЕНТ КАК ЛИЧНОСТЬ: ПРИНЦИПЫ И ПРАВИЛА БИОЭТИКИ. ПРАВА ПАЦИЕНТОВ

Страдание, которое переживает любое живое существо, *вызывает во всяком нормальном человеке чувство со-страдания, желание помочь, принести облегчение страждущему*. Со-страдание — это отклик на зов о помощи, который составляет особого рода призывание 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 сложно. Далеко не случайно сострадание (а также очень близкое по значению милосердие) считается с самых древних времен главной врачебной добродетелью.

Помня об этом важном обстоятельстве, нельзя забывать и об ином — страдание человека и страдание животного неравнозначны. Поэтому и отношение врачей и ветеринаров к страдающим существам должно быть разным. Данное обстоятельство фиксируется в фундаментальном требовании биоэтики — необходимости относиться к пациенту как к личности. Что это значит?

Слово «личность» имеет много смыслов. В биоэтике его смысл раскрывается в отработанной системе принципов и правил, которые обычно используются для прояснения возникающих ситуаций и подготовки решений. В этих принципах и правилах выражен моральный минимум *отношения к пациенту как к личности*, включающий перечень вопросов, которые необходимо задать себе и обсудить с партнерами и оппонентами для того, чтобы, придя к согласию, получить морально приемлемое решение.

Можно выделить четыре основных принципа биоэтики: принцип уважения человеческого достоинства, принцип «твори добро и не причиняй зла!», принцип признания автономии личности и принцип справедливости. Правил также четыре. Это правдивость, конфиденциальность, неприкосновенность частной жизни и добровольное информированное согласие. В совокупности они образуют этические «координаты», описывающие отношение к пациенту как к личности.

ПРИНЦИП УВАЖЕНИЯ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ДОСТОИНСТВА

В окружающем нас мире присутствует два разных по своему статусу класса существ: подобные нам, или «люди», и не подобные нам одушевленные существа (животные) и неодушевленные предметы (вещи). К животным и неодушевленным предметам человек может относиться как к средству для достижения своих целей, удовлетворения своих потребностей.

Можно — правда, не все с этим соглашались — убивать животных, употреблять их мясо в пищу, использовать мех и шкуры для производства одежды. Человек принципиально исключен из круга подобных объектов древнейшими запретами (типа запрета каннибализма) и моральными заповедями (например, заповедью «не убий!»). Он достоин особого отношения в сравнении с любыми другими живыми существами (не говоря уже о неживых предметах). Его достоинство неотчуждаемо. Оно не зависит от расы, пола, уровня развития, физического или социального состояния, в котором человек находится, черт характера, пороков, заслуг и т.д.

Каждый человек уже в силу того, что он рожден человеком, является, как иногда говорят, членом морального сообщества, или моральным субъектом. К нему должны всегда применяться принципы и правила, о которых речь пойдет ниже. Если человек по состоянию

здоровья или по возрасту не может в полной мере отвечать своему высокому статусу, его достоинство обязаны защищать другие — опекуны (например, родители) или общество, представляемое общественными организациями и государством.

Именно этот факт применительно к ситуациям в современной биомедицине и выражает принцип уважения человеческого достоинства. Отметим некоторые наиболее важные проблемы, возникающие в связи с реализацией этого принципа.

В основе медицины лежит чувство сострадания к заболевшему человеку, солидарность людей перед лицом страдания и их готовность оказать друг другу помощь. Однако на протяжении веков такая солидарность была ограничена сословными рамками. Она не распространялась на рабов, крепостных крестьян, представителей других («неполноценных», с европейской точки зрения) рас, преступников, военнопленных. Лишь в XX веке формируется идея универсального права каждого человека на доступную медицинскую помощь, но оно слишком часто только декларируется, а по сути нарушается и в нашей стране, и в других странах. Морально несостоятельна политика, фактически ограничивающая сферу оказания медицинской помощи кругом тех людей, которые за нее могут заплатить. Принцип уважения человеческого достоинства позволяет дать моральную оценку программам в области здравоохранения, определяет основные ориентиры их разработки и реализации. Унижением человеческого достоинства является также проведение экспериментов на людях без их согласия. Международное право и Конституция Российской Федерации категорически запрещают подобное отношение. Более того, конституционная норма приравнивает недобровольное экспериментирование к пыткам и другим формам насилия.

ПРИНЦИП «ТВОРИ ДОБРО И НЕ ПРИЧИНАЙ ЗЛА!»

Принцип «твори добро и не причиняй зла!» кажется самоочевидным. Разве не будет морально оправданным требовать от любого человека в каждом случае стремиться к благу и не творить зла? Однако за этой очевидностью скрываются весьма сложные проблемы, когда речь заходит о ситуациях, возникающих в современной биомедицине. Оказывается, понятия «благо» или «зло» могут иметь разное содержание в зависимости от того, о чем благе или зле идет речь, с чьей точки зрения они оцениваются и, наконец, от специфических черт конкретного заболевания.

Начнем с первого аспекта и зададим простой вопрос — о чем благе должен заботиться врач, исполняя свой профессиональный долг? Естественно, врач должен заботиться о благе пациента. Перед ним больной человек, и врач должен оказать ему помощь. Но кроме блага больного врач должен заботиться еще и о благе общества: бороться с распространением эпидемий, поддерживать санитарное благополучие и т.д. Врач должен думать и о благе науки, ведь без научного знания невозможен прогресс современной медицины.

Между выделенными видами блага могут быть серьезные противоречия. Уже отмечалось, что во имя блага науки длительное время считалось правомерным жертвовать благом отдельных пациентов. Во время вспышек социально опасных заболеваний (оспы, чумы, холеры) вполне допустимы ограничения личных свобод граждан в связи с проведением карантинных мероприятий. В данном случае благо общества оправданно превалирует над благом отдельного человека. В случае менее опасных заболеваний установить приоритет сложнее.

В советском здравоохранении общее благо зачастую ставилось выше личного блага отдельного пациента. В современной медицине наблюдается обратная тенденция. Даже угроза распространения столь опасного заболевания, как СПИД, не лишает автоматически ВИЧ-инфицированного пациента гражданских прав и личных свобод. Нормой, к примеру, является анонимная диагностика носительства вируса иммунодефицита человека.

Аналогично обстоит дело и с реализацией требования не причинять вреда. С древних времен в медицине существует принцип: *Primum non nocere!* (прежде всего — не навреди!). Когда необходимо применять этот принцип? Разумеется, следует избегать вреда, вызванного бездействием того, кто должен оказать помощь, его непрофессионализмом, злым умыслом или случайными ошибками. Так мы можем говорить и о действиях пожарника, милиционера и многих других.

В медицине же, помимо перечисленных выше, есть и свой особый источник возможного вреда. Любое лечение неслучайно называется медицинским «вмешательством» в деятельность человеческого организма. Поэтому всегда существует риск того, что, вмешиваясь в жизнедеятельность организма с целью нормализации его функций, врач может нанести существенный вред, нередко сопоставимый с тем благом, которого возможно достичь. Принимая решение о проведении лечебной, диагностической или профилактической процедуры, врач вынужден постоянно взвешивать выгоды и риски, связанные с конкретным вмешательством. В случае, если есть альтернативные методы оказания помощи, необходимо избирать те, которые несут меньший риск.

При этом в оценке возможного вреда и в принятии на этой основе решения о том или ином медицинском вмешательстве все большую роль начинает играть пациент. Ведь это его здоровьем, а иногда и жизнью, вынужден рисковать врач для достижения той или иной благой цели. Неслучайно законодательство закрепляет за врачом обязанность получения согласия у пациента на проведение любого медицинского вмешательства.

ПРИНЦИП ПРИЗНАНИЯ АВТОНОМИИ ЛИЧНОСТИ

Принцип признания автономии личности по сути дела конкретизирует качественно новую роль, которую начинают играть пациенты в современной медицине. Человек признается «автономной личностью» в том случае, если он действует свободно на основе рационального понимания собственного блага. Традиционный медицинский патернализм предписывал врачу принимать решения и действовать самостоятельно, игнорируя «невежественное» мнение пациента о том, в чем заключается его благо. Тем самым врач лишал пациента возможности быть личностью, «хозяином» собственного тела, «автором» собственной биографии. Это унижает достоинство человека, ставит его в подчиненное положение, а нередко и несет в себе угрозу его жизненно важным интересам.

Последнее особенно актуально в коммерчески ориентированном здравоохранении, когда любое медицинское назначение (лекарственного средства, диагностического теста, лечебной процедуры) оказывается формой продажи медицинской услуги. «Покупатель» должен иметь возможность выбирать «товар». Поэтому он должен понимать, что, собственно, ему нужно в данной ситуации (в чем заключено его благо), и иметь возможность самостоятельно выбрать нужную из предлагаемого спектра услуг. Иными словами, он должен быть признан автономной личностью. Ситуация в коммерческой медицине — лишь частный (хотя и очень показательный) случай, демонстрирующий, насколько важно признание автономии личности.

На каком основании может строиться самостоятельный рациональный выбор пациента, если в понимании биологических основ своей болезни он всецело зависит от врачей, которые, ко всему прочему, могут быть не согласны друг с другом? Дело в том, что лечение — это не только вмешательство в организм страдающего человека, но и часть жизни (эпизод биографии) как врача, так и пациента, причем их общая часть, которую они проживают, взаимодействуя друг с другом. Поэтому пациент может вполне рационально доверять или не доверять экспертному суждению врача, основываясь на своем предшествующем опыте общения с ним. Именно на этом основывается его право выбирать врача, закрепленное законодательством.

Если личного опыта общения с конкретным врачом или медицинским центром нет, то его можно получить от других пациентов. Это происходит через простое общение пациентов, оказавшихся в одной палате или одной очереди на прием к врачу. Подобного рода информацию можно получить в многочисленных организациях, защищающих права больных определенными заболеваниями. В этих организациях, основанных на принципах взаимопомощи, можно получить сведения, которые помогут сделать выбор пациента более рациональным. Новым источником информации является Интернет. В Москве, к примеру, через Интернет можно обмениваться мнением о качестве обслуживания в различных роддомах (и даже о конкретных врачах), расценках за те или иные виды услуг, обстановке в палатах и т.д.

Иными словами, в условиях многовариантности методов лечения и неоднозначности экспертных заключений рациональный самостоятельный выбор пациентом своего блага строится на его критической способности оценивать различные источники информации, отличать достоверное мнение от рекламы и саморекламы. В этом выборе пациент и реализует себя как автономную личность.

ПРИНЦИП СПРВЕДЛИВОСТИ

Уважать в конкретном человеке личность означает также относиться к нему справедливо. Этот вопрос — один из наиболее болезненных. Войны, революции, социальные и межличностные конфликты постоянно возникают из-за того, что люди по-разному понимают справедливость и считают, что к ним относятся несправедливо. Справедливые отношения между людьми при распределении благ или тягот должны находить выражение в законах и других принятых в конкретном обществе нормах. В них закреплены права отдельных граждан и организаций на доступ к определенным и ограниченным общественным ресурсам (в нашем случае — ресурсам здравоохранения).

Однако нормы и законы устанавливаются людьми, и они сами могут быть оценены как несправедливые, т.е. как защищающие интересы одних социальных групп и нарушающие интересы других. Например, если врач не оказывает пациенту гарантируемую законом помощь, требуя дополнительного вознаграждения, он поступает несправедливо. Если же законодатель декларативно гарантирует всему населению бесплатную медицинскую помощь и одновременно устанавливает оплату за высококвалифицированный труд врача ниже, чем за труд уборщицы в метро (как это имеет место в России), то и его можно назвать несправедливым. Сложное переплетение этих двух форм несправедливости образует центральный и наиболее болезненный конфликт современного российского здравоохранения.

Как морально оценивать и обеспечивать справедливость законов? Для этого существует два моральных правила. Одно обращено к тому, кто принимает участие в создании закона и его обсуждении с точки зрения справедливости. Другое указывает на то, как с моральной точки зрения должна быть обеспечена процедура обсуждения закона и его принятия.

Основным требованием, которое предъявляется к человеку, рассуждающему о справедливости, является *требование беспристрастности*. Если я — больной, страдающий хроническим заболеванием, то мой интерес отражает закон, предоставляющий максимум возможностей для лечения. Если я — врач, который должен не только лечить людей, но и по-человечески жить, содержать семью и растить детей, то меня интересует прежде всего закон, который обеспечивает мне достойное вознаграждение. Однако ресурсов всегда недостаточно, и поэтому конфликт интересов врачей и пациентов неизбежен. Как справедливо подойти к решению этого вопроса?

Руководствуясь требованием беспристрастности, каждому рассуждающему о справедливом законе необходимо совершить моральное усилие и «встать над собой», попытаться взглянуть на ситуацию взглядом незаинтересованного человека. Одна из задач этических комитетов, которые организуются при больницах, исследовательских организациях и ор-

ганах власти, как раз и состоит в выработке незаинтересованной оценки спорной ситуации за счет участия в обсуждении людей, чьи интересы непосредственно не затронуты.

Второе моральное правило оценивает справедливость общезначимой нормы с прямо противоположной точки зрения. Учитывая моральное несовершенство людей, которым чрезвычайно трудно быть беспристрастными, оно требует адекватного представительства всех заинтересованных сторон в законотворческой процедуре. Иными словами, установленная общезначимая норма (например, закон) справедлива, если в ее создании и принятии принимали равноправное участие все заинтересованные стороны, втянутые в тот или иной социальный конфликт.

Руководствуясь принципом справедливости, в конкретных ситуациях можно определять уместность и соразмерность применения нередко вступающих в конфликт друг с другом требований — равенства, учета индивидуальных потребностей или индивидуальных заслуг при распределении дефицитных ресурсов здравоохранения и возможных тягот.

Четыре описанных принципа определяют самые общие условия отношения к пациенту как к личности. Известную помощь в их реализации оказывает соблюдение следующих четырех правил биоэтики.

ПРАВИЛО ПРАВДИВОСТИ

Правило правдивости гласит: в общении с пациентами необходимо правдиво, в доступной форме и тактично информировать их о диагнозе и прогнозе болезни, доступных методах лечения, их возможном влиянии на образ и качество жизни пациента, о его правах. Выполнение этого правила необходимо для обеспечения автономии пациентов, обеспечения для них возможности осознанного выбора и распоряжения собственной жизнью.

ПРАВИЛО НЕПРИКОСНОВЕННОСТИ ЧАСТНОЙ ЖИЗНИ

Правило неприкосновенности частной жизни (приватности) гласит: без согласия пациента врач не должен собирать, накапливать и распространять (передавать или продавать) информацию, касающуюся его частной жизни. Элементами частной жизни являются факт обращения ко врачу, информация о состоянии здоровья, биологических, психологических и иных характеристиках, о методах лечения, привычках, образе жизни и т.д. Это правило защищает частную жизнь граждан от несанкционированного ими вторжения чужих людей — в том числе врачей или ученых.

В соответствии с правилом конфиденциальности (сохранения врачебной тайны) без разрешения пациента запрещено передавать «третьим лицам» информацию о состоянии его здоровья, образе жизни и личных особенностях, а также о факте обращения за медицинской помощью». Его можно считать составной частью правила неприкосновенности частной жизни.

ПРАВИЛО ДОБРОВОЛЬНОГО ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ

Правило добровольного информированного согласия предписывает: любое медицинское вмешательство должно осуществляться с согласия пациента, полученного добровольно и на основе достаточной информированности о диагнозе и прогнозе развития болезни с учетом разных вариантов лечения. Это правило принципиально важно при выполнении любого медицинского вмешательства.

Кратко описанные выше принципы и правила биоэтики лежат в основании сложной системы прав пациентов и обязанностей врачей (общества в целом).

ПРАВА ПАЦИЕНТОВ

Напомним, что одним из источников формирования биоэтики явилось правозащитное движение. Это неслучайно, ведь *право на охрану здоровья признается в современном мире как одно из фундаментальных неотчуждаемых универсальных прав человека*. Многочисленные международные декларации (ВОЗ, ЮНЕСКО, Совета Европы и др.) дают детальные рекоменда-

дации, касающиеся стратегических аспектов защиты права на охрану здоровья. Однако хроническое недофинансирование отечественного здравоохранения (начиная с 60-х гг.) обусловило беспрецедентный рост заболеваемости и смертности в стране, падение рождаемости и, как следствие, — глубокий демографический кризис.



Российское законодательство заимствовало из опыта западных стран многие принципы защиты прав пациентов как в отдельных областях (например, в психиатрии и оказании помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом), так и во всей медицине. Особое значение имело принятие в 1993 г. «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан», где гарантируются основные права и свободы граждан в сфере здравоохранения. Этот документ тем более важен, что в сознании большинства россиян право на охрану здоровья ассоциируется исключительно с правом на получение бесплатной медицинской помощи.

Между тем эти права включают, помимо гарантий медицинской помощи, обеспечение благоприятных условий труда, быта и отдыха, воспитания и образования граждан в вопросах, касающихся здорового образа жизни, профилактики заболеваний, контроля над производством пищевых продуктов и т.д. В соответствии с принципом уважения человеческого достоинства эти права применимы ко всем гражданам страны независимо от пола, возраста, расы, религиозной принадлежности, политических убеждений и т.д. Для обеспечения автономии граждан законодательство гарантирует им право на получение информации о факторах, влияющих на их здоровье: экологическом загрязнении среды проживания, неблагоприятных воздействиях условий труда, санитарно-инфекционных условиях в местности проживания и др.



Гарантии медицинского обслуживания предоставляются и населению в целом, и отдельным категориям граждан: беременным и матерям, военнослужащим, заключенным, инвалидам, пожилым. Особое значение имеет 30 статья «Основ законодательства...», гарантирующая основные права пациентов: **«При обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право на:**

- уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;
- выбор врача, в том числе семейного и лечащего врача, с учетом его согласия, а также выбор лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;
- обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов;
- облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;
- сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении...;
- информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство...;
- отказ от медицинского вмешательства...;
- получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья...;

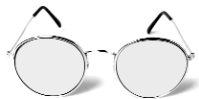
а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;

- получение медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования;*
- возмещение ущерба... в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи;*
- допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав;*
- допуск к нему священнослужителя, а в больничном учреждении на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок больничного учреждения».*

Нетрудно заметить, что сформулированные в законе права пациентов основываются на правилах и принципах биоэтики.

К сожалению, декларируемое в современной России конституционное право граждан на охрану здоровья оказывается экономически и политически необеспеченным. Фактическая коммерциализация наиболее передовых отраслей медицины, стремительное формирование рыночных отношений в условиях правового вакуума, усиление корпоративной закрытости от общественного контроля механизмов распределения дефицитных ресурсов здравоохранения, продолжающееся хроническое недофинансирование отрасли — эти и многие другие (прежде всего социально-экономические) факторы негативно влияют на реализацию прав человека в области охраны здоровья.

Планирование нового этапа в реформе здравоохранения должно учесть негативный опыт предыдущих «реформ сверху» и обеспечить за счет широкого общественного обсуждения предлагаемых проектов эффективную поддержку населения. Безусловно, это поддержка станет возможной лишь в том случае, если граждане признают справедливость основных направлений реформы системы здравоохранения.



ЭТИЧЕСКИЕ КОМИТЕТЫ

что такое этические комитеты?
каковы разновидности этических комитетов?

Обеспечивать защиту здоровья, прав и достоинства человека — пациента либо испытуемого — призваны этические комитеты. Это органы, деятельность которых направлена на разрешение моральных конфликтов, постоянно возникающих в медицинской практике или при подготовке и проведении биомедицинских исследований. На их основе впервые в истории человечества формируется упорядоченная и организованная система, благодаря которой этический контроль и этическая экспертиза из деятельности чрезвычайной, экстраординарной превращаются в повседневную, можно даже сказать, рутинную.

Прототипом этического комитета стал уже упоминавшийся «божественный комитет» при больнице г. Сиэтла. Сегодня существует множество этических комитетов и комиссий, значительно различающихся между собой по характеру решаемых задач, полномочиям, масштабам деятельности и другим параметрам. Это многообразие зачастую порождает путаницу даже среди специалистов, не говоря уже о людях неискушенных в медицинской тематике. Попытаемся внести ясность.

Прежде всего, этические комиссии различаются по размерам той области, на которую распространяется их компетенция. Они могут существовать *на локальном уровне*, и тогда их активность ограничивается пределами лечебного или исследовательского учреждения; *на уровне отдельного региона* (к примеру, в Татарстане действует республиканский этический комитет) и *в масштабах всей страны*.

Наконец, поскольку в последние десятилетия биоэтическая тематика становится все более острой и актуальной, этические комитеты и комиссии создаются и в рамках многих международных организаций. В частности, при ЮНЕСКО действуют два таких комитета. В один из них — Международный комитет по биоэтике (МКБ) входят эксперты, которые в своей деятельности независимы от того, гражданами какой страны они являются, другой же — Межправительственный комитет по биоэтике (МПКБ), напротив, формируется из экспертов, представляющих свои страны. Не так давно группа по этике была создана во Всемирной организации здравоохранения. Уже больше 10 лет в рамках Совета Европы действует наделенный весомыми полномочиями Руководящий комитет по биоэтике.

Возвращаясь к локальному уровню, отметим, что здесь следует различать два типа этических комитетов. Первые имеют дело с моральными проблемами, возникающими в повседневной жизни больницы или другого лечебного учреждения, вторые занимаются экспертизой биомедицинских исследований.

ЭТИЧЕСКИЕ КОМИТЕТЫ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Этические комитеты лечебных учреждений (их нередко называют больничными либо клиническими этическими комитетами) создаются как консультативные органы и привлекаются в тех случаях, когда внутри учреждения возникают моральные коллизии — скажем, во взаимоотношениях самих медиков между собой или во взаимодействиях медиков и пациентов. Зачастую для ликвидации конфликта бывает достаточно, чтобы обе стороны получили возможность высказать свои претензии на заседании комитета.

Нередко этический комитет консультирует пациентов по поводу возникающих перед ними ситуаций, требующих морального выбора. К примеру, если выясняется, что плод, вы-

нашиваемый беременной женщины, родится с генетическим заболеванием, этический комитет может объяснить, с какими последствиями — чисто медицинскими, жизненными и моральными — ей придется столкнуться.

В функции таких комитетов при больницах входит и выработка руководящих принципов, в соответствии с которыми строится деятельность данного лечебного учреждения. В США, например, в некоторых больницах по сугубо моральным соображениям не проводятся операции аборта. Понятно, что в любом случае эти руководящие принципы не могут противоречить законам и другим нормативным документам, выпускаемым на более высоких уровнях управленческой иерархии.

В своей повседневной жизни люди — и медики, естественно, не являются здесь исключением, — постоянно сталкиваются с этическими проблемами и ситуациями, требующими от них морального выбора. Очень часто, однако, само наличие таких проблем бывает для них далеко не очевидным. Дискуссии же, проводимые в рамках этических комитетов, делают их участников более чуткими и восприимчивыми по отношению к моральному содержанию собственных решений и действий. И это касается не только тех, кто приглашается на проводимые комитетом обсуждения, но и самих членов комитета. Как иногда говорят, участие в деятельности такого комитета развивает моральное воображение.

**ЭТИЧЕСКИЕ КОМИТЕТЫ.
ЗАНИМАЮЩИЕСЯ
ЭКСПЕРТИЗОЙ БИОМЕДИЦИН-
СКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

Этические комитеты, занимающиеся экспертизой проектов биомедицинских исследований с участием человека или животных, — это структуры, которые организованы и действуют существенно более строго. Одним из первых импульсов к их созданию стало осмысление горького опыта бесчеловечных экспериментов, проводившихся над узниками концлагерей во времена правления нацистов в Германии.

Впрочем, такого рода комитеты (их нередко именуют «исследовательскими этическими комитетами») начинают создаваться позже. Первые упоминания о них датируются 50-ми годами XX века, когда они появляются в США. В 1966 г. власти США делают проведение этической экспертизы обязательным для всех тех исследований с участием человека в качестве испытуемого, которые финансируются из федерального бюджета.

Впоследствии экспертиза начинает распространяться и на исследования, финансируемые из других источников. Оказалось, что, скажем, когда фармацевтическая компания испытывает новое лекарственное средство, она сама заинтересована в том, чтобы проект данного испытания получил одобрение этического комитета. Это будет способствовать и укреплению ее авторитета, и улучшению рыночных перспектив проверяемого препарата. Примечательно, что в США обязательной этической экспертизе подлежат не только биомедицинские исследования, но и психологические, антропологические и т.п., коль скоро они проводятся на человеке, а также исследования, проводимые на животных.

С течением времени масштабы исследований с участием человека становятся столь внушительными, что начинают говорить об *индустрии биомедицинских исследований*. Например, в Великобритании ежегодное число участников таких исследований составляет сегодня около 500 тыс. человек.

В этих условиях деятельность этических комитетов непрерывно совершенствуется, диверсифицируется и усложняется. Многие вопросы их структуры, функций, статуса, состава, полномочий, а также аудита (регулярной проверки) работы и даже проверки самих проверяющих и т.п., достаточно детально регламентируются такими международными документами, как Хельсинкская декларация Всемирной медицинской ассоциации, Конвенция по биоэтике Совета Европы и дополнительный протокол к ней, касающийся биомедицинских исследований, и др.

Все эти тщательно разработанные процедуры и регламенты этического контроля исследований обеспечивают защиту не только испытуемых, но и самих исследователей, поскольку позволяют им разделить бремя ответственности — очень часто не только моральной, но и юридической. По мере осознания этой защитительной роли экспертизы само научное сообщество начинает относиться к ней (несмотря на то, что ее проведение требует немалых дополнительных затрат времени, энергии и даже денег) все более благосклонно.

Сегодня в большинстве стран мира необходимость этической экспертизы *каждого* исследовательского проекта, связанного с привлечением человека в качестве испытуемого, стала законодательной нормой. Ее значимость подкрепляется и таким обстоятельством: научные журналы, как правило, не принимают к публикации статьи, если авторы проведенного исследования не удостоверяют тот факт, что исследование прошло этическую экспертизу.

Этический комитет такого типа должен существовать в каждой научной организации, проводящей биомедицинские исследования с участием человека. Но в этой связи возникает довольно непростая проблема. С одной стороны, комитет, коль скоро он создается внутри организации, должен быть так или иначе с этой организацией связан. Чтобы получить *реальные полномочия*, он должен формироваться на основании решения инстанций, наделенных соответствующим правом. На практике довольно часто этические комитеты организуются по приказу, издаваемому руководством учреждения, и в них входят, как правило, наиболее квалифицированные специалисты из этого учреждения.

С другой стороны, чтобы проводить *объективную* экспертизу, комитет должен быть *независимым* от той же организации. Данное требование фигурирует во всех нормативных документах, определяющих порядок создания и действия комитета. Между тем гарантировать независимость от тех, кто занимает ведущее место в организации, непросто. Но тем самым оказывается непросто обеспечить доверие к решениям комитета со стороны тех, кому будут предлагать участие в исследовании, да и общества в целом.

Каких-то радикальных средств обеспечения независимости комитета не существует, хотя «предохранительным механизмом» является такая норма, как обязанность членов комитета объявлять о *конфликте интересов*. Типичная ситуация подобного конфликта — когда исследователь, представляющий для экспертизы свой проект, оказывается одновременно и членом этического комитета. В таком случае он должен отказаться от участия в заседании, на котором будет рассматриваться его проект.

Весьма интересная особенность исследовательского этического комитета заключается в том, как формируется его состав. Помимо специалистов в той области биомедицины, которой занимается данное учреждение, в число членов комитета обязательно должны входить и те, кто вовсе не является специалистом. Среди неспециалистов должны быть как представители младшего медицинского персонала — скажем, медсестры, так и те, кто вообще не имеет отношения к биомедицинской науке. В этой роли часто выступают юристы, активисты общественных организаций, специалисты по этике, священнослужители и т.п.

Таким образом, состав комитета позволяет оценивать, с одной стороны, научную состоятельность и перспективность исследовательского проекта, а с другой, — то, насколько, с точки зрения рядового человека, приемлем и оправдан риск, которому будут подвергаться испытуемые. При этом исследователи обязаны доходчиво объяснить свой замысел, чтобы он был понятен неспециалистам — как членам этического комитета, так и самим испытуемым.

В целом само по себе этическое обеспечение биомедицинских исследований стало сегодня особой наукой. Как исследователи, так и члены этических комитетов обязаны регулярно проходить подготовку и переподготовку на курсах, на которых им преподают все

то, что относится к этической экспертизе. Современная практика в большинстве стран мира такова, что без получения документа (сертификата), удостоверяющего прохождение подобных курсов и наличие квалифицированных в вопросах исследовательской этики специалистов, ни исследователи, ни научное учреждение, ни члены этического комитета не допускаются к проведению или экспертизе биомедицинских исследований.

ЭТИЧЕСКИЕ КОМИТЕТЫ НАЦИОНАЛЬНОГО УРОВНЯ

Остановимся теперь на том, как организуются и действуют этические комитеты и комиссии национального уровня. Прежде всего необходимо отметить огромное разнообразие форм организации и деятельности таких комитетов, обусловленное как особенностями политических институтов в той или иной стране, так и специфическим культурными традициями.

В некоторых странах (США, Франция и др.) этические комитеты создаются при Президенте, что свидетельствует о том, сколь важное значение в этих странах придается биоэтике. В качестве иллюстрации назовем несколько тем, обсуждавшихся в последнее время Советом по биоэтике при Президенте США. Это, в частности, применение генной инженерии в лечебных и в евгенических целях; риски, с которыми связано использование фармакологических средств в целях укрепления памяти; проблемы, с которыми может столкнуться человечество при резком увеличении продолжительности жизни; границы допустимого в исследованиях на стволовых клетках; насколько морально приемлем выбор пола будущего ребенка; тенденции медиализации (т.е. быстро расширяющегося влияния медицины) в жизни современного общества; опасности применения нейрофизиологии для контроля над человеческим поведением.

Во многих странах комитеты по этике создаются при правительствах (например, в Италии) или парламентах (а в Германии они действуют и при правительстве, и при парламенте), иногда — при министерствах здравоохранения или науки. Основное поле деятельности этических комитетов, созданных при органах государственной власти — это выработка позиции относительно приемлемости появляющихся новых биотехнологий. В мире все больше осознается серьезная политическая значимость возникающих в связи с этим проблем, что особенно отчетливо проявилось, к примеру, когда возникла необходимость так или иначе оценивать и регулировать развитие технологий клонирования в применении к человеку.

Наконец, во многих странах существуют этические комитеты или комиссии, созданные при медицинских ассоциациях. Хотя они носят не государственный, а общественный статус, а их полномочия не выходят за пределы медицинской корпорации, там, где эта корпорация сильна, весьма влиятельными бывают и ее этические структуры.

Приходится с сожалением констатировать, что в России в области биоэтики до сих пор нет комитетов или комиссий, которые обладали бы сколько-нибудь значительными полномочиями. Комитеты по биоэтике существуют при Российской академии наук (это — первый в нашей стране комитет, созданный в 1992 г.), при Министерстве здравоохранения и социального развития, при Российской академии медицинских наук. Все они, однако, не имеют реальных возможностей и средств для того, чтобы вырабатывать и принимать какие-либо обязывающие рекомендации и решения. Ситуация усугубляется тем, что большинство проблем биоэтики носит отчетливо выраженный межведомственный характер, и даже для того, чтобы просто организовать их обсуждение среди специалистов разного профиля, требуется вмешательство представителей высоких уровней административного управления.

Нерешенные проблемы касаются и правовой базы создания и деятельности этических комитетов и комиссий. В «Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» именно этому вопросу посвящена статья 16. В ней разрешается создание «комитетов (комиссий) по вопросам этики в области охраны здоровья граждан». В той же статье, однако, говорится, что положение о порядке создания и деятельности этих комите-

тов и комиссий утверждается высшим органом законодательной власти, т.е. Государственной думой. Между тем за 12 лет действия этого закона такое положение принято не было.

Это, правда, не значит, что этических комитетов в России нет. Просто их нет в правовом поле. Создание этических комитетов на локальном уровне в России началось недавно. Первоначально оно было вынужденным — существование аналогичных комитетов на Западе, невозможность работать с иностранными фирмами без санкций этических комитетов, необходимость работать с этими фирмами — вот те факторы, которые сделали появление этих комитетов неизбежным.



Принятым в 1998 г. Законом РФ «О лекарственных средствах» в соответствии с его 37-й статьей было предписано создание Комитета по этике при федеральном органе контроля качества лекарственных средств (но, между прочим, в противоречии со статьей 16 «Основ...»). Кроме того, и опять-таки в противоречие с той же статьей 16, в законе «О лекарственных средствах» говорится про «этические советы, действующие при учреждениях здравоохранения...». Статус и этих советов законодательно не определен, да и в дальнейшем тексте закона они упоминаются только один раз, но уже как «этические комитеты при учреждении здравоохранения...» (ст. 39).

К сожалению, отсутствие концепции формирования этических комитетов в России заставляет действовать методом проб и ошибок. Сегодня создание комитетов регламентируется самыми различными положениями и предписаниями, часто просто заимствованными из западных практик. Тем самым закладываются предпосылки для будущей правовой коллизии, когда деятельность комитетов будет узаконена, но может войти в противоречие с уже адаптированными зарубежными образцами.

СЛОВАРЬ БИОЭТИЧЕСКИХ ТЕРМИНОВ И ИХ АНГЛИЙСКИХ ЭКВИВАЛЕНТОВ

автономия личности /
autonomy of person,
самодетерминация
личности / *self-determina-*
tion of person

право и способность человека действовать на основе самостоятельного выбора. Действие человека будет автономным, если он осуществляет его:

- а) с осознанным намерением (интенционально);
- б) с достаточным пониманием того, что именно делается;
- в) свободно от внешних воздействий, существенно влияющих на его выбор.

аллотрансплантация /
allotransplantation

пересадка органов и тканей между особями одного и того же вида (например, от человека к человеку).

биоэтика / *bioethics,*
биомедицинская этика /
biomedical ethics

область междисциплинарных исследований, учебный предмет и формирующийся социальный институт, связанные с осмыслением, обсуждением и разрешением моральных проблем, порожденных новейшими достижениями биомедицинской науки и практики. Методом биоэтики является публичное, основанное на рациональной аргументации обсуждение проблем всеми заинтересованными сторонами с целью достижения взаимопонимания и поиска взаимоприемлемого решения. Биоэтика основывается на том, что право каждого человека признаваться личностью (право не быть только средством для реализации чужих целей) неотчуждаемо.

деонтология

тип этики, рассматривающей прежде всего проблемы долга и должного; при этом благо понимается как безусловный долг следовать определенному этическому принципу. Деонтологическими называют этические теории, в которых первостепенное значение отводится понятию долга. Деонтология медицинская — учение о должном в медицине, прежде всего — о профессиональном долге врача в отношении пациента.

донор

лицо, органы или ткани которого пересаживаются в лечебных целях другому человеку.

евгеника / *eugenics*

улучшение генетических качеств человеческих индивидов и популяций путем подбора супружеских пар с оптимальными наследственными качествами (позитивная евгеника) или препятствия размножению лиц, обладающих теми или иными наследственными признаками, считающимися неприемлемыми (негативная евгеника).

информированное
согласие / *informed con-*
sent

этическое правило, предполагающее, что медицинские вмешательства и исследования с участием человека в качестве испытуемого допустимы только после того, как данный человек (или его законный представитель) дает свободное согласие, получив достаточную информацию о целях, процедурах и последствиях этих вмешательств или исследований.

испытуемый /
human subject

человек, привлекаемый в качестве объекта научного исследования.

клонирование / cloning

общее название различных методов асексуальной репродукции одноклеточных и многоклеточных организмов. Репродуктивное клонирование — клонирование, направленное на получение генетической копии человека. Терапевтическое клонирование — клонирование с целью получения генетически идентичных эмбриональных стволовых клеток, которые предполагается использовать для лечения различных заболеваний человека (инфаркта миокарда, болезни Альцгеймера и др.)

контрольная группа

участники исследования, получающие вместо испытываемого лекарственного препарата или метода лечения наиболее эффективный препарат или метод из числа существующих. В тех случаях, когда таких эффективных препаратов или методов не существует, допустимо применение плацебо (см.). Контрольная группа необходима для того, чтобы оценить сравнительную эффективность испытываемого препарата или метода.

конфиденциальность /
confidentiality
сохранение врачебной
тайны

Конфиденциальность (confidentiality), сохранение врачебной тайны — правило, запрещающее медику без разрешения пациента разглашать касающуюся его информацию, полученную в результате выполнения профессиональных обязанностей.

конфликт интересов

ситуация, в которой человек вынужден действовать, преследуя две не согласующиеся между собой цели. Например, интересы того, кто намеревается проводить биомедицинское исследование, вступают в конфликт, если он к тому же является членом этического комитета, с его же обязанностями как эксперта.

ксенотрансплантация /
xenotransplantation

пересадка органов и тканей между особями разных видов (например, от животных человеку).

неприкосновенность
частной жизни / privacy

правило, требующее от медицинского работника получать разрешение на действия (диагностические, лечебные или профилактические), которые могут квалифицироваться как вмешательство в частную жизнь пациента.

патернализм /
paternalism

тип неравноправных отношений между людьми, при котором одни играют доминирующую роль по отношению к другим, напоминающую власть обладающего знаниями отца над неразумными детьми.

плацебо / placebo

лекарственная форма, содержащая безвредные наполнители. Применяется для проверки эффективности новых лекарственных препаратов.

права / rights

справедливые и/или признаваемые и поддерживаемые обществом требования, предъявляемые субъектами (индивидами или сообществами) к другим субъектам (индивидам и сообществам). Права одних субъектов коррелируют с обязанностями других по их удовлетворению.

презумпция несогласия	этическое правило, применяющееся при заборе трупных органов и тканей для трансплантации. Предполагается, что умерший человек при жизни был против того, чтобы после смерти его органы или ткани изымались для пересадок, если от него или его законных представителей не получено официального заявления об обратном.
презумпция согласия	этическое правило, применяющееся при заборе трупных органов и тканей для трансплантации. Предполагается, что умерший человек при жизни не был против того, что после смерти его органы или ткани могут быть изъяты для пересадок, если от него или его законных представителей не получено официальное заявление об обратном.
реципиент	лицо, которому пересаживаются в лечебных целях органы или ткани другого человека.
смерть мозга / brain death	состояние организма, характеризующееся необратимым и несовместимым с жизнью поражением мозга.
стигматизация	разнообразные формы проявления социальной агрессии и изоляции людей, которые, с точки зрения окружающих, обладают опасными качествами.
суррогатное материнство / surrogacy	вынашивание зародыша одной женщины в матке другой.
утилитаризм / utilitarianism	направление в этике, в рамках которого добро понимается как преобладание «количества» (и/или «качества») счастья людей над «количеством» (и/или «качеством») их страданий.
хоспис / hospice	специализированное медицинское учреждение, оказывающее паллиативную помощь и социально-психологическую поддержку умирающим больным и членам их семей.
экстракорпоральное оплодотворение / in vitro fertilization	оплодотворение яйцеклетки женщины, осуществляемое в «пробирке».
эвтаназия (син. эутаназия, эфтаназия, эйтаназия) / euthanasia	действие (активная эвтаназия) или бездействие (пассивная эвтаназия) врача, ускоряющие наступление смерти пациента.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИСТОЧНИКИ

Биомедицинская этика // под редакцией В.И. Покровского, Ю.М. Лопухина. М., Выпуск 1, 1997; Выпуск 2, 1999; Выпуск 3, 2002.

Биоэтика: принципы, правила, проблемы // отв. ред. Б.Г. Юдин, М., 1998.

Введение в биоэтику // отв. ред. Б.Г. Юдин, Москва, Прогресс-Традиция, 1998.

Сгречча Элио, Тамбоне Виктор. **Биоэтика**. М. 2001.

В. Петров, Н. Седова. **Практическая биоэтика**. М. 2002.

Ю.М. Лопухин. **Биоэтика: избранные статьи и доклады**. М., 2003.

А. Кэмпбелл, Г. Джиллетт, Г. Джонс. **Медицинская этика**. Пер. с англ. М., 2004.

Новая философская энциклопедия тт.1-4 М., 2000 (цикл статей по биоэтике).

Этика. Энциклопедический словарь // Ред. Р.Г. Апресян и А.А. Гусейнов. М., 2001 (цикл статей по биоэтике).

