И.А. ШАМОВ



БИОМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА

Ганс Болдунг Грин «Три возраста женщины». 1510 год.

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ И
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ВУЗОВ**

И. А. ШАМОВ
Эксперт ЮНЕСКО по биоэтике

БИОМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА

Рекомендован учебно-методическим объединением по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России в качестве учебника для студентов медицинских вузов (решение от 23.06.04 УМО-41.1)

2013

УДК 614. 253 (075.8)
ББК 87.715
Ш – 19

Рецензенты:
Юрий Михайлович Лопухин, доктор медицинских наук, профессор, академик РАМН, заслуженный деятель науки РФ, председатель комитетов по биоэтике Минздравсоцразвития и РАМН;

Борис Ильич Шулутко, заведующий кафедрой факультетской терапии С.Петербургской Госмедакадемии, Заслуженный деятель науки РФ, дмн, профессор;

Игорь Иванович Косарев, профессор кафедры педагогики Московской медицинской академии;

Леонид Николаевич Валенкевич, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней Петрозаводского Государственного университета, дмн, профессор, Ольга Ивановна Яхонтова, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней Петрозаводского Государственного университета, дмн.

Шамов И.А.. Биомедицинская этика: Учебник.

Во второй половине XX и начале XXI столетий произошло переосмысление вековых традиций взаимоотношений врача и больного. Этика и деонтология врача поднялись на качественно новую ступень. Принятие ряда важных международных документов по правам личности, а также вторжение высоких технологий в медицину привело к возникновению новых медико-биологических проблем и модификации старых, к пересмотру многих этических положений и появлению тенденции правового решения вопросов врачевания и медицины на международном и регионарном уровнях, формированию учения, называемого «биомедицинской этикой». В данном учебнике освещаются преимущественно прикладные вопросы биомедицинской этики - этого важного для пациента и врача учения.

Для студентов медвузов.

(О) И.А. Шамов, 2006

Краткие рецензии (вместо предисловия)

В данном издании книги проф. И.А.Шамова, в отличие от прошлых, нашли отражение такие важные для биомедицинской этики темы, как экстракорпоральное оплодотворение и связанные с ним позитивная и негативная евгеника, этические вопросы генетической паспортизации, генетического скрининга, пренатальной диагностики, клеточной и фетальной терапии. Детально рассматриваются этические проблемы клонирования, в том числе и терапевтического. В связи с клонированием и клеточной терапией обсуждаются этические вопросы работы с эмбрионами, аспекты допустимого и недопустимого при работе с яйцеклетками человека, экстракорпоральное оплодотворение и проблема лишних эмбрионов, фетальных и взрослых стволовых клеток. Автором достаточно подробно излагаются этические и юридические аспекты, возникающие в связи с конструированием и введением в жизнь генетически модифицированных продуктов. Подробно изложены также вопросы работы этических комитетов, что, несомненно, является положительным моментом книги.

В разных местах книги затронуты также вопросы справедливого распределения ресурсов в медицине, введена новая глава по этическим проблемам ВИЧ-инфекции.

Таким образом, данный вариант книги значительно отличается от предшествующих в лучшую сторону, в нем в той или иной мере затронуты основные вопросы современной биомедицинской этики.

Ю.М. Лопухин

Профессор И.А.Шамов является известным в СССР и России ученым, уже более 25 лет работающим над этикой и деонтологией, проблемами взаимоотношения врача и больного, больного и врача. Им были написаны более 10 книг по этим вопросам, которые выходили в Москве, Ленинграде, Киеве, Ростове на Дону, Ставрополе и Махачкале и получили широкую известность. Все врачи Дагестана, начиная с конца 70-х годов XX столетия, учились деонтологии на его книгах и выступлениях.

В России вплотную вопросами биоэтики стали заниматься в основном в последние десятилетия. Это видно даже из того, что до сих пор крупные книги этого плана в стране единичны. По сути дела, данный учебник профессора И.А.Шамова является одним из первых. Ученый, глубоко знающий проблему, в своей книге сумел осветить многие стороны современного решения вопросов биоэтики.

Как и остальные книги автора, «Биоэтика» написана образным, ясным языком и читается с захватывающим интересом, как художественное произведение.

Б.И.Шулутко

Редкий учебник по биоэтике носит такую полемическую, социально заостренную направленность, как труд профессора И.А.Шамова. Большинство авторов либо занимаются пересказом работ предшественников, либо обходятся разбором казуистики, дефинициями, этическими наставлениями, перечислением новейших технологий в медицине. Можно прекрасно писать учебники и пособия, талантливо читать лекции по биоэтике, но сама среда будет разрушать иллюзию возможности формирования профессионально грамотного и всесторонне развитого врача в условиях правового беспредела и экономической отсталости, расслоения общества на бедных и богатых.

И.И.Косарев

Нам кажется, автором подобного учебника может быть только практический врач, который сам «на своей шкуре» в повседневной работе сталкивался с данными проблемами. С этих позиций авторство профессора И.А. Шамова заслуживает всяческого одобрения. Автор является известным в СССР и России ученым, опубликовавшим более 10 книг, которые были посвящены проблемам этики и деонтологии, вопросам морали, взаимоотношения врача и пациента.

Данный учебник, по существу является одним из первых, в которых в таком объеме представлены сведения о предмете «Биоэтика». Профессор И.А. Шамов одним из первых в стране начал преподавать биоэтику в Дагестанской государственной медицинской академии. Книга написана ярко, с большим количеством примеров и читается как художественное произведение. Автор не ограничивается односторонним подходом к обсуждаемым проблемам, но приводит различные взгляды и альтернативные мнения. Это вызывает у студентов дополнительный интерес к излагаемой проблеме и позволяет легче усваивать излагаемый материал.

Л.Н. Валенкевич

О.И. Яхонтова

СОДЕРЖАНИЕ

Contents……4
Введение……7
МОРАЛЬ И ЭТИКА…… ……..11
Основные функции морали…… ……...….11
Почему человеку нужна мораль…… ……..13
Специфика морали…… ……..14
Проблема «должного» и «сущего» в морали…..……..15
Персонификация морали……16
Этика и мораль – генезис и семантика. Мораль
во врачевании…….20
Мораль и право……23
Выводы……...…...……24
Conclusions……...…….25
ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ЭТИКИ, ДЕОНТОЛОГИИ, БИОЭМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ И МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА……27
Конвенция Совета Европы……..……40
Основы концепции прав пациента в Европе……..……48
Выводы……58
Conclusions……59
СОВРЕМЕННЫЕ МОДЕЛИ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ВРАЧА И БОЛЬНОГО……...….61
Выводы……84
Conclusions……85
ЯТРОГЕНИИ ИЛИ ПЕРВЫМ ДОЛГОМ НЕ ПОВРЕДИ …….87
Выводы…… 96
Conclusions…….. 96
МЕДИЦИНСКИЙ ЭКСПЕРИМЕНТ И ЭТИЧЕСКИЕ КОМИТЕТЫ…….. 97
Медицинский эксперимент…….97
Этические комитеты……..…109
Выводы ……..…116
Conclusions……..117
ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА ИЛИ О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ В РАБОТЕ ВРАЧА ..…….119
Выводы…….……129
Conclusions……..129
ЭЙТАНАЗИЯ И ЯТРОТАНАЗИЯ ……..…….131
Эйтаназия…… 131
Паллиативная помощь……150
Ятротаназия…….156
Выводы……160
Conclusions…….161
АБОРТ И РЕПРОДУКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ…….163
Аборт……163
Половая стерилизация……173
Репродуктивные технологии……...……174

Выводы……194
Conclusions……195
ГЕНЕТИКА И БИОМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА ……...197
Клонирование…… 200
Генетический скрининг ……..……...……...211
Генная и фетальная терапия ……..215
Генетическая паспортизация ……..……218
Генетически модифицированные продукты (ГМП). ……221
Выводы……..……226
Conclusions…….227
ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ЧЕЛОВЕКА……229.
Региональный эгоизм и справедливое распределение ресурсов в медицине…..…… 238
Патологоанатомическое вскрытие……..……..……..……244
Ксенотрансплантация……..…247
Клеточная терапия…… ……..……250
Выводы…… ……261
Conclusions……..262
ПРАВА РЕБЕНКА ……191
Выводы ……288
Conclusions…….288
ЭТИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ……201
Выводы ……288
Conclusions…….288
МИЛОСЕРДИЕ ДЛЯ БЕДСТВУЮЩИХ ……...……263
Экстремальные ситуации. Войны……263
Катастрофы……264
Тюремное заключение……..…267
Пожилые люди и старики……268
Объявившие голодовку……...….269
Смертная казнь…… 272
Выводы ……272
Conclusions……..273
НАНОТЕХНОЛОГИИ И БИОМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА…… 275
Медицины и нанотехнологии…… 281
Нанотехнологии и проблемы биоэтики…….283
Нанотехнологии и проблемы биомедицинской этики…….285
Выводы ……288
Conclusions…….288
XXI ВЕК - ВЕК КРИЗИСА ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ ВРАЧА
Выводы ……288
Conclusions…….288
Тесты для самоконтроля усвоения знаний……289
Эталоны ответов для самоконтроля усвоения знаний..……315
Литература ……..…….317
Предметный указатель……321

Приложение 1. Авторская программа преподавания биомедицинской этики в медвузах..……. 329
CONTENTS…… .4
Introduction…….. 7
MORAL AND ETHICS ……11
Principal function of morals'…….. ……...…….11
Why people need moral…… ……...13
Specifity of moral …… ……..14
Problem of "proper" and "that exist" of moral …….……..15
Personification of moral ……..16
Ethics and moral – genesis and semantics. Moral in medicine……20
Moral and the law…….23
Conclusions……...……25
GENERAL QUESTIONS OF ETHICS DEONTOLOGY, BIOMEDICAL ETHICS AND MEDICAL LAW……27
European Council…….40
Bases of the concept of patients' rights in Europe……..48
Conclusions……...……..59
CURRENT PATTERN DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP…….61
Conclusions…….85
IATROGENY OR DO NOT HARM……..87
Conclusions……96
MEDICAL EXPERIMENT AND ETHICS COMMITTEES……..…97
Medical experiment ……...97
Ethics committees…….……..109
Conclusions……...117
MEDICAL SECRECY OR ON CONFIDENTIALITY IN DOCTOR' S PRACTICE…….119
Conclusions……129
EUTHANASIA AND IATROTHANASIA…….131
Euthanasia…… …. 131
Palliative assistance…….150
Iatrothanasia…… 156
Conclusions……161
ABORTION AND REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES……..163
Abortion…… 163
Sex sterilization……....173
Reproductive technologies……...…… 174
Conclusions…….. .195
GENETICS AND BIOMEDICAL ETHICS……..197
Cloning……200
Genetic screening ……...……..211
Gens' and fetal therapy ……. 215
Genetic passpotization ……218
Transgenic products……. ……221
Conclusions……227
TRANSPLANTATION OF HUMAN ORGANS

AND TISSUES……229
Regional selfishness and fair distribution of resources in medicine…….238
Dissection……..244
Xenotransplantation……...247
Stem cells therapy……..250
Conclusions……262
MERCY FOR THE MISFORTUNITES…….263
Extremis situations. Wars…….263
Pisasters'…….. 264
Inprizonement……..……267
Elderly and senile people……..268
Starving people……..……..269
Capital punishment……..272
Conclusions……. 273
NANOTECHNOLOGIES AND BIOMEDICAL ETHICS……..275
Medicine and nanotechnology …….. 282
Nanotechnology and problems of the bioethics…… .284
Nanotechnology and problems of biomedical ethics'……..… .286
Conclusions…….….289
XXI CENTURY – CENTURY CRISIS OF ETHICS AND DEONTOLOGY PHYSICIAN…….
Conclusions…….….289
Key for self control…….. .291
Etalons for ansvers…….317
Literature ……..319
Index…… 323
Appendix № 1.The author program teaching biomedical ethics' in medical high schools..…….331
Short reviews……342

ВВЕДЕНИЕ

Истинная ценность всего и вся на земле заключена в слове жизнь. Вне жизни, вне живого весь мир и, возможно, вся вселенная не представляют никакой самоценности (во всяком случае, она нам не известна). Не отказывая в милосердии всему остальному животному царству, все же, в конечном счете, наиболее ценной является жизнь человека.

Сохранение жизни и здоровья народа зависит от множества факторов. Основными, обеспечивающими примерно 60% здоровья популяции, являются государственные, индивидуальные и медицинский факторы. Последний фактор, по данным Ю.П.Лисицына (Мед.газ., 2005, № 68 ,с.11), в настоящее время, может обеспечить около 15% здоровья популяции. Можно видеть, что он не является ни ведущим, ни определяющим в сохранении здоровья популяции в целом. **Однако он является одним из наиболее выделяющихся, наиболее видимым, заметным.** Особо значимым медицинский фактор представляется для каждого отдельно взятого гражданина. Именно с медициной ему приходится иметь дело, когда его здоровью угрожает опасность, именно с врачом приходится ему сталкиваться во время болезни, именно с врачом связывает он все свои надежды на выздоровление, на восстановление этой наивысшей ценности – здоровья.

Отсюда общение этих двоих – врача и больного, в конечном итоге, оказывается наиболее значимым, наиболее важным. И в общении этих двоих испокон веков возникали профессиональные и моральные коллизии. И эти коллизии постепенно, в течение веков и тысячелетий складывались в особые отношения, в которых главным действующим лицом всегда была Мораль. Именно Мораль служила причиной того, что врач старался делать все, что в его силах, для пользы больного человека. Именно Мораль защищала больного от возможных злоупотреблений врача по отношению к нему.

Все эти взаимоотношения постепенно становились этическими кодексами, которые в XX столетии сформировались в профессиональную этику и стали называться этикой и деонтологией врача. По сути дела – этика и деонтология были неписаными, а затем и написанными сводами моральных правил (или, как его называют **этосом медицины**), по которым должен был работать врач, для того, чтобы принести наибольшую пользу своему подопечному. Особое развитие эти правила получили в первой половине XX столетия. И они сослужили хорошую службу и врачам и пациентам. Для врачей эти правила помогали быть милосердными в своей профессии. Больным же это милосердие помогало чувствовать себя в безопасности, приобретать уверенность, реализовать свои надежды на выздоровление.

В последние десятилетия XX века произошли качественные изменения в медицине. Врачевание поднялось на более высокую ступень, возросло ее могущество. Медицине стало доступно недоступное ранее. Человека стало возможным «починить» как машину, как механическое создание. На поток поставлена замена испорченных органов – почек, сердца, печени и пр. биологическими аналогами. Взаимоотношения врача и больного все больше стали уподобляться взаимоотношениям деловых людей. В результате возникла угроза утери наработанной за века морали, милосердия, сострадания к больному, возросла опасность вольного или невольного нанесения вреда врачевателем больному человеку, что сделало необходимым поиск новых граней во взаимоотношениях врача и пациента. Высокие технологии вторглись также во многие разделы биологии, но, особенно в область репродуктивных функций, что привело к фантастическим успехам в этой области. Ученые клонировали животных, и подошли вплотную к клонированию человека.

В жизни мирового сообщества также произошли изменения, заставляющие в значительной мере пересмотреть старые этические представления, ранее принятые общественные положения о морали, нравственности. Значительно расширились и укрепились права человека. В называемых демократическими обществах права индивидуума, личности были признаны превалирующими над правами общества и науки. Вопросы морали и этики самого разного плана стали разрабатываться на самом высоком Международном уровне, в ООН, его подразделениях – ЮНЕСКО, Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), Всемирной медицинской ассамблее (ВМА) и рекомендоваться для исполнения во всех странах мира. Значительно возросла информированность населения по этим вопросам, наметился необратимый процесс глобализации этической информированности и образования.

С другой стороны в обществе стали развиваться тенденции падения нравственных начал. Ценность человеческой жизни во многих странах упала до самого низкого уровня. Убийства и акты насилия стали обыденностью. Наметился явный дефицит ресурсов на достойную жизнь и здравоохранение многих людей. Неуклонно увеличивается удельный вес экологических факторов, отрицательно действующих на организм человека. Воздействие человеческой деятельности на биосферу стало явным и достаточно опасным. Большинство биологических видов жизни на земле, кроме человека, находится под угрозой вымирания в ближайшие столетия.

Все это сделало необходимым переосмысление многовековых моральных традиций человечества. Особенно остро необходимость таких преобразований наметилась в медицине и биологии. Сложилась такая ситуация, при которой значительно возросла необходимость обращения к правовому регулированию отношений врача и пациента, медицинских моральных положений, ряда биологических и физиологических явлений.

В свою очередь такие тенденции породили конфликт интересов во многих областях человеческих отношений. Дело в том, что Мораль слишком личное, слишком глубинное, духовное, человеческое явление, и ее едва ли можно заменить сухими параграфами закона. Поэтому, наличие в руке сухих параграфов закона вовсе не устраняет моральных сомнений в душе их исполняющего. Даже там, где он имеется, закон, регулирующий моральные деяния, особенно во врачевании, полностью не заменил собой Мораль.

Осмыслением всех этих перемен, «перестройкой» в этике и нравственности в сфере биологии и медицины в последние десятилетия XX столетия и стала заниматься новая ступень медицинской этики - **биомедицинская этика.**

Данный учебник излагает основы биомедицинской этики. В нем мало затрагиваются фундаментальные вопросы этики – автор оставляет эту проблему специалистам-философам. Лишь вскользь обсуждается также история становления биомедицинской этики, особенно в вопросах имен и приоритетов. Основное внимание здесь уделено прикладным вопросам данного учения.

В «Программе по биоэтике» (Москва, 2001), по которой ныне преподается биомедицинская этика в медвузах, говорится «Программа предполагает двухуровневое преподавание медицинской этики будущим врачам и касается первого уровня – пропедевтического курса общетеоретической подготовки в данной области. Программа второго уровня, конкретизирующая применение общетеоретических положений к реалиям научной и практической деятельности, должна быть разработана позднее». Данный учебник как раз и является попыткой изложения предмета на этом втором уровне.

Для претворения в жизнь данного уровня необходимо внести в существующие учебные планы медвузов определенные изменения. Первый уровень в настоящее

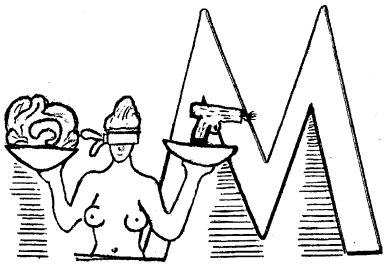
время преподается на первом, а в некоторых вузах – на втором, курсах. Прикладная же биомедицинская этика должна преподаваться на старших курсах, тогда, когда студенты уже работают у постели больного. Надежды на то, что Департамент образовательных дисциплин МЗ СР выделит дополнительные часы на биомедицинскую этику мало. В связи с этим автор видит выход именно в «перестройке» преподавания предмета Предложения автора по такой перестройке изложены в конце книги, в виде авторской программы.

Автор не претендует на истину в последней инстанции в освещении обсуждаемых вопросов. Он не выступает в роли всезнайки, владеющего ответами на все вопросы и готовыми решениями для всех проблем биомедицинской этики. Нередко по тому или иному вопросу им приводятся альтернативные мнения авторов, в том числе и собственное, но окончательное решения он оставляет за читателем – любознательным студентов или врачом, да и любым человеком, интересующимся проблемами биомедицинской этики. Автор при этом исходил из известного высказывания Яна Амоса Коменски, что «учащийся – это не сосуд, который надо наполнять «бесспорными» истинами, а факел, который надо зажигать».

Данный учебник по стилю изложения материала отклоняется от общепринятых мерок. Он написан не академическим языком, а языком и стилем, близким к беллетристике и в нем подчеркивается мнение автора по целому ряду вопросов. По этой причине он может вызвать нарекания мэтров медицинской педагогики и подвергнуться критике. Однако плохо ли такое изложение материала в учебнике? «Биомедицинская этика» - во многом это учебник по вопросам морали, и он едва ли должен быть написан суконно-академическим языком, из-за чего студенты будут его читать только из-под палки. Такой учебник должен соответствовать тому, как советовал обучать студентов польский врач и просветитель Владислав Беганьски: «Не только о знаниях там должна идти речь, но и о сердце» (то есть не только о разуме, но и об эмоциях).

В учебнике такого плана должно быть достаточно много первичного материала – различных документов – нормативных актов, законов, деклараций, и т. д., чтобы студент мог ознакомиться с ними, а не только с мнением автора. В данном издании учебника также приводится достаточное количество важнейших первичных документов по самым различным вопросам биомедицинской этики.

Доброжелательная критика и советы по совершенствованию учебника будут восприняты автором с благодарностью.



ОРАЛЬ И ЭТИКА

ORAL AND ETHICS

ОСНОВНЫЕ ФУНКЦИИ МОРАЛИ. Любое общество складывается из множества людей, множества индивидуумов. И в любом обществе взаимодействие этих людей должно быть согласовано в совокупную деятельность и, при всем своем разнообразии, подчиняться определенным общим правилам. Это происходит путем выработки общих норм поведения человека в обществе, общих правил, предписаний и оценок. Функцию такого согласования и выполняет мораль, наряду с другими институтами общественной жизни.

Мораль – общественный институт, выполняющий функцию регулирования поведения человека, ответственный за человеческое общежитие. Она и есть то, что связывает, соединяет человеческое общежитие, делает его возможным.

Мораль регулирует поведение, поступки человека во всех без исключения сферах его личной и общественной жизни - в труде и быту, в политике и науке, в семье и общественных местах. Однако эта регуляция коренным образом отличается от регуляции в других областях общественной жизни. Так, экономическое регулирование осуществляется через материальные интересы людей. Нормы права закрепляются в официальном законодательстве и поддерживаются силой государственного принуждения. Административные формы контроля осуществляются через распределение обязанностей и официальных полномочий между должностными лицами. Мораль же регулирует поведение человека через некие постулаты, рекомендующие как поступать в обществе в той или иной ситуации, которые называют **нравами. Эти постулаты, эти рекомендации в жизни общества поддерживаются силой массовой привычки, так сказать, «властью», которая признается и поддерживается если не всеми, то, хотя бы большинством, - общественным мнением.**

Мораль поддерживает определенные общественные устои, строй жизни, общение массы людей в самой общей форме. Это система воззрений на жизнь людей в социуме, отражающая то или иное понимание целого ряда положений общественной жизни. Она складывалась из понятий (за которыми стояли реальные поступки), считающихся обществом как основополагающие духовные ценности. За многотысячелетнюю историю человеческой цивилизации накопилось значительное количество таких понятий. Это такие, как «добро», «зло», «честь», «совесть», «сострадание», «искренность», «справедливость», «бескорыстие», «благородство», «достоинство», «гуманность», «добросовестность», «человеколюбие», «дружелюбие» и сотни других. Именно на основе этих понятий выросли такие краеугольные категории морали, как сострадание к больным, бедным и немощным; уважение и любовь к ближним своим; уважение к старым и старшим; любовь к детям; бескорыстная помощь бедствующим; великодушие, интернационализм и множество–множество других. Категориями морали являются и известные исторические запреты – не убей, не укради, не лжесвидетельствуй.

Моральные нормы формируются, складываются на протяжении всей жизни человеческого общества в процессе общения и отображают жизненно-практический и исторический опыт. Они сохраняются в виде массовых привычек, обрядов, традиций, обычаев, которые, в свою очередь воспитывают, формируют индивидуальные убеждения и побуждения. Принципы морали – это как бы неписаные законы поведения человека в обществе. В то же время, эти принципы могут быть сформулированы

в виде различных заповедей, положений, указаний, которые передаются различными путями от поколения к поколению.

Считается, что моральные принципы не направлены на достижение человеком каких либо частных материальных успехов, то есть это не правила внешней целесообразности. Следование моральным принципам скорее отвечает той или иной общественной потребности.

В выполнении моральных принципов и положений велика роль сознания индивида, поскольку нравственная оценка всегда носит внутренний, духовный, а не материальный характер, в ее идеальном варианте нет мер принуждения или поощрения, а если и имеются, то они имеют характер как раз духовного порядка. Моральные поступки, явления человек должен осознать сам. Здесь уместно привести высказывание Канта, который говорил **«Два явления бесконечно изумляют меня, два явления: звездное небо над головой и моральный закон во мне».** И этот моральный закон должен сидеть в самом человеке, а не навязываться извне какими либо общественными или государственными институтами или отдельными личностями. Именно сам человек должен осознавать принципы и нормы добра и зла, и сам направлять свои поступки в соответствии с этой осознанностью. Именно его внутренний мир и принципы должны контролировать его действия, его поведение в обществе, в коллективе, группе, семье.

Сказанное подчеркивает значимость воспитания моральных принципов в человеке с детских лет в семье, быту, коллективе. Но это воспитание не должно быть авторитарным или назидательным навязыванием ему принципов. Речь идет о формировании в каждом человеке способности **самостоятельно, без какого либо внешнего контроля, определять и направлять свою линию поведения, чтобы эта способность стала его alter ego, внутренней потребностью, следствием его естественных склонностей. Человек должен сам научиться прозревать духовное через видимое. Это и есть высшая мораль, это и есть мудрость.**

Ответственность в морали, в отличие от права, как уже отмечалось, имеет не материальный, а идеальный, духовный характер. Опираясь на общественное мнение, на выработанные в обществе нравственные представления, усваивая их, отдельный человек может и должен в той или иной мере самостоятельно регулировать свое поведение и судить о моральном значении всего происходящего вокруг него.

Таким образом, мораль есть отношение человека к себе в перспективе стремления к совершенству, идеалу.

ПОЧЕМУ ЧЕЛОВЕКУ НУЖНА МОРАЛЬ. Ответ на данный вопрос сложен и неоднозначен. Наш современник, русский писатель, философ и социолог А. А. Зиновьева так характеризует сущность человека: **«Человек есть на все способная тварь»** и это суждение считается в такой же мере суровой оценкой, в какой и беспристрастной констатацией факта. Как известно, животным присущ врожденный запрет братоубийства. Им свойственны инстинктивные тормозные механизмы, ограничивающие проявления агрессивности против представителей своего вида. У человека таких тормозов нет или они ослаблены до очень опасного предела. В человеческом обществе отец убивает сына (Иван Грозный), сын убивает отца (множество примеров из жизни монархов). В человеческом обществе полно индивидуумов, способных радоваться страданиям других людей (садисты, мазохисты).

Могут сказать, что эти маргинальные явления, что они редки и не являются решающими в жизни человеческого сообщества. Да, это так. Однако есть и целый ряд других явлений, которые нередко владеют массовым сознанием людей. Это такие явления, как беспринципность, безответственность, вероломность, двуличность, недоброжелательность, нечестность, несправедливость, неуважение к другим, черст-

вость, эгоизм, ксенофобия, национализм и многое другое, что никак не может служить на благо человеческого социума. Не зря почти все великие моралисты пессимистично оценивали реальное состояние межчеловеческих отношений. Известный философ Гоббс постулировал некое естественное гипотетическое состояние тотальной вражды между людьми **(«война всех против всех»).** Именно это явление в человеке, его нравственная дефективность, врожденные антисоциальные инстинкты, несовершенное сознание, эгоизм и многое другое породили необходимость морали.

СПЕЦИФИКА МОРАЛИ. Теоретически считается, что мораль нельзя отнести к явлениям, содержащим в себе какую либо материальную выгоду. Человек не должен ждать награды за свое нравственное поведение. Награда должна заключаться в удовлетворении, которую доставляет ему его чистая совесть, сознание того, что он поступает хорошо. **Авторитет или положение того или иного лица в сфере морали не должен быть связан с его реальными полномочиями, властью, общественным положением.** Он скорее связан с его духовными качествами, то есть, его внутренним миром, совпадением его нравственного мира с установками той морали, которая принята в том или ином обществе. Авторитет человека должен зависеть от того, насколько правильно этот человек понимает смысл моральных требований. Поддержание моральных табу в человеке достигается духовными мерами - через чувство долга, который каждый человек должен осознать и сделать мотивом своего поведения, и через оценку и самооценку своих поступков.

Таким образом, мораль слагается из нравственной деятельности, поведения, поступков, особым образом мотивированных отношений людей. Нравственные деятельность и отношения отражаются и закрепляются в сознании человека и, таким путем вырабатываются его убеждения, склонности, совесть.

К сожалению, в современной жизни россиян все эти теоретические положения не могут считаться аксиомами. Ныне авторитет человека зависит скорее от его материального положения, от величины той «кучи» денег, которую он накопил правдами и неправдами, его должности в чиновничьей иерархии, возможности применить силу. Нередко право морали подменяется правом силы. В этом много причин, в том числе и известное испокон веком расхождение между «должным» и «сущим» морали.

ПРОБЛЕМА ДОЛЖНОГО И СУЩЕГО В МОРАЛИ. Показателем отношения человека к морали являются его поступки, его готовность жить нравственно, следовать нормам общественных духовных требований.

На сцене жизни, в философском театре реальной жизни мораль выступает как бы в двух лицах, имеет у себя две маски. **Первое лицо морали, первая ее маска – эта сфера моральных требований, так сказать ее теория, фундаментальные основы.**

В философском аспекте это лицо носит название **«должное».** Это, действительно, то, как видится мораль в ее идеале, как формулируются моральные правила, принципы, постулаты, вырабатываемые или выдающимися деятелями различных социумов, или коллективным умом, стихийно, на основе традиций, обычаев. Это действительно идеальное, идеальная сторона морали, постулируемые требования морали, ее повелительные желания.

Но у морали есть и другое лицо, другая маска. И это лицо отражает то, **как требования морали, ее теоретические основы, ее постулаты, ее повеления выполняются на практике.** Это второе лицо, вторая маска морали в философском шоу называется **«сущее».**

И, увы, увы! Права поговорка, гласящая, что между желаемым и действительным – целая Москва, по меткому выражению полковника Скалозуба, -«дистанция

огромного размера». Классической формулировкой парадокса морального поведения обычно считаются слова Овидия: **«Благое вижу, хвалю, но к дурному влекусь»**. Или, по Михаилу Двинскому: **«Свод законов чту, а все же исконнее и роднее – Кодекс Беззакония»**. Реальные общественные нравы и поведение индивидуумов могут отклоняться от «должного» по многим и многим параметрам. «Сущее» настолько может отклоняться от «должного», что известнейший режиссер философского театра господин Эммануил Кант даже выводил «сущее» за пределы морали. И я не думаю, что он был далек от истины. Во все эпохи люди были свидетелями того, как в обществе попирались нормы морали. Очень часто дела человеков расходились с мыслями и словами. Думали Одно, говорили Другое, делали Третье.

Это несоответствие может иметь разную степень. Довольно часто оно проявляется **в отдельных отклонениях отдельных личностей от моральных норм**, что отмечалось во все эпохи и времена. Однако история свидетельствует, что отклонение «сущего» от «должного» может принимать характер массового явления. Как это имело место неоднократно в истории человечества.

ПЕРСОНИФИКАЦИЯ МОРАЛИ. Одной из труднейших - и теоретических и практических - проблем является проблема персонификации (происхождения, возникновения, разработки) морали.

Как уже отмечалось, мораль возникла стихийно, выросла из жизненных явлений, которые постепенно складывались в обычаи и традиции.

Еще на стадии животного сознания в стадно живущем обществе складывались условия, когда, во имя выживания всех, зачастую приходилось пренебрегать жизнью отдельного индивидуума, когда коллективные интересы превалировали над индивидуальными. Так, когда стая охотилась на крупную дичь, всегда следовало ожидать, что кто-то из охотников может умереть, но удачная охота в конечном итоге была благом для оставшихся в живых. Таким образом, уже на ранних стадиях развития человека для выживания понадобилось установить баланс личного и стадного, потребовался суровый диктат коллектива над его членами.

По мере развития человека, его сознания, постепенно складывались основные моральные принципы.

Когда молодой, ничего еще не сделавший для стаи, но прыткий австралопитек хотел схватить лучший кусок мяса, вождь зарычал и ударил его – это был первый урок нравственности – зарождение принципа справедливости. Молодой и прыткий сам, став в последующем вождем, передавал этот принцип дальше.

Когда Дон Жуан из рода homo habilis попробовал захватить себе вторую жену, за что «авторитет» вытурил его из стаи - это также было зарождением другого принципа морали – будь скромен.

Когда толпа питекантропов решила сняться с места жительства и уйти, бросив больных и слабых, но кое-кто не захотел уйти и остался с больными – это также было зарождением морального принципа отзывчивости, сострадания.

Когда неандерталец в бою хотел раскроить череп своему противнику, но, увидев мольбу в его глазах, опустил занесенный для удара топор, зародился принцип милосердия к слабым, беззащитным.

Все это постепенно складывалось в примитивные моральные правила. И когда родилась речь и homo erectus научились жить большими скопищами, то уже здесь стихийно действовал целый ряд моральных правил, которые в последующем и сложились в обычаи и традиции.

Homo sapiens уже пришел к выводу, что люди различаются между собой, что есть люди добрые, моральные, и есть другие - злые, аморальные. На этой основе он решил, что первые должны поучать вторых. Отсюда началась уже эпоха, когда

моральные нормы стали осмысливаться, собираться, записываться, вырабатываться отдельными людьми.

Издавна в этом процессе активно участвовали различные религии, которые в последующем стали претендовать на единственных выразителей морали в обществе. Для обоснования своих претензий они выдвинули следующие доводы: 1. Человек не способен сам выработать моральные понятия; так как он эгоистичен. 2. В обществе добродетель не всегда вознаграждается, а порок часто не наказуется и торжествует, поэтому выполнение людьми требований нравственности может обеспечить только их вера в существование загробной жизни, в ад и рай, где осуществляется справедливое воздаяние за добродетели и пороки. Именно на небесах, в некоем «божьем царстве» человек обретет вечную жизнь и справедливость.

В эпоху Возрождения и позже мораль стала формироваться на основе трудов и действий культурного слоя общества – писателей, просветителей, философов, общественных и религиозных деятелей. Так была выработана буржуазная мораль, которая на словах несла в себе значительный прогресс. Именно тогда в качестве важной моральной нормы было выдвинуто требование равенства всех людей. Кстати именно в буржуазной морали впервые родилось такое этическое понятие, как деонтология. Она возникла из положений буржуазной морали о «разумном эгоизме», «должном» {deon} взаимном использовании» людей в достижении целей (отсюда возникла и деонтология).

Можно видеть, что в этом лозунге произошла некая трансформация понятий морали. Выше уже говорилось, что положения морали не направлены на достижение каких-то конкретных материальных целей в жизни. Буржуазная же мораль, деонтология требовала, чтобы один человек использовал другого для достижения своих целей. А мораль в этом процессе заключалась в том, что человек, добиваясь собственных целей, способствует тем самим благу других и общества в целом. В какой то мере буржуазная мораль требовала также честности, трудолюбия, бережливости, как принципов достижения личного и общественного благополучия. Эта мораль получила название утилитарной, и одним из основателей ее был английский философ Иеремия Бентам.

«Должное» буржуазной морали в определенной мере стало общественным явлением. Однако, к сожалению, это не привело к существенному улучшению «сущего» морали. И в буржуазном обществе сохранились вопиющие противоречия моральных норм и реальных нравов. Все добродетели в буржуазном обществе требовались лишь от низших сословий. Верхи же, связанные с большим бизнесом и политикой, считали и считают ныне себя совершенно свободными от каких либо моральных обязательств.

Опять-таки, к сожалению, примерно подобного рода картина имела место и в советское время. Все мы помним великие положения морального кодекса коммунизма, десять, так сказать, «коммунистических заповедей»: 1. Добросовестный труд на благо обществу – от каждого по его способностям и воздаяние каждому по его труду. 2. Забота каждого о сохранении и умножении общего достояния. 3. Коллективизм и товарищеская взаимопомощь, каждый за всех и все за одного. 4. Честность, правдивость, нравственная чистота и скромность в обществе и личной жизни. 5. Взаимное уважение в семье, забота о воспитании детей. 6. Непримиримость к несправедливости, тунеядству, нечестности, карьеризму, стяжательству. 7. Дружба и братство всех народов. 8. Нетерпимость к национальной, религиозной и расовой неприязни. 9. Всеобщее непрерывное образование. 10. Всеохватная медицинская помощь.

На основе этих принципов в СССР социалистическое общество добилось впечатляющих моральных успехов. В обществе достаточно высокими были такие моральные качества как альтруизм, героизм, взаимопомощь, интернационализм, культура общения, отзывчивость, подвижничество, правдивость, честность, скромность, справедливость, уважение друг к другу, почитание памяти предков и т. д.

Партийная верхушка Советского Союза оказалось не готовой длительно и в положенной мере следовать кодексу коммунистической морали. В биологически и исторически обусловленном противоборстве «должного» и «сущего» морали, в верхах победило «сущее» («Политика – волшебная игра: в ней правилами правят шулера!» М. Двинский). Тем не менее, степень следования всего народа положениям «должного» было достаточно весомым, что и обусловило вышеуказанные моральные достижения.

Сегодня на улицах наших городов и сел наступила другая погода. Сегодня мы в России строим так называемый капитализм с рыночной экономикой. И невооруженным глазом можно видеть, что это общество пришло в жесточайший конфликт с представлениями о морали. В обобщенном виде судьба морали в этом обществе видна в высказывании главного медицинского академика России, президента РАМН В. Покровского: **«смешно при рыночной экономике обсуждать такие вопросы как добро, совесть и справедливость».**

Одним из самых высоких показателей морального климата общества считается то, как оно относится к своим сирым, нищим, старым, немощным и детям. Ныне в России сирые и старые поставлены в условия медленного вымирания. Старым людям, которые своими руками создали все те богатства, что сегодня имеет Россия, выплачивается жалкое подобие пенсии, которая у большинства намного ниже официально объявленного нищенского же прожиточного минимума. А нищета, к сожалению, - среда, в которой обильно взрастает аморальность.

В любом государстве Право и Экономика косвенно приходят на помощь морали. Высокоморальным человек может быть лишь в том обществе, в котором процветают Благоденствие и Законность. Нищета же, как это подметил еще Т. Компанелла, делает людей негодяями, хитрецами, ворами, лжецами и лжесвидетелями.

Примеры аморальных поступков наших граждан можно видеть на каждом шагу. Пример, близкий нам, медикам – массовая фальсификация лекарств и заламывание баснословных цен на них. Это ставит под удар жизнь больных, и немощных, милосердие к которым, как уже говорилось, во все времена было краеугольным камнем морали любого общества.

Кстати, все вышесказанное является убедительным доказательством бессилия религий влиять на мораль. Сегодня чуть ли не все граждане России стали религиозными, «верующими» православными людьми или исламистами или блюстителями других религиозных догм. Аморальность же не только не уменьшается, но и прогрессирует. Не зря К. Маркс говорил, что религия – это самосознание человека, который еще не обрел себя или уже себя потерял.

ЭТИКА И МОРАЛЬ – ГЕНЕЗИС И СЕМАНТИКА. МОРАЛЬ ВО ВРАЧЕВАНИИ. Как известно, учение об этике возникло давно. После введения понятия в обиход ранними античными авторами (Гомер, Эмпедокл, Гераклит), учение об этике начало развиваться в различных областях жизни человеческого общества, однако ни в одной из них оно не получило такого развития, как в медицине. В медицине область этики врача разрабатывалась значительным числом ученых и врачей, было опубликовано бездна монографий, трудов, статей. В мире издается множество журналов по медицинской этике. Этика врача с 50-х годов XX столетия находится под пристальным вниманием Всемирной организации здравоохранения, которая к насто-

ящему времени разработала и приняла большое число документов по этике и деонтологии врача, а в последние годы по биоэтике и биомедицинской этике, считающиеся обязательными для медиков всех стран.

Так, что же такое этика, и в каких отношениях она находится с моралью? В литературе нередко можно встретить такое мнение: этика – это наука о морали, а мораль – это предмет данной науки (Словарь по этике, М. , 1975, с. 373; Марксистская этика, М. , 1980, с. 9 и др. источники). Однако оценка этимологии термина, рассмотрение ее развития в историческом аспекте, свидетельствуют о другом.

Считается, что слово «ethos» зародилось в древней Греции и первоначально означало местопребывание - человеческое жилище, звериное логово, птичье гнездо. Позже термин стал употребляться в значении устойчивой природы какого-либо явления, в том числе характера, внутреннего нрава живых существ, образа жизни. Появилось понятие об этических добродетелях - мужество, умеренность, щедрость и т. д. Отсюда и появилась этика, как учение, изучающее и обобщающее соответствующие классы добродетелей.

В то же время термин «мораль» и по содержанию и по истории возникновения, не что-то новое, а, всего на всего, латинский аналог термина «этика». Оно происходит от слова «mos» (множественное число – «mores»), которое в определенной мере соответствовало древнегреческому этосу и обозначало нрав, обычай, моду, устойчивый порядок. На основе этого понятия и было образовано слово моральный (что, кстати, приписывают Цицерону), а позже и сформулировано понятие мораль, в качестве собирательной характеристики моральных проявлений.

Отсюда следует, что термины «этика», «мораль», приблизительно однотипны по своему этимологическому содержанию и истории возникновения. К этим терминам примыкает и «нрав», который по Ожегову определяется как «обычай, уклад общественной жизни и «нравственность».

Таким образом, этика врача означала мораль врача, нравственность врача и, как уже было сказано, широко исследовалась и разрабатывалась во все времена.

Медицина, врачевание издавна выступали как один из главных моральных институтов общества. Это хорошо видно из известной всем, так называемой клятвы Гиппократа, которую с незапамятных времен давали те, кто вступал на путь врачевания. Вот некоторые выдержки из нее:

«Клянусь, что я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения вреда и несправедливости. Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла. Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и свое искусство. В какой бы дом я не вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, неправедного и пагубного».

Как можно видеть, в этой клятве уже содержатся многие принципы, считающиеся главенствующими в морали – делать добро, не причинять вреда, быть справедливым, воздерживаться от пагубных дел.

В поздние и новые времена и общество и известные ученые-медики поддерживали эти принципы и старались углубить их. Об этом свидетельствуют те требования, какие считались необходимыми для желающих стать врачами. В древней Индии, например, считали, что врачом может быть лишь человек, обладающий следующими свойствами: степенный, почтенного происхождения, с твердым характером, бескорыстный, умный, обладающий рассудком и памятью; вообще даровитый и происходящий из фамилии врачей, или, по крайней мере, вращающихся среди врачей, любящий истину, без недостатков какого-либо чувства, опрятный во всем, не вспыльчивый, сметливый и ловкий, не ленивый, желающий блага, всем существом

стремящийся к лечению больного даже в тех случаях, когда он рискует заплатить за это своей жизнью.

Основоположник российской терапии М. Я. Мудров в своем «Слове о способе учить и учиться медицине практической или деятельному врачебному искусству при постелях больных» писал: «Начав с любви к ближнему, я должен бы внушить вам все прочее, проистекающее из одной врачебной добродетели, а именно, услужливость, готовность помочь во всякое время, и днем, и ночью, приветливость, привлекающая к себе робких и смелых, милосердие, бескорыстие; снисхождение к погрешностям больных…, вежливую важность в разговоре с высшими; …скромность и стыдливость, умеренность в пище; ненарушаемое спокойствие духа и лица при опасностях больного; веселость без смеха и шуток при счастливом ходе болезни; хранение тайны и скрытность при болезнях предосудительных; молчание о виденном или слышанных семейных беспорядках; радушное принятие доброго совета…, убедительное отклонение вредных предложений и советов; **удаление от суеверия;** целомудрие, словом: мудрость».

Как видим, в этих пожеланиях имеются если не все, то подавляющее большинство долженствующих быть у человека моральных качеств или классов добродетелей. Именно медицина являлась той областью человеческой деятельности, где складывающееся в человеческом обществе моральное «должное» наиболее полно гармонировало с его «сущим». Именно в медицине было наиболее полно разработано учение о профессиональной морали - так называемая врачебная этика и деонтология. Не зря, наверное, В. В. Вересаев, просветитель, врач и писатель говорил «При всех прочих равных условиях, врач на голову в моральном отношении выше представителей других специальностей».

Медицина есть общение врача и очень ранимого человека – больного. И в общении этих двоих испокон веков возникали профессиональные и моральные коллизии. И эти коллизии постепенно, в течение веков и тысячелетий складывались в особые моральные отношения. Принципами медицины во все времена являлись, например, такие, как **«Noli nocere»** – не повреди (в диагностике, лечении), **«Salus aegroti – suprema lex»** – благо больного – высшая цель (врача, врачевания).

Отражением принятия на себя моральных обязательств и следования им по мере возможности, в той степени, где идеальное «должное» могло быть выполнено в «сущем», являлись принципы, заложенные во врачевании и отраженные и в «клятве Гиппократа» и других документах, положениях и правилах медицины. Все эти взаимоотношения постепенно сформировались в этические кодексы, которые в Х1Х - ХХ столетиях стали называть этикой и деонтологией врача.

По-видимому, такое развитие этики именно в области медицины имело под собой объективную почву. Как уже говорилось, врач имеет дело не просто с живым человеком, как и во многих других профессиях, но людьми, попавшими в очень ранимую ситуацию – болезнь. И в этой ситуации у него было множество возможностей не только делать добро, но и приносить вред больному человеку.

Во второй половине ХХ столетия в медицине сложились такие условия, при которых значительно усилились возможности вольного или невольного нарушения врачом моральных заповедей. А, коли, дело обстоит так, возникла необходимость правового регулирования их взаимоотношений. Такая ситуация сделала необходимой вновь вернуться к важному вопросу регулирования отношений людей внутри общества то есть к вопросу о морали и праве.

МОРАЛЬ И ПРАВО. В сфере морали и права затрагивается принципиальный вопрос о методах воздействия общества на человека. В принципе, в сфере общественных отношений, эти понятия имеют много общего, – оба они регулируют пове-

дение человека в обществе. Однако мы выше подчеркивали, что в них имеются существенные различия. Право регулирует **обязательные для всех** нормы общественной жизни во всех его сферах (уголовное право, гражданское право, трудовое право и т. д.). Его нормы разрабатываются законодательными органами государства, официально провозглашаются и закрепляются государством. Вследствие этого, выполнение норм права при необходимости обеспечивается мерами принуждения.

Как уже неоднократно говорилось выше, моральные нормы не закреплены законами и, по этой причине, могут толковаться каждым человеком произвольно, по своему усмотрению, по своей нравственности. Их выполнение контролируется не законами, не принуждением, а духовным воздействием, общественным мнением. Однако в конце XX столетия в медицине произошло значительное сближение этих понятий. Многие нормы морали стали закрепляться законодательно, то есть, по большому счету, они перешли из области морали в область права. Для иллюстрации можно сослаться на «Конвенцию Совета Европы» (см. ниже), где отражено большинство моральных норм в области медицины. В принятом в1993 году законе «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан», также отражено обязательность выполнения большинства моральных норм врачевания, медицины. Даже необходимость выполнения всех обещаний, содержащихся в «Присяге врача РФ» ныне закреплена законодательно.

МОРАЛЬ И РЕЛИГИЯ.

«Что есть вера? Вариант примитивного, первичного знания о мире, возведенный в вечную догму. Тора, Библия, Коран ни на йоту не меняются веками. А отношение атеиста к миру строится на разви-вающемся знании. Знание объединяет лю дей, а религии разъединяют.

Религии – основы сепаратизма, сепаратизм – главная болезнь общества, мешающая выработать общепланетарное сознаниеобъединиться всему человечеству в одну семью - Планетарную Нацию».

Олжас Сулейменов

Церковь и церковники любят утверждать, что все наиболее известные требования нравственности впервые были сформулированы в рамках религиозного учения и поэтому, даже если не верить в бога, следует, дескать, признать ту положительную роль, которую сыграла религия в развитии нравственного сознания человечества. К сожалению, деяния церкви на земле, ее «сущее» вовсе не подтверждают такое мнение.

Во-первых, не кощунство ли утверждение, что единственно моральным лицом является только бог, «Небесный Заимодавец» и его представители на земле. И что, без бога никто и ничто не может быть нравственным. Во-вторых, так ли уж моральна, нравственна история всех религий и их деяний на земле? Даже краткий взгляд на прошлое и сегодняшнее церкви покажут, что на деле «сущее» религии и религиозная мораль очень и очень далеки от «должного» настоящей морали. Рассмотрим это на примере деяний различных церквей и их «священных» авторитетов – Торы, Библии, Корана.

КАТОЛИЧЕСКАЯ «МОРАЛЬ». Начиная с 4 века в католических странах была создана страшная епископальная инквизиция, перешедшая затем в так называемую монашескую, которая с пещерной жестокостью расправлялась с «еретиками». По любому доносу о «ереси» (то есть в неверии в католические религиозные догмы) людей хватали и тащили в пыточные камеры. Самым мягким «вразумлением» в них было избиение плетьми, испытание жаждой и голодом человека. После «признания» «еретика» ждало «аутодафе» - сожжение на костре заживо в присут-

ствии вельмож, религиозной верхушки и народа. И костры неустанно пылали по всей католической Европе. Только в одной Испании таким путем инквизиция отправила на костер 350 тысяч человек и переломала кости и судьбы миллионам других. Как известно, на кострах инквизиции кончили свою жизнь Ян Гус, Иероним Пражский, Джордано Бруно, Жанна д. Арк и многие, многие лучшие умы католических стран. Нелишне заметить, что палачи говорили: **трибунал инквизиции, выносящий приговоры о сожжении, действует с попущения божьего и конечную ответственность за все несет бог. Таково, оказывается «моральный» облик бога!**

В 1095 году «помазанник Божий на земле», римский первосвященник папа Урбан 2-й пересек Альпы и без особого шума совершил многомесячный вояж по дорогам южной Франции. А шума он не хотел потому, что, объезжая все монастыри, в своих тайных беседах он преследовал одну цель – призвать монахов и их мирян к войне. Завершив вояж, он в г. Клермоне собрал Собор и на нем, 26 ноября 1095 года, призвал верующих христиан - католиков к «священной войне» с неверными для освобождения «гроба господня», находящегося в захваченном турками Константинополе.

Так этот «служитель бога» положил начало кровавым крестовым походам, которые продолжались до 1270 года, то есть почти 2 века. Разжигая религиозный фанатизм, католическая верхушка собирала под свои знамена сотни тысяч людей и 8 раз в течение 175 лет предпринимала походы против сельджуков, палестинцев и других народов Востока. В этих походах процветающие города превращались в руины, цветущие страны в разоренные пепелища. Христиане, проповедующие заповедь «не убий» – убивали, повторявшие «не укради» разрушали дома и грабили всех подряд. В этих войнах погибло сотни тысяч людей, в том числе и детей. Чего стоит одно то, что, эти рыцари меча и кинжала ворвались в Иерусалим, зарубили и зарезали противостоящих им турок и по колено в крови пробивались к храму «гроба господня». А захватив город и храм, вовсю мародерствовали, разграбляя город.и убивая его жителей.

Хотя с той ночи прошло 428 лет, ее знают все. В ту ночь католики сделали «подарок» «святому» Варфоламею. В ночь 24 августа 1574 года в Париже они зарезали более 3 тысяч так называемых гугенотов – своих же «братьев», исповедующих разновидность христианского католицизма. Продолжив это «богоугодное дело» в последующие дни в провинциях, они увеличили число жертв еще на тысячи.

Весь 20-й век на острове Ирландия, в Ольстере раздавались выстрелы или взрывы – «добрые христиане» расправлялись друг с другом - протестанты убивали католиков, а те отвечали им тем же. Эта кровавая трагедия тянется и поныне…

ИСЛАМСКАЯ МОРАЛЬ. Призывы о расправах с инакомыслящими, с неверующими имеются в «священной» книге другой мировой религии – Коране: О, вы, иудеи. Уверуйте в то, что ниспослали мы …пока не обезобразили мы (лица) ваши и не развернули их задом наперед (т. е. не свернули вам шеи) и не покончили с вами…Неотвратимо веление божие (**сура 8, айят 12**) …Вселю Я страх в сердца тех, кто не уверовал. Так рубите же им головы и отсекайте пальцы (**сура 4, айят 5**)… Воистину, поджарим мы на огне тех, кто не уверовал в айаты наши…И, как только кожа их превратится в пепел, заменим Мы ее другой кожей, дабы вкушали они мучения непрестанно (**сура 7, айят 72**)

Мы все свидетели того, как много лет в Ливане сосед убивал соседа, да, что там! – брат убивал брата, только потому, что одни были мусульманами, а другие христианами.

Весь 20-й век было неспокойно в Индии, где один и тот же народ, уже много тысячелетия живущий бок о бок и отличающийся только верой - индуисты и му-

сульмане - враждовали друг с другом. Буквально на наших глазах, в 2002 году, на древней земле Индии вновь пылали дома, лилась кровь, люди убивали друг друга. И над всем этим витал грязный дух религии. Исламские фундаменталисты подожгли поезд индуистов только за то, что те, где-то, на замшелых, никому не нужных камнях захотели построить свой храм. Но получился «храм на крови», ибо индуисты тут же ответили им тем же – стали жечь дома мусульман и убивать их самих. Жгут и убивают только потому, что оказывается, на месте этих ветхих, ни на что не годных камней когда-то стояла мусульманская мечеть.

Горят сегодня дома, льется кровь, и убивают сотнями людей и на палестинской земле. Сегодня Израиль и Палестинские территории в огне, идет настоящая война, гибнут люди, разрушаются города. А ведь никому не секрет – не было бы этих религий – не было бы сегодня там этой войны. Жили бы мирно бок о бок эти родственники – семитские народы, арабы и евреи. И всем бы им хватило и земли и камней.

Картина будет неполной, если мы не обратимся к еще одной ветви христианства – православию.

Прежде всего, рассмотрим здесь то, что называют православной этикой, то есть православную мораль.

ПРАВОСЛАВНАЯ ЭТИКА. Эту этику называют нравственным богословие. Практически православная этика оперирует теми же понятиями, что и светская – долг, обязанность, справедливость, добро, зло, милосердие, счастье, идеал, совесть и др. Однако на деле православная этика принципиально отличается от светской.

Основное отличие в том, что **базисом православной этики является догмат теоцентризма, веры в бога, «всевышнего».** Вся православная нравственность опирается и отталкивается от веры в существование бога. Признание этого догмата влечет за собой необходимость признания и множества остальных церковных догм – о сотворении Земли и всего сущего на ней этим самым богом, о первородном грехе, воплощении, искуплении, «страшном суде» и воздаянии каждому по его делам в потустороннем мире, о всемирном потопе и спасительном ковчеге Ноя, наличии «души» и ее бессмертии, «божьем царстве», существующем где-то там, в неведомом нам месте и т. д. Эти догматы являются остовом, краеугольным камнем православно-христианского учения о нравственности.

В результате, все нравственные положения трактуются православной этикой как исходящие от «бога», как законы, раз и навсегда данные человеку. Более того, православная этика для того и призвана, чтобы заставлять человека исполнять эти законы. Отсюда разумеется, что православие считает: данные богом раз и навсегда «безусловные» нравственные веления не могут и не должны подвергаться человеческой критике, а, если таковое происходит – то такой человек еретик, с которым следует беспощадно разделаться.

Поскольку, таким образом, православная этика и догматика тесно взаимоувязаны, ее разрабатывают и излагают «отцы и учители церкви». А они выводят все свои суждения из «священного писания», «слова божьего».

В результате возникает еще одно коренное отличие светской и религиозной этики.

Светская этика направлена на улучшение единственно реального земного человеческого бытия, сиюминутного, сегодняшнего, при его жизни у индивидуума и завтрашнего у общества, в целом же на разрешение всяких проблем человека и человечества при жизни.

Конфессиональной же этике, в том числе и православной, нет никакого дела до жизненных проблем человека. Она объявляет социальные, индиви-

дуальные и иные жизненные ценности низшими, относительными. Все проблемы человека только тогда реальны, когда они устремлены на угождение богу, на служение богу и догматам «священного» писания.

Базирование православной этики на догматике обуславливает ее иррациональную сущность. В православии (впрочем, как и во всех остальных конфессиях) реальные жизненные ценности отодвинуты на задний план. А на передний план выдвигается тот же «бог» и все исходящие от него мнимые ценности. Главной ценностью объявляется преданность богу и его делам.

В соответствии с этим, церковь выводит и критерии этики и морали человека. Высшим критерием считается выполнение человеком дел, угодных богу, которые, де, обеспечат ему в потустороннем мире общение с богом и райскую жизнь в этом «божьем царстве». Самое главное благо для человека – это завоевание им «царства божьего» (или, по Евангелию – царства небесного). Ничего более ценного не существует на земле, и приобрести его, значит приобрести все, – считают церковники. Для того чтобы люди поверили в это, «царство небесное» расписывается ими как нечто необыкновенное, якобы приносящее неописуемое счастье, радость, «райское блаженство». Разумеется, что это за «царство», где оно обретается и когда приидет никому не известно. Умалчивает об этом православная этика.

Таким образом, оказывается никакая нравственность, мораль невозможна без обращения к богу, к церкви.

К сожалению, такая мораль оборачивается в жизни неисчислимыми бедами для человека. **«Царство небесное выше царства человеческого, которое является носителем греха и зла», «блаженны нищие духом». Голодает человек – на то «воля божья», болеет человек – на то также «воля божья», убивают его разное бандитье – «так ему на роду написано», идет война - это «наказание за людские прегрешения». И т. д. и т. п. Наградой же за все это и будет «царство божье».**

Мало мальски образованному человеку сразу видно, что в «царствии небесном» проглядывают чьи то давным давно знакомые

Нельзя не коснуться и **позиция церкви, по которой все человечество, кроме церковников, объявляется неразумными, требующими поводыря, чтобы пойти по стезе добродетели, нравственности. Не безнравственна ли она? Где здесь евангельская терпимость, «возлюбление ближнего своего», каким бы он ни был?**

Морально ли отрицать ту истину, что можно вовсе не ходить ни в какие церкви, мечети или синагоги, не признавать церковных установлений и догм, «не верить ни в Бога, ни в бога» и на том твердо стоять и быть при этом высоконравственным человеком?

Главное чтобы в душе (а душа – глубинная сущность человека, его личностное «я», а не некая летучая «божественная» субстанция) у каждого человека жила мораль, нравственность. **Вот эта нравственность и есть бог, которому должен поклоняться каждый порядочный человек**. И никакие старцы с венцами, нимбами или помпезными золотыми побрякушками здесь ничего нового не добавят. Настоящему человеку для нравственного поведения не нужны никакие религиозные костыли и подпорки.

Таким образом, можно видеть, что едва ли религия, церковь и церковники могут претендовать на роль моралистов в мире.

ВЫВОДЫ: 1. Мораль – общественный институт, выполняющий функции регулирования поведения человека. Она определяет поведение человека во всех сферах его жизни. Основу морали составляют такие категории, как добро, зло, справедливость, честность, сострадание и многие другие. Мораль и этика – суть синонимы,

греческий и римский варианты понятий, отражающие одно и то же явление. Мораль отличается от других институтов общественной жизни человека. Она регулирует поведение человека не принуждением, а через общественное мнение.

2. Мораль состоит из двух слагаемых – теоретической, идеальной основы, называемой «должным» и практической части, претворения этих идеалов в жизнь, называемой «сущим». На практике «сущее», как правило, значительно разнится от «должного». Это особенно ярко демонстрирует жизнь современного российского общества.

3. Религия – одна из множества общественных надстроек, разрабатывающих учение о морали и не могущих ни исторически, ни фактически претендовать на какую то особую «духовность» или заслуги в области выработки моральных правил общества.

4. Мораль нужна обществу потому, что человек в жизни теоретически стоит за добро, сострадание, сопереживание и т. д., однако на практике проявляет свои эгоистические стремления. Общественное мнение, мораль сдерживает эти склонности, делая возможным человеческое общежитие.

5.Медицина, врачевание испокон веков были основаны на соблюдении высоких моральных принципов. В конце XX столетия возникло такое положение, когда широко стал осуществляться перевод моральных положений под правовые основы. Это положение существенно изменило понятие этики врача, медицины и породило медицинское право и биомедицинскую этику.

CONCLUSIONS. 1. Morality is a public institution performing functions of regulation of human behavior. It describes the behavior of a person in all aspects of his life. The bases of morality are such categories as the good and evil, justice, honesty, compassion and many others Morality and ethics are synonymous, the Greek and Roman versions of concepts that reflect the same phenomenon. Morality is different from other institutions of public life. It regulates human behavior through public opinion.

2. Morality consists of two components that is of a theoretical ideal foundation called «proper» and a practical part, put those ideals into practice, called «that exists». In practice «that exists», as a rule, differs considerably from the «proper». This vividly shows the life of Russian society.

3. Religion is one of many social superstructure, developing the doctrine of morals and either historically or in fact does not claim for special "spirituality" or merit in

4. Society needs the moral because a person in his life is for the good, compassion sympathy, etc. in theory, but in practice, shows his own selfish desires. Public opinion, the moral, restrains these inclinations, allowing human community.

5. Medicine, treatment has always been based on observance of high moral principles. At the end of the twentieth century, there was a situation when the moral rules had been regulated by law. This situation greatly changed the concept of medical ethics, biomedical ethics and the law.



БЩИЕ ВОПРОСЫ ЭТИКИ, ДЕОНТОЛОГИИ, БИОМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ И МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА

GENERAL QUESTIONS OF ETHICS, DEONTOLOGY, BIOMEDICAL ETHICS AND MEDICAL LAW

Казалось бы, что мораль и нравственность должны быть едиными для всех членов данного общества, независимо от какой либо – профессиональной, национальной, религиозной и другой принадлежности человека. С такой точки зрения медики также не должны иметь своей, особой нравственности, своей корпоративной этики. На самом деле это не так. Не зря еще Ф. Энгельс писал, что «каждый класс и даже каждая профессия имеет свою собственную мораль». Правота этого положения видна и из того, что у врачебного сословия такая мораль культивировалась еще с древних времен.

Взаимоотношения врача и больного в процессе обследования и лечения порождает целый ряд моральных проблем. Своеобразие этих взаимоотношений породил свод правил, традиций, положений, регулирующих их. Надо признать, что различные моральные проблемы возникают и в любой другой профессиональной деятельности, где человек имеет дело с себе подобными. Это положение эмпирически было известно давно, но четко его сформулировал в 1834 году в труде «Деонтология, или наука о морали» один из основоположников утилитаризма Иеремия Бентам. Общество рассматривалось им как сумма индивидов, а общественный интерес – как совокупность личных интересов. Согласно этому положению Бентам считал, что целью моральной жизни является «наибольшее счастье наибольшего числа людей». Он назвал это учение **деонтологией, от слов деон – должный и логус – учение – учение о должном поведении при профессиональном или ином общении человека с человеком.** К.Маркс считал представления Бентама о таком достижении всеобщего благоденствия наивными и называл его «гением буржуазной глупости» (К.Маркс, Ф.Энгельс. Соч.2 изд., т.23, с. 624).

Спустя несколько десятилетий после этого учение о должном вошло в обиход врачей ряда стран. Примерно в середине Х1Х века во Франции вышла книга Молля «Врачебная этика. Обязанности врача во всех отраслях его деятельности». В России книга стала известна с 1903 года, когда был осуществлен перевод на русский язык под редакцией Я. Левенсона (СПБ, 1903). Пионер отечественного монографического исследования по деонтологии Н.Н.Петров подверг резкой критике Молля. Он считал, что тот просто перенес утилитарную деонтологию Бентама в медицину: «Взамен истинно деонтологических широких общественных интересов, …выдвигались на первый план сословные и личные интересы самих врачей, иногда чисто материальные, иногда – научно-карьерные, лишь отчасти скрашенные требованиями общечеловеческой морали…» писал Н.Н.Петров.

Следует отметить, что моральные проблемы, связанные с врачеванием возникли вовсе не в Х1Х столетии и начинались вовсе не с Молля. Они были известны врачам задолго до нашей эры. Об этом свидетельствует большой свод этических правил, имевшихся в сочинениях древнекитайских, древнегреческих и других врачей. Из-

влечением из этих трудов и является «Клятва врача», не очень объективно названная в поздние времена именем Гиппократа.

В России вопросами деонтологии занимался ряд врачей, в частности В.А. Манассеин, который уделял им много внимания в журнале «Врач». Тем не менее деонтологии не получили широкого известия во врачебной среде. Об этом свидетельствует высказывание Н.Н. Петрова, который в 1948 году писал, что «термин деонтология» неизвестен большинству наших врачей и даже в нашей Большой медицинской энциклопедии вовсе нет такого слова».

Одним из самых известных основоположников учения об этике врача в России следует считать замечательного отечественного врача и писателя Викентия Викентиевича Вересаева (Смидовича). В своей уникальной, знаменитой книге «Записки врача», первое издание которой увидело свет в 1901 году, а в последующем выходила в нашей стране более 28 раз громадными тиражами и была переведена на множество языков мира, автор непревзойденно изложил основные вопросы этики и деонтологии врача. Эта блестящая книга не потеряла своей актуальности и сегодня и должна быть настольной книгой каждого студента и врача. В этой книге Викентий Викентьевич высокопрофессионально осветил практически все стороны этоса медицины, многие из которых сегодня вошли в биомедицинскую этику. С тех пор, в СССР и России вышло огромное число книг и статей по вопросам этики и деонтологии врача, в том числе и автора этого учебника.

Круг проблем деонтологии очерчивался примерно следующими вопросами: **взаимоотношение врача и больного, ятрогении, или болезни, связанные с врачеванием, этика ведения тяжелых и безнадежных больных, в том числе и вопросы эйтаназии, врачевание в век научно-технической революции, врачебная тайна, самосовершенствование и коллегиальность врачей, и ряд других.**

Вопросы этики врачевания до середины XX столетия разрабатывались медиками каждой страны для себя. Начиная с 1946 года, после создания Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в рамках ООН, эти вопросы стали разрабатываться ее подразделениями (Всемирная Медицинская Ассамблея (ВМА), ЮНЕСКО и ее подструктуры – КОМЕНТ, Международного комитета по биоэтике, Межправительственного комитета по биоэтике и др.), как рекомендательные документы для всех стран мира. В целом уже к 60-70 годам XX столетия был сформирован целый ряд сводов по этике врачевания. Они были отражены в документах медицинских организаций мира и во многом сблизили позиции различных стран по данному вопросу.

В Советском Союзе документам международного характера длительное время не уделяли должного внимания. Одним из ученых, издавна занимающихся изучением документов международных организаций по этическим вопросам врачевания, является профессор И. И. Косарев. В целом ряде своих работ (см. список рекомендуемой литературы) он отмечал важность этих документов и призывал медицинскую общественность к их принятию и соблюдению в СССР.

Мораль взаимоотношений врача и больного – не догма, а динамично развивающееся понятие. По мере прогресса медицины возникают новые этические и правовые проблемы, затрагивающие интересы этих двоих. Кроме того, их содержание также не всегда является единым для различных социумов. Они будут толковаться по разному в зависимости от традиций, принятых в данном обществе этических и правовых норм, конфессиональных взглядов, системы здравоохранения и т. д. В соответствии с таким законом естественного развития различных наук и учений, примерно во второй половине XX столетия в медицине постепенно сложилось новое учение, названное **биомедицинской этикой**, которое включает в себя многие преж-

ние проблемы этики врачевания, но, в то же время, несет в себе не меньшее число новых проблем.

В литературе называется множество причин перехода этики и деонтологии врача в биомедицинскую этику. В частности, это следующие: 1.Кардинальные изменения представлений о правах человека, и, в частности, о правах больного, что породило необходимость пересмотра или дополнения сложившихся ранее сводов этики и деонтологии. 2. Всплеск всеобщей веры в бога и агрессия религии. 3. Увеличение числа пожилых людей, тяжелой патологии, ухудшение социального обеспечения, нехватка социальных ресурсов на здравоохранение и отсюда – тяга к эйтаназии (см. ниже). 4. Новая ступень развития трансплантологии и возможности злоупотребления, как со стороны медиков, так и лиц, имеющих влияние на медиков, давление капитала на мораль.5. Внедрение высоких репродуктивных технологий в медицину – экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО), суррогатное материнство, клонирование (см. ниже). 6. Расшифровка генома человека и связанные с этим фантастические возможности вмешательства во все сферы жизни человека. 7. Несомненное ослабление моральных устоев общества и ее составляющих индивидуумов, возникновение условий для корпоративного злоупотребления, попрания прав человека, злоупотреблений со стороны общества, регионарный эгоизм и прочее, и необходимость в связи с этим, перевода моральных норм в правовые.

Что же такое биомедицинская этика? **Нередко биомедицинскую этику сокращенно называют биоэтикой, что, на самом деле неверно. Термин биоэтика значительно шире, чем биомедицинская этика.**

В проекте Российского Федерального закона «О правовых основах биоэтики и гарантиях ее обеспечения» (1997) термин биоэтика трактуется следующим образом: «**биоэтика - свод требований и норм, действующих на основе традиционных духовных ценностей в интересах охраны и обеспечения физического и психического здоровья человека и общества, устанавливающих меру ответственности тех, кто принимает решения в этой области, а также регулирующих возникающие в связи с этим отношения».**

Б. Поттер, считающийся автором термина биоэтики, вкладывает в него такой смысл **«наука выживания, объединяющая биологические знания и общечеловеческие ценности».**

Следовательно, в понятие «биоэтика» входят моральные ценности, имеющие отношения ко всему мировому сообществу и не только человеку, но и всему живому на земле, космосу и пр. Поэтому, в печати, на различных форумах часто говорят о «глобальной биоэтике». В Киеве в 2004 году прошли 3-й Международный симпозиум «Глобальная биоэтика» и 2-й Национальный конгресс по биоэтике. На этих форумах целый ряд авторов выступали с докладами о «правах» животных, как биоэтической проблеме. Эта тема чуть ли не стала центральной темой форумов. В ряде стран функционируют общественные движения, борющиеся за права животных. Разработана классификация «прав» животных, раздаются призывы к принятию законов о правах животных. Большое внимание правам животных уделяется также в книге А.Кемпбелл и соавторов: «Медицинская этика» (2004). Более того, на вышеуказанных форумах в Киеве прозвучал целый ряд выступлений, посвященных теме «прав» растений и тоже как биоэтической проблеме.

В пределах биоэтики рассматриваются также мораль конфессиальная, региональная (американская, европейская) и т.д.

В январе 2005 г. в Москве проходило Региональное совещание ЮНЕСКО по преподаванию биоэтики в странах Восточной Европы и по выработке Всеобщей Декларации о биоэтике и правах человека, в котором как эксперт ЮНЕСКО по биоэ-

тике, принимал участие и автор данного учебника. В документах этого форума и по ходу совещания все время подчеркивалось, что биоэтика охватывает очень широкий круг вопросов – медицинская этика, этика науки и технологии, этика космических исследований, этика экологических исследований и многое другое. Было принято **следующее определение биоэтики: «термин «биоэтика» относится к систематической, плюралистической и междисциплинарной области исследований, касающихся теоретических и практических моральных проблем, возникающих в медицине и других науках о жизни в их применении к человеку и отношениям человечества с биосферой».**

Даже по минимальному перечню ЮНЕСКО понятие биоэтики включает в себя СЛЕДУЮЩИЕ ВОПРОСЫ: медицинская этика, экологическая этика, этика науки, этика космоса, этика продовольствия, этика технологии, этика образования. Вставка!!!!!!!

Из сказанного можно видеть, что «биоэтика» имеет отношение к медицине, но вовсе не исчерпывается ею, и никак не является синонимом медицинской этики.

По этой причине более правильным для обозначения медицинской этики представляется термин «биомедицинская этика», хотя до сих пор многие ученые в России применяют термины «биоэтика» и «биомедицинская этика» как синонимы. Это особенно ярко видно из официально рекомендуемой для медвузов России «Программе» по преподаванию биоэтики (2001 год).

В пояснительной записке этого документа, авторы все время употребляют термин «биомедицинская этика». Однако сам документ назван программой по «биоэтике» и в текстовой части употребляется то один, то другой термин.

Из сказанного выше ясно, что биомедицинская этика – часть биоэтики, такая же, как скажем этика юриста, этика менеджера, этика бизнеса и пр. и пр.

Не претендуя на исчерпывающую характеристику понятия, можно дать следующее определение биомедицинской этики – это учение, отражающее современное развитие биологии и медицины, новые направления и почти фантастические достижения этих наук, новые технологии и грани, которых не было даже еще в 70-х годах XX столетия, и появляющийся в связи с этим клубок морально-правовых проблем.

Круг вопросов, которые включает в себя биомедицинская этика, ныне также очень широк и не очень очерчен. Он во многом зависит и от того, кто пытается его очертить – клиницист или теоретик, юрист или представители разных конфессий.

В США, курс биомедицинской этики, который читается всем студентам медицинских колледжей или факультетов университетов, включает следующие вопросы: врачебная тайна, охрана врачом частной жизни пациента, компетентность пациента, информированное согласие, отказ от лечения, прекращение лечения, смерть и умирание (в том числе эйтаназия), проблема репродуктивных технологий, забота о новорожденных.

Профессор И. И. Косарев (1999) приводит следующее содержание базисного курса по биомедицинской этике, практикуемого в Великобритании: 1. Моральная аргументация, медицинская этика и информированное согласие. 2. Информированное согласие и дискуссия о «праве умереть». 3. Моральное и правовое значение сообщения пациентам правды. 4. Конфиденциальность и хорошая клиническая практика. 5. Этика медицинского исследования. 6. Репродуктивная этика – оплодотворение, суррогатное материнство, генетическое исследование и скрининг. 7. Медицина и права детей. 8. Медицина и права психических больных. 9. Проблема распределе-

ния ресурсов в медицине. 10. Моральная ответственность пациентов за свое собственное здоровье. 11. Биомедицинская этика и медицинское образование.

Профессора И. В. Силуянова, А. Я. Иванюшкин, Б. Г. Юдин (Врач, 1994, N 9, с. 39) в определении содержания биомедицинской этики полностью повторяют то, что излагается в курсе биоэтики в США: врачебная тайна и охрана врачом частной жизни пациента, компетентность пациента, информированное согласие, отказ от лечения, прекращение лечения, смерть и умирание (ассистирование при самоубийстве - эйтаназия), проблема репродуктивных технологий, забота о новорожденных.

Имеется множество других перечней содержания биомедицинской этики: «эйтаназия, право на смерть, право на реанимацию, право больного получить точную информацию о своем заболевании, аборты, пренатальная диагностика, генетическое консультирование, стерилизация лиц с высоким риском наследственных заболеваний, эксперименты на людях, искусственное осеменение, имплантация эмбриона, банки спермы, эксперименты на генах, вопросы трансплантации, контрацепция, демографический контроль» (Durand G. (1988). Информированное согласие больного на проведение диагностических и лечебных процедур, экспериментальное лечение, точное определение критериев смерти, точное определение показаний к реанимации, отбор больных для трансплантации, независимость больных от окружающих и медперсонала в принятии решения относительно лечения (Hildreth E. A., 1989).

Проблемами биомедицинской этики XX1 века объявляются: фетальная жизнеспособность, аборт, контрацепция, бесплодие, генетическая инженерия, агрессивное и не агрессивное лечение пожилых женщин, нехватка средств в медицине, менопауза, трансплантация органов, проблемы пола, фертильность у женщин в постменопаузальном возрасте, родильные центры, фетальная хирургия и фетальная терапия (Freda M.C., 1994).

Русская православная церковь видит в данном предмете следующий круг проблем: статус человеческого эмбриона, с какого времени он должен считаться собственно человеком? Оценка с православной точки зрения репродуктивных технологий, в том числе избыточные эмбрионы. Определение смерти. Вопросы трансплантации. Донорство половых клеток. Пренатальная диагностика. Генетическая паспортизация. Клонирование человека. Генная терапия. Проблема транссексуализма.

Ю.М. Лопухин считает, что биоэтика (биомедицинская?) должна отражать: геномику (генетическая паспортизация людей, генный трансфер), протеомику (синтез принципиально новых лекарств), клеточную биологию, породившую терапевтическое клонирование и т.н. «фетальную терапию», опасности генной фармакотерапии, генетическую (ПЦР) диагностику, пренатальную диагностику, исследования на эмбрионах, экстракорпоральное оплодотворение (евгеника). Обоснование организации справедливой медицинской помощи, защиты человечества от генетически модифицированных продуктов, пути выхода из проблемы нехватки пищевых ресурсов с позиций Мальтуса, проблема генетического оружия.

Представления автора о биомедицинской этике видны из круга проблем, излагаемых в данном учебнике. Это такие вопросы, как взаимоотношения морали и этики, мораль и право, медицинское право; взаимоотношения врача и больного, информированное согласие в вопросах диагностики, лечения; медицинский эксперимент, в том числе этика клинических испытаний лекарственных средств; эйтаназия и паллиативная терапия; аборт и репродуктивные технологии (ЭКО, клонирование); фетальная и клеточная терапия; генетика и биоэтика (геномика, протеомика, генетическая паспортизация, генетический скрининг); трансплантация органов человека и животных; ВИЧ-инфекция и СПИД; справедливое распределение ресурсов в медицине; права ребенка; права психических больных; милосердие для бедствующих; пробле-

мы реконструкции тела и изменения пола (последняя проблема в учебнике не затрагивается).

Следует помнить, что биомедицинская этика – предмет не статический и круг его вопросов не может быть очерчен никем раз и навсегда. Это – очень динамичное, постоянно развивающееся учение и круг его интересов меняется за очень короткий срок. Одни положения меняются или устаревают и, выполнив свою роль, уходят в историю, а другие тут же встают на их место. Да это и вполне естественно ибо биомедицинская этике теснейшим образом связана с бурно развивающейся медициной и социальными явлениями, быстро меняющимися в последние годы представлениями о морали, перманентным вторжением права во многие вопросы этики, особенно медицинской и целым рядом других явлений.

Проблемой биомедицинской этики, кроме медиков во всем мире активно занимаются представители многих дисциплин – философы, биологи, генетики, юристы, представители различных конфессий и многие другие специалисты. Однако при всем при том главным ее руслом всегда останется медицина и врачевание.

Важнейшим объектом биомедицинской этики, прежде всего, должен остаться человек, особенно больной человек и его защита от возможных негативных воздействий медицины и биологии на его здоровье.

Большинство проблем, которые сегодня входят в понятие биомедицинской этики, несомненно, имелись и в учении об этике и деонтологии врача, хотя, несомненно, появление целого ряда новых. Кроме того, в биоэтике сложилась принципиально новая ситуация, которая требует серьезного осмысления и понятия.

Дело в том, что положения этики и деонтологии почти до конца XX столетия традиционно основывались на нравственности, моральных кодексах, врачебных традициях, общественном мнении и т.д., то есть были рекомендательными, не обязательными, опирались на теорию блага.

Биомедицинская этика является новым витком, новой ступенью этики и деонтологии врача. И этот виток внес в данное учение одно чрезвычайно важное, можно сказать принципиальное, качественно новое направление. **В биомедицинской этике очень многие положения перешли в правовые рамки, стали закрепляться законодательно т.е. стали** обязательными. Сегодня приняты законы по таким фундаментальным проблемам биомедицинской этики, как интересы и благо отдельного человека по отношению к медицине и науке (***КСЕ, ст.2.);** доступность медицинской помощи приемлемого качества (**КСЕ, ст.3; ППЕ, ст.5.(1,3);** информированное согласие на медицинское вмешательство (**КСЕ, ст. 4, 5, 6, 8, 15 и 16; ППЕ, ст. 2 (2); ст. 3 (1); ОЗРФ, ст.30;32;33;43);** обеспечение интересов лиц, не способных дать это согласие (**КСЕ, ст. 6; ППЕ, ст.3 (3-7); ОЗРФ, ст.32,33);** обеспечение прав детей, психических больных (**КСЕ, ст.7; ФЗРФ,1998);** охрана частной жизни и конфиденциальность (**КСЕ, ст.10; ППЕ, ст. 4 (1-8); ОЗРФ, ст. 30,31,61;ОГЗРФ, ст. 131);** геном человека (генетическое тестирование, модификация генома, вопросы выбора пола), клонирование, в том числе и терапевтическое (**КСЕ, ст.11-14; ЗРФМК, 2002)**, медицинский эксперимент (в том числе защита лиц, выступающих в качестве испытуемых) (**КСЕ, ст.16,17; ППЕ, ст.3 (8); Хельсинкская Декларация ВМА,2000; ОЗРФ, ст. 43 (1);** все аспекты трансплантации (**КСЕ, ст.19,20,21,22; ППЕ, ст.3(8); ОЗРФ, ст.1;47;48; ФЗТ,1997);** искусственное прерывание беременности (аборт) (**ППЕ, 3(8); ОЗРФ, ст.36);** репродуктивные технологии (**КСЕ, ст.14;8; ОЗРФ, ст..35);** медицинская стерилизация (**ОЗРФ, ст.37);** проблемы СПИДа (**ФЗРФВИЧ, 1996);** клиническое испытание лекарственных средств (**КСЕ, ст.16,17);** эйтаназия (**ППЕ, ст.5(11), ОЗРФ, ст.33;45);** патологоанатомическое вскрытие (**КСЕ; ОЗРФ, ст.48;**

ЗОП); «Клятва врача» **(ОЗРФ, ст.60) и т.д.**

Расшифравка аббревиатуры: *(КСЕ – Конвенция Совета Европы: ППЕ - закон «О правах пациента в Европе»; ОЗРФ – «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан»; ЗОП – «Закон о погребении и похоронном деле»; ФЗТ – «Федеральный закон о трансплантации»; ФЗРФ,1998 – Федеральный закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», в редакции 1998 г.»; ОГХРФ «Основы гражданского законодательства РФ»; ЗРФМК – «Закон РФ о моратории на клонирование»; ФЗРФВИЧ - закон «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция) от 30 марта 1995 г. за № 38-ф-3 (с изменениями 18.07.96 № 112-ФЗ и 07.01.97.

Если сравнить все это проблем биомедицинской этики, о котором говорилось выше, можно видеть, что ныне законодательно решаются многие ее важнейшие вопросы.

Во исполнение этих законов, в РФ издан целый ряд подзаконных актов – приказов МЗ РФ: Приказ МЗ РФ от 10 августа 1993 года № 189 «О дальнейшем развитии и совершенствовании трансплантологической помощи населению РФ» (с изменениями от 21 ноября 1996 г. И 20 апреля 2001 г.); Приказ МЗ РФ и РАМН от 13 декабря 2001 г. № 448/106 «Об утверждении Перечня органов человека - объектов трансплантации и Перечня учреждений здравоохранения, которым разрешено осуществлять трансплантацию органов»; Постановление Правительства РФ «О мерах по обеспечению психиатрической помощи и социальной защите лиц, страдающих психическими расстройствами» от 25 мая 1994 г. № 522; Приказ МЗ РФ «Об отраслевой программе «Реорганизация сети психиатрической помощи в РФ (2003-2008 годы)» от 27 марта 2002 года № 98; Приказ МЗ РФ № 67 « О применении вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в терапии женского и мужского бесплодия» от 26 февраля 2003 г.; Стандарт отрасли ОСТ 42-511-99 «Правила проведения качественных клинических испытаний в РФ», утвержденный МЗ РФ 29 декабря 1998 г. и множество других.

Это явление привело к появлению новой области права **– медицинского права.**

Все вышеизложенное – неоспоримое свидетельство о несомненном вторжении складывающего ныне медицинского права в биомедицинскую этику и необходимости осмысления происходящего процесса.

В медицинском праве необходимо разграничивать 2 раздела - правовую медицину и собственно медицинское право (И.Антипина, 2004). Правовая медицина – область права, занимающаяся примерно теми вопросами, которые в России решает судебная медицина (судебно-медицинская патология и токсикология, молекулярная биология и судебно-медицинская серология, ряд сторон деятельности врачей, страховых обществ). Правовая медицина в России развита, по-видимому, в достаточной мере, поскольку ею занимаются юристы в содружестве с судебными медиками, как из кафедр медвузов, так и из практических учреждений судебной медицины.

Медицинское право – как раз та дисциплина, которая занимается вопросами, относящимися к понятию биомедицинская этика. Оно является продуктом второй половины XX столетия. С данной проблемой в России имеется ряд сложностей.

Разработка вопросов медицинского права в России и за рубежом имеет определенные различия. Так, **медицинское право за рубежом – отрасль науки, которой занимаются научно-исследовательские институты при университетах, а также научные центры.**

В 1967 г. была создана Всемирная ассоциация медицинского права при

Университете города Гент в Бельгии. Каждые два года ассоциация проводит всемирные конференции, посвященные проблемам медицинского права.

Из наиболее известных научных центров можно назвать центр по этике в естественных и гуманитарных науках при Университете Тюбингена (Германия), центр по биоэтике при Университете города Монаш (Австралия), центр генетики и права (Австралия), центр репродуктивного права и политики, Европейское общество по философии медицины и здравоохранения, Хастингс-центр (Нью-Йорк), институт по медицинскому праву при Университете Альберты (Канада), институт по медицинскому праву при Университете Далузи (Канада), южный институт биоэтики (Австралия), центр прикладной этики при Университете Британской Колумбии (Канада), совместный центр по биоэтике при Университете Торонто. Одним из известных является Международный центр по Здравоохранению, праву и Этике при юридическом факультете Хайфы, работающий под эгидой ЮНЕСКО. Членом этого центра являюсь и я, автор этого учебника.

О том, что **медицинское право** охватывает именно круг вопросов биоэтики видно из тематики работ вышеуказанных центров: **информированное согласие пациента; проблемы конфиденциальности медицинской деятельности разного уровня; ненадлежащее оказание услуг пациенту и ответственность врача; эйтаназия, в том числе и паллиативная терапия; медицинские исследования с участием человека (медицинский эксперимент); правовые проблемы аборта и репродуктивной медицины; клонирование; генная инженерия; трансплантация органов и тканей; фетальная терапия; психическое здоровье; ВИЧ-инфекция. Разрабатываются такие общие вопросы, как распределение ресурсов здравоохранения, этические ресурсы и организация правоохранительной системы в мире без границ; дистанционная медицина; медицина, как ее видят менеджеры. В последнее время обсуждаются проблемы биотерроризма, электронных носителей, фиксации медицинской информации и связанной с этим защиты частной жизни; проблемы здравоохранения заключенных; телемедицина; правовые вопросы вакцинации; трансграничное предоставление медицинских услуг; трансграничная торговля медикаментами, продажа лекарств по Интернету, реклама лекарств.**

В центрах разрабатываются также **вопросы страхования врачебной деятельности, производится оценка судебных решений в области медицинского права, денежное возмещение за причинение телесного повреждения. Обсуждается правовой статус медицинского персонала, вопросы о лекарственных средствах, медицинской технике и даже о медицинском образовании в стране.**

По сути дела на сегодня все вышеуказанное и составляет основу предмета биомедицинская этика, то есть медицинское право включает в свою сферу все ее вопросы.

В России центров и НИИ по разработке вопросов биоэтики нет, разве что таковым считать Комитет по здравоохранению Госдумы РФ. Но, можно ли считать такой, практически сменяющийся каждые 4 года комитет, достаточным для разработки всех теоретических и законодательных вопросов биомедицинской этики? Повидимому, в связи с этим теоретические вопросы разрабатываются также отдельными учеными, работающими на кафедрах вузов, в различных медицинских НИИ и научных академиях, иной раз в силу своей должности, чаще по своей инициативе. Из таких российских ученых можно отметить А.Н. Бартко, В.В.Власова, И.Н.Денисова, А.Я. Иванюшкина, И.И.Косарева, Ю.М.Лопухина, В.И.Петрова, Н.Н.Седову, Ю.Д.Сергеева, И.В.Силуянову, П.Д.Тищенко, И.А.Шамова, Б. Г.Юдина, М.Я. Яро-

винского и др. Однако это не снимает с повестки дня вопроса необходимости создания в России НИИ, в которых разрабатывались бы проблемы биомедицинской этики

Медицинское право имеет и прикладную область – практическое обеспечение выполнения теоретических положений. За рубежом существуют юридические фирмы, которые оказывают консультационные услуги исключительно в данной области. Опять же таких фирм в России нет, и практическое решение проблем медицинского права в России негласно возложено на этические комитеты (см. «Этические комитеты»)

В чем же причина того, что ныне многие положения морали приходится переводить в правовое поле, законы?

И.В. Силуянова объясняет это тем, что в наше время нормы традиционной медицинской этики систематически **не срабатывают**. В результате наиболее значимые моральные нормы приходится закреплять юридически. Как говорит профессор Р.Г.Апресян, имеется настоятельная необходимость в таком союзе морали и права. Новая социальная практика, давление внешних обстоятельств на врачей и других лиц столь высоко, а расхождение «должного» и «сущего» морали становится столь всеобщим, что необходим институт обеспечения действенности и возможности процедур этики. Нужна институциальная поддержка этики и законы становятся естественным частями современной биомедицинской этики.

Эта практика и возникновение медицинского права требует переосмысления наших представлений о биомедицинской этике, ее места в практике врачевания, ее роли в общественном сознании. Не представляет сомнения, что мораль и законность не тождественны. В ряде случаев деяние, неприемлемое моралью, может быть разрешено законодательно (например, смертная казнь). С другой стороны то, что допустимо с точки зрения морали, может быть запрещено законом, поскольку в ряде случаев «все важнее одного» - общественное благо выше индивидуальных прав и благ (например, отказ от обследования человека, с явными признаками СПИДа. Мораль допускает такой отказ, но закон – не всегда).

Имеются попытки примирить противоречия, возникающие при этой ситуации. Эту ситуации предлагается рассматривать в аспекте теории добродетели, в которой соответствующие права, обязанности и добродетель рекомендуется не рассматривать в отрыве от нормальных последствий человеческих действий (А.Кемпбелл и соавт., 2004). Легко видеть, что такие рассуждения никаких проблем данной ситуации не решают.

Нам необходим четкий ответ на чрезвычайно актуальный мировоззренческий вопрос: остаются ли в категории этических те проблемы биомедициской этики, выполнение которых ныне требует закон? То же информированное согласие, конфиденциальность, та же эйтаназия и многие, многие другие. **Можно ли обсуждать этичность или не этичность того или иного деяния врача, если выполнение данного деяния строго регламентировано законом?**

В правовом государстве ответ вроде бы предрешен – там, где есть закон, следует подчиняться ему. Однако можно ли полностью согласиться с таким ответом? Не будет ли при этом в душе оставаться сомнение? Можно ли исключить из проблем биомедицинской этики множество деяний только потому, что они закреплены в категории права?

Профессор В.Л.Кулиниченко говорит, что законы не всегда этичны и моральны, и, в случае биомедицинской этики должно быть право не соблюдать их по своим убеждениям. Кстати, такое положение есть во «Всеобщей Декларации о биоэтике и правах человека», которую ЮНЕСКО обсуждало в январе 2005 года. Статья 9 этого документа гласит «Всякое решение или действие (в биоэтике) должно учитывать

существование в обществе различных культур, школ мысли, систем ценностей, традиций, религий и верований».

К сожалению, это как раз тот случай, который широко практиковался в СССР и практикуется ныне в России – «Закон - да, но если это целесообразно, можно его нарушить», то есть подмена закона целесообразностью. Однако в любом государстве такая практика абсолютно неприемлема. Ибо закон- это большее, чем слова, из которых он складывается. Закон - это нечто гораздо большее, чем чье бы то ни было решение, принимаемое кем-то и когда-то. **Истинный закон – это и есть как раз кодекс справедливости, самая сущность наших представлений о добре и зле, совесть общества. И эта совесть формировалась веками и она - величайшее качество, которое развивается вместе с развитием человечества. Ни один храм, ни одна религия, ничто из оружия человеческого, его искусства, науки, ничто из всего того, что его окружает, не может сравниться по своему значению с законом. Нарушение закона во имя целесообразности - прямой путь к разрушению всякой законности.**

На вопрос о взаимоотношении этики и законодательства по вопросам биомедицинской этики пока нет четкого ответа. Когда на региональном Совещании ЮНЕСКО по биоэтике автор данного учебника поставил его перед представителем Совета Европы Лоуренс Львофф, было сказано, что она не готова ответить на данный вопрос. **Получается настоящий парадокс: законы, пытаясь решать этические вопросы, сами порождают новые трудноразрешимые этические проблемы.**

КОНВЕНЦИЯ СОВЕТА ЕВРОПЫ

О том, что в наше время очень многие вопросы из круга биомедицинской этики переходят в разряд правовых, свидетельствует документ принятый 4 апреля 1997 года в Овьедо (Испания) и носящий название «О ЗАЩИТЕ ПРАВ И ДОСТОИНСТВ ЧЕЛОВЕКА В СВЯЗИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ДОСТИЖЕНИЙ БИОЛОГИИ И МЕДИЦИНЫ: КОНВЕНЦИЯ О ПРАВАХ ЧЕЛОВЕКА И БИОМЕДИЦИНЕ».

Конвенция ярко иллюстрирует высказанную выше мысль, ибо она принята Советом Европы, и, следовательно, является законодательным актом для всех стран, входящих в Совет. Россия стремится в Совет Европы, следовательно, Конвенция обязательна и для нас.

Учитывая чрезвычайную важность данного документа, ее текст с некоторыми сокращениями, приводится ниже.

«Государства - члены Совета Европы, прочие государства и Европейское сообщество, подписавшие настоящую Конвенцию,

-принимая во внимание Всеобщую декларацию прав человека, провозглашенную Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций 10 декабря 1948 года;

-принимая во внимание Конвенцию о защите прав человека и основных свобод от 4 ноября 1950 года;

-принимая во внимание Европейскую социальную хартию от 18 октября 1961 года;

-принимая во внимание Международный пакт о гражданских и политических правах и Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах от 16 декабря 1966 года;

-принимая во внимание Конвенцию о защите физических лиц в отношении автоматизированной обработки данных личного характера от 28 января 1981 года;

-принимая во внимание также Конвенцию о правах ребенка от 20 ноября 1989 года;

-считая, что целью Совета Европы является достижение большего единства между его членами и что одним из методов достижения этой цели является обеспечение и дальнейшее осуществление прав человека и основных свобод;

-сознавая ускоренное развитие биологии и медицины;

-будучи убеждены в необходимости уважать человека одновременно как индивидуума и в его принадлежности к человеческому роду и признавая важность обеспечения его достоинства;

-памятуя о том, что предосудительное использование биологии и медицины может привести к действиям, которые поставили бы под угрозу человеческое достоинство;

-утверждая, что успехи в области биологии и медицины должны использоваться на благо нынешнего и грядущих поколений;

-подчеркивая необходимость международного сотрудничества для того, чтобы все человечество пользовалось благами биологии и медицины;

-признавая важность расширения публичной дискуссии по вопросам, возникающим в связи с применением биологии и медицины, и ответам, которых они требуют;

-стремясь напомнить всем членам человеческого общества о его правах и обязанностях;

-учитывая работу Парламентской Ассамблеи в этой области, в том числе Рекомендацию 1160 (1991) о разработке Конвенции по биоэтике;

-будучи преисполнены решимости принять в области применения биологии и медицины меры, способные гарантировать человеческое достоинство и ос-новные права и свободы личности;

согласились о нижеследующем:

Глава I. **ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**.

Статья 1. **Предмет и цель**

Стороны настоящей Конвенции защищают достоинство и индивидуальную целостность человека и гарантируют каждому без исключения соблюдение неприкосновенности личности и других прав и основных свобод в связи с применением достижений биологии и медицины.

Каждая Сторона принимает в рамках своего внутреннего законодательства необходимые меры, отвечающие положениям настоящей Конвенции.

Статья 2. Приоритет человека

Интересы и благо отдельного человека превалируют над интересами общества или науки.

Статья 3. **Равная доступность медицинской помощи**

Стороны, исходя из имеющихся потребностей и ресурсов, принимают необходимые меры, направленные на обеспечение в рамках своей юрисдикции равной для всех членов общества доступности медицинской помощи приемлемого качества.

Статья 4. **Профессиональные стандарты**

Всякое медицинское вмешательство, включая вмешательство с исследовательскими целями, должно осуществляться в соответствии с профессиональными требованиями и стандартами.

Глава II. **СОГЛАСИЕ**.

Статья 5. **Общее правило**

Медицинское вмешательство может осуществляться лишь после того, как соответствующее лицо даст на это свое добровольное информированное согласие.

Это лицо заранее получает соответствующую информацию о цели и характере вмешательства, а также о его последствиях и рисках.

Это лицо может в любой момент беспрепятственно отозвать свое согласие.

Статья 6. **Защита лиц, не способных дать согласие**

1. В соответствии со статьями 17 и 20 настоящей Конвенции медицинское вмешательство в отношении лица, не способного дать на это согласие, может осуществляться исключительно в непосредственных интересах такого лица.

2. Проведение медицинского вмешательства в отношении несовершеннолетнего лица, не могущего дать свое согласие по закону, может быть осуществлено только с разрешения его представителя, органа власти либо лица или учреждения, определенных законом.

Мнение самого несовершеннолетнего рассматривается как фактор, значение которого растет в зависимости от его возраста и степени зрелости.

3. Проведение медицинского вмешательства в отношении совершеннолетнего, признанного недееспособным по закону или не способного дать свое согласие по состоянию здоровья, может быть осуществлено только с разрешения его представителя, органа власти либо лица или учреждения, определенных законом.

Соответствующее лицо участвует по мере возможности в процедуре получения разрешения.

4. Представитель, орган власти, лицо или учреждение, упомянутые в пунктах 2 и 3 выше, получают на тех же условиях информацию, предусмотренную в статье 5.

5. Разрешение, предусмотренное в пунктах 2 и 3 выше, может в любой момент быть отозвано в непосредственных интересах соответствующего лица.

Статья 7. **Защита лиц, страдающих психическим расстройством**

Лицо, страдающее серьезным психическим расстройством, может быть подвергнуто без его согласия медицинскому вмешательству, направленному на лечение этого расстройства, лишь в том случае, если отсутствие такого лечения может нанести серьезный вред его здоровью, и при соблюдении условий защиты, предусмотренных законом, включая процедуры наблюдения, контроля и обжалования.

Статья 8. **Чрезвычайная ситуация**

Если в силу чрезвычайной ситуации надлежащее согласие соответствующего лица получить невозможно, любое вмешательство, необходимое для улучшения состояния его здоровья, может быть осуществлено немедленно.

Глава III. **ЧАСТНАЯ ЖИЗНЬ И ПРАВО НА ИНФОРМАЦИЮ**

Статья 10. **Частная жизнь и право на информацию**

1. Каждый человек имеет право на уважение своей частной жизни, в том числе и тогда, когда это касается сведений о его здоровье.

2. Каждый человек имеет право ознакомиться с любой собранной информацией о своем здоровье. В то же время необходимо уважать желание человека не быть информированным на этот счет.

3. В исключительных случаях - только по закону и только в интересах пациента - осуществление прав, изложенных в пункте 2, может быть ограничено.

Глава IV. **ГЕНОМ ЧЕЛОВЕКА**

Статья 11. **Запрет на дискриминацию**

Любая форма дискриминации в отношении лица по признаку его генетического наследия запрещается.

Статья 12. **Прогностическое генетическое тестирование**

Прогностические тесты на наличие генетического заболевания или на наличие генетической предрасположенности к тому или иному заболеванию могут проводиться только в медицинских целях или в целях медицинской науки и при условии надлежащей консультации специалиста - генетика.

Статья 13. **Вмешательство в геном человека**

Вмешательство в геном человека, направленное на его модификацию, может быть осуществлено лишь в профилактических, диагностических или терапевтических целях и только при условии, что оно не направлено на изменение генома наследников данного человека.

Статья 14. **Запрет на выбор пола**

Не допускается использование вспомогательный медицинских технологий деторождения в целях выбора пола будущего ребенка, за исключением случаев, когда это делается с тем, чтобы предотвратить наследование будущим ребенком заболевания, связанного с полом.

Глава V. **НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Статья 15**. Общее правило**

Научные исследования в области биологии и медицины осуществляются свободно при условии соблюдения положений настоящей Конвенции и других законодательных документов, гарантирующих защиту человека.

Статья 16. **Защита лиц, выступающих в качестве испытуемых**

Исследования на людях проводятся только при соблюдении следующих условий:

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

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

3. проект предлагаемого исследования был утвержден компетентным органом после проведения независимой экспертизы научной обоснованности проведения данного исследования, включая важность его цели, и много-стороннего рассмотрения его приемлемости с этической точки зрения;

4. лицо, выступающее в качестве испытуемого, проинформировано об имеющихся у него правах и гарантиях, предусмотренных законом;

5. получено явно выраженное, конкретное письменное согласие, предусмотренное в статье 5. Такое согласие может быть беспрепятственно отозвано в любой момент.

Статья17. **Защита лиц, не способных дать согласие на участие в исследовании**

1. Исследования на людях, не способных дать на это согласие в соответствии со статьей 5, могут проводиться только при соблюдении всех следующих условий:

а. выполнены условия, изложенные в пунктах «1» - «4» статьи 16;

б. ожидаемые результаты исследования предполагают реальный непосредственный благоприятный эффект для здоровья испытуемых; в. исследования с сопоставимой эффективностью не могут проводиться на людях, которые не способны дать согласие;

г. получено конкретное письменное разрешение, предусмотренное в статье 6, и

д. сам испытуемый не возражает против этого.

2. В исключительных случаях и в соответствии с требованиями, предусмотренными законом, проведение исследований, не направленных на непосредственный неблагоприятный эффект для здоровья испытуемых, разрешается при соблюдении требований, изложенных в подпунктах «а», «б», «в» и «г» пункта 1, а также следующих дополнительных условий:

е. целью исследования является содействие путем углубления и совершенствования научных знаний о состоянии здоровья человека, его болезни и расстройстве, получению в конечном счете результатов, могущих иметь благоприятные последствия как для состояния здоровья данного испытуемого, так и других лиц, страдающих той же болезнью или расстройством или находящихся в анало-

гичном состоянии.

ж. участие в данном исследовании сопряжено с минимальным риском или неудобствами для данного испытуемого.

Статья 18. **Исследования на эмбрионах in vitro**

1. Если закон разрешает проводить исследования на эмбрионах in vitro, он же должен предусматривать надлежащую защиту эмбриона.

2. Создание эмбрионов человека в исследовательских целях запрещается.

Глава VI. **ИЗЪЯТИЕ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ У ЖИВЫХ ДОНОРОВ В ЦЕЛЯХ ТРАНСПЛАНТАЦИИ**

Статья 19. **Общее правило**

1. Изъятие у живого донора органов и тканей для их трансплантации может производиться исключительно с целью лечения реципиента и при условии отсутствия пригодного органа или ткани, полученных от трупа, и невозможности проведения альтернативного лечения с сопоставимой эффективностью.

2. Должно быть получено явно выраженное и конкретное согласие, предусмотренное в статье 5. Такое согласие должно даваться либо в письменной форме, либо в соответствующей официальной инстанции.

Статья 20. **Защита лиц, не способных дать согласие на изъятие органа**

1. Нельзя изымать никакие органы или ткани у человека, не способного дать на это согласие, предусмотренное статьей 5.

2. В исключительных случаях и в соответствии с требованиями, предусмотренными законом, изъятие регенеративных тканей у человека, который не способен дать на это согласие, может быть разрешено при соблюдении следующих условий:

а. отсутствует совместимый донор, способный дать соответствующее согласие;

б. реципиент является братом или сестрой донора;

в. трансплантация призвана сохранить жизнь реципиента;

г. в соответствии с законом и с одобрения соответствующего органа на это получено конкретное письменное разрешение, предусмотренное пунктами 2 и 3 статьи 6;

д. потенциальный донор не возражает против операции.

Глава VII. **ЗАПРЕТ НА ИЗВЛЕЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ВЫГОДЫ И ВОЗМОЖНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ЧАСТЕЙ ТЕЛА ЧЕЛОВЕКА**

Статья 21. **Запрет на извлечение финансовой выгоды**

Тело человека и его части не должны в качестве таковых являться источником получения финансовой выгоды.

Статья 22. **Возможное использование изъятых частей тела человека**

Любая часть тела человека, изъятая в ходе медицинского вмешательства, может храниться и использоваться в целях, отличных от тех, ради которых она была изъята, только при условии соблюдения надлежащих процедур информирования и получения согласия.

Глава VIII. **НАРУШЕНИЕ ПОЛОЖЕНИЙ КОНВЕНЦИИ**

Статья 23. **Нарушение прав или принципов**

Стороны обеспечивают надлежащую судебную защиту с целью предотвратить или незамедлительно прекратить незаконное нарушение прав и принципов, изложенных в настоящей Конвенции.

Статья 24. **Возмещение неоправданного ущерба**

Лицо, понесшее неоправданный ущерб в результате вмешательства, имеет право на справедливое возмещение согласно условиям и процедурам, предусмотренным законом».

Конвенция - современный документ, имеющий силу закона, международный договор, в котором делается попытка использовать принципы прав человека для защиты людей от возможных злоупотреблений биомедицинскими технологиями. Этот договор является попыткой создать общие принципы действий в этой области для всех европейских стран, имеющих весьма различную историю и нравственные традиции.

Обращает на себя внимание отсутствие в Конвенции суждений по одному из важных вопросов биомедицинской этики - этическим проблемам абортов. Это, к сожалению, свидетельствует о том, что и Совет Европы не вполне свободен в своих решениях. Исключение из Конвенции вопроса об абортах является явной уступкой религиозным деятелям, отражением нежелания ссориться с ними. Об этом ярко свидетельствует и другой факт. Как видно из вышеизложенного, вторая статья Конвенции, гласящая «интересы и благо отдельного человека превалируют над интересами общества или науки», является одной из центральных. Если бы принимающие Конвенцию не «учитывали интересов» конфессий, то после слова «науки» должно было бы стоять слово «и религии».

В связи с этим, возникает сомнение в полной объективности Конвенции, отсутствии в ней «учета» еще чьих-либо интересов. Тем не менее, Конвенция играет важную роль в правовом регулировании большинства современных морально-этических проблем врачевания.

К Конвенции Совета Европы примыкает другой важный документ «Основы концепции прав пациента в Европе», на котором также нельзя не остановиться.

ОСНОВЫ КОНЦЕПЦИИ ПРАВ ПАЦИЕНТА В ЕВРОПЕ

Положения Концепции возникли не на пустом месте. Им предшествовала очень большая работа мировой общественной мысли. В данной области особо следует выделить Европейское консультативное совещание по правам пациента, в работе которого приняли участие 36 государств-членов ВОЗ (1994 год). Совещание опиралось на серию исследований, проведенных в европейских странах по оценке состояния дел в области прав пациента, результаты которых были опубликованы в книге «Права пациентов в Европе». В последующем эти же вопросы рассматривались и на других совещаниях: Региональная конференция ВОЗ, Копенгаген, 5 -9 декабря 1994 г., Региональная конференция ВОЗ в Вене (25 - 28 марта 1996 г.) и др. В результате были выработаны «Основы концепции прав пациента в Европе».

В Концепции подчеркивается, что движение за права человека приобрело особую значимость с тех пор, как в 1945 г. государства-члены ООН подтвердили в Уставе ООН свою приверженность делу соблюдения основных прав человека, а вслед за этим в декабре 1948 г. была принята Всеобщая Декларация Прав Человека и 4 ноября 1950 г. подписано Европейское Соглашение по Правам Человека. В последующие годы социальные, экономические, культурные, этические и политические перемены способствовали расширению движения общественной мысли в Европе за детальную разработку и осуществление концепции прав пациента. Отстаиваются новые, более прогрессивные концепции прав пациента. Отчасти этот процесс является следствием проводимой государствами, членами ВОЗ, политики, ставящей в центр внимания наиболее полное претворение этой концепции в жизнь как из уважения к человеку, так и ради достижения справедливого равенства в вопросах охраны здоровья. Делается акцент на поощрение индивидуального выбора (и возможности бес-

препятственно его сделать), а также на обязательстве разработать механизмы обеспечения качественной медицинской помощи.

Особое значение и важность проблеме права каждого человека на свободное волеизъявление придают такие перемены в системах здравоохранения, как нарастающая комплексность, деперсонализация и дегуманизация медицинской практики, прогресс, достигнутый в медицинской науке, технологии и вопросах организации здравоохранения.

Концепция признавалась именно документом, являющимся попыткой сформулировать ряд принципов, отражающих эволюцию концепции прав пациента, применимых к обстоятельствам, в которых здравоохранение будет функционировать в будущем.

При создании Основ концепции прав пациента в Европе были использованы следующие межправительственные документы:

- Всеобщая декларация прав человека (The Universal Declaration of Human Rights) (1948)
- Международное соглашение по гражданским и политическим правам (The International Convention on Civil and Political Rights) (1966)
- Международное соглашение по экономическим социальным и культурным правам (The International Covenant on Economic, Social and Cultural Plights) (1966)
- Европейская конвенция по правам и основным свободам человека (Euro-pean Convention on Human Rights and Fundamental Freedoms) (1950)
- Европейская общественная хартия (European Social Charter) (1961)

Вот основные права пациентов, сформулированные в этом документе.

ПРАВА ПАЦИЕНТОВ

1. Права человека и человеческие ценности в здравоохранении

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

1. 1. Каждый человек имеет право на уважение собственной личности.

1. 2. Каждый человек имеет право на самоопределение.

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

1. 4. Каждый человек имеет право на уважение его тайн.

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

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

2. Информация

2. 1. Для всеобщей пользы информация о медицинских услугах и о том, как лучше ими воспользоваться должна быть доступна широкой общественности.

2. 2. Пациенты имеют право на исчерпывающую информацию о состоянии своего здоровья, включая медицинские факты относительно своего состояния, данные о возможном риске и преимуществах предлагаемых и альтернативных методов лечения, сведения о возможных последствиях отказа от лечения, информацию о диагнозе, прогнозе и плане лечебных мероприятий.

2. 3. Информация может быть скрыта от пациента лишь в тех случаях, если есть веские основания полагать, что предоставление медицинской информации не только не принесет пользы, но причинит пациенту серьезный вред.

2. 4. Информацию следует сообщать в доступной для пациента форме, минимизируя использование непривычных для него терминов. Если пациент не говорит на обычном в данной стране языке, необходимо обеспечить ту или иную форму перевода.

2. 5. Пациент имеет право отказаться от информации и это его желание должно быть выражено в явной форме.

2. 6. Пациент имеет право выбрать лицо, которому следует сообщать информацию о здоровье пациента.

2. 7. Пациент должен иметь возможность ознакомиться со "вторым мнением".

2. 8. При поступлении в лечебно-профилактические учреждение пациент должен получить сведения об именах и профессиональном статусе тех, кто будут оказывать ему медицинские услуги, а так же о правилах внутреннего распорядка.

2. 9. При выписке из лечебно-профилактического учреждения пациент имеет право потребовать и получить выписку из истории болезни с указанием диагноза и проведенного лечения.

3. Согласие

3. 1. Информированное осознанное согласие пациента является предварительным условием любого медицинского вмешательства.

3. 2. Пациент имеет право отказаться от медицинского вмешательства или приостановить его проведение. Последствия подобного отказа следует тщательно разъяснить пациенту.

3. 3. Если пациент не в состоянии выразить свою волю, а медицинское вмешательство необходимо по неотложным показаниям, следует предполагать, что согласие на такое вмешательство есть; исключением может являться случай, когда пациент ранее заявил, что не согласится на медицинское вмешательство в ситуации, подобной той, в которой он оказался.

3. 4. В случаях, когда требуется согласие законного представителя пациента, но получить таковое не представляется возможным в связи с неотложностью ситуации, медицинское вмешательство может быть осуществлено, не дожидаясь согласия законного представителя пациента.

3. 5. В случаях, когда требуется согласие законного представителя пациента, последнего (ребенка или взрослого), тем не менее, следует привлекать к процессу принятия решения в той мере, в какой позволяет их состояние.

3. 6. В случаях, когда законный представитель пациента не дает согласия на медицинское вмешательство, а врач, или иной производитель медицинских услуг, считает, что в интересах пациента вмешательство следует произвести, решение должно быть принято судом или другой арбитражной инстанцией.

3. 7. Во всех иных случаях, когда пациент не в состоянии дать информированное осознанное согласие, а его законный представитель или лицо, уполномоченное на это пациентом, отсутствуют, необходимо сделать все возможное, чтобы процесс принятия решения был полноценным, с учетом всего, что известно по данному случаю, а также того, что можно предположить относительно желания пациента.

3. 8. Согласие пациента необходимо во всех случаях консервации и использования любых компонентов человеческого тела. Допустимо предполагать, что согласие получено во всех тех случаях, когда компоненты тела используются для целей диагностики, лечения или ухода за пациентом.

3. 9. Необходимо осознанное информированное согласие пациента на его участие в процессе клинического обучения.

3. 10. Осознанное информированное согласие пациента является необходимым предварительным условием его участия в научном исследовании. Все протоколы должны быть подвергнуты соответствующей этической экспертизе. Подобные исследования не могут проводиться с участием лиц, неспособных выразить свою волю, за исключением случаев, когда получено согласие законного представителя и исследование проводится в интересах пациента. В исключительных случаях недееспособные пациенты могут вовлекаться в обсервационные исследования, не сулящие непосредственной пользы улучшению их здоровья, при условии, что они активно не возражают против участия в исследовании, угроза их здоровью минимальна, исследование имеет важное значение и нет других возможностей его проведения.

4. Конфиденциальность и приватность

4. 1. Вся информация о состоянии здоровья пациента, диагнозе, прогнозе и лечении его заболевания, а также любая другая информация личного характера должна сохраняться в секрете, даже после смерти пациента.

4. 2. Конфиденциальную информацию можно раскрыть только тогда, когда на это есть ясно выраженное согласие пациента, либо это требует закон. Предполагается согласие пациента на раскрытие конфиденциальной информации медицинскому персоналу, принимающему участие в лечение пациента.

4. 3. Все данные, могущие раскрыть личность пациента должны, быть защищены. Степень защиты должна быть адекватна форме хранения данных. Компоненты человеческого тела, из которых можно извлечь идентификационную информацию, также должны храниться с соблюдением требований защиты.

4. 4. Пациенты имеют право доступа к истории болезни, а также ко всем материалам, имеющим отношение к диагнозу и лечению. Пациент имеет право получить копии этих материалов. Однако данные, касающиеся третьих лиц, не должны стать доступными для пациента.

4. 5. Пациент имеет право потребовать коррекции, дополнения, уточнения и/или исключения данных личного и медицинского характера, если они неточны, неполны или не имеют отношения к обоснованию диагноза и проведению лечения.

4. 6. Запрещается любое вторжение в вопросы личной и семейной жизни пациента за исключением тех случаев, когда пациент не возражает против этого и необходимость вторжения продиктована целями диагностики и лечения.

4. 7. В любом случае, медицинское вторжение в личную жизнь пациента безусловно предполагает уважение его тайн. Поэтому подобное вторжение может осуществляться лишь в присутствии строго необходимых для его проведения лиц, если иного не пожелает сам пациент.

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

5. Лечение и организация медицинской помощи

5. 1. Каждый человек имеет право на получение медицинской помощи, соответствующей состоянию его здоровья, включая профилактическую и лечебную помощь. Предоставление медицинских услуг должно соответствовать финансовым, человеческим и материальным ресурсам данного общества и обеспечивать постоянную доступность необходимой медицинской помощи для всех в равной мере, без какой-либо дискриминации.

5. 2. Пациенты имеют коллективное право на определенную форму представительства своих интересов на всех уровнях системы здравоохранения при принятии решений о планировании и оценке медицинских услуг, определяющих объем качество и характер медицинской помощи.

5. 3. Пациенты имеют право на качественную медицинскую помощь, отвечающую как высоким технологическим стандартам, так и принципам человечности в отношениях между пациентом и производителями медицинских услуг.

5. 4. Пациенты имеют право на преемственность медицинской помощи, подразумевающую сотрудничество всех медицинских работников и/или учреждений в деле постановки диагноза, лечения и ухода за пациентом.

5. 5. В ситуациях, когда медицинская помощь должна быть оказана одновременно нескольким пациентам и медицинский работник вынужден определить очередность ее оказания, пациенты имеют право надеяться на то, что «сортировка» будет основана исключительно на медицинских критериях, и на нее не повлияют никакие дискриминационные факторы.

5. 6. Пациенты имеют право выбора и замены врача или иного поставщика медицинских услуг, в том числе и лечебно-профилактического учреждения.

5. 7. Если, по медицинским показаниям, целесообразен перевод пациента в другое лечебно-профилактическое учреждение или выписка его домой, пациенту необходимо разъяснить причины такого перевода или выписки. Необходимым условием перевода является согласие другого лечебно-профилактического учреждения принять данного пациента. Если после выписки необходимо лечение и/или уход по месту жительства, то перед выпиской необходимо удостовериться в том, что соответствующее лечение и/или уход будут реально осуществимы.

5. 8. Пациент имеет право на достойное обращение в процессе диагностики, лечения и ухода, уважительное отношение к своим культуральным и личностным ценностям.

5. 9. В процессе лечения и ухода пациент имеет право на поддержку семьи, родственников и друзей, а также на духовную и пастырскую помощь.

5. 10. Пациенты имеют право на облегчение страданий в той мере, в какой это позволяет существующий уровень медицинских знаний.

5. 11. Умирающий имеет право на гуманное обращение и на достойную смерть.

6. Реализация прав пациентов

6. 1. Осуществление перечисленных в настоящем документе прав предполагает наличие механизмов их реализации.

6. 2. Должно быть обеспечено пользование перечисленными в настоящем документе правами без какой-либо дискриминации.

6. 3. В процессе оказания медицинской помощи пациент может быть подвергнут лишь таким ограничениям, которые не противоречат принципам прав человека и находятся в соответствии с законодательством данной страны.

6. 4. В случаях, когда сам пациент не может воспользоваться перечисленными в настоящем документе правами, их должен осуществить его законный представитель или лицо, уполномоченное на это пациентом; в случае отсутствия законного представителя или уполномоченного лица следует предпринять иные меры, направленные на представительство интересов пациента.

6. 5. Каждому пациенту должна быть предоставлена информация о его правах, перечисленных в настоящем документе, и обеспечена возможность получения соответствующей консультации. Если пациент считает, что его права нарушены, он может подать жалобу. В дополнение к судебной процедуре, на уровне лечебно-

профилактического учреждения и иных уровнях должны существовать независимые механизмы рассмотрения подобных жалоб и вынесения решений по ним. Эти инстанции должны информировать пациента о процедуре подачи жалобы и оказывать соответствующие независимые консультации. Они же, при необходимости, должны обеспечивать защиту интересов пациента от его имени. Пациенты имеют право на внимательное, справедливое, эффективное и незамедлительное рассмотрение их жалоб, а также на информацию о результатах их рассмотрения.

Можно видеть, что Концепция дает чрезвычайно разностороннюю и всеобъемлющую характеристику прав пациента и целый ряд положений Конвенции Совета Европы, также совпадают с ее положениями.

«ОСНОВЫ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА РФ ОБ ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН». Данный закон был принят в 1993 году, уточнен и подтвержден в 1998 и 2003 году и является главным правовым актом, определяющим врачебную и иную медицинскую деятельность в РФ. **В данном законе также затрагивается значительное количество медицинских деяний, которые ранее регулировались чисто этическими положениями.** Об этом законе более подробно будет сказано ниже. К ряду биомедицинских явлений причастны российские «Гражданский», «Семейный» и другие законодательные кодексы.

Таким образом, можно видеть, что в биомедицинской этике многие вопросы ныне пытаются решить законодательным путем. О трудностях, возникающих в связи с этим, уже говорилось выше.

ВЫВОДЫ. 1. Еще до нашей эры, на протяжении тысячелетий медицинские работники исполняли свой долг, опираясь на этические положения, выработанные исходя из присущих врачебной деятельности принципов гуманности.

2. Во второй половине XX столетия произошла ревизия принципов этики врачевания, возникло во многом качественно новое учение, названное биомедицинской этикой. В этом учении этические принципы врачевания получили дальнейшее развитие. Разрабатываются этические и юридические положения по важнейшим биомедицинским проблемам – новейшим репродуктивным технологиям, трансплантации тканей и органов, медицинскому эксперименту. Целый ряд проблем биомедицинской этики переведено в раздел права, то есть делается попытка мерами принуждения приблизить «сущее» медицинской морали к ее «должному». Складывается медицинское право, юридически регулирующее многие вопросы врачевания, права пациента, права здорового и больного ребенка, психических больных и целый ряд других вопросов.

3. Медицинское право – область права, которая разрабатывает теоретические проблемы биомедицинской этики. За рубежом такой деятельностью занимается значительное число НИИ и центров.

4. Медицинское право имеет и прикладную область. Этим за рубежом занимаются специальные фирмы и этические комитеты различного уровня. В России эта деятельность возложена на этические комитеты.

5. В большинстве стран мира разрабатываются и принимаются различные региональные рекомендательные документы, направленные на реализацию современных положений биомедицинской этики в этих регионах. В то же время, правительства многих стран и таких парламентских объединений, как Совет Европы принимают юридические документы по биомедицинской этике, обязательные для стран, их ратифицировавших. Это такие документы, как «Конвенция Совета Европы», «Основы концепции прав пациента в Европе» и др., а ООН-ЮНЕСКО, ВМА вырабатывают различные «Декларации» и «Заявления» и другие документы, рекомендуемые для всех стран мира.

6. Россия присоединилась ко многим нормативным актам Европейского сообщества по биоэтике, а также стало признавать документы ЮНЕСКО, ВМА и других международных организаций. В связи с этим знание врачами и гражданами этих документов является чрезвычайно важным для повышения правового образования и действительного соблюдения положений биоэтики.

7. Вторжение права в область медицинской этики – новое и еще до конца не интерпретированное явление конца XX и начала XXI веков, которое может потребовать переосмысления самого понятия морали.

CONCLUSIONS. 1. As early as before Christ, for thousands of years medical workers have been doing their duty, based on the ethical position, developed on the basis of medical practice inherent in principles of humanity.

2. In the second half of the twentieth century, there was a revision of the ethics of treatment, there appeared new qualitative studies called biomedical ethics. In this doctrine ethical principles of medicine got further development and legal position on important biomedical problems, new reproductive technologies, on tissue and organ transplantation, medical experiments. A of number problems of biomedical ethics are regulated by law, that is there an attempt to bring "that exist" nearer to «proper», medical law regulates many questions of treatment, patient's rights and the rights of the healthy and the sick children and a number of other problems.

3. Medical law is the area of the law that develops theoretical problems of biomedical ethics. Abroad these activities are carried out by a great number of Research Institutes and Centers.

4. Medical law has an area of implementation. A lot of special firms and ethics committees of different levels carry out this work abroad. In Russia, it is not clear who exactly is involved in the problem (ethics committees to some extent).

5. In most countries, developed and adopted are various region guidance documents at the implementation of modern biomedical ethics regulation in these regions. At the same time, the UNO, World Medical Association, many governments and such parliamentary associations as the European Council adopted the law documents in biomedical ethics, compulsory for countries which have ratified them, and recommended to the world community in the whole. There are such documents as "The Convention of the European Council", Bases of the concept of patients' rights in Europe", various the "Declaration of the WMA" and others.

6. Russia has joined many regulations of the European Community in Bioethics and began to take into the consideration the UNESCO, WMA and other international organization documents. Therefore, knowledge of physicians and citizens of these documents is essential for improving legal education and the fulfillments of the rules of bioethics.

7. Invasion of law in the field of medical ethics is a new and not yet fully interpreted phenomenon of the late twentieth and early twenty-first centuries, which may require a revision of the concept of morality.



СОВРЕМЕННЫЕ МОДЕЛИ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ВРАЧА И БОЛЬНОГО

CURRENT PATTERN DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP

Прежде чем коснуться взаимоотношений врача и пациента, совершенно необходимо совершить экскурс в современные этические и юридические положения.

Во многих странах мира в наше время предпочитают строить взаимоотношения в системе врач-больной на правовых основах, хотя нельзя сказать, что и там вопросы традиционного, морального плана сошли на нет. Такое явление основано на изучении и анализе стихийно действующих видов взаимоотношений врача и больного, сложившихся в мире в предшествующие эпохи.

Философы и медики, занимающиеся вопросами медицинской этики, различают на современном этапе развития общества и медицины несколько моделей взаимоотношений врача и больного. Так, в частности, предлагается выделять патерналистскую, инженерную, контрактную и коллегиальную модели.

Название **«патерналистская»** происходит от слова патер – отец. Эта форма взаимоотношений имеет в виду некую отеческую заботу врача о больном, напоминающую отношения отца к сыну.

При данной модели пациент как бы вверяет себя врачу и тот уже решает, как его обследовать, какое ему назначить лечение, что ему рекомендовать для профилактики, причем, по возможности все рекомендации должны быть достаточно четкими, как бы безальтернативными.

Сторонники этой модели исходят из традиционного, выработанного за века врачебной деятельности положения о том, что врач лучше, чем больной, знает, что полезнее для его здоровья. Как больного обследовать, как лечить, что будет полезным, а что вредным для его здоровья – решает врач и только врач. Считается, что мнение больного, как правило, не существенно, поскольку пациент не обладает знаниями о состоянии своего организма, о болезни, о степени ее опасности, не разбирается в вопросах лечения, не может выбрать рациональный метод из многих существующих и т. д. По мнению сторонников данной модели, вмешательство пациента в такой ситуации может оказаться вредным для его же здоровья.

Оппоненты патерналистской модели - ряд ученых-медиков и философы, особенно за рубежом, считают, что в ней имеется возможность для ущемления прав человека самому свободно определять свою судьбу, интересов пациента как личности, которая самостоятельно и свободно принимает важные жизненные решения. Считается, что при патерналистской модели между врачом и пациентом возникает как бы положение начальника и подчиненного, что врач монополизирует право на принятие решений.

А.Кемпбелл и соавт. (2004), пишут: «Доктора, ориентированные патерналистски, принимают решения за других, на основе своих собственных ценностей, которые другие могут и не разделять». И в доказательство своего тезиса приводят следующий пример: вот, мол, может случиться так, что врач, при болях в сердце любого характера будет проводить обследование только методом введения сердечного кате-

тера. Или другой «пример»: врач может под общим наркозом произвести вагинальное обследование пациентки, хотя она была явно против этого (!?).

Несостоятельность таких примеров видна невооруженным глазом. Такое поведение практически невозможно в практике российского врача. Во-первых, если такое и возможно, то это будет абсолютным исключением из правил. Во-вторых, в 90% лечебных учреждений России врач не единолично принимает такие решения – над ним стоит заведующий отделением или, там, где они есть, - доценты и профессора; вопросы обследования и лечения решаются на основе коллегиального обсуждения на утренних конференциях и т.д. Так, неужели же правила можно устанавливать, опираясь на исключения из правил?

Думается, что в оценке патерналистской модели врачевания имеет место значительная доля драматизации ситуации, приписывание больному некого комплекса неполноценности. Если принять такую позицию, все мы должны чувствовать себя оскорбленными всякий раз, когда обращаемся к мастеру за починкой нашей машины или, скажем, магнитофона. Ведь и здесь мастер игнорирует нас, и производит ремонт, вовсе не спрашивая нашего совета. Разумеется, в этом случае объектом воздействия являемся не мы сами, но, все же, нельзя не видеть, что здесь есть определенная схожесть ситуаций.

Оппоненты патерналистской модели усматривают в ней и другую опасность - опасность предпочтения врачом своих личных и корпоративных интересов интересам больного. Для исключения подобного явления, считают они, врач должен быть честным и бескорыстным человеком, у него не должно быть никаких личных или корпоративных интересов при применении методов диагностики, лечения, реабилитации. Все это должно вытекать только из интересов больного. А это положение нередко не соответствует современной действительности.

К сожалению, в наш век исключить подобные явления представляется затруднительным. Однако возникает вопрос: больше ли в патерналистской модели опасность такого деяния, чем в других, в том числе и в предлагаемой взамен контрактной модели или модели информированного согласия? Едва ли.

Модель, называемая сегодня патерналистской, работает в медицине много веков и от нее едва ли можно отмахнуться или отказаться в одночасье. Как пишет профессор Р. Артамонов «…патернализм в отношении к больному у отечественных врачей в крови. Впитан с молоком наших alma mater. Так воспитаны. Генотип такой. Жалостлив наш отечественный эскулап. Нацелен на исцеление больного…».

Кстати, он впитан в кровь не только врачей. Он крепко впитан в психологию наших пациентов. Я многократно пытался и пытаюсь ныне говорить им о новых направлениях в этике, информированном согласии, о существующих методах обследования и лечения, и спрашивать какой из них они бы предпочли и, кроме удивленного взгляда и фразы: «Ну, доктор, вы же лучше нас знаете, как все это делать, чтобы мне было лучше» ни разу не услышал.

Наверное, не зря патерналистская модель работает в медицине уже многие века, и большинство наших пациентов и на сегодня воспринимают патерналистское отношение врача к себе как наиболее адекватное. Как, наверное, не зря сказал в своем выступлении на Совещании экспертов ЮНЕСКО по биоэтике в Москве в январе 2005 года проф.А.Я. Иванюшкин, давно занимающийся вопросами этики врача: «Патерналистская модель будет еще долго господствовать в умах наших врачей и эволюция перехода на другие модели растянется на многие годы»

Как было сказано выше, второй современной моделью взаимоотношений врача и больного считается так называемая **инженерная модель.**

При этой форме взаимоотношения врача и больного складываются примерно так, как это происходит при исправлении машины инженером. Болезнь определяется как «поломка» механизма и врач рассматривается как инженер или механик, чинящий эту машину. Любому человеку ясно, что инженерная модель таит в себе опасность такого отношения врача к больному, когда последний будет рассматриваться не как человек, не как личность, а как предмет, который надо отремонтировать, исправить.

Такая тенденция в медицине, в среде врачей нового поколения действительно имеется. Об этом говорили уже давно многие известные отечественные врачи. Так, профессор Н. А. Вельяминов писал: «Мои наблюдения за молодыми врачами, за учащими и учащимися за современной медицинской литературой убедили меня в том, что …все больше из среды врачей исчезает классический тип клинициста. Современный врач … имеет работы по физиологии, общей патологии, патологической анатомии, он хороший микроскопист и экспериментатор, но он …мало интересуется больным, не умеет наблюдать, не умеет клинически мыслить, делать обобщения из клинических наблюдений …» Нелестно отзывался о таких врачах и И. А. Кассирский, называя их «воинствующими инструменталистами».

В наше время инженерная модель имеет под собой солидную научную базу. Она обязана своему появлению невиданным ранее достижениям медицины и высоких технологий в последнюю четверть XX столетия. Достижения научной медицины, действительно, очень велики. Поставлены на поток пересадки человеку чужого сердца, почек, печени, легких и других органов. Полным ходом идет разработка способов выращивания различных человеческих органов – сосудов, кожи, мочевого пузыря, различных клеток (нервных, поджелудочной железы и др.), которые смогут заменить погибшие такие же клетки организма человека. В медицинские и общественные ворота стучат пересадки органов животных больным людям. Аортокоронарное шунтирование и расширение суженных сосудов при помощи так называемого стентирования спасает жизнь сотням тысяч обреченных ранее людей. По методу профессора Илизарова возможно удлинение конечностей почти на любую длину. В ушную раковину можно ввести электронное устройство, называемое микрочипом, которое возвращает людям потерянный слух. Микрочип, вживляемый слепому человеку в глаз, позволяет тому различать лица и крупный шрифт. Так называемый MariChip, имплантированный в любой уголок человеческого тела и не приносящий его владельцу никаких неудобств, содержит всю информацию о данном человеке - от фамилии, имени, отчества, страхового полиса, кредитной карточки до состояния его здоровья, групп крови и т.д., и т.п. – тысячу сведений. Если сюда добавить ставшие обыденностью диагностические чудо томографы, пришивание отторгнутых от тела частей и т. д., и т. п., можно видеть, что основы для инженерной модели взаимоотношений врача и больного сегодня достаточно весомы. В целом ряде случаев больного человека можно молча «починить» почти как машину.

У нас в стране неофициально принято хвалить израильскую медицину. Слухи о чудодейственной медицине Израиля даже служили одним из аргументов обоснования отъезда многих наших соотечественников в эту страну. На деле же, действующая здесь система работы врачей во многом носит черты этой инженерной модели. Вот свидетельства очевидца, врача и ученого Э. Оффенгендена: «В Израиле не принято общение пациента с врачом: быстрый осмотр, анализы, снимки …Накануне операции у тебя возьмут расписку о согласии на нее, но врач никогда не подойдет, не скажет «Это формально. Не переживайте, все будет хорошо»… Врач поликлиники уверен, что если температура ниже 38^{o} С, то человек здоров, хотя у того болит горло, сел голос и раскалывается голова. Лечить такую ерунду, как простуда в Изра-

иле не принято. На мои робкие рассуждения о человечности, врачебном гуманизме, молодой, помпезный доктор с шикарной бородой, ехидно ухмыльнувшись, зло ответил: «Это у вас в России лекарств нет, техника отсталая, врачи неквалифицированные, вот и лечат словом. А нам некогда тут с вами разговоры вести». 88-и летняя женщина говорит «И кто только выдумал называть нашего доктора семейным врачом? Он же о моем семейном положении представления не имеет и смотрит то сквозь меня». То же самое впечатление от встречи с израильской медициной вынесла и И.Винокурова, внештатный корреспондент «Медицинской газеты»: «В отличие от участкового врача советского времени израильский семейный врач, получивший американское медицинское образование, свято верит в компьютер и редко поднимает глаза на пациента. Быстренько выслушав жалобы, он либо молниеносно распечатывает рецепты на лекарства, либо с такой же скоростью выдает направление на анализы. Прием завершается за пару минут».

Такая вот «модель». За фейерверком технических достижений исчез самый главный объект медицины – страдающий человек. Доктору некогда. Он молча смотрит сквозь страдальца, выписывает тому бумажки или отправляет на операционный стол и бежит дальше.

Представляется, что инженерная модель в нашей стране едва ли может быть принята как основная модель взаимоотношений врача и больного по целому ряду причин. Во-первых, круг заболеваний, которых можно вылечить с помощью новейших достижений медицины и новых технологий слишком узок и не охватывает большинства медицинских проблем. Во-вторых, человек слишком «духовное» существо, чтобы он на ура принял такие взаимоотношения и такое лечение. В 1977 году в Польше при помощи анкет было опрошено 3200 человек. Им был задан вопрос: «У какого врача Вы хотели бы лечиться – у очень эрудированного, но мало сердечного или менее умелого, но более сердечного? ». Подавляющее большинство больных выбрало более сердечного. Разумеется, и у сердечного врача профессионализм не должен уходить на задний план, ибо профессионализм сам по себе есть гуманизм.

Образное высказывание по отношению к техническим достижениям в медицине, к инженерной модели врачевания, к ее возможностям, но и к ее недостаткам, оставил нам известный французский летчик и писатель Антуан де Сент–Экзюпери: «Я верю, настанет день, когда неизвестно чем больной отдастся в руки физиков. Не спрашивая его ни о чем, эти физики возьмут у него кровь, выведут какие-то постоянные, перемножат их одну на другую. Затем, сверившись с таблицей логарифмов, они вылечат его одной единственной пилюлей. И все-таки, случись мне заболеть, я обращусь к старому сельскому врачу. Он взглянет на меня уголком глаз, пощупает пульс и живот, выслушает мои легкие, затем кашлянет, почешет бороду и улыбнется мне, чтобы лучше утолить мою боль. Разумеется, я восхищаюсь наукой, но я восхищаюсь и мудростью».

Кроме того, данная модель взаимоотношений врача и больного таит в себе гораздо большую опасность действия врача в собственных или корпоративных интересах, чем в интересах больного. Это и предложение с корыстными индивидуальными или корпоративными целями не очень нужных, но дорогостоящих методов обследования и дорогих лекарств; дорогих и не очень показанных оперативных вмешательств и многое другое. Разве не аморально это – предлагать сегодняшним малообеспеченным гражданам нашей страны анализы, лекарства и операции, зная, что польза от них очень и очень сомнительна?

Тем не менее, опасность использования инженерной модели в своих корыстных целях рядом наших врачей или коллективов не исключена. Ныне у нас в спешном

порядке внедряется платная, частная медицина. Многие государственные медицинские учреждения поставлены перед необходимостью самим изыскивать средства на свое выживание. Моральный климат на улицах наших городов и сел, в нашем обществе как никогда соответствует словам Грибоедова: «Где, укажите нам, отечества отцы, Которых мы должны принять за образцы? Не эти ли грабительством богаты, Защиту от суда в чинах нашли, в родстве». Врач – продукт общества и ему не дано ни выпрыгнуть, ни перепрыгнуть через него. Каково общество таков и врач. Действия в угоду личной и корпоративной выгоде в такой ситуации могут стать скорее правилом, чем исключением. **Давно известно это - там, где дело пахнет личной выгодой, мораль всегда дремлет или крепко спит. Как писал Ф.Энгельс «нет такого преступления, на которое не пойдет капиталист, если видно, что прибыль будет превышать 300%».**

При инженерной модели мнение самого больного о диагнозе и лечении играет еще меньшую роль, чем при патерналистской.

Все это так, однако, в мире идут процессы, которые свидетельствуют о том, что отбрасывать инженерную модель еще рано. В Нидерландах в 2005 году состоялась конференция «Биомедицина в границах человеческого существования». И на данной конференции (данные Б. Лихтермана) выступающие считали, что в настоящее время за рубежом происходит изменение отношения к больным. Все больше врачей считают больных «клиентами службы здравоохранения». В соответствии с этим происходит так называемая «коммодификация» самой медицинской помощи. Английское слово «commodity» означает предмет потребления, товар. То есть, это как раз и есть тот принцип, на котором работает инженерная модель. Медицина предлагает свои услуги – товар - больные ее потребляют. В общем, так сказать «No bioethical problems»!

По принципу коммодифицированной медицины может работать еще одна модель взаимоотношений врача и больного - так называемая **контрактная** (А.Кампбелл и соавт.,2004). По мысли авторов при этой модели слово пациент нужно заменить словом «клиент» так как «отношения в медицине в действительности являются формой «контракта» и действовать здесь следует как бы по контракту. «Пациенту он может помочь продумать до конца последствия избранного курса лечения, разделить ответственность за принимаемые решения о защите его здоровья, знать, чего конкретно следует ожидать от данного доктора, и предпринять соответствующие действия при несоблюдении контрактных обязательств».

Однако сами авторы считают, что контрактная модель не лишена недостатков. Во-первых, слово «клиент» также означает «человек, находящийся под покровительством старшего», то есть вновь возвращает пациента к патерналистской модели, Во-вторых, авторы справедливо отмечают, что больной человек относительно редко бывает в состоянии вести переговоры о надлежащем курсе лечения подобно тому, как он ведет переговоры о коммерческом контракте. Болезнь зачастую снижает способность больного к оценке различных альтернатив, а также объективному восприятию ситуации с учетом всех деталей.

Взаимоотношения врача и больного всегда должны строиться на доверии и никаким контрактом нельзя во всех случаях защитить права пациента.

Одной из наиболее восхваляемых и рекомендуемых в наше время моделей взаимоотношений врача и пациента является **модель коллегиальная (или, как ее еще называют, модель информированного согласия)**. По мысли авторов этой модели, предлагается строить взаимоотношения врача и больного по типу отношения коллег друг к другу, почему данную модель и называют коллегиальной. Имеется в виду, что в этом случае врач и больной выступают как равноправные личности. Счита-

ется, что врач, информируя больного о его болезни, и получая от него согласие на вмешательство, преследует цель привлечения больного к активной борьбе с болезнью. Кроме того, информированное согласие будто бы делит бремя ответственности за процедурные моменты обследования и лечения между врачом и больным. Больной в этом случае, как бы более осознанно идет на всякие процедуры, более осознанно выполняет назначения, вследствие чего повышается и качество обследования, и качество лечения.

Модель информированного согласия требует от врача, чтобы все вопросы обследования и лечения решались лишь на основе представления больному детальной информации об этих методах, и его согласия на их проведение. Здесь будто бы могут быть соблюдены такие фундаментальные ценности, как честность и справедливость, создана обстановка сотрудничества врача и пациента, пациент может принимать обдуманное решение о своем обследовании и лечении. Информирование больного должно ставить целью участие пациента в выборе, обеспечение его интересов, а не интересов врача.

Но, так ли это на самом деле? Неужели же, действительно, при любом информировании больного, он может лучше, чем врач решить какой из методов диагностики и лечения ему подходит больше?

Только люди или не имеющие врачебного образования или не сталкивающиеся с больными изо дня в день, не анализирующие психологию больного человека могут думать, что согласование всех вопросов диагностики и лечения с больным **всегда и в любой ситуации** может принести пользу. Кроме того, едва ли можно признать наилучшим попытку навязать всем нациям, разным культурам какую либо одну определенную модель взаимоотношений между врачами и пациентами, без учета этнокультурного фона, менталитета, традиций. **Все-таки в разных странах люди поклоняются разным богам и видят в жизни совсем иные ценности.** И сегодня люди, которые говорят, **что они-то знают, в какую сторону надлежит идти, а все прочие нет,** очень опасны для самой этики…

Возможно, что в странах запада пациент очень эрудирован, он хочет и может вмешиваться в процесс диагностики и лечения и там, врачу надо опираться на его мнение. **Однако в наших условиях, вмешательство больного в процесс диагностики и лечения не может дать ему особых благ. Ну, не может он, как его не просвещай, разобраться во всех сложностях и тонкостях процесса обследования и лечения. Не механическое и не простое это дело, как, возможно, кажется иным профессорам-теоретикам, берущимся устанавливать категорично однотипные законы биомедицинской этики для всех.**

Об этом, в конечном итоге вынуждены говорить и сами сторонники модели информированного согласия. Так, те же А.Кемпбелл и соавторы пишут: «Сколько бы усилий не предпринимал доктор для информирования пациента, **только медицински подготовленный человек в состоянии оценить неопределенности и сложности множества возможных вариантов лечения..».** И «таким образом, хотя старая патерналистская установка, когда пациентов держали в полном неведении, должна быть отвергнута, и впредь **будет возникать немало ситуаций, когда способность именно *доктора* делать правильный выбор лечения остается решающим фактором.** Акцент на получение согласия, когда оно необходимо и возможно, не отменяет потребности в профессии, которая будет действовать «во благо пациента».

Здесь нельзя не коснуться ряда особенностей, связанных с вмешательством в эти вопросы современных правовых положений. Дело в том, что, как об этом говорилось выше, в последние десятилетия вопросы обследования, лечения, информированного

согласия больного и др. в России из области этической перешли в правовую область. Это отражено в принятии по ним ряда законодательств.

Видимо, юридические органы признали, что в связке «врач-больной» возникли правоотношения. Здесь с одной стороны выступают врач или все медицинские работники, а с другой больной. По закону, медицинское учреждение в лице всех работников, участвующих в этом процессе **обязано, используя достижения научной и практической медицины, необходимую медицинскую технику, специальные знания и опыт работников,** находящихся в этом учреждении в трудовых (служебных) связях, **произвести необходимые действия по обследованию пациентов, установлению правильного диагноза и проведению надлежащего лечения.**

В Федеральном законе «Об охране здоровья граждан РФ» № 323 от 22 ноября 2011 года, в главе 4, статье 19 (далее ФЗ-323, 2011)записано:

Статья 19. Право на медицинскую помощь

1. Каждый имеет право на медицинскую помощь.

2. Каждый имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также на получение платных медицинских услуг и иных услуг, в том числе в соответствии с договором добровольного медицинского страхования.

5. Пациент имеет право на:

1) выбор врача и выбор медицинской организации в соответствии с настоящим Федеральным законом;

2) профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

3) получение консультаций врачей-специалистов;

4) облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами;

5) получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;

6) получение лечебного питания в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях;

7) защиту сведений, составляющих врачебную тайну;

8) отказ от медицинского вмешательства;

9) возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи;

10) допуск к нему адвоката или законного представителя для защиты своих прав;

11) допуск к нему священнослужителя, а в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях - на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, проведение которых возможно в стационарных условиях, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок медицинской организации.

Здесь нельзя не сказать несколько слов комментариев по ряду пунктов данной статьи. Прежде всего, речь пойдет о пункте 1-ом, – о праве больного выбирать лечащего врача и лечебно-профилактическое учреждение, в котором ему хотелось бы лечиться. Нет сомнения, что исполнение этого права больного находится, скорее всего, в компетенции государства, представителем которого выступают медицинские административные лица – главные врачи поликлиник, больниц и т. д. Это право пришло в закон из рекомендаций Всемирной медицинской Ассоциации. Еще в документе 17-ой Ассамблеи ВМА (1963), дополненных 35-ой Ассамблеей (1983), который назывался «Двенадцать принципов предоставления медицинской помощи в лю-

бой национальной системе здравоохранения» вторым пунктом было записано **«Любая система здравоохранения должна обеспечивать пациенту право выбора врача, а врачу – право выбора пациента, не ущемляя при этом прав ни врача, ни пациента».**

К сожалению, сегодня в России в системе государственного здравоохранения открыто ущемляются эти права. **Выбор врача, также как и лечебного учреждения, больным исключен абсолютно.** В поликлинике больной вынужден идти к «своему» участковому врачу, будь тот сто раз никуда негодным и ни к кому другому. Он кабально закреплен за этим врачом своей пропиской. В стационаре происходит то же самое, хотя и по другому сценарию. Больного вынуждают лечь к тому врачу, у которого в день поступления случайно оказалась свободная койка.

Право больного на выбор врача и лечебного учреждения может быть реализовано лишь в виде платного лечения, хотя это противоречит статье 41 Конституции РФ и законодательству. И эта практика набирает силу и даже имеет тенденцию к законодательному закреплению. По сообщениям печати, при обращении пациентов в суды различных инстанций, последние, как правило, склоняются к признанию правомерности оказания таких платных услуг. Мотивируется это свободой рыночных механизмов…Такая вот свобода игнорировать Конституцию и закон. Ну, как тут не вспомнить знаменитое: «Суровость российских законов смягчается необязательностью их исполнения!». «Доброе» старое правило исправно работает в России много веков, и будет работать во все времена**!** На то она и Россия. Умом Россию не понять!

Когда я так говорю или пишу, то многие администрирующие лица поднимают также вечно-печально-знаменитый российский вопрос: «А что делать?» «Ведь, если этого не будет, все захотят идти только к самым лучшим врачам, ложиться только в самые лучшие клиники и тогда будет полный хаос»- говорят они. Однако на этот вопрос есть несколько правильных ответов. Во-первых, пусть все больные идут к хорошим врачам. И пусть эти хорошие врачи получают зарплату, как за рубежом. И пусть ложатся в хорошие клиники. Может быть, это заставит подтянуться плохих врачей и плохие клиники. А, если не подтянутся – они потерпят крах, и, в конце концов, на их место придут те, кто хочет и может работать. Во-вторых, есть второе решение – может быть не самое лучшее, но гораздо разумнее того положения, которое мы имеем сегодня. Речь идет о том, что надо просто честно признать, что сегодня у нас нет, и в ближайшее время не будет, возможности реализовать эти права больного и врача и **эту статью попросту изъять из закона**. Это будет во стократ честнее и лучше, чем сегодняшнее положение, **когда официально разрешено игнорировать закон.**

Далее. В вышеуказанных «12-ти принципах ВМА» одиннадцатый пункт гласит: «**Интересы больного диктуют, что не может быть никаких ограничений врача на выписку любых препаратов и назначение любого лечения, адекватных с точки зрения современных стандартов»**. Такого положения нет в нашем законодательстве. И то хорошо, ибо это положение также абсолютно невыполнимо в условиях России. В России имеется «Перечень…» лекарств, которые по стандартам оплачиваются «обязательным медицинским страхованием» (ОМС) и которые врач имеет право назначить тому или иному больному в поликлинике или стационаре. И в этом перечне нет очень многих современных эффективных дорогостоящих лекарств. Нет там также очень многих дорогостоящих методов обследования и лечения. И перешагнуть через такие перечни и приказы врач не имеет никакой возможности – он будет жестко наказан за это тем же ОМС.

В общем, такие «права» больных.

Далее ФЗ-323,2011 продолжают изложение других прав больных, которые должны реализоваться в медицинских учреждениях.

Статья 22 называется «Информация о состоянии здоровья» и в ней записано:

1. Каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи.

2. Информация о состоянии здоровья предоставляется пациенту лично лечащим врачом или другими медицинскими работниками, принимающими непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении. В отношении лиц, не достигших возраста, установленного в части 2 статьи 54 настоящего Федерального закона, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, информация о состоянии здоровья предоставляется их законным представителям.

3. **Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена пациенту против его воли.** В случае неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину или его супругу (супруге), одному из близких родственников (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушкам, бабушкам), если пациент не запретил сообщать им об этом и (или) не определил иное лицо, которому должна быть передана такая информация.

4**. Пациент либо его законный представитель имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать на основании такой документации консультации у других специалистов.**

5. **Пациент либо его законный представитель имеет право на основании письменного заявления получать отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки из медицинских документов.** Основания, порядок и сроки предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Статья 20 носит название «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства» и она сформулирована следующим образом:

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

2. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство дает один из родителей или иной законный представитель в отношении:

1) лица, не достигшего возраста, установленного частью 5 статьи 47 и частью 2 статьи 54 настоящего Федерального закона, или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство;

2) несовершеннолетнего больного наркоманией при оказании ему наркологической помощи или при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего в целях установления состояния наркотического либо иного токсического опьянения (за исключением установленных законодательством Российской Федерации случаев приобретения

несовершеннолетними полной дееспособности до достижения ими восемнадцатилетнего возраста).

3. Гражданин, один из родителей или иной законный представитель лица, указанного в части 2 настоящей статьи, имеют право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 настоящей статьи. Законный представитель лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, осуществляет указанное право в случае, если такое лицо по своему состоянию не способно отказаться от медицинского вмешательства.В пункте 7, статьи 20 указывается, что информированное согласие должно даваться

4. При отказе от медицинского вмешательства гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, указанного в части 2 настоящей статьи, в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа.

5. При отказе одного из родителей или иного законного представителя лица, указанного в части 2 настоящей статьи, либо законного представителя лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, от медицинского вмешательства, необходимого для спасения его жизни, медицинская организация имеет право обратиться в суд для защиты интересов такого лица. Законный представитель лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, извещает орган опеки и попечительства по месту жительства подопечного об отказе от медицинского вмешательства, необходимого для спасения жизни подопечного, не позднее дня, следующего за днем этого отказа.

6. Лица, указанные в частях 1 и 2 настоящей статьи, для получения первичной медико-санитарной помощи при выборе врача и медицинской организации на срок их выбора дают информированное добровольное согласие на определенные виды медицинского вмешательства, которые включаются в перечень, устанавливаемый уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

7. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства оформляется в письменной форме, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем, медицинским работником и содержится в медицинской документации пациента.

8. Порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинского вмешательства, форма информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форма отказа от медицинского вмешательства утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

9. Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается:

1) если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители (в отношении лиц, указанных в части 2 настоящей статьи);

2) в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;

3) в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами;

4) в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления);

5) при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы.

10. Решение о медицинском вмешательстве без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя принимается:

1) в случаях, указанных в пунктах 1 и 2 части 9 настоящей статьи, - консилиумом врачей, а в случае, если собрать консилиум невозможно, - непосредственно лечащим (дежурным) врачом с внесением такого решения в медицинскую документацию пациента и последующим уведомлением должностных лиц медицинской организации (руководителя медицинской организации или руководителя отделения медицинской организа-

ции), гражданина, в отношении которого проведено медицинское вмешательство, одного из родителей или иного законного представителя лица, которое указано в части 2 настоящей статьи и в отношении которого проведено медицинское вмешательство;

2) в отношении лиц, указанных в пунктах 3 и 4 части 9 настоящей статьи, - судом в случаях и в порядке, которые установлены законодательством Российской Федерации.

11. К лицам, совершившим преступления, могут быть применены принудительные меры медицинского характера по основаниям и в порядке, которые установлены федеральным законом.

Как это видно из вышеприведенных статей закона РФ и положений «Конвенции..» эти документы пытаются ввести все взаимоотношения врача и больного в правовое русло. Вот здесь как раз и возникают те трудности и противоречия, о которых говорилось во второй главе данного учебника – остаются ли эти взаимоотношения врача и больного в этическом русле? Можно ли обсуждать этичность или не этичность того или иного деяния врача, если выполнение данного деяния строго регламентировано законом?

Не исключено, что эти законы вызваны к жизни как реакция на дегуманизацию медицины, которую можно наблюдать в последнее время. Однако возможно ли законами остановить это явление? Ускоренными темпами идет дегуманизация всего российского сообщества, стремительно снижается ценность человеческой жизни. Врач – продукт своего общества, данного момента, данной страны. А общество антигуманно относится к врачу - зарплата его на порядок ниже зарплаты любого «государственного» чиновника, она не дотягивает даже до уровня прожиточного минимума, низка профессиональная его вооруженноть, что лекарствами, что материальной базой, нет возможности обеспечить элементарные санитарно-гигиенические условия для больных. Может ли оставаться в этих условиях гуманным врач? И станет ли он гуманнее, понукаемый законами?

В-третьих, в этих статьях законов имеется ряд недочетов, затрудняющих их использование. Прежде всего, то, что закон не определяет, как это «информированное согласие» на обследование и лечение должно быть оформлено – устно или письменно**.**

Из приведенного выше текста статьи 20 можно видеть, что согласие необходимо получать в письменном виде. Это в значительной степени важно и для врача – повышает его правовую защищенность, ограждает от возможности недобросовестных действий больного при возникновении осложнений, защищает врача в случаях судебных исков и т. д.

Однако в моральном аспекте письменное согласие нельзя считать наилучшим. Оно как раз является тем камнем, о который разбиваются доверительные отношения между врачом и больным, делает эти отношения казенными, бюрократическими. Кроме того, простое письменное согласие вовсе не является юридическим документом и не может никого защитить в суде. Дело в том, что в юридических процедурах в расчет принимаются лишь документы, заверенные у нотариуса. Невыполнимость этого во врачебной деятельности не вызывает сомнений.

Далее. Одним из принципов модели информированного согласия является требование сообщать больному человеку абсолютную правду о его болезни и возможном ближайшем трагическом исходе. Конвенция Совета Европы (статья 5) требует, чтобы больному предоставлялась правдивая информацию о диагнозе и прогнозе болезни, какой бы трагической она не была.

Такое требование сторонники данной модели обосновывают необходимостью «уважать право больного самостоятельно принимать решения», а также тем, что че-

ловек живет не одним собой, у него есть семья, дети, дела, наконец, которые, следует как-то завершить, привести в порядок, составить завещание, если его жизни угрожает опасность. В прессе пишут, что, например, в норвежском законодательстве пациент признается равноправной фигурой во взаимодействии врача и больного, в процессах диагностики и лечения. Более того, он признается главной фигурой в этих процессах. Пишут даже, что больные диктуют врачам, как их надо лечить.

Но так ли однозначен ответ на вопрос о предоставлении больному права решать вопрос о том, как поступать в том случае, когда его жизни угрожает опасность. Для иллюстрации сказанного приведем одну притчу.

«Один воин был ранен стрелой в область сердца. Призванный к нему врач сказал:

-Я не могу сейчас же удалить стрелу, ибо она проникла слишком глубоко. Если я ее вытащу, может хлынуть кровь, и ты можешь погибнуть. Но, не вытащив ее, тебя также нельзя излечить. Решай же, как поступать.

И воин тотчас же выдернул стрелу, и хлынула кровь, и умер он».

Так, правильно ли поступил врач, информировав больного о его состоянии и перепоручив тому решение своей судьбы? Не лучше ли было, не перекладывать на больного право решения, а самому принять его, отвезти воина в госпиталь и там попытаться спасти его.

Любой опытный врач России не может не задаваться вопросом, а такое ли уж это «уважение прав больного» сообщение ему правдивой информации о его болезни и ждущем его исходе? Насколько это целесообразно и милосердно?

Опыт отечественных врачей свидетельствует о том, что во многих случаях сообщение больному правдивого диагноза неизлечимой болезни ведет к жестокой травме его психики, лишает его важнейшей опоры «качества» жизни – надежды, и приводит к быстрому моральному и физическому краху. Нередко для таких больных его трагическое положение становится более важным, чем все земные дела и проблемы.

Сказанное впечатляюще иллюстрирует случай, описанный известным хирургом, профессором С. Р. Миротворцевым. Вот что он пишет в своих «Страницах жизни».

«У 68-летнего учителя с большим педагогическим стажем был диагностирован рак пищевода. Однажды он пришел ко мне в кабинет и сказал:

- Сергей Романович, я вас давно знаю. Мы с вами работаем в Саратове уже много лет. Мне хочется знать правду. Судя по некоторым данным и тем книгам, которые я прочитал, у меня рак пищевода. Однако никто мне прямо этого не сказал. Мне советуют ехать в Ленинград для лечения радием. Но если это не поможет, зачем мне тратить свои последние силы на эту поездку? Лучше я усилю питание, окончательно брошу службу, которая меня в последнее время утомляет, останусь дома, займусь чтением художественной литературы, похожу по театрам, и спокойно буду доживать то время, которое мне осталось жить. Я одинокий человек, семьи у меня нет, никто особенно не будет горевать обо мне. Неужели вы, Сергей Романович, будете меня утешать, как вы поступаете с больными, которые не имеют должного самообладания? Скажите мне просто - ехать мне или нет?

Каюсь, пишет Сергей Романович, он подкупил меня таким простым, бесхитростным и дружеским подходом. Я подумал, что, может быть, он и прав и не стоит ехать ему в Ленинград, переносить неудобства поездки и тратить последние силы, и я ему ответил:

- Не тратьте деньги и силы, выходите в отставку, читайте литературу и ходите в театр.

- Вот спасибо вам. У меня к вам большая просьба: разрешите заходить к вам раз в неделю или в десять дней показаться и побеседовать с вами, тем более что живу я рядом. А если мне будет плохо, не откажите навестить меня.

Сергей Романович обещал. За массой дел он не обратил внимания, что больной ни разу к нему не пришел и не позвал его к себе. А через два-три месяца в газете было опубликовано извещение о смерти учителя. Встретив вскоре врача, который обычно лечил на дому больного, Миротворцев спросил, не был ли он у учителя в последние дни его жизни, на что доктор ответил:

- Не только при последних, с первого дня, когда он выписался из клиники. Я даже специально хотел зайти к вам и поговорить по этому поводу. Когда он выписался из клиники, в тот день прислал за мною, и когда я пришел к нему, он спросил меня: «Зачем только Сергей Романович сказал, что у меня рак? Хоть я настаивал, чтобы он сказал правду, которую я и сам знал, но мне нужно было получить от него отрицательный ответ. И вот теперь я не расстаюсь с мыслью о своем раке, и это окончательно лишило меня спокойствия». Он не только не стал лечиться, но и забросил чтение, не выходил из дому, целый день лежал в постели и ждал смерти».

С. Р. Миротворцев говорил, что на своем примере он еще раз убедился в том, что «когда больные настаивают на сообщении диагноза, особенно если это касается злокачественных опухолей, то в этом надо видеть открытое желание получить от врача поддержку, а не подтверждение их предложения».

Кстати, случай Миротворцева очень наглядно подтверждает высказанную мной выше мысль, что информированное согласие – это вовсе не принцип биомедицинской этики. Это принцип давно известный в медицине. Разве не о реализации принципа права больного получить правдивую информацию о своей болезни идет речь в вышеуказанном случае? И была ли эта реализация благотворной?

В медицинской литературе описаны и более трагические случаи, когда больные, получив правдивую информацию о наличии у них тяжелого заболевания, кончали жизнь самоубийством. Подобный случай описывает Р. Конечный и М. Боухал в своей чрезвычайно интересной книге «Психология в медицине».

К врачу обратился крупный научный работник, который подозревал, что у него рак. Он сказал, что работает над исследованием, имеющим большое значение, и «хотел бы слышать правду» о своей болезни, чтобы рассчитать силы в соответствии с возможным исходом и сроком жизни. Врач поддался влиянию этого ученого и правдиво рассказал о положении дел. Тот поблагодарил врача и ушел, а, придя домой, хладнокровно покончил жизнь самоубийством.

Профессор В. Ф. Черваков в своих лекциях приводил примерно такой же случай. Врач, только что окончившая институт, принимала больных в участковой амбулатории. Пришедший на прием молодой женщине, страдавшей флегмоной губы, она безапелляционно заявила: «Да у вас, гражданка, сап» - и темпераментно объяснила ей, что сапом заражаются от животных, что эта болезнь может передаваться другим членам семьи и т. д. Результат: молодая женщина пришла домой и покончила жизнь самоубийством.

Именно из-за этого, из-за боязни такой реакции, врач часто вынужден откровенно лгать больному, изворачиваться, скрывать от него правду о его болезни и притом делать это так, чтобы тот не заподозрил ничего плохого.

Проблема эта сложна и неоднозначна. Ни один больной не похож на другого. Каждый из них требует индивидуального подхода.

Народное изречение гласит: «Одни говорят правду, другие имеют такт». Я думаю, что во врачебной деятельности вторая половина изречения всегда предпочтительнее первой.

В целом нельзя не видеть разумности такого поведения врача. Страх, посеянный в душе больного, - плохой соратник в борьбе с болезнью. **Врач должен оставлять больного не с тоской в душе, а с верой и надеждой. Даже если мы не можем вылечить больного, наш долг - утешить его. Последуем совету Амбруаза Паре: «Цель медицины - если возможно - вылечить, если нет - облегчить, но всегда - утешить».**

Изучение психологии больных также показывает, что многие из них живут надеждой, желают обмана и самообманываются. Так, например, большинство больных, находящихся в онкологических учреждениях, даже при наличии явных признаков болезни, не допускают наличия у себя злокачественных опухолей, считают, что они поступили лишь для обследования. И святой долг врача - поддержать в них эту уверенность, подбодрить, вселить надежду на лучший исход.

Силу врачебного слова для таких больных трудно переоценить. На практике стократно убеждаешься, что врач должен подбадривать больных, вселять в них надежду в самых кажущихся явными случаях проявления опухолей. Даже в таких ситуациях больной «рад обманываться», хочет верить и в какой-то мере верит нам, приободряется, отгоняет тяжелые мысли.

На семьдесят первом году жизни у знаменитого русского хирурга Н. И. Пирогова появилось изъязвление с плотным основанием на слизистой оболочке верхней челюсти. Лечение язвочки не дало эффекта, в связи с чем, Пирогову был выставлен диагноз злокачественного новообразования. Это заключение чрезвычайно тяжело сказалось на Николае Ивановиче. Из довольно еще бодрого и работоспособного человека он почти сразу превратился в молчаливого, мрачного и дряхлого старичка.

Пирогов не удовлетворился диагнозом московских врачей, отказался от операции и поехал в Вену к ведущему хирургу того времени Бильроту. Последний осмотрел его, отверг диагноз рака и посоветовал проводить консервативное лечение.

Такое мнение выдающегося врача своего времени оказало магическое действие на Николая Ивановича. В результате Пирогов вновь стал деятельным и активным человеком, к нему вернулись бодрость, работоспособность, сон, аппетит и он прожил оставшиеся месяцы жизни во вполне удовлетворительном состоянии. А разве этого мало? Разве не в этом одна из задач врачевания?

Вот передо мной сидит больной лет под шестьдесят. Мы знаем друг друга уже много лет. Сейчас у него картина умеренно выраженного пиелонефрита, аллергии, небольшие изменения на ЭКГ. И анемия. Небольшая, но все таки у мужчины этого возраста. И увеличена СОЭ. Он много лет курит, употребляет алкоголь. Всякие УЗИ, гастроскопии пока ничего не выявляют. И все-таки в этой ситуации клиницист не может уйти от предположения возможности у данного больного злокачественной опухоли, которая пока не идентифицируется. Так, что ж? Я должен делиться с ним этими моими подозрениями? Говорить ему правду? Сказать, да, у меня подозрение на то, что у тебя имеется рак?

Этот человек безоглядно верит мне, он боготворит меня как врача. И как же подействует на него эта правда? Исцеляюще? Поддерживающе? Обнадеживающе? Едва ли у кого может быть сомнение, что в этой ситуации такая правда приведет к тяжкой травме психики больного, к ятрогенной психогении, ухудшению его самочувствия, впадению его в болезненное состояние, гораздо большее, чем-то, что у него имеется сейчас.

Нет никакого сомнения, что в данном случае самый гуманный поступок – запрятать право получения правдивой информации о болезни подальше от больного. Это будет самой лучшей правдой и информацией с моей стороны. Я должен искать

причину его состояния дальше, но сейчас, в данный момент, успокоить его, дать ему возможность продолжить нормально жить.

Таким образом, долг врача, стоящего у изголовья больного смертельной болезнью, у границы жизни и смерти, состоит в его утешении, вселении в него надежды, поддержке и поднятии духа, даже если при этом приходится прибегать к некоторому



обману, ибо это «ложь во спасение», святая ложь, добрая ложь. Такая ложь нужна и свята хотя бы потому, что она вносит покой в душу тяжело больного человека или, как это принято говорит в наше время, – улучшает «качество» его жизни и дает ему силы более легко перенести страдания последних дней. Во врачебной практике многократно приходится убеждаться, что «тьмы низких истин нам дороже, нас утешающий обман». Да и, кроме того, все зависит от того, как мы понимаем ложь и правду. **Как очень верно пишет Л.Б. Лихтерман, в медицине правда – это то, что полезно больному, даже если это порой ложь**. В правде и лжи должно быть созидающее начало. А, если она разрушает и калечит? Нужна ли такая правда? Очень ли она этична?

Ряд российских ученых, пишущих на темы этики и биоэтики, очень даже воинственно требуют соблюдения принципа информированного согласия, требуют информирования больного о ждущем его в ближайшее время трагическом исходе. Однако здесь невольно возникает мысль: а знают ли они тот предмет, о котором пишут? Ведь никто из них не является практическим врачом, не стоял у изголовья умирающего, не ловил умоляющий взгляд тяжело больного человека, не видел как на глазах морально «умирает» человек при сообщении ему правды о ждущей его смерти. Между сообщением больному правды о ждущей его вскоре смерти и объявлением смертного приговора нет никакой разницы. Так, неужели надо это делать? Зачитывать больному за день, за неделю, за месяц и т.д. смертный приговор? К тому же, который в ряде случаев может оказаться неверным?

Образно таких врачей описал знаменитый бразильский писатель Паоло Коэлья в романе «Вероника решает умереть»: пожилой доктор учит молодого:

«-Да ты без экивоков,- сказал старший. – говори прямо.

-И что это значит,- в испуге спросила больная.

- Только одно: физическую смерть. Не знаю, каковы ваши религиозные убеждения, но…

- Сколько мне осталось жить,- перебила Вероника.

- Дней пять, от силы неделю.

За всей отстраненностью молодого доктора, его профессиональным напускным сочувствием сквозило откровенное удовольствие, которое этот док-

тор получал от собственных слов, словно оглашенный им приговор – примерное и заслуженное наказание…

За свою жизнь Вероника не раз убеждалась, что многие люди о несчастьях других говорят так, будто всеми силами желали бы им помочь, тогда как на деле они втайне испытывают некое злорадство – на фоне чужих страданий, они чувствуют себя более счастливыми…».

Очень большое сомнение имеется также в вопросе о том всегда ли можно прямо в лоб, «правдиво» информировать наших людей и об обычном заболевании или состоянии больного. Как раз в те дни, когда я писал эти строки, ко мне на приме пришла женщина с больным сыном. У мальчика имелись какие-то неполадки с желудком, но что-то выяснить у него было трудно, – он долго думал над ответом на вопрос и отвечал односложно, или не отвечал вовсе. В основном за сына говорила мать. Посмотрев больного, я собрался выписать ему лекарства, как женщина сказала:

-Вы знаете, он что-то плохо учится. Ему 14 лет, а он больше десяти считать не умеет. В школе тоже он ничего не усваивает – просто сидит в классе и все.

Я посоветовал ей обратиться к психиатру и написал тому записку с просьбой проконсультировать больного. В записке я написал: «Прошу проконсультировать по поводу возможной олигофрении или дебильности» и сказал, чтобы она вручила записку в руки врача психиатра. Больная с сыном ушли, однако не прошло и пяти минут, как дверь рывком распахнулась, и в кабинет ворвалась мать больного. Она держала в руке раскрытую и смятую мою записку. Протягивая ее мне, она закричала:

-Что Вы тут написали? Какой же он дебил? Нету у него ничего дебильного. И т. д.

Вот такое «успокаивающее» действие правды. Мальчику 14 лет, он почти не говорит, не знает таблицы умножения, не умеет ни читать, ни писать. Однако мать считает его нормальным и правда жестоко травмирует ее психику.

Вот еще одна обратная сторона информирования больных. Любой клиницист знает, что после проведения скрининговых исследований в популяции, например, по гипертонии, возникает волна манифестации латентно протекающих заболеваний. До того, как больные узнают о своей болезни, они живут обычной жизнью и не обращаются к врачам. После выявления у них гипертонии, они становятся больными. Можно оспорить это положение и сказать, что такая манифестация благо – незнание о гипертонии чревато последствиями, а знание ведет к лечению и улучшению. Однако однозначен ли ответ на вопрос о благе перевода в болезненное состояние многих людей?

Сродни данному вопросу и вопрос о необходимости детальной информации о возможных побочных эффектах лекарств. Врачебный опыт показывает – есть больные, которые правильно воспринимают такую информацию и это приносит им пользу. Однако есть и другие, у которых после таких разъяснений число побочных эффектов возрастет во много раз. А ряд больных после очень тщательных разъяснений вовсе отказываются принимать очень нужные лекарства.

Silvestri и соавторы в 2003 году провели такой эксперимент. Больных гипертоний, лечившихся пропранолоном, разделили на 3 группы. Больные первой группы, не знали, какой препарат они получают, пациентов второй группы информировали, какой препарат они получают, но не говорили о возможных побочных эффектах, в третьей больным сообщали о том, что за препарат они получают и подробно информировали о возможных побочных эффектах. И результат не замедлил сказаться: в первой группе побочных эффектов было 3,1%, во второй 15,6%, а в третьей – 31,2% (А. Верткин, 2005). Так неужели же это благо – возрастание побочных эффектов бо-

лее чем в 10 раз? Как верно заметили А.Кемпбелл и соавторы (2003): «Незнание тоже может быть ценно»!

По-видимому, правильно мнение, что, даже если принцип информированного согласия не применим к больным с возможным тяжким исходом болезни, он нужен для объяснения, так сказать, рядовым больным вероятных последствий их заболеваний - длительности, излечимости, потенциальных осложнений, трудностях и сложностях лечения, о вероятном ограничении трудоспособности, снижении половой функции и т. д. Однако, не могу вновь не повторить свой вопрос: а принцип ли это информированного согласия? Разве эти вопросы во все времена не входили в обязанности хорошего врача?

Зарубежная практика также свидетельствует о том, что общение по всем правилам информированного согласия не явится панацеей от всех трудностей врачевания.

Факты говорят о том, что и за рубежом врачи неоднозначно относятся к данной модели врачевания. Так, исследователи университета Дж. Вашингтона изучили в 2000 году 1059 конфликтов пациентов со своими врачами, и нашли, что более или менее полную информацию о назначаемых процедурах и других лечебных мероприятиях получили всего лишь 20 человек. Такое отношение к модели информированного согласия едва ли можно объяснить только недобросовестностью американских врачей. Тут нельзя не видеть и неприятия данной модели. Редко объясняют американские врачи и необходимость предполагаемых произвести диагностических процедур, возможные побочные эффекты лекарств, наличие и возможности альтернативных способов лечения.

Справедливости ради следует сказать, что не каждого человека травмирует правда о его болезни. Мировая практика свидетельствует, что многие больные стойко переносят информацию.

Психологи в ЮАР обследовали семьдесят пять больных злокачественными опухолями или другими болезнями, могущими привести к смерти в скором времени. Одна треть больных высказалась против сообщения им правды об их положении, остальные желали знать правду. При этом все больные высказались против того, чтобы разговоры об их состоянии, возможном исходе и т. д. велись бы в общей палате, в присутствии чужих людей. Особенно категорично больные возражали против передачи подобных сведений по телефону. Отмечалось благотворное влияние личной, один на один, беседы врача с больным, посвящения больного во все вопросы лечения, положительного воздействия на психологию больного и вселения в него надежды.

Заслуживают внимания данные, полученные в другом исследовании. Девяноста больным с неоперабельным раком бронха была сообщена правда об их состоянии, а спустя некоторое время их попросили высказать свое отношение к такому сообщению.

Одна женщина выразила недовольство в связи с сообщением ей диагноза. Десять больных утверждали, что ничего подобного им не говорили. У остальных больных каких-либо особых реакций на информацию не было.

Авторы этого исследования сделали вывод о том, что, по крайней мере, 50 процентов больных раком, без большой травмы психики переносят информации о своей болезни и своем состоянии.

Вот как раз таким больным, по-видимому, и можно давать правдивую информацию об их болезни и прогнозе. Именно тем, кто настойчиво интересуется этим, просит дать ее. Дать ее в виде устной беседы или разрешения знакомиться с медицинской документацией о своей болезни.

Наличие людей, мужественно переносящих известие о своей тяжелой болезни, не вызывает сомнений. Все мы знаем множество примеров величайшей стойкости духа перед лицом смерти.

Гениальный русский физиолог Иван Петрович Павлов, умирая, анализировал происходящие в его теле процессы, диктовал секретарю свои наблюдения и ощущения, а на телефонные звонки велел отвечать: «Павлову некогда, он занят умиранием».

Яркий пример мужества перед лицом смерти показал в последние дни своей жизни известный дагестанский хирург, член-корреспондент АМН СССР, профессор Р. П. Аскерханов. Тяжело заболев и чувствуя приближение катастрофы, он пригласил к себе руководство нашего института, своих сотрудников и спокойно обсудил с ними вопросы дальнейшей судьбы своей кафедры. Более того, а дело было 28 апреля, он нашел в себе силы пошутить:

- Я вам праздник не испорчу, - сказал он, улыбнувшись, и добавил: - Но, если что, конечно, простите меня.

В этот же день он пригласил к себе заведующего реанимационным отделением и попросил поставить подключичный катетер и сделать все, чтобы он мог продержаться 3-4 дня.

-Оставь, - сказал он, когда реаниматолог стал говорить ему, к чему, мол, эти разговоры и т. д. – Я знаю, что говорю, и хочу дожить до третьего мая.

И действительно, как бы подчинившись его воле, смерть отступила в праздничные дни и пришла в назначенный им день.

Таким образом, наличие сильных личностей, могущих мужественно противостоять горькой правде не вызывает сомнений. И, как говорит профессор И. И. Косарев, «сильному духом можно сказать и горькую правду о неблагоприятном исходе…». **К сожалению, в жизни вот это то деяние и является самым трудным. Определить, у кого из интересующихся своим прогнозом пациентов нервная система окажется устойчивой, у кого нет.** Нередко приходится видеть, как под тяжестью фактов ломается кажущийся крепким человек и, наоборот, оказывается мужественным тот, от кого меньше всего ожидаешь этого. Все это не написано на лицах больных. И даже после длительного общения с больным наши выводы не всегда оказываются верными. Об этом очень ярко свидетельствуют случаи, описанные С. Р. Миротворцевым, Боухалом и многими другими авторами.

Из всего сказанного вытекает, что в обыденной врачебной практике врачу необходимо придерживаться статьи закона об информированном согласии больного в вопросах его обследования и лечения, его болезни, о его состоянии в целом. В вопросе же возможности трагического исхода болезни, проблемы неизлечимых больных есть сомнение в необходимости информировать больного человека. Здесь нужен дифференцированный подход. Есть больные кого можно информировать, а есть такие, которым нельзя сообщать правду. И даже там, где правда сообщается, нужно делать это по возможности деликатнее, не спеша. Нельзя, как говорится «резать правду-матку в глаза». Самой лучшей является тактика продвижения вперед при помощи малых побед, сообщения правды малыми порциями, по чайной ложке.

ВЫВОДЫ. 1. Модель взаимоотношений врача и больного, называемая «патерналистской» сохраняется в нашей стране и поныне и имеет множество положительных аспектов.

2. Так называемая «инженерная» модель общения врача с больным имеет целый ряд отрицательных сторон и не может быть рекомендована, как альтернатива патерналистской.

3. Контрактная модель также не лишена недостатков ее нельзя считать идеальной во взаимоотношениях врача и пациента.

4. Модель «информированного согласия», предлагаемая ныне как альтернативная патерналистской, по-видимому, имеет ряд положительных сторон, однако и она не может быть рекомендована как единственно возможная, так как содержит в себе возможность отрицательного воздействия на пациента.

5. Особо такая опасность выражена в случаях информирования больных о заболеваниях, опасных для их жизни. Врачебная практика полна наблюдений тяжкого травмирования такой «правдой» психики больного человека, с трагическим исходом в ряде случаев. Следовательно, это деяние нарушает фундаментальные принципы медицинской этики «делай добро» и «не навреди». В связи с этим в таких ситуациях предпочтительней отойти от информированного согласия и использовать святую «ложь во спасение».

6. Медаль информированного согласия должна быть использована при проведении обследования и лечения больного, объяснения сути болезни, прогноза и ряда других вопросов.

7. В настоящее время большинство вопросов взаимоотношений врача и пациента перешли в правовое русло, и роль этоса медицины в их решении стала не очень ясной.

CONCLUSIONS. 1. Model of relationship between doctor and patient, called «paternalistic» is still preserved in the country and until now has many positive aspects.

2. The so-called «engineering» model of communication of the doctor with the patient has a number of negative aspects and cannot be recommended as an alternative to a paternalistic.

3. The contract model also has some disadvantages, it is not perfect in physician-patient relationship.

4. The model of «informed consent» offered now as an alternative to paternalistic, apparently, has a number of positive aspects, however, it cannot be recommended as the only possible one, because there is the risk of negative effects on the patient.

5. Such threat particularly exists in cases of informing patients about the diseases that are dangerous to their lives. Medical practice has often observed such injury to the patient when the patient was told such "truth", in some cases there wire even fatal outcomes.

Therefore, this action violates such fundamental principles of medical ethics as «do good» id «do no harm». In this regard, in such situations it is preferable to keep away from the informed consent and use "holy white lie".

6. Model of informed consent should be used during the examination and treatment of the patient, explanation of the nature of the disease, prognosis, and other issues.

7. Currently, most of the issues of doctor-patient relationship are transferred within Law and the role of the ethos of medicine in their decision has become unclear.



ЯТРОГЕНИИ ИЛИ «ПЕРВЫМ ДОЛГОМ НЕ ПОВРЕДИ»

IATROPATOGENY OR DO NOT HARM

А. Я. Иванюшкин и соавторы (1998) пишут, что девиз «Первым долгом не повреди» – один из принципов биомедицинской этики. Мне представляется, что этим самим прямо признается, что это учение является, так сказать, «правопреемницей» этики и деонтологии врача. Ведь noli nocere – известно с древнейших времен и этим принципом руководствовались лучшие врачи всех времен и народов еще в те времена, когда биомедицинской этики не было и в помине. Выдвижение этого принципа еще в те далекие времена показывает, что уже тогда была подмечена опасность в ряде случаев, при определенных условиях, врачебных знаний и действий для пациента, возможность отрицательного воздействия врача на больного человека. И она есть, более того, в наше время такая возможность увеличилась.

Целый ряд действий врача может вести к возникновению болезненных состояний - от небольшой душевной, психической травмы до тяжелейших заболеваний, угрожающих жизни человека.

Такие явления носят название **ятропатогений**, или, кратко - **ятрогений,** что означает болезни, вызванные врачом или связанные с врачеванием (от греческих слов iatpos - врач, pathos - болезнь и genes- делать, производить).

В вопросе о том, что же конкретно вкладывать в понятие ятрогений, в литературе нет единства. В принципе ясно, что в это понятие попадает развитие у больного человека патологических состояний (функциональных или органических) вследствие ряда трудностей и дефектов врачевания. Одни авторы (Р. А. Лурия, Н. В. Эльштейн) считают, что сюда надо относить различные нарушения, обязанные отрицательному словесному воздействию на больного (словесные ятрогении, психогении). Другие значительно расширяют это понятие и кроме психогений относят к ятрогениям отрицательные последствия нерационального применения лекарственных средств (токсическое действие при назначении многих лекарственных средств одновременно, последствия ошибочного введения лекарственных форм и др.), а также неправильного производства различных лечебных и диагностических манипуляций и особенно недостаточно обоснованных или недостаточно искусно произведенных операций (ятрогении, связанные с ненадлежащим лечением, вследствие халатности, недобросовестности врача).

К ятрогениям относится также затяжное течение ряда заболеваний в связи с неактивным и неэффективным лечением, и прогрессирование ряда из них из-за недостаточной или неправильной профилактики, и осложнения при ошибках введения лекарственных веществ и т. д. то есть весь комплекс отрицательного психологического, физического воздействия врача на пациента.

Если по большому счету оценить явление, называемое ятрогенией, то это определение надо признать правильным. Однако мне представляется, что в этом случае сразу необходимо дать определение другого понятия – «врачебная ошибка». Чем же отличается врачебная ошибка от ятрогении? По большому счету все ятрогении – результат врачебной ошибки, т.е. можно признать наличие прямой корреляционной связи между этими двумя явлениями как причины и следствия.

Сегодня в России модно ругать медиков и медицину, с шумом и пафосом излагать на страницах российских СМИ «врачебные ошибки», говорить о наших врачах, как о неумехах и приводить в пример нашим каких-нибудь зарубежных врачей. Однако вот некоторые факты: «Исследование Шиммела в 1960-х годах показало, что 20% больных в США страдают от ятрогений. Документы, изученные за 20 лет в США, Австралии и других странах, что ятрогении являются большой проблемой во всех странах» (Вестник МГНОТ, 2006, №18, с.7).

В последние 40-50 лет сложилась ситуация, при которой во много раз увеличилась опасность ятрогенного влияния врачебной деятельности. Это связано с технизацией медицины, внедрением в ее практику так называемых высоких технологий, развитием трансплантологии, репродуктивных технологий. Врач получил невиданную ранее возможность сверхактивно вмешиваться в человеческую природу и, соответственно, возросли его возможности нанести вред больному. Очень тонка стала перегородка между двумя основополагающими принципами медицины «не вреди» и «добивайся эффекта, активно вмешивайся», все труднее стало находить, как образно говорил Б. Е. Вотчал, «узкий фарватер между мелями чрезмерной осторожности и скалами безрассудной смелости».

Ятрогении могут быть связаны с трудностями врачебной работы при редких и трудно диагностируемых болезнях. Их можно в какой-то мере понять и простить врачу. Кроме того, ятрогении могут возникнуть и, несмотря на то, что действия врача по отношению к больному были абсолютно правильными. Такие ятрогении являются скорее **бедой врача**, чем его виной, и возникают в тех случаях, когда больной неверно понимает те или иные врачебные термины или указания по диагнозу и лечению.

Как-то я был вызван в район для консультирования больной с заболеванием почек. Больная выглядела очень истощенной. При опросе выяснилось, что она несколько месяцев тому назад была консультирована специалистом в Махачкале, который обнаружил у нее заболевание почек и рекомендовал воздержаться от употребления мяса, яиц, соли и вообще «соблюдать строгую диету». В связи с этим уже более пяти месяцев больная придерживалась действительно строгой, почти полуголодной диеты.

Никакие уговоры местных врачей не могли убедить больную расширить диету. В результате гипохлоридная, малобелковая и малокалорийная пища привела женщину на грань полного истощения.

С больной пришлось вести долгую и осторожную беседу, сделать анализы и разъяснить ей результаты, убедить, что они нормальны, а также объяснить вред такого длительного неправильного питания. Беседа возымела свое действие, постепенно больная стала питаться нормально и поправилась. Таким образом, иной раз самое сверхблагое намерение врача может наткнуться на ятрогенную реакцию.

«Горячей» ятрогенной точкой является современная клиника. Как известно, в клинике в течение дня работает множество медицинских работников - врач, сестра, ассистент, доцент, интерн, группа (а иногда и несколько групп) студентов из десяти и более человек. И каждый из них может оставить какой-нибудь отрицательный след



в душе больного неосторожным словом, выражением лица или действием.

Все больные внимательно (обостренно внимательно!) прислушиваются к словам врачей, студентов, сестер и санитарок. В результате случайно оброненное слово, не так заданный вопрос, жест, мимика, недопустимо жалостливое отношение и другие моменты могут стать причиной тяжелых реакций больных.

Выдающийся отечественный врач и педагог профессор Борис Евгеньевич Вотчал описал случай, происшедший с ним в начале его деятельности.

. . . Во время обхода в палате ассистент показал ему больного, находившегося на лечении по поводу инфаркта миокарда и готовящегося к выписке. Б. Е. Вотчал осмотрел больного и сказал, что его не следует выписывать, так как ему не нравятся тоны сердца. Больного оставили в клинике. Ночью у него развился повторный инфаркт миокарда, и он скончался.

Наутро больной, находившийся рядом с умершим, рассказал профессору следующее: «Больной очень расстроился после обхода. Он был очень обеспокоен и говорил: «Когда я сам чувствовал, что умираю, приходил Борис Евгеньевич, и ему всегда нравились тоны моего сердца. Если сейчас даже ему они не нравятся – значит мои дела плохи».

Б. Е. Вотчал тяжело переживал случившееся и писал: «Несмотря на то что, вероятнее всего, речь идет о простом совпадении, этот случай я все-таки не могу забыть на протяжении двадцати лет, и он мне служит постоянным напоминанием о том, как и с какой осторожностью приходится применять у постели тяжелого больного, этой «эоловой арфы», каждое слово, этот чрезвычайный раздражитель».

К сожалению, в целом ряде случаев ятрогении возникают по вине врача. Это имеет место в случаях, когда они травмируют нервную систему больных не случайно, а в силу скверных душевных качеств. Подобные врачи встречались во все времена. Яркий пример приводит И. И. Панов в своих «Литературных воспоминаниях».

Известный петербургский врач Спасский, только что вернувшийся от раненого А. С. Пушкина, был вызван к тяжелобольному. Осмотрев больного и сделав назначения, доктор собрался уходить. В это время больной схватил руку доктора и умоляющим голосом спросил его: «Скажите, есть ли какая-нибудь надежда, доктор? Могу ли я выздороветь? » - «Никакой, - ответил Спасский. - Да и что же тут такого? Все мы умрем, батюшка. Вон и Пушкин умирает! Слышите? Пушкин? Так уж нам с вами можно умереть! ».

Больной со стоном откинулся на подушки и умер в тот же день, что и Пушкин.

В свое время случай со Спасским получил широкую огласку и обсуждение. Некоторые известные лица пытались оправдать его поступок тем обстоятельством, что он был сильно взволнован видом умирающего Пушкина. Однако другие резонно возражали, что состояние одного, даже великого, человека не дает ни малейшего основания так жестоко поступать с другим. И они, несомненно, были правы.

Хотя доктор Спасский и считался одним из хороших врачей своего времени, в этом случае он пренебрег элементарными принципами гуманизма, показывая тем самым черствость своей души и бессердечие.

Подобные случаи всегда заставляют вспомнить мудрую поговорку «Одни знания не делают человека врачом». Для этого нужны еще такие моральные качества как прирожденный такт, доброта, мудрость, отзывчивость, умение сострадать. Избравший врачебную профессию должен учиться умению беседовать с больным человеком. Такое умения редко бывает врожденным даром, его нужно развивать у себя, вырабатывать в процессе повседневной работы, долго и терпеливо (нередко всю жизнь) учиться общению с больным человеком.

Общение врача не кончается его словесным диалогом с больным. Оно проявляется и в тех документах, которые он выдает на руки больному человеку. И здесь также имеется большая опасность не этичного поведения врача, рождения ятропатогений. Вот пример: в справке, выданной больному на руки одним из центральных лечебных учреждений, после большого перечня исследований написано: «Диагноз - хронический персистирующий гепатит, активный», ниже в виде примечания добавлено: «Учитывая некоторые морфологические изменения, особенности клинического течения, малую эффективность лечения можно ожидать в дальнейшем развития цирроза печени».

В наши времена все больные грамотны и читают литературу по своему заболеванию. Таким оказался и этот больной. Он прекрасно разобрался в том, что его ожидает. Можно представить состояние такого человека, который постоянно живет под дамокловым мечом этого «предсказания», которого все время грызет мысль о неизбежности цирроза печени. Он так и ходит, этот больной, - держась за печень, постоянно ощупывая ее, не веря местным врачам.

Возможно, делая вышеуказанную запись в справке, врач из центра и преследовал благую цель - хотел обратить внимание врачей по месту жительства больного на особенности течения болезни и необходимость тщательного наблюдения. Тем не менее, запись достигла лишь цели лишения спокойствия больного, тяжелой травмы его психики.

Гуманное отношение к человеку – самый первейший принцип врачебной профессии. Гуманность врача зачастую еще и в том, что он должен стараться облегчить страдания больного человека.

. . . Из палаты слышится стон. Захожу и вижу - на кровати больная, что называется, корчится от боли. В то же время врач спокойно сидит за столом, занимаясь своими делами. Интересуюсь, в чем дело.

- Да у больной кишечная колика.
- Что же вы сделали для ее снятия?
- Инъекцию папаверина.
- Когда?

Врач смотрит на часы и неуверенно говорит:

- Кажется, около часа назад.
- Но вы же видите, что боль не снялась, чего же вы ждете, почему не принимаете других мер?

Врач мнется, говорит что-то невразумительное. И все. Человек на глазах у ЛЕЧАЩЕГО врача корчится от боли, а он в это же время хладнокровно занимается другим делом.

Лечить - значит добиваться успеха. Боль - сигнал бедствия, призыв к оказанию помощи. Если нет какой-то особой необходимости наблюдения за болевым синдромом, то боль нужно снимать всеми мерами: словом, обезболивающими медикаментами возрастающей силы, вплоть до наркотических, теплом, новокаиновыми блокадами и другими средствами.

Длительная боль - это не только тяжелая травма для психики больного, но при ряде болезней - фактор, могущий резко ухудшить состояние. Длительная боль при инфаркте миокарда ведет к значительному расширению участка погибшей мышцы сердца. Сильная боль различного генеза служит причиной развития шокового состояния и т. д. Поэтому в вышеописанной ситуации боль, терзающая больного и ухудшающая его состояние, - это явная ятрогения, ибо врач не делает ничего для ее снятия. Кстати право больного на снятие боли при обращении за медицинской помощью закреплено законодательно. В главе 5, статье 19 ФЗ-323, 2011, пункт 4 записа-

но: «пациент имеет право на облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами».

Здесь следует упомянуть еще одно обстоятельство. Нельзя думать, что ятрогении могут вызываться только действиями врачей. Они могут возникать на непродуманные слова и действия любого человека в белом халате.

Вот наглядный пример: подросток, купаясь в незнакомом водоеме, прыгнул вниз головой, ударился о камень и в тяжелом состоянии был доставлен в клинику. При обследовании установлено, что у мальчика имеется перелом основания черепа, шейных позвонков.

Опытный хирург тщательно оперировал мальчика, и он пришел в сознание, однако травма оказалась несовместимой с жизнью, и, спустя несколько дней, больной умер. В этот момент некая всезнающая «сердобольная» санитарка сказала убитой горем матери: «Оперировал-то молодой врач, вот если бы профессор, ваш сын остался бы в живых».

Эти слова настолько потрясли мать умершего, что она стала писать заявления во все инстанции, требуя наказания хирурга, якобы погубившего ее сына. Комиссии прибывали одна за другой, и все они вынесли заключение об отсутствии вины хирурга, но мать отказалась верить в эти заключения и вновь и вновь писала заявления, в том числе уже и на комиссии. История эта тянулась более двух лет.

Так неосторожно сказанное санитаркой слово усугубило трагедию матери и послужило причиной тяжелой психической травмы не только для нее, но и для врача, оказавшегося незаслуженно оклеветанным

И еще об одной стороне возможных ятрогенных действий врачей. Иной (и не такой уж редкий!) раз мы прямо у постели тяжелого больного, находящегося в коматозном состоянии, обсуждаем все детали болезни, диагноз, лечение и даже прогноз. При этом подразумевается, что у него полностью отключено сознание.

Накопленный к настоящему времени опыт свидетельствует: во многих подобных случаях больной человек находится не в коматозном, а в шоковом состоянии, когда сознание не отключено. Более того, давно известно, что кома также имеет свои степени тяжести.

И оказывается, не всегда внешние признаки комы - отсутствие сознания, рефлексов, расслабление мышц и т. д. - соответствуют нарушению восприятия. Многие больные, находящиеся по внешним признакам в коматозном состоянии, слышат, воспринимают и запоминают наши суждения, хотя и не могут реагировать на это. Мышечное расслабление, прострация еще не означают выключения высших отделов мозга.

В результате дошедший до сознания больного разговор о диагнозе, о прогнозе по-настоящему может ухудшить состояние или ускорить исход болезни человека, и без того находящегося на рубеже жизни и смерти.

Пациенты психологически уязвимы даже при той ситуации, когда диагноз ясен и лечение идет адекватно. Давно доказана «гипертония белого халата», стресс при обычном, рутинном снятии ЭКГ или другой «граммы», проведении «стандартных» анализов и т.д. Но эта уязвимость возрастает во стократ, когда мы грубы, невнимательны, совершаем ошибки и т.д. Об этом никогда не следует забывать.

Заканчивая данный раздел, хотелось бы отметить, что не у всех больных случайно оброненное врачом слово, неверный жест или мимика вызывают ятрогении. Чрезвычайно интересны результаты изучения действий слов врача на здоровых людей.

Добровольцам, здоровым людям, врачи снимали электрокардиограммы и говорили, что у них найдены изменения, хотя на самом деле таковых не было. Последующие наблюдения установили, что у части из них развивались невротические боли в области сердца.

Анализ карт амбулаторного обращения этих людей выявил, что признаки ятрогенной патологии возникли в основном у тех лиц, у кого и до эксперимента отмечались те или иные невротические жалобы.

Таким образом, неосторожные слова или жесты врача дают болезненные всходы чаще в том случае, если они попадают на уже подготовленную почву. Организм больного как бы и сам причастен к таковой болезни. Последние развиваются у больных с тревожно-мнительным характером, эмоциональной неустойчивостью, готовностью к неврозу навязчивых состояний.

Разумеется, вышесказанное не может служить основанием для того, чтобы снять всю ответственность за психогенные ятрогении с медицинского работника и возложить ее на самого больного. Более того, зная это, мы должны быть еще более осторожными в своих выражениях, жестах и поведении в присутствии больного человека.

Следует подчеркнуть, что врач не должен забывать о том, что он врач, также и при любых разговорах со здоровыми людьми. Везде и всюду он должен стараться вести беседу, щадящую нервную систему, или обходить медицинские темы. Тем более противопоказано медику обывательское «ах, как вы плохо выглядите» или «что-то сегодня у вас плохой вид» и т. д. Такого характера разговоры, особенно когда они исходят от врача, приводят к травме психики даже здорового человека.

Врач не должен ограничиваться тем, что сам проводит профилактику ятропатогений. Он в своей работе должен ежедневно демонстрировать высокие принципы деонтологии, и обучать этому свой средний и младший медицинский персонал. Никто другой не научит их этому.

Если медицинские сестра еще имеют знакомство с современными принципами медицинской этики, то младший медицинский персонал приходит в лечебные учреждения, не имея ни малейшего представления об особенностях поведения у постели больного, об умении разговаривать с больным, соответственно вести себя с ним и т. д. А ведь патогенное действие слов и дел младшего медицинского персонала не менее выражено, чем таковых врача. Яркий пример, подтверждающий сказанное, был приведен мной выше в истории с «сердобольной» няней, сказавшей: «Оперировал-то молодой врач, вот если бы профессор. . . ».

Несмотря на то, что средний медперсонал знакомится с основами биомедицинской этики в колледже или училище, все же многие грешат неумением вести себя у постели больного, небрежностью дел и слов, забывают, что являются сестрами милосердия, а не бездумными исполнителями назначений врача.

Я понимаю, что у наших врачей много дел, много больных, нередки случаи предвзятого к доктору отношения, несправедливости со стороны ряда больных и многих малосимпатичных административных лиц. И это положение может привести к тому, что врач окидывает больных холодным взглядом, говорит резкости, «отфутболивает», не вникая в болезнь и не думая о ятрогениях.

Впрочем, по нынешним временам такого врача тоже можно кое в чем понять. Не может голодный и нищий врач быть очень уж милосердным. Тем не менее, лучше, если, при любой нагрузке и несправедливости властей предержащих врач не терял самообладания, вежливости, умения разговаривать с больным, соответственно вести себя у постели страдающего человека. При любой неправедности отношения к врачу, для последнего больной не должен стать безликим существом, которого можно

тыкать, и называть «тот, который на третьей койке от окна» или «в углу, такой прихрамывающий». Сохранение достоинства больного одна из основ проблемы взаимоотношения больного и врача. Не только тело мы лечим, но человека, с его фамилией, именем и отчеством и даже с его чинами и индивидуальной самооценкой.

Все больные заслуживают теплого слова врача и, особенно, максимальных усилий для возвращения и сохранения здоровья.

ВЫВОДЫ. 1. Врачебные специальность и деятельность таят в себе возможность нанесения случайно или намеренно вреда здоровью больного.

2. Заболевания или патологические состояния, возникающие у больных вследствие дефектной врачебной деятельности, носят название ятрогений (ятропатогений).

3. Ятрогении могут возникать при абсолютно правильных действиях врачей («беда врача»), при его ошибках (халатность врача или ненадлежащее врачевание) и по его злому умыслу (вина врача).

4. За ятрогенные действия врач несет моральную, административную или правовую ответственность.

5. Предотвращению ятрогений способствует повышение профессионального мастерства и искусства врачевания

CONCLUSIONS. 1.Medical specialty’s and aactivities cause risk of doing either accidentally or intentionally harm to the patient.

2. Disease or pathologic condition occurring in patients as a result of defective medical practice is called iatrogenic (iatropatogenic).

3. Iatrogenic may occur when doctors are absolutely correct («misfortune of a doctor»), when he makes a mistake (doctor's ignorance or mistreatment) and on his evil intention (doctor's fault).

4. For iatrogenic actions doctor has a moral, management or criminal responsibility.

5. Professional development and the art of healing prevent iatrogenic.



МЕДИЦИНСКИЙ ЭКСПЕРИМЕНТ И ЭТИЧЕСКИЕ КОМИТЕТЫ

MEDICAL EXPERIMENT AND ETHIC COMMITTEES

МЕДИЦИНСКИЙ ЭКСПЕРИМЕНТ. Понятие медицинский или медико-биологический эксперимент включает в себя и научные исследования, и испытания лекарственных средств, и лечение больных новыми препаратами, и опыты на животных и ряд других моментов.

Прогресс медицинской науки напрямую связан с необходимостью апробации новых методов, способов лечения, новых лекарственных средств, вакцин и т. д. Внедрение всего этого в практику немыслимо без медицинского эксперимента. Медицинский эксперимент помогает разработке более действенных лечебных и профилактических методов. Обязательным правилом проведения таких экспериментов является этап моделирования на животных, то есть воспроизведения тех или иных патологических процессов и изучения при этом новых методов, способов, средств. Однако даже самые тщательное моделирование на животных не гарантируют такого же эффекта на людях в связи с видовой, генетической, иммунологической и другой гетерогенностью.

В связи с этим, второй этап, этап клинического эксперимента, приходится проводить на людях. Именно этот этап, в конечном счете, является судьей, решающим фактором рекомендации в практику или отклонения всех медицинских методов, лекарств и пр.



Таким образом, необходимость медицинского эксперимента – это не какое-то корыстное желание медиков, а объективная необходимость. Отказ от проведения клинических экспериментов означало бы торможение развития медицинской науки, что, в конечном счете, не принесло бы пользу в первую очередь самому больному, если не данному конкретно, то всем будущим пациентам. Тем не менее, здесь юристы и субъекты, выступающие за права человека, поднимают вопрос о проблеме общего и индивидуального блага. Так, как говорилось выше, статья 2, Конвенции Совета Европы гласит: «Интересы и благо отдельного человека превалируют над интересами общества и науки».

Дело в том, что, в ряде случаев, при проведении медицинского эксперимента, благо всех людей, последующие «прибыли» эксперимента могут быть основаны на индивидуальном стеснении, принуждении, ухудшении состояния отдельных людей,

вовлекаемых в него. Отсюда считается, что в медицинском эксперименте благо конкретного больного приносится в жертву будущих больных, общества или популяции в целом.

Как правило, подавляющее большинство медицинских клинических экспериментов не оказывает очень большого отрицательного влияния на людей. Наоборот – эксперимент может оказаться высоким благом для конкретного больного. Такими экспериментами были, например, прививки против оспы Дженнером или бешенства Пастером. Эти прививки спасли жизнь не только сотням тысяч людей в последующем, но и жизнь тех больных, кому были сделаны первые прививки.

Кроме того**, еще не факт, что благо индивидуума так уж резко оторвано от блага общества. Как остроумно сказал Э.Успенский «Все важнее одного – таков закон». Индивидуальная жизнь большинства людей всегда находится в зависимости от общества, общественной жизни. Личный долг, в конечном счете, имеет социальный смысл и, наоборот. Альтруизм во все времена выступал как моральный ценностный фактор, по которому лучше давать, чем получать и благо других важнее, чем собственные интересы. едва ли возможен некий «суверенитет» индивида от общества.**

Нормальным в нормальном обществе является такое явление, когда каждый заботится о каждом, ставя общее выше личного. И наоборот. Ненормально когда каждый заботится только о себе, переводя на себя все интересы общества. Это есть процесс эгоизации и он чреват очень серьезными последствиями и для индивидуума и для общества в целом.

Гораздо более серьезные проблемы возникают в том случае, когда медицинский эксперимент проводится в целях научно-исследовательской работы. Разумеется, что в подавляющем большинстве случаев цели, методики и пр. клинического эксперимента совпадают с таковыми научного. К сожалению, встречаются и случаи противоположного характера. Профессор А. П. Громов приводит следующий случай.

Некий уролог М. разрабатывал научную тему «Кавернотомия почек и придатков с отсасыванием». Поскольку нужных для работы больных было мало, то для того, чтобы «набрать материал» этот, с позволения сказать, врач, умышленно ставил диагноз туберкулеза почек и придатков больным, на самом деле не имевшим этой болезни и делал им ненужные и, разумеется, вредные операции.

Другой исследователь после апендэктомии вводил внутривенно **50%** раствор хлористого кальция, не показанный им и на введение которого они не давали согласия. Одному из этих больных хлористый кальций причинил тяжкий вред.

Разумеется, что такие случаи больше относятся к исключениям, чем к правилам, но они образно показывают возможность нарушений врачами этики проведения медицинского эксперимента на людях в целях достижения своих научных целей.

Из приведенных мной выше данных можно видеть, что медицинский эксперимент может таить в себе большую опасность для здоровья и даже жизни людей. В связи с этим международные организации уделяют этому вопросу пристальное и постоянное внимание. Одним из важнейших документов международного уровня по контроля за медицинским экспериментов является Хельсинская декларация Всемирной медицинской ассоциации, принятая в новой редакции в 2000 году (Declaration of Helsinki. Bulletin of the World Health Organization, 2001;79: 373-4**) «Новые стандарты для медицинских исследований»**

В нашей печати можно встретить несколько переводов данной декларации, в которых нет принципиальных расхождений. Поскольку этот документ – один из основополагающих, которому следуют во всем мире и на который ссылаются в научных исследованиях, процитируем его полностью.

А. Вступление

1. Всемирная медицинская ассоциация разработала Хельсинскую декларацию как кодекс этических принципов деятельности врачей и других участников медицинских исследований, проводимых на человеке. Медицинские исследования с участием людей включает исследования на идентифицируемом человеческом материале или идентифицируемых данных.

2. Обязанность врача - укреплять и охранять здоровье людей. Знания и совесть врача посвящаются исполнению этого долга.

3. Женевская декларация Всемирной медицинской ассоциации накладывает на врача обязательство: «Здоровье моего пациента будет для меня первой заботой»; Международный кодекс медицинской этики провозглашает: «Врач должен действовать только в интересах пациента, когда он оказывает медицинскую помощь, которая могла бы вызвать ухудшение физического и психического состояния пациента».

4. Медицинский прогресс основывается на исследованиях, которые, в конечном счете, должны частично осуществляться путем экспериментирования с участием человека.

5. В медицинских исследованиях на человеке соображения, связанные с благополучием испытуемого, должны превалировать над интересами науки и общества (выделено мной» И.Ш.).

6. Первичная цель медицинского исследования с участием человека - это совершенствование профилактических, диагностических и терапевтических процедур и понимание этиологии и патогенеза болезни. Даже признанные лучшими профилактические, диагностические и терапевтические методы должны постоянно проверяться в ходе исследований их эффективности, действенности, доступности и качества.

7. В обычной медицинской практике и в медицинских исследованиях большинство профилактических, диагностических и терапевтических процедур несет в себе риск и тяготы (выделено мной» И.Ш.).

8. Медицинские исследования подчиняются этическим стандартам, обеспечивающим уважение каждого человеческого существа, защиту его здоровья и прав. Некоторые группы людей, привлекаемые к участию в исследованиях, уязвимы и нуждаются в специальной защите. Должны быть признаны особые нужды лиц, находящихся в тяжелом экономическом и медицинском состоянии. Специального внимания заслуживают также те, кто не может самостоятельно дать согласие или отказать в нем, наряду с теми, кто может быть принужден к даче согласия, как и с теми, кто лично не получает какой-либо пользы от участия в исследовании или для кого исследование совмещается с медицинской помощью.

9. Исследователи должны быть осведомлены об этических, правовых и законодательных требованиях, предъявляемых к исследованию с участием человека в их собственных странах, а также о применяемых международных требованиях. Никакие национальные, этические, правовые или законодательные требования не могут ослаблять или отменять любые меры защиты испытуемых, установленные данной декларацией.

В. Основные принципы для всех медицинских исследований

10. Обязанность врача, участвующего в медицинском исследовании, - защищать жизнь, здоровье, неприкосновенность частной жизни и достоинство испытуемого.

11. Медицинские исследования с участием человека должны соответствовать общепринятым научным принципам, основываться на глубоком знании научной литературы, других источников информации, на результатах соответствующих лабораторных исследований и, там, где необходимо, экспериментов на животных.

12. Соответствующая предосторожность необходима при проведении исследований, которые могут повлиять на окружающую среду; необходимо заботиться и о благополучии животных, используемых для исследований.

13. План и способ выполнения любой экспериментальной процедуры с участием человека в качестве объекта должны быть четко сформулированы в протоколе эксперимента. Этот протокол должен подаваться для рассмотрения, внесения поправок и комментариев, а если это установлено, - для одобрения в специально назначенный этический комитет, который должен быть независимым от исследователя, спонсора и любого другого неуместного влияния. Деятельность этого независимого комитета должна осуществляться в соответствии с законами и правилами страны, в которой проводится исследовательский эксперимент. Комитет имеет право надзора за проводимыми испытаниями. Исследователь обязан предоставлять в комитет информацию, необходимую для такого надзора, особенно информацию о любых серьезных неблагоприятных событиях. Исследователь также обязан передавать для экспертизы в комитет информацию о финансировании, спонсорах, своем месте работы, других потенциальных конфликтах интересов и стимулах, значимых для испытуемых.

14. Исследовательский протокол всегда должен содержать заявление о том, что этические соображения приняты во внимание, а также указание на приверженность принципам, сформулированным в данной декларации.

15. Медицинское исследование с участием человека должно проводиться только лицами, имеющими научную квалификацию, и под наблюдением клинически компетентного медицинского работника. Ответственность за испытуемого должна всегда возлагаться на лицо с соответствующей медицинской квалификацией и никогда - на испытуемого, даже, несмотря на то, что испытуемый дал согласие.

16. Каждому медицинскому исследовательскому проекту, предполагающему участие человека, должна предшествовать тщательная оценка предсказуемого риска и тягот в сравнении с предполагаемой пользой для испытуемого или для других людей. Это не исключает участия в медицинских исследованиях здоровых добровольцев. Планы всех исследований должны быть доступными общественности.

17. Врачи должны воздерживаться от участия в исследованиях с участием людей до тех пор, пока они не будут уверены в том, что связанный с исследованием риск, адекватно оценивается и контролируется. Врачи должны прекратить любое исследование, когда обнаруживается, что риск превышает ожидаемые выгоды, или когда убедительно доказано, что результаты будут положительными и полезными.

18. Медицинское исследование с участием человека может проводиться только в том случае, если важность цели исследования перевешивает связанные с ним риск и тяготы для испытуемого. Это особенно важно, когда испытуемыми являются здоровые добровольцы.

19. Медицинское исследование оправдано только в том случае, если есть разумная вероятность, что группы населения, в которых проводится исследование, получат выгоду от его результатов.

20. Испытуемые должны быть добровольными и информированными участниками исследовательского проекта.

21. Всегда должно уважаться право испытуемого на защиту его целостности. Должны быть приняты все меры предосторожности для обеспечения неприкосновенности частной жизни испытуемого, конфиденциальности информации о пациенте и минимизации воздействия исследования на физическую и психическую целостность испытуемого и на его личность.

22. В любом исследовании на человеке каждый потенциальный испытуемый должен быть адекватно информирован о целях, методах, источниках финансирова-

ния, любых возможных конфликтах интересов, месте работы исследователя, ожидаемых выгодах и возможном риске от участия в исследовании, а также о тех неудобствах, которые оно может повлечь. Испытуемый должен быть проинформирован о своем праве воздержаться от участия в исследовании или без каких-либо санкций отозвать свое согласие на участие в любое время. **Убедившись, что испытуемый понял предоставленную информацию, врач должен получить от испытуемого информированное согласие, данное без принуждения, предпочтительно в письменной форме** (выделено мной» И.Ш.). Если согласие не может быть получено в письменной форме, неписьменное согласие должно быть соответствующим образом документировано в присутствии свидетелей.

23. При получении информированного согласия для участия в исследовательском проекте врачу следует быть особенно осторожным, если испытуемый находится в зависимых отношениях от врача или если согласие может быть получено под принуждением. В подобном случае информированное согласие должно быть получено хорошо информированным врачом, который не участвует в исследовании и который не связан такими отношениями с испытуемым.

24. Если испытуемый по закону признан недееспособным, физически или умственно не способен дать согласие или по закону является недееспособным несовершеннолетним, исследователь должен получить информированное согласие от юридически уполномоченного представителя в соответствии с действующим законодательством. Эти группы не следует вовлекать в исследования, если исследование не является необходимым для улучшения здоровья лиц, принадлежащих именно к данной группе, и когда данное исследование не может быть проведено на юридически дееспособных лицах.

25. Если испытуемый, считающийся юридически недееспособным, как, например, малолетний ребенок, в состоянии одобрить решение об участии в исследовании, то исследователь должен получить такое одобрение в дополнение к согласию юридически уполномоченного представителя.

26. Исследование на лицах, от которых невозможно получить согласие, включая согласие по доверенности или предварительное согласие, может приводиться, только если физическое и (или) душевное состояние, которое не позволяет получить информированное согласие, является необходимой характеристикой для данной группы испытуемых. Особые причины для привлечения к исследованию лиц, состояние которых не позволяет им дать информированное согласие, должны быть изложены в протоколе экспериментов для рассмотрения и одобрения проводящим экспертизу комитетом. В протоколе должно быть отмечено, что согласие продолжать участие в исследовании при первой возможности будет получено от самого испытуемого или от его законного представителя.

27. Как авторы, так и издатели несут этические обязательства. При публикации результатов исследования исследователи обязаны сохранять точность результатов. Отрицательные, так же, как и положительные, результаты должны публиковаться или делаться доступными каким-либо иным образом. В публикации должны быть отражены источники финансирования, место работы исследователя и любые возможные конфликты интересов. Сообщения об экспериментах, проведенных с нарушением принципов, изложенных в данной декларации, не должны приниматься к публикации.

С. Дополнительные принципы для медицинских исследований, сочетающихся с оказанием медицинской помощи

28. Врач может сочетать медицинское исследование с оказанием медицинской помощи только в той мере, в какой исследование оправдано своей потенциальной

профилактической, диагностической или терапевтической ценностью. Когда медицинское исследование сочетается с медицинской помощью, для защиты пациентов, которые являются испытуемыми, применяются дополнительные стандарты.

29. Выгоды, риск, тяготы и эффективность нового метода должны проверяться в сопоставлении с наилучшими из имеющихся профилактических, диагностических и терапевтических методов. Это не исключает использования плацебо или отсутствия лечения в исследованиях в тех случаях, когда не существует профилактического, диагностического или терапевтического метода с подтвержденной эффективностью.

30. По окончанию исследования каждому пациенту, участвовавшему в исследовании, должен быть гарантирован доступ к наилучшим из проверенных диагностических, профилактических или терапевтических методов, выявленных в данном исследовании.

31. Врач должен в полной форме информировать пациента о том, какие аспекты медицинской помощи связаны с данным исследованием. Отказ пациента принять участие в медицинском исследовании не должен мешать отношениям пациента и врача.

32. При лечении пациента, когда проверенных профилактических, диагностических и терапевтических методов не существует или они неэффективны, врач, получив информированное согласие пациента, должен быть свободен в использовании не апробированных или новых профилактических, диагностических и терапевтических средств, если, по мнению врача, это дает надежду на спасение жизни, восстановление здоровья или облегчение страданий. По возможности эти средства должны стать объектом исследования, направленного на оценку их безопасности и эффективности. Во всех случаях новая информация должна записываться и, если необходимо, публиковаться. При этом необходимо следовать и другим относящимся к делу положениям данной декларации».

Хельсинкская и другие декларации подобного плана не являются юридическими документами. Они - документы рекомендательные, документы морально-этического плана. К сожалению, этические положения и мораль не всегда останавливают отдельных медицинских работников от безответственного и опасного экспериментирования на людях со своекорыстными целями, «для науки» или выполнения чьих либо заданий. Это имело место в прошлом (см. В. В. Вересаев «Записки врача», документы Нюрнбергского процесса), это имело место и в наше время.

Выше приводились примеры из практики профессора А. П. Громова. Кроме того, большая подборка экспериментирования врачей над человеком без его согласия приводится в книгах С. Д. Носова «Вопросы деонтологии в научно-исследовательской работе врача» (1975). О сохранении такой практики до последних десятилетий XX столетия свидетельствуют следующие факты. В Норвегии в период от 1934 до 1969 года была распространена практика насильственной хирургической кастрации преступников, психических больных, больных эпилепсией и даже гомосексуалистов. В Швеции примерно в те же годы «для чистоты нации» насильственной стерилизации подверглось 63 000 больных и деклассированных людей. Хотя врачи в этих странах не являлись инициаторами этих экспериментов, тем не менее, они приняли в них участие.

Российское законодательство также затрагивает данный вопрос. В главе 6 ФЗ-323,2011 «Охрана здоровья матери и ребенка, вопросы семьи и репродуктивного здоровья», статья 57 называется «Медицинская стерилизация» и в ней записано:

1. Медицинская стерилизация как специальное медицинское вмешательство в целях лишения человека способности к воспроизводству потомства или как метод контрацепции может быть проведена только по письменному заявлению гражданина в возрасте старше тридцати пяти лет или гражданина, имеющего не менее двух детей, а при наличии медицинских показаний и информированного добровольного согласия гражданина - независимо от возраста и наличия детей.

2. По заявлению законного представителя совершеннолетнего лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно выразить свою волю, медицинская стерилизация возможна по решению суда, принимаемому с участием совершеннолетнего лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным».

Из данной статьи можно видеть, что российское законодательство достаточно твёрдо стоит на недопустимости самопровных действий медиков или чиновников по отношению к больным или лицам с различными физическими аномалиями.

Одним из важнейших разделов медицинского эксперимента является проведение клинических испытаний лекарственных средств. Такие исследования в России регулируются рядом законов и приказов. В частности имеется Федеральный закон Российской Федерации от 10 апреля 2010 г. № 61 «Об обращении лекарственных средств» и приказ МЗ РФ от 19 июня 2003 г. № 266 «Об утверждении Правил клинической практики в РФ» и др.

Международные организации продолжают уделять выполнению медицинского эксперимента, и, в частности, клиническим испытаниям большое внимание. В частности обсуждаются новые правила, по которым любое новое исследование должно проводиться лишь после независимой предварительной экспертизы. Намечены 20 пунктов информации, которые исследователи должны представить в этический комитет, прежде чем они могут начать клиническое испытание.

В зарубежной литературе предлагается следующая организационная форма получения информированного согласия при медицинском эксперименте: 1. Врач должен обосновать необходимость предполагаемого обследования или лечения. 2. Врач должен описать данный метод исследования и лечения так, чтобы он был понятен больному. 3. В описании должны быть отражены возможные осложнения. 4. Обязательным является также краткое изложение альтернативных методов исследования или лечения. 5. Последующее использование материалов медицинского эксперимента не должно нарушать конфиденциальности (не допускается такое их изложение, которое бы позволило идентифицировать личность).

Врач обязан ознакомить испытуемого с этим документом, ответить на вопросы больного, если они возникают, и затем дать подписать его. После этого считается, что информированное согласие на обследование или лечение достигнуто.

Больной имеет неотъемлемое право отказаться от участия в медицинском эксперименте.

Необходимость информированного согласия больного на биомедицинский эксперимент оговорена и в статьях 4, 5, 6, 8, 15 и 16 «Конвенции Совета Европы». К сожалению, такой статьи нет в нашем ФЗ-323, 2011.

Нельзя не видеть чрезвычайной важности этих требований по проведению медицинского эксперимента. Они призваны обеспечить уважительное отношение медицинского персонала к больному, как к личности, минимизировать возможный моральный и материальный ущерб при биомедицинском вмешательстве (эксперименте) и повысить ответственность медицинских работников за моральное и физическое благополучие своего подопечного.

Медицинский эксперимент не исчерпывается вышесказанным. Дело в том, что применение любого нового фармакологического средства, даже если оно прошло все и всякие комиссии и испытания, в последующем может породить целый ряд этических коллизий. Вот простой пример.

В настоящее время в мире проходит испытания целый ряд средств, улучшающих память человека. Нет сомнения, что они будут введены в клиническую практику в ближайшие десятилетия. И тогда во множестве областей могут появиться этические проблемы. Например. Студент-лодырь, целый год прогуливающий занятия и не занимающийся, наглотавшись перед экзаменами этих таблеток, может стимулировать свою кратковременную память и блестяще сдать сессию. Как будет влиять такое положение на этику учебы, на этику взаимоотношений студента и преподавателя? На образовательный процесс в стране в целом? Или, другое. Кто сможет запретить родителям пичкать своих недорослей этими таблетками и улучшать, таким образом, их успеваемость. И кто поручится за последствия таких долговременных экспериментов родителей над своими детьми? Поймут ли родители аморальность своих поступков?

Здесь следует затронуть и **вопросы медицинских экспериментов на животных, проводимых в научных целях и учебных целях.** В последние десятилетия во многих странах были разработаны этические правила проведения экспериментов во имя научных достижений.. Эти правила требуют убедительного обоснования целесообразности проведения такого эксперимента, вовлечения в эксперимент минимального числа животных, бережного отношения к ним как в ходе эксперимента, так и, особенно, когда они забиваются. Забивать животных можно лишь после обезболивания.

Животные, выбранные для проведения медико-биологического эксперимента должны быть соответствующего вида и качества; они должны использоваться в минимальном количестве, необходимом для получения обоснованных результатов.

Необходимо обеспечить надлежащее использование животных, в том числе исключить или минимизировать дискомфорт, стресс и боль, когда это согласуется с обоснованной практикой научных работ. Если не установлено иное, ученые должны считать, что процедуры, вызывающие боль и стресс у человека, могут вызывать боль или стресс и у животных.

Процедуры с использованием животных, которые могут вызывать не только кратковременные или незначительные боль или стресс, должны выполняться с применением соответствующих седативных, анальгезирующих или анестезирующих средств. Хирургические или другие болезненные вмешательства не должны выполняться без применения анестезии на животных, обездвиженных химическими препаратами.

Животные, которые в ином случае страдали бы от выраженных или хронических болей или стресса, которые невозможно облегчить после завершения процедуры, должны безболезненно забиваться в конце процедуры или, если это уместно во время процедуры.

Условия существования животных должны быть соответствующими для их вида и поддерживать их здоровье и комфортное состояние. Как правило, вопросы, связанные с помещением, кормом и уходом за всеми животными, используемыми для биомедицинских целей, должен решать квалифицированный ветеринар или другой ученый, имеющий соответствующую подготовку и опыт по надлежащему уходу, обращению и использованию тех видов животных, которые содержатся или изучаются.

Ученые и другой персонал должны иметь надлежащие квалификацию и опыт для выполнения процедур на живых животных. Соответствующим образом организовывается обучение на рабочем месте, в том числе по надлежащему и гуманному уходу за лабораторными животными (по мере необходимости). Правила проведения работ с использованием экспериментальных животных утверждены приказом МЗ СССР № 755 от 12. 08. 77 года, который изменен и подтвержден в приказе № 742 от 13.11.84. В приложениях № 3 и 4 приказа оговорены порядок проведения процедур на животных и порядок их умерщвления. В частности там указывается, что оптимальным и универсальным методом умерщвления животных является введение анестетика в летальной дозе, хотя допускаются и другие виды процедуры.

Нельзя не сказать, что активисты движения в защиту животных сегодня в своих требованиях идут гораздо дальше положений Хельсинкской декларации. Они требуют полного запрета проведения медицинских экспериментов над животными всех видов. В Британии они уже добились принятия закона о запрете экспериментов над собаками и настаивают на прекращении их над любыми животными.

Борьба активистов защиты животных нередко доходит до действий, кажущихся курьезами. Так в Британии они добились запрета выращивания норок с промышленными целями и охоты на лис… Но, может в этом есть рациональное зерно – зачем женам олигархов носить роскошные норковые шубы, вызывая зависть и ненависть простых граждан? Вот только, что мы будем делать, если активисты запретят нам выращивать овец, крупный рогатый скот, птицу на мясо или ловить рыбу?

В самые последние годы встают также этические проблемы проведения экспериментов над животными с учебной целью. Где-то в начале XXI столетия была создана организация ИнтерНИЧ – международная организация, борющаяся за гуманное образование. Студенты, члены этой организации борются за запрет проведения экспериментов над животными в ходе учебного процесса. Они сами отказываются от участия в экспериментах и агитируют других. В Америке такие студенты даже неоднократно обращались в суд, требуя запрета опытов, и выигрывали дела многократно, даже с возмещением крупных сумм за моральный ущерб. В связи с этим к 2005 году в учебных заведениях Нидерландов, Швейцарии, Аргентины, Словакии на занятиях не проводятся эксперименты с живыми животными. В Италии, Швеции, Великобритании, Германии ищут альтернативные методы. При необходимости и наличии возможности могут быть использованы трупы животных,

Это движение, по-видимому, не минует и Россию, так что нашим вузам предстоят нелегкие времена решения вопросов обучения в вузах без вивисекций.

Как известно, во всем мире вопросы практического соблюдения этики медицинского эксперимента, наряду с другими вопросами этики, осуществляются этическими комитетами.

ЭТИЧЕСКИЕ КОМИТЕТЫ. Считается, что идея этических комитетов зародилась в период Нюрнбергского процесса, (1947), когда стало ясно, что больные (и здоровые) люди нуждаются в защите от проведения над ними непозволительного эксперимента медицинскими работниками по своей инициативе или по чьему то приказу или указу.

По данным члена комитета по биомедицинской этике Минздрава Соцразвития РФ (МЗ СР РФ) проф. В.Н.Игнатьева, официальная эра таких комитетов начинается с 1975 года, когда впервые в редакции текста «Хельсинкской декларации» ВМА появилось упоминание о некоем «специальном комитете». Правда, американцы утверждают, что прообраз такого комитета имелся в клиниках США с 1953 г. в виде наблюдательного совета учреждения.

Возникновение комитетов было связано с международными требованиями о необходимости предварительной экспертизы каждого намеченного научного эксперимента для обеспечения защиты прав, безопасности, благополучия и достоинства людей, участвующих в этих исследованиях. Так, например, в США создание таких комитетов была обусловлена шокировавшими общество сведениями о неэтичных экспериментах, проводимых медиками. **Это вызвало сомнение относительно способности самих профессионалов справиться с ситуацией и привело к выдвижению требования о необходимости общественного контроля над исследовательской и другой работой медиков.**

В США был принят «Национальный закон об исследованиях», согласно которому учреждена «Национальная Комиссия по защите субъектов в биомедицинских и поведенческих исследованиях».

Эта комиссия провела большую работу и разработала положения по определению различий между биомедицинской наукой и практикой и фундаментальные этические принципы, которые должны составлять основу проведения биомедицинских и поведенческих исследований с участием людей.

Исходя из положений этой комиссии, Конгресс США в 90-х годах XX столетия создал Президентскую комиссию по изучению этических проблем в медицине, биомедицинских и поведенческих исследованиях, которая разработала различные аспекты медицинской этики. Этой комиссии были подчинены этические комитеты государственных и частных медицинских учреждений.

Таким образом, в США произошло становление системы государственного контроля за соблюдением этических правил исследователями.

Справедливости ради следует отметить, что этические комитеты в США были организованы не только по инициативе «сверху». Сами медики приложили немало усилий для их создания, чтобы и научные исследования и практика стали более открытыми и этические комитеты послужили хорошей гарантией для защиты их профессиональных рисков.

К настоящему времени во многих странах созданы этические комитеты различных уровней – президентские, национальные, региональные, государственных и частных медицинских учреждений.

Американцы считают, что в организационном плане комитет должен быть независимым органом, т.е. не связанным ни с исследователем, ни с финансирующей данное исследование структурой (или отдельным лицом), и действующим в соответствии с законодательством страны. Часть членов комитета могут представлять данное научное или медицинское учреждение, но обязательно должны быть представлены также другие учреждения такого профиля и разные специальности. Кроме того, в нем **обязательно должны быть юрист и представитель общественности.** На роли этого последнего следует остановиться особо. Дело в том, что **одной из важных задач этических комитетов за рубежом является осуществление постоянного этического контроля со стороны общества за проведением медико-биологического эксперимента.**

В организации и работе этических комитетов еще много неясных и нерешенных вопросов. Начать с того, что до сих пор нет согласия об их полномочиях. Американские комитеты наделены регулятивно-санкционирующими функциями (так сказать, обладают правом «вето»). В Италии, Франции, Чешской республике, Швеции, Эстонии комитеты таким правом не обладают и их решения носят характер консультативно-совещательных. В других странах данный аспект работы четко не регламентирован.

Имеется чрезвычайный разнобой в количестве членов комитетов. Так, Федеральная медицинская ассоциация по вопросам биоэтики в Германии состоит из 44 человек, Национальный этический комитет Франции из 40 человек, Национальные комитеты Польши, Румынии и Эстонии из 20, Чешской республики из 23. Этический комитет по биоэтике МЗ СР РФ (возглавляемый Ю.М. Лопухиным) имел составе 13 человек (1998). Такие же различия имеют и комитеты отраслевые, регионарные и другие.

Расходятся мнения и по комплектованию этических комитетов. В ряде стран большинство членов национальных комитетов составляют представители общественности, тогда как в других - медики-профессионалы. В Швеции ядро национального совета по медицинской этике представлено 7 главными политическими партиями, в дополнение к которым вводятся и представители различных медицинских служб. В этом вопросе пока так и не удалось придти к консенсусу - каждая страна остается при своем мнении.

Нет общепринятой и точной формулировки понятия «независимый». Практически все, кто касается вопросов организации работы этических комитетов, утверждают, что они должны быть независимыми. Однако общепринятых критериев этого не существует. Выше говорилось об американском понимании этого вопроса: комитеты должны быть «не связанными ни с исследователем, ни с финансирующей данное исследование структурой (или отдельным лицом), и действующими в соответствии с законодательством страны». С.В. Вековшинина (Президент украинской ассоциации биоэтики) и В.Л.Кулиниченко (член Комиссии по биоэтике при Кабинете министров Украины) считают, что «термин предполагает невозможность отмены принятых этическим комитетом решений» и отсутствие права у внешних, по отношению к комитету структур, «оказывать влияние на обстоятельства и условия реализации этого решения».

Остается неясным, насколько могут быть «независимы» в своих решениях члены российских этических комитетов. Так, например, в составе Локального этического комитета при Государственном научном Центре вирусологии и биотехнологии «Вектор» председатель и еще 6 членов представляют именно эту организацию, а извне лишь 5 человек. Как в данном случае комитет может быть «не связанным» с исследователем или финансированием, если, к примеру, таковым является член данного коллектива? И как может быть «независимым» комитет, возглавляемый Ю.М. Лопухиным, если он создан по приказу Министра здравоохранения РФ?

С.В. Недогода и Б.Г.Юдин считают, что независимость этического комитета определяется, смотря по тому, пользуется он «Рекомендациями комитетам по этике, проводящим экспертизу биомедицинских исследований ВОЗ (2000). Если пользуется – значит, он «независим», если нет – значит, нет. Обязательным компонентом достижения независимости эти же авторы считают просвещения широкой общественности о вышеуказанных рекомендациях, о необходимости публичного обсуждения составов комитетов и результатов их работы, в том числе и финансовых источников и т.д. Однако неубедительность таких утверждений едва ли нуждается в доказательствах. Скорее более правильным является другое их утверждение, что независимость возникнет тогда, когда будут приняты соответствующие законодательные акты. Хотя в России это также под вопросом, но все же, наличие законов по работе этических комитетов значительно укрепило бы их позиции.

Подвергаются критике санкционирующие функции американских комитетов. Например, ставится такой вопрос: насколько компетентен этический комитет из 5-6 человек в оценке научной ценности разнообразных исследовательских проектов? И резон в этом вопросе, несомненно, имеется.

Нет согласия также в вопросе о том, кто должен создавать этические комитеты. Как было указанно выше, Президентскую комиссию по этике в США создал Конгресс. Во Франции Национальный комитет был создан указом президента, Швеции – Правительственным аппаратом, Польше – медицинской ассоциацией. Совет Европы и ЮНЕСКО сами организовали свои комитеты по биоэтике (С.В.Вековшинина, В.Л.Кулиниченко, 2004).

В этих и других странах Европы и в США комитеты рангом пониже организуются профессиональными ассоциациями. Кстати, этот момент является важнейшим в достижении независимости комитетов и от Минздрава и от правительства и от других лиц. К сожалению, в России такие ассоциации пока существуют лишь номинально. Российская медицинская ассоциация (РМА), которая пыталась хоть что-то делать в этом направлении в последние годы практически разогнана экономически, а Российское врачебное общества (РВО) не имеет авторитета и не делает никаких шагов по организации системы этических комитетов в РФ.

Остаётся полностью нерешённым вопрос об этических комитетах в РФ. Если раньше в законе «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» 1993 г в статье 16 было записано: «При органах государственной власти и управления, на предприятиях, в учреждениях, организациях государственной или муниципальной системы здравоохранения **могут создаваться** комитеты (комиссии) по вопросам этики в области здоровья граждан в целях защиты прав человека и отдельных групп населения в этой области…», то в ФЗ-323, 2011 нет даже упоминания об этих комитетах и вопрос об организации Этических комитетов в РФ пущен на самотёк. А это означает, что над лечебной, научной работой медиков, над трансплантологией пратически нет никакого общественного контроля.

Ярким свидетельством отсутствия общественного контроля и ущербности такого положения является нашумевшее в 2004 году дело о трансплантации органов в российских НИИ и клинических учреждениях. При наличии открытости получения материала для трансплантации и контроля общественности никогда бы не возникло такое положение, когда в клиники, производящие трансплантацию, врывались бы бойцы ОМОНа и представители прокуратуры.

Имеется большой разнобой и в функциях этических комитетов различных стран. В ряде стран национальные комитеты занимаются этическими вопросами глобального характера - разработкой общих этических принципов, кодексов и т.п. В других те же комитеты видят своей задачей осуществление диалога с общественностью, ее образование в области проблем биоэтики или консультирование правительств и парламентов своих стран по вопросам медицинской этики.

Во Франции главной задачей комитета считается выработка «точки зрения на моральные проблемы, возникающие в ходе проведения исследований в области биологии, медицины и здоровья, будь то в отношении отдельных людей, социальных групп или общества в целом».

В Италии комитет рассматривает этические вопросы в области генной терапии, критериев определения смерти человека, проблемы терминальных больных, безопасности биотехнологий.

В Польше, комитет занимается разработкой Кодекса медицинской этики и оценкой медицинского законодательства с этических позиций, а также развитием этического образования в университетах.

В Украине для этических комитетов декларируются следующие цели и задачи: «Цели и задачи ЭК в контексте разработки норм и регуляции общественной жизни требуют тщательного анализа разнообразных прецедентов и случаев, нравственных

дилемм в различных культурно-исторических, социо-культурных и политических контекстах, а также компаративистский анализ накопленного странами опыта, стандартизацию в определенной мере подходов, оценок и форм деятельности по проведению этической экспертизы в международном масштабе» (Этические комитеты: настоящее и будущее. Киев, 2004).

В РФ есть локальные этические комитеты в медвузах, в ряде больниц, хотя, как я уже писал выше, ни всеобъемлющего Положения, ни общепризнанных национальных комитетов нет. Существовавшие комитеты, возглавляемые академиками Ю.М.Лопухиным и Ф.И. Комаровым, к сожалению, так и не стали таковыми.

Локальные этические комитеты должны осуществлять ряд функций. Во-первых, это контроль проведения научных исследований в своих ведомствах или регионах. Основной задачей такого комитета является предварительная этическая экспертиза протокола научного исследования. Комитет анализирует представленный протокол исследования, вносит в него коррективы и дает рекомендации по его одобрению или неодобрению. Комитеты, работающие в больницах (больничные этические комитеты), контролируют процесс лечения и возникающие при этом этические вопросы (реанимация, персистирующие вегетативные состояния, эйтаназия, проблемы трансплантологии, вскрытий и т.д.).

Однако отсутствие правовых и других документов по работе этических комитетов, принятых на национальном уровне, отсутствие авторитетных медицинских ассоциаций, которые могли бы регулировать эти вопросы, приводит к тому, что каждый вновь созданный этический комитет сам себе намечет цели и задачи, сам себя относит к тому или иному типу.

Не решен в России также вопрос отнесения комитетов к регулирующему или совещательному типам, что существенно ограничивает эффективность их работы.

ВЫВОДЫ: 1. Любой медицинский эксперимент может таить в себе потенциальную угрозу для здоровья, и даже жизни больного.

2. В связи с этим на проведение медицинского эксперимента, как с целью лечения, так и с научной целью, от больного **должно быть получено информированное согласие, выраженное в письменной форме.**

3. В настоящее время эта необходимость в рекомендательной форме выражена в Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации, и законодательно закреплена в Конвенции Совета Европы и в статье 43 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан».

4. Всем врачам и научным работникам необходимо знать содержание этих документов и строго придерживаться их положений, во избежание ответственности за противоправные действия по незнанию.

5. В этическом контроле над проведением медицинских экспериментов большую роль должны играть этические комитеты разного уровня.

Перевести заново!

6. В российской медицине этические комитеты находятся на начальной стадии своего становления. Нет точного законодательства, определяющего обязательность или необязательность организации комитетов. Нет НИИ или Центров, в которых бы разрабатывались соответствующие документы по работе комитетов, а РМА и РВА, Национальная врачебная палата так и не разобрались, кто из них главный в РФ, они не только разобщены, но и враждуют между собой и не имеют авторитета в данных вопросах.

7. Не определен статус региональных и локальных этических комитетов России и нет четких положений об их полномочиях и задачах работы.

8. Неясными остаются пути достижения «независимости» существующих ныне в России этических комитетов, так как все их члены работают в государственных или ведомственных учреждениях, где создаются комитеты и получают свою зарплату от них же, и, следовательно, зависят от государственных или ведомственных структур.

CONCLUSIONS. 1. Any medical experiment can present a potential threat to the health and even the life of the patient.

2. In this regard the patient's informed consent in written form must be obtained.

3. Currently this need in the recommended form is expressed in the Helsinki Declaration of the World Medical Association, and legislated in the European Council.

At present this necessity in recommended form is expressed in Helsinki declaration of the World Medical Association and legislatively fixed in European Council Convention.

4) All doctors and scientific workers ought to know the content of these documents and strictly follow the rules to avoid the responsibility for illegal actions due to the ignorance.

5) The ethics committees of different levels should play an important role in ethics control when medical experiments are carried out.

6) In Russia the ethics committees are on the initial stage of their development.

There is no definite law defining whether the creation of the committees is compulsory. There are no Research Institutes or Center where the corresponding documents on the committees works are worked out, as for Russian Medical Association and Russian Association of Doctor's, National Medical Chamber - they are not in touch with each other and have no authority in the questions under discussion.

7. The status of regional and local ethic committees in Russia is unclear and there are no definite rules on their authorities and tasks.

8. It is not clear how the ethics committees existing in Russia should gain their "independence", because all their members work in State or Departmental institutions where such committees are set up, the workers get their salary there and consequently depend on the State and Departmental institutions.



ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА ИЛИ О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ В РАБОТЕ ВРАЧА

MEDICAL SECRECY OR ON CONFIDENTIALITY IN DOCTOR' S PRACTICE

…Каждый имеет право на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну, защиту своей чести и доброго имени.

…Сбор, хранение, использование и распространение информации о частной жизни лица без его согласия не допускаются.

Извлечения из статей 23 и 24 Конституции Российской Федерации

В автобус впорхнула стайка девушек. Усевшись, они повернулись друг к дружке и бойко затараторили.

- Вы, знаете, девочки, - скороговоркой, делая значительную мину, начала одна, - вчера, во время моего дежурства, у Оли родился дауник (жаргонного типа словечко, обозначающее больного тяжелым наследственным заболеванием - синдромом Дауна).

- У какой Оли? - поинтересовалась другая.

- Да у той молоденькой продавщицы из нашего магазина, вы ее тоже знаете.

- Что ты говоришь! Вот ужас!

- Да. Представляете, что будет твориться в их семье! А как еще муж отнесется к этому. Боюсь, все кончится разводом. . .

- Ну, может, в этом не Оля виновата, а ее муж.

- Возможно. Но пойди теперь угадай. Ведь каждый скрывает. . .

Несмотря на тряску и дорожный шум, их разговор был слышен во всех уголках салона. По лицам многих пассажиров можно было видеть, что и их заинтересовало рождение дауника у бедной Оли. Некоторые явно, другие, таясь, прислушивались к разговору студенток-медиков. А те еще долго продолжали оживленное обсуждение последних известий из родильного дома.

Вот так. Запросто на пересуды отдавалось несчастье, свалившееся на молодую семью. Пускалась молва по белу свету о наличии наследственной патологии в этой семье. А ведь ясно: если продавщицу знали эти студентки, то не исключено, что ее могли знать и другие люди, ехавшие в автобусе. И пошла, тогда, гулять новость по городу.

А ведь должны были студентки знать о врачебной тайне. О недопустимости ее разглашения. Ан не знали. Или забыли. Или желание посудачить пересилило врачебный долг.

Врачебная тайна пришла к нам из глубины веков. Распознание болезни во многом зависит от тех сведений, которые врач получает от больного. Зачастую среди доверяемых врачу сведений имеются такие, которые человек не сообщил бы никому в иных условиях. Сведения касаются самых интимных сторон человеческой жизни, различных физических недостатков, душевных переживаний, неурядиц быта, работы, наследственных нарушений, половой функции и т. д. И все это больной поверяет

врачу, ибо, как учили древние индийские философы: «Можно не доверять отцу, матери, другу, но не должно чувствовать страха перед врачом».

И так оно должно быть, ибо эти сведения могут оказать помощь врачу в распознании болезни, а, следовательно, они будут полезны и в ее лечении. Врач же обязан оправдать доверие больного и сохранить в тайне его секреты. Так поступали врачи во все времена, о чем свидетельствует древнейший документ - клятва Гиппократа. Эту клятву в прошлом, а в ряде зарубежных стран и поныне, дает каждый врач, и в ней, в частности, имеются следующие слова: «Что бы при лечении, а также без лечения я ни увидел и ни услышал касательно жизни людей из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной. Мне, нерушимо выполняющему клятву, да будет дано счастье в жизни и в искусстве и слава у всех людей на вечные времена; преступившему же и дающему ложную клятву да будет обратное этому».

Таким образом, под **врачебной тайной** следует понимать этическое запрещение разглашения сведений о болезни, интимной и семейной жизни больного, которые доверяются врачу самим больным или его родственниками, поступают из других источников и т. д. **По сути дела, необходимость соблюдения врачебной тайны является частью понятия биомедицинской этики «охрана частной жизни пациента».** Это вытекает из положения, что «У каждого человека имеется закрытая для других область внутреннего мира, в которую входят его мысли, переживания, воспоминания, информация о соматических, психологических или социальных особенностях. Эта часть внутреннего мира доступна и открыта лишь для очень близких людей, и то только частично» (П. Д. Тищенко, 1998). В то же время она, в большей своей части, доступна врачу, доверена врачу и он обязан оправдать это доверие. Кроме того, к врачебной тайне, и, разумеется, не в последнюю очередь, относятся сведения о психических и наследственных болезнях.

В последние годы круг сведений, входящих в понятие врачебной тайны пополнился целым рядом новых понятий, связанных с внедрением в медицину высоких технологий, развитием новых направлений врачевания. Это данные о донорах и реципиентах при пересадке органов, донорах спермы и яйцеклеток при операциях ЭКО, сведения о биологических родителях детей, родившихся при помощи репродуктивных технологий и многое, многое другое. Об этом говорится в соответствующем месте этой книги, однако вовсе не лишне напомнить и в данной главе книги.

Владение многими из этих сведений делает врача, как бы самим близким человеком для больного и позволяет ему вторгаться в частную жизнь. И эта возможность несет в себе не только положительные, но и возможные отрицательные последствия. В связи с этим и возникает необходимость регулирования действий врача, как морально-этическими, так и юридическими положениями.

В советский период вопрос о врачебной тайне прошел сложный и извилистый путь - от полного отрицания необходимости соблюдения врачебной тайны до разумных положений нашего времени о целесообразности дифференциального подхода к данному вопросу.

В первые годы советской власти делались попытки пересмотра положения о необходимости сохранения врачебной тайны. Вместе с ломкой всех старых социальных институтов было выдвинуто предложение о необходимости отмены понятия врачебной тайны.

Обоснованием такого требования служило провозглашаемое в тот период положение о том, что «болезнь - это не позор, а несчастье» и поэтому, мол, сведения о болезни также не позорны и нет необходимости держать их в тайне. Даже ведущие организаторы здравоохранения придерживались этой точки зрения. Так, народный

комиссар здравоохранения Н. А. Семашко в диспуте, состоявшемся в Москве в январе 1928 года, говорил: «Мы держим курс на полное уничтожение врачебной тайны. Врачебной тайны не должно быть. Это вытекает из нашего основного лозунга, что «болезнь не позор, а несчастье». Эту точку зрения не поддержали многие врачи, в том числе и врач-писатель В. В. Вересаев. Им впервые и было сформулировано то положение, которое с определенными изменениями в настоящее время стало общепринятым в нашей стране, а именно: «Врач обязан хранить вверенную ему больным тайну, если сохранение тайны не грозит вредом обществу или окружающим больного».

С 90-х годов XX столетия вопрос о врачебной тайне, как и многие другие положения биомедицинской этики, перешел в юрисдикцию медицинского права (кстати, закон о запрете разглашения врачебной тайны существовал и в СССР).

Во-первых, это отражено в статьях 23 и 24 Конституции РФ, в которых говорится, что каждый имеет право на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну и на выражение отказа или согласия на сбор, хранение, использование и распространение информации о частной жизни.

Во-вторых, статья 6, глава 2 ФЗ-323, 2011 целиком посвящена врачебной тайне и в ней оговорены многие стороны данного действа.

« 1. Сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну.

2. Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей, за исключением случаев, установленных частями 3 и 4 настоящей статьи.

3. С письменного согласия гражданина или его законного представителя допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования и лечения пациента, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и в иных целях.

4. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается:

1) в целях проведения медицинского обследования и лечения гражданина, который в результате своего состояния не способен выразить свою волю, с учетом положений пункта 1 части 9 статьи 20 настоящего Федерального закона;

2) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;

3) по запросу органов дознания и следствия, суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством, по запросу органа уголовно-исполнительной системы в связи с исполнением уголовного наказания и осуществлением контроля за поведением условно осужденного, осужденного, в отношении которого отбывание наказания отсрочено, и лица, освобожденного условно-досрочно;

4) в случае оказания медицинской помощи несовершеннолетнему в соответствии с пунктом 2 части 2 статьи 20 настоящего Федерального закона, а также несовершеннолетнему, не достигшему возраста, установленного частью 2 статьи 54 настоящего Федерального закона, для информирования одного из его родителей или иного законного представителя;

5) в целях информирования органов внутренних дел о поступлении пациента, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что вред его здоровью причинен в результате противоправных действий;

6) в целях проведения военно-врачебной экспертизы по запросам военных комиссариатов, кадровых служб и военно-врачебных (врачебно-летных) комиссий федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба;

7) в целях расследования несчастного случая на производстве и профессионального заболевания;

8) при обмене информацией медицинскими организациями, в том числе размещенной в медицинских информационных системах, в целях оказания медицинской помощи с учетом требований законодательства Российской Федерации о персональных данных;

9) в целях осуществления учета и контроля в системе обязательного социального страхования;

10) в целях осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с настоящим Федеральным законом».

Прежде чем излагать проблему дальше, здесь необходимо разъяснить один момент положения о врачебной тайне. Само деяние называется «врачебная тайна» Но, означает ли это, что только врач обязан сохранять врачебную тайну? Или же эта обязанность распространяется на медицинских сестер, фельдшеров, регистраторов, санитарок, уборщиц и обслуживающий персонал медицинских учреждений, фармацевтов?

Выщеуказанная статья ФЗ-323 ни словом не разъясняет данное положение. Тем не менее, мне представляется, что наряду с врачами, тайну больных обязаны хранить все работники медицинских учреждений, к коим сведения, составляющие врачебную тайну, попадают тем или иным путем.

Цель вводимого юридически понятия врачебной тайны – предотвращение причинения больному человеку морального и, возможно, материального ущерба, возникающих из-за разглашения полученных окружающими больного лицами, сведений о его болезни и других сторонах жизни.

Из вышеприведенной статьи 6, главы 2 ФЗ-323, 2011 можно видеть, что из правила имеются исключения. В ряде ситуаций допускается разглашение врачебной тайны, как с согласия больного, так и без такового. Ситуации, при которых допускается разглашение сведений без согласия больного, выделены в специальные подпункты (1-10), пункта 4. К сожалению, закон не разъясняет, кто имеет право делать эти исключеия – лечащий врач или администрация. В старом закоен «Об основах охранф здоровья граждан Российской Федерации» имелись гораздо более ясные разъяснения по этому поводу.

В уголовных законодательствах ряда европейских стран прописаны даже статьи о последствиях нарушения врачебной тайны. Так, например, во Франции, согласно статье 378-й «Свода законов», тайну обязаны хранить врачи, священники, адвокаты, нотариусы, судебные исполнители. Нарушение врачебной тайны во Франции ведет к юридическим, гражданским и дисциплинарным санкциям. Одновременно, так же как и в нашей стране, информация об инфекционных, венерических, профессиональных болезнях, несчастных случаях, криминальных абортах, о больных, которыми интересуются органы дознания и следствия, прокуратуры и суда. там также могут представляться без разрешения пациента.

В нашем уголовном праве также есть статьи подобного плана. В статье 137 Уголовного кодекса РФ записано, что распространение сведений о частной жизни лица с причинением ему вреда наказывается штрафами на длительный срок, исправительными работами или даже арестом на срок от 4-х до 6-и месяцев. Однако слышал ли кто-либо, чтобы эта мера, когда-либо была применена в России?

В то же время в жизни можно встретить самые необычные случаи нанесения морального и материального ущерба вследствие разглашения врачебной тайны. Казалось бы, уж кому-кому, а мужу (или жене) можно доверить все, что касается больного человека. Но жизнь свидетельствует, что даже здесь врач должен соблюдать осторожность. Приведу одно поучительное наблюдение, поведанное мне знакомым акушер-гинекологом.

У оперированной по поводу опухоли матки больной гистологически был подтвержден рак. В связи с этим, по нашей старой традиции, врач пригласил мужа и сообщил ему об этом факте. После операции и гамма терапии состояние больной улучшилось, и она была в хорошем настроении выписана домой. Вскоре после выписки врач случайно на улице встретил больную и по ее виду понял, что произошло что-то необычное. Когда он стал расспрашивать женщину, та разрыдалась и рассказала следующее:

-Когда я пришла домой, - сказала она, - я не узнала квартиры. Все перевернуто, половины вещей нет на месте, муж ходит угрюмый. Когда я спросила его, что все это значит, где вещи, он ответил «А тебе, не все ли равно, у тебя же рак с метастазами». И это не единственный случай морального уродства и причинения тяжкого психического и материального урона человеку из-за разглашения врачебной тайны.

. . . В клинике по поводу системной красной волчанки лечилась больная М. Придя однажды на работу, я застал эту больную в слезах. При выяснении причины оказалось, что у нее брали кровь на реакцию Вассермана (реакция на наличие сифилиса) и она оказалась положительной.

По вине лечащего врача и палатной медсестры весть об этом была распространена по палате, где лежало еще пять больных. В результате соседки по палате косо стали поглядывать на нее, а сама больная устроила скандал мужу, у нее развилась тяжелая психотическая реакция с обострением симптомов системной красной волчанки.

Мне стоило большого труда успокоить больную и объяснить ситуацию ей, ее мужу и родственникам, показав им данные авторитетных монографий о возможности положительных неспецифических реакций Вассермана при системной красной волчанке.

Больная успокоилась, но, тем не менее, потребовала обследования мужа. Лишь после того как реакция оказалась отрицательной у мужа и при повторном обследовании у нее самой, восстановилось душевное равновесие и разрядилась обстановка в палате. Однако сколько нервов стоило все это больной, какую травму нанесло ей нарушение врачебной тайны.

Особенно тяжкими могут быть последствия нарушения врачебной тайны при ряде опасных заболеваний. В 1989 году в нашей стране разразился скандал по поводу заражения в больницах городов Элисты, Ростова-на-Дону, Ставрополя и Волгограда 270 детей (данные Анастасии Кузиной) ВИЧ инфекцией. И кто-то из медперсонала Элисты разнес эту «новость» с указанием фамилий зараженных по городу. И начался ад для этих людей. Как рассказывала мать одной из жертв: «От меня шарахались в очередях, люди на улицах, увидев меня, переходили на другую сторону, показывали на меня пальцем…». А в официальных учреждениях, куда им поневоле приходилось обращаться, при сообщении диагноза, начиналась настоящая истерика.

Родители здоровых детей протестовали против посещения зараженными детсадов и школ. А одного из зараженных, 4 лет, его сверстники во дворе закидали камнями. В стране разразилась тяжкая СПИДофобия. Пострадавшие вынуждены были прятаться от близких, соседей, друзей.

Разумеется, все это характеризует россиян, наш менталитет, но, прежде всего это характеризует нас, врачей, наше отношение к врачебной тайне.

С точки зрения необходимости соблюдения врачебной тайны чрезвычайно спорной является так называемая демонстрация больных людей на лекциях для студентов. Конечно, в таких залах нет посторонних лиц, здесь все медицинские работники, которые, так или иначе, знают многое о данном больном. Тем не менее, едва ли этично раздевать больного человека в прямом и переносном смысле перед аудиторией в 200-300 человек в деталях его жизни и болезненных проявлениях. Не думаю, что это доставляет приятные ощущения больному.

И. Борич так описал комментарии больного, которого демонстрировали на лекции: «. . . приставили к сердцу фонендоскоп и с помощью усилителя слушали «во весь голос» шумы моего сердца. Какая тут к черту этика!» Точно подметил больной. Этикой здесь не похвастаешься.

Судебные медики (например, проф. А. П. Громов) считают, что если во время выступления с различными докладами возникает необходимость показа, осмотра больного человека, то следует избегать упоминания его фамилии. Почему же мы так легко забываем об этом при демонстрации больного на лекции?

Мне лично представляется, что лучше всего на лекции зачитывать историю болезни, да и то, не сообщая фамилии. Но, повторяю, вопрос спорный и далеко не могущий быть решен однозначно. Кстати, во Франции врач наказывается, если он опубликует наблюдение, в котором больной может узнать себя по имени, фотографии или другим данным. Такое запрещено и рядом международных документов по этике.

В целом нет никакого сомнения в том, что в нашей стране вопрос о врачебной тайне не решен. Проблема остается на уровне 30-х годов XX столетия, на уровне того, как это пропагандировал нарком здравоохранения Семашко. Лично я ни разу за свою жизнь не столкнулся с таким фактом, когда врач отказал бы мне подробно изложить все имеющиеся у него сведения о болезни того или иного лица. Могут сказать: «все врачи, с которыми Вы встречались – Ваши ученики, и они не могут Вам не доверять». К сожалению, это, по житейски, может быть и правильно, но ведь закон не делает исключений для тех, кто учил этих врачей. Более того, я встречался с врачами и в московских клиниках и нигде ни разу не столкнулся с полным выполнением положения о врачебной тайне. Где-то полная, где-то не очень, но информация о больных мне сообщалась всегда. Возможно, это было обусловлено тем, что врачи знали кто я. Но, ведь опять-таки закон не делает исключений для таких ситуаций.

В Дагестане дело обстоит гораздо хуже - врачи по телефонным звонкам неизвестных им лиц дают подробную информацию по вопросам диагноза, течения болезни и даже прогноза у лиц, находящихся у них на излечении.

Мне не раз приходилось видеть недоуменные взгляды молодых врачей, когда я выговаривал им за такие поступки. «О чем вы говорите? А что тут такого? » - написано на лицах таких коллег. Кто не верит моим словам, пусть сам проведет эксперимент: возьмет телефонную трубку, позвонит в какую-либо больницу, где работает знакомый (или даже незнакомый) врач, и спросит о диагнозе или состоянии здоровья своего знакомого, находящегося на лечении. Многие ли врачи откажут вам в даче этих сведений? Я буду рад, если процент отказавшихся окажется высоким.

Пусть меня извинят, если я скажу несколько грубовато - многим врачам даже в голову не приходит мысль, что на это надо получить разрешение у больного, а лучше всего - вежливо отказать просителям в даче информации, сославшись на свой врачебный долг. А ведь мы, начиная со 2-го курса, учим наших студентов необходимости соблюдения врачебной тайны. Видимо, здесь действует известный принцип – сказанное забывается, увиденное помнится долго. А видят наши молодые врачи вокруг себя сплошной немотивированный отказ от врачебной тайны, абсолютно безнаказанное нарушение закона о врачебной тайне.

Иной раз я не могу отделаться от ощущения, что нарушение врачебной тайны происходит еще и потому, что у врачей есть ложная боязнь того, что, когда они откажутся давать сведения, их могут обвинить в некомпетентности, незнании своих больных, их состояния, методов лечения и т. д. Возможно, такое представление о враче у обывателей и может возникнуть. Однако это их проблемы. У врача же свой долг – нерушимо хранить врачебную тайну.

На проблему врачебной тайны оказывает влияние также научно-технический прогресс. Современные способы хранения медицинской информации нарушают принцип конфиденциальности взаимоотношений врача и больного. Дело в том, что в настоящее время значительная часть медицинской информации обрабатывается и хранится в ЭВМ. Здесь она доступна программистам и другим техническим работникам, которым, во-первых, неизвестны положения о врачебной тайне, а, во-вторых, по этой или другой причине они могут не испытывать моральную ответственность перед больным и могут использовать эту информацию в своих интересах.

Между тем, жизнь бесконечно сложна, и кажущийся нам пустячным факт из жизни больного, преданный огласке, может стать для последнего причиной психической травмы, создать конфликтную ситуацию в быту, на работе и даже обернется трагедией, примеры чего я приводил выше. Следовательно, здесь могут быть нарушены многие этические положения, в том числе и принцип «не навреди».

Об этом особенно нужно помнить врачам, работающим в небольших поселениях, где многие знают многих или все знают всех и где, к сожалению, иной, и не такой уж редкий, раз встретишь явления, о которых Расул Гамзатов сказал:

Таких здесь не было времен,
Чтоб, возвратясь, как из разведки,
Двух не склоняли бы имен
Осведомленные соседки.

Такая сплетнемания сильнее морального запрета.



ВЫВОДЫ. 1. Все сведения о больном – о диагнозе, различных фактах из жизни, прогнозе и др. являются конфиденциальными (составляют врачебную тайну) и не

могут передаваться никому без разрешения больного, за исключением тех случаев, что оговорены в законе.

2. Сохранение врачебной тайны является одной из сторон охраны частной жизни пациента. Нарушение конфиденциальности в ряде случаев может нанести серьезную моральную травму больному человеку.

2. Хотя данная проблема и носит название «врачебная тайна», ее положения обязаны соблюдать все работники медицинских учреждений и все иные лица, кто по той или иной причине имеет доступ к сведениям о больном.

3. Необходимость сохранения врачебной тайны испокон веков являлась моральным долгом врача. В настоящее время эта необходимость закреплена в российских законах (статья 6, главы 2, ФЗ-323,2011).

4. Не предусмотренное законом разглашение врачебной тайны влечет за собой дисциплинарную, административную или уголовную ответственность.

CONCLUSIONS. 1. Confidentiality or maintaining all information about the patient and his disease is one of the most important areas of modern biomedical ethics and medical law.

All information about the patient - about the diagnosis, various facts of life, prognoses, etc. are confidential (make medical secrecy) and cannot be given to anyone without the permission of the patient, except that is stated in the law.

2. The necessity of keeping confidentiality for centuries has been the moral duty of a physician.

At present this necessity is fixed in Russian law (Article 6, Federal Law on the protection of health of citizens, adopted by President RF in 2011).

3. Medical confidentiality is one of the pars of patient's privacy. Breach of confidentiality in some cases cause serious moral injury to the sick person.

4. Although this problem is called "medical secrecy" rules must be followed by all health workers and all other people who, for one reason or another, have access to information about the patient.

5. The divulgence of medical secrecy not provided by law brings to disciplinary, management and other kinds of responsibility.



ЙТАНАЗИЯ И ЯТРОТАНАЗИЯ

EUTHANASIA AND IATROTHANASIA

Я не дам никому просимого у меня
смертельного средства и не покажу
пути для подобного замысла.

Клятва Гиппократа

«Если бы врачи хотели быть верными
своему долгу и чувству гуманности, они
должны были бы увеличить свои
познания в медицине и в то же время
приложить все старания к тому, чтобы
облегчить уход из жизни тому, в ком еще
не угасло дыхание».

Френсис Бекон

ЭЙТАНАЗИЯ. Легкая смерть. Слово это греческого происхождения и образовано двумя словами - эй (или эв) - легкий, приятный и танатос - смерть. В приложении к практической медицине оно означает оказание медработником помощи в уходе из жизни тяжело страдающего, больного безнадежным заболеванием человека по его просьбе.

Считается, что впервые термин ввел английский философ Френсис Бэкон (1561-1626 гг.). Однако первый эпиграф к излагаемому разделу показывает, что данное деяние было известно еще со времен Гиппократа.

Как видно, в так называемой «Клятве Гиппократа» эйтаназия отвергается. Однако «Tempora mutantur et nos mutamur in ilis» - времена меняются, и мы меняемся вместе с ними. Сегодня все больше врачей склоняется к поддержке мнения из второго эпиграфа.

Господин Оскар Тибо, глава семьи Тибо из одноименного романа Роже Мартена дю Гар, тяжело болен. Его потрясают чудовищные приступы судорог, болей. Он в бессознательном состоянии, почки практически не работают. Организм борется со смертью уже несколько суток. Врачи, сиделки, домашние, слуги - постоянно на ногах.

Сыновья Тибо - Жак и Антуан - ни на минуту не отходят от отца. Жак - журналист, Антуан - врач.

«. . . Антуан отступил на несколько шагов. Он дошел до такой степени нервного напряжения, что щелкал зубами. Он зябко приблизился к камину и вдруг, подняв глаза, увидел в зеркале, освещенном отблесками огня, - взъерошенного, с полумертвым лицом, с недобрым взглядом. Он резко повернулся спиной к своему отражению, рухнул в кресло и, обхватив голову руками, зарыдал в голос.

К нему подошел Жак.

- Но, в конце концов, Антуан, придумай что-нибудь, - крикнул он. - Неужели же нет никакого средства!

Антуан стиснул зубы. Слезы высохли на его глазах. Он поднял голову, зло посмотрел на брата и буркнул:

- Есть. Одно средство есть всегда».

Это средство, как видно из развернувшихся далее событий, - морфий. Ввести тяжело мучимому недугом, безнадежно больному человеку наркотическое средство, которое избавит его от боли и даст возможность легко, приятно умереть.

Итак, Антуан Тибо пошел на эйтаназию. Имел ли он на это право? И каков должен быть ответ на вопрос о том, есть ли у врача право ускорить исход в том случае, если об этом просит сам больной или его родственники, а состояние больного безнадежное и продление жизни сопряжено с множеством мучительных процедур, тяжелыми переживаниями для окружающих и страданиями для больного?

Прежде всего, следует пояснить, что различают 2 типа эйтаназии - активную и пассивную.

Активная эйтаназия – если обобщенно - применение, по просьбе больного, медицинским персоналом или другими лицами мер для ускорения или облегчения смерти больного человека. **Пассивная эйтаназия** - прекращение оказание направленной на продление жизни медицинской помощи, отказ от медицинских мер борьбы за жизнь человека, ограничиваясь созданием ему условий физического и психического комфорта. Образно первое деяние еще называют «методом наполненного шприца», а второе «методом отложенного шприца», хотя эти выражения не отражают всех методов процедуры.

Практически со времен Гиппократа врачи отрицали эйтаназию. Общественное мнение также поддерживало эту позицию. В основе такой позиции лежали как философские, так и врачебные этические положения и требования.

Философская позиция в этом вопрос заключалась в следующем. «Намеренное умерщвление невинного всегда является нравственным злом. Эйтаназия - намеренное умерщвление невинного человека. Значит с точки зрения морали эйтаназия – зло».

Врачебные этические правила во все времена также требовали, чтобы, до тех пор, пока в больном теплится хоть самая малая искорка жизни, врач обязан всеми имеющимися в его распоряжении средствами бороться за жизнь человека.

Такая позиция основана на следующем. В практике любого врача бывают случаи, которые заставляют еще и еще раз убеждаться в необходимости бороться за жизнь человека до исчерпания всех возможностей организма, до последнего сердцебиения. Тем более что в практике врачей трудно исключить и врачебные ошибки.

Кроме возможности ошибочного диагноза следует учитывать еще и другое. Дело в том, что состояние, оцениваемое сегодня как безнадежное, может не оказаться таковым спустя самое короткое время. Красноречивее всего об этом свидетельствуют успехи реаниматологии - службы, борющейся за жизнь людей, находящихся в состоянии кажущейся (или, как говорят медики, клинической) смерти.

Реаниматологи сегодня могут представить тысячи и тысячи случаев, когда они вытащили из лап смерти людей, чье состояние еще лет 30-40 тому назад было бы признано абсолютно безнадежным.

В практике рядового врача экстремальные случаи редки. Он имеет дело с тяжелым состоянием больных на почве обычных, широко распространенных заболеваний - инфаркта миокарда, сердечной недостаточности различной этиологии, тяжелых заболеваний легких, кровотечения, лейкозов, опухолей и т. д. Это накладывает на врача еще большую ответственность и необходимость вести самую активную борьбу за

жизнь. Ибо не во всех случаях бывает абсолютно ясен диагноз, и тем более не всегда точна оценка резервов, возможностей организма.

Человеческий организм - машина с многократным запасом прочности, с большими резервными возможностями. Человек без ощутимого ущерба для здоровья живет без одной почки, без одного легкого, без желудка, без значительной части печени, кишечника и т. д. Поэтому при настойчивости и упорстве в ряде случаев возможно выздоровление самых «безнадежных» больных. Я думаю, что каждый врач может привести примеры из своей практики, когда больные, по не всегда объяснимым причинам, выходили из самых, кажущихся безнадежными состояний.

Конечно, далеко не всегда врач выходит победителем, довольно часто нам приходится глотать горькие пилюли поражения. Однако если бы даже один из ста таких больных возвращался к жизни - и тогда все усилия врачей оправданны.

На самом же деле из терминального (крайне тяжелого) состояния выходит гораздо большее число людей. Поэтому-то и считается неприемлемой даже пассивная



эйтаназия, поэтому врач обязан бороться с болезнью вопреки кажущейся бесперспективности борьбы за жизнь.

Таким образом, казалось бы, что тезис о неприемлемости любого вида эйтаназии во врачебной практике должен быть поддержан безоговорочно. Однако именно та наука, которая, казалось бы, является обоснованием неприемлемости эйтаназии – служба реанимации и интенсивной терапии - сама рождает проблемы, которые ставят под сомнение неприемлемость эйтаназии.

Вот перед нами больной, у которого настолько сильно поражены высшие отделы мозга, что надежды на его выздоровление, на приход в сознание, возврат в семью, в активную жизнь нет никакой. Тем не менее, низшие отделы нервной системы живы, сердце его бьется, пищеварение совершается нормально, хотя дыхание приходится поддерживать при помощи аппаратов. Такое состояние ныне называют «персистирующим вегетативным состоянием» (а пациента - «неомортом»).

Перед врачами стоит вопрос: сколько времени поддерживать жизнь в этой ситуации? День? Месяц? Год? Или годы (а такое вовсе не исключается)? А может, сразу же, как только будет установлена безнадежность борьбы, выключить аппарат искусственного дыхания? И кто должен определять состояние безнадежности больного? Лечащий врач единолично? Или консилиум из нескольких врачей? И кто будет решать вопрос о продолжении реанимации или отключении аппарата? Одни медики? Или родственники больного? Или юристы? А может, все вместе?

Все эти вопросы далеко не праздны. Они сегодня ежедневно возникают в практике врачей различных специальностей.

В 1989 году 41-ая Ассамблея ВМА приняла «Заявление о персистирующим вегетативном состоянии». В нем указывалось, что в Японии в таком состоянии находится 2-3 человека на 100 000 населения и их число во всех странах прогрессивно растет. В «Заявлении» рассматриваются вопросы определения такого состояния,

возможный прогноз и даются общие рекомендации. Указывается, что, если пациент не пришел в сознание в течение 6 месяцев, то шансов на восстановление крайне мало. Поэтому гарантированным критерием необратимости персистирующего вегетативного состояния рекомендуется считать 12 месяцев для лиц до 50 лет и 6 месяцев – для лиц старше этого возраста. После этого срока возможно вынесение врачебного решения о прекращении реанимационных мероприятий. Если семья больного поднимает вопрос об отключении систем жизнеобеспечения до этих сроков, последнее слово должно оставаться за врачом, который принимает решение с учетом этических и юридических норм.

Жизнь подбрасывает нам случаи, которые, как бы иллюстрируют верность и милосердность действий, оговоренных в «Заявлении». Памятный случай произошёл с американкой Терри Шиаво. Эта женщина находилась в коме с 1990 года и до 2005 года ее родители Роберт и Мэри Шиндлер, а также муж Майкл с надеждой ухаживали за ней, проводя искусственное кормление. Однако и через 15 лет – к 2005 году возврата сознания не произошло, и Майкл инициировал в суде процесс об отключении питания, хотя родители и были против этого.

Судья штата Флорида вынес постановление об отключении искусственного питания, что и было исполнено 20 марта 2005 года. Это вызвало большой резонанс и акции протеста в стране, а родители срочно обратились в апелляционный суд штата. В связи с этим, Конгресс США, распущенный на каникулы, прервал их, срочно собрался для обсуждения вопроса и принял закон о необходимости восстановить искусственное питание Терри Шиаво. Джордж Буш также срочно вернулся в Вашингтон и подписал этот закон. Однако Америка есть Америка - апелляционный суд штата объявил закон не конституционным и запретил врачам подчиняться ему. Верховный суд США также не удовлетворил иск родителей. Примерно через 15 дней Терри умерла.

К вопросу о том, как относится к больному, признанному безнадежным во все времена высказывались противоречивые мнения, которым нередко соответствовала и практика. Это очень наглядно видно и из высказываний Гиппократа. Как указано выше, в «Клятве» он выступает противником эйтаназии. Однако в самих его сочинениях говорится, что «медицина не должна протягивать руку тем, кто уже побежден болезнью».

В XX и XXI столетиях проблема смерти приобрела новую остроту. И эта острота была связана, как уже говорилось выше, с появлением новой отрасли медицины – реаниматологии. Смерть перестала быть одномоментной, появилась возможность отгонять старушку с косой на часы, дни, недели и даже годы. Более того, стало возможным вырывать из рук смерти целый ряд обреченных ранее людей. Особую остроту вопрос констатации смерти приобрел во второй половине XX столетия в связи с развитием другой отрасли медицины – трансплантологии (см. соответствующий раздел). И все это требовало осмысления и принятия решений, как на уровне медицины, так и на уровне морали и права.

Примерно с конца шестидесятых годов XX столетия проблемы, связанные с ведением больных, находящихся в критическом состоянии, широко обсуждалась в различных странах мира, в частности в США.

Прецедентом послужил случай с двадцатидвухлетней Карен Энн Квинлин. Эта молодая американка находилась в реанимационном отделении в связи с тяжелой травмой. Вскоре у нее появились признаки нарушения деятельности высших отделов мозга. Однако сердце ее билось, и она жила, получая искусственное питание и дыша при помощи аппарата, то есть у нее было настоящее «персистирующее вегетативное состояния». Так продолжалось три года.

Родители больной потребовали отключить аппаратуру, видя отсутствие эффекта, и, считая, что врачи действуют не в пользу больной, а в интересах науки.

Верховный суд штата Нью-Джерси, куда обратились родители, требуя прекращения реанимационных мероприятий, поддержал врачей и отклонил требования родителей. Борьба за жизнь человека была продолжена.

Все же в последующем суд пересмотрел свое решение и разрешил отключить аппараты. Представляет чрезвычайный интерес то обстоятельство, что Карен Энн после отключения аппарата стала дышать сама - то есть у нее оказался восстановившимся дыхательный центр. В связи с этим ее поместили в дом-интернат, где продолжали кормить искусственно, однако сознание к ней так и не вернулось.

После наблюдения целого ряда таких случаев в Америке стали обсуждать так называемое «право на смерть». В 1976 году Верховный суд штата Калифорния, а затем суды еще девяти штатов (Арканзас, Айдахо, Невада, Нью-Мехико, Северная Каролина, Орегон, Техас, Канзас, Вашингтон) вынесли решения, по которым устанавливается «право на смерть». Согласно этим решениям, каждый больной волен сделать при жизни заявление о том, как врачи должны вести себя, если он впадает по какой-либо причине в критическое состояние.

Разработан следующий текст заявления:

«Заявление сделано такого-то дня, такого-то месяца и года. Я, такой-то, будучи в ясном уме и твердой памяти, добровольно, без какого-либо принуждения выражаю (сильное) желание, чтобы моя смерть не была искусственно отсрочена при возникновении условий, изложенных ниже, о чем и делаю настоящее заявление.

Если когда-либо со мной случится травма, не совместимая с жизнью, или я заболею неизлечимой болезнью с развитием критического состояния, которое будет подтверждено двумя врачами, лично осмотревшими меня, одним из которых должен быть мой лечащий врач, и если врачи определяют, что я умру независимо от того, будет проводиться лечение или нет, и что жизнь моя может выражаться лишь в искусственной отсрочке моей смерти, я дам указание такие процедуры не проводить и позволить мне умереть естественной смертью, вводя лишь те лекарства, что необходимы для уменьшения моих мучений.

Если же я сам буду не в состоянии дать такие указания, то я серьезно решаю, что настоящее заявление должно быть выполнено моей семьей или врачами как моя последняя воля и право отвергать медицинское или хирургическое лечение со всеми вытекающими из этого последствиями.

Я полностью понимаю значимость этого заявления и делаю его, будучи эмоционально и умственно полностью компетентным».

Такое заявление должно быть подписано заявителем и двумя свидетелями. Оно должно обновляться и заверяться через каждые пять лет.

Кстати, наличие этого заявления еще не означает, что оно обязательно будет воплощено в жизнь. Врачи имеют право бороться за жизнь заявителя до последнего его вздоха, несмотря на наличие заявления.

Нельзя пройти мимо явных затруднений в четком определении самих понятий активной и пассивной эйтаназии. К какому виду эйтаназии отнести действие врачей в случае с Карен Энн? Активной? Но, ведь врачи выполняли решение суда. Пассивной? Однако они все же отключили аппаратуру, что в конечном итоге привело к смерти пациента.

В связи с этими трудностями работающие в данной области юристы, медики, философы и другие лица разрабатывают эти вопросы, стараются дать более четкие понятия.

Доктор медицины Жак Судо считает, что об эвтаназии речь идет лишь тогда, когда мы имеем дело с преднамеренным убийством. Допустим, тогда, когда из жалости к безнадежному и тяжко страдающему больному врач самостоятельно вводит смертельную дозу лекарства. В тех же случаях, когда врач выполняет волю больного и по просьбе того отключает аппаратуру или вводит смертельную дозу лекарства или даже просто представляет тому необходимые материалы для приведения в исполнение своего желания, его действия рекомендуется признавать как «ассистирование при самоубийстве». Однако и здесь есть неясности. Например, как квалифицировать действия врача в случае, когда он выполняет их по просьбе родственников или решению суда, поскольку сам больной не может этого сделать (бессознательное состояние, анэнцефальный ребенок и т.д.)? Эта эйтаназия активная по отношению к родственникам или суду, но вовсе не врачу.

Таким образом, есть, по крайней мере, 3 вида активной эйтаназии. 1. Когда решение принимается врачом без просьбы больного («убийство из милосердия»). 2. Когда он выполняет ее (или помогает в выполнении) по просьбе больного («самоубийство, ассистируемое врачом») и 3. Когда действия предпринимаются по просьбе родственников или решению суда.

Вариантом второго вида активной эйтаназии является довольно часто практикуемый способ - пациент сам включает настроенное медиками устройство, которое приводит его к быстрой и безболезненной смерти, как бы сам накладывает на себя руки. Остается большим вопросом можно ли отнести это действие к эйтаназии, ибо в таком случае к ней надо отнести все случаи самоубийства человека – ведь самоубийство больного человека выстрелом из пистолета также быстрая и безболезненная смерть, ровно как, и прыжок с Эйфелевой или Останкинской башни и т.д.

Если последнее деяние является эйтаназией, то**, надо признать, что эйтаназия – это вовсе не «медицинская услуга», как некоторые лица трактуют ее, а понятие, относящееся не только к врачу, но и больному, и его окружению, родственникам, судебным органам и даже просто знакомым, которые также запросто могут организовать условия для самоубийства больного.**

Моральные проблемы эйтаназии активно обсуждаются на уровне ВМА. Но даже в ее документах имеются значительные противоречия. В Декларации об эвтаназии, принятой 39-й Всемирной медицинской ассамблеей (Испания, Мадрид, октябрь 1987 года), сказано следующее: «Эвтаназия, т. е. преднамеренное прерывание жизни пациента, даже сделанная по просьбе самого пациента или по просьбе его близких родственников, **является неэтичной. Это не освобождает врача от принятия во внимание желания пациента, чтобы естественные процессы умирания шли своим ходом в заключительной стадии заболевания».** То есть, здесь запрещается активная эйтаназия, но прямо разрешается пассивная. Еще более определенно это положение выражено в «Положении о самоубийстве с помощью врача», принятом 44-й Всемирной медицинской ассамблеей (Испания, Марбелла, сентябрь 1992 года), «если помощь врача намеренно и сознательно направлена на предоставление индивиду возможности покончить с собой, врач действует неэтично. **Однако право отказаться от лечения является основным правом пациента, и врач НЕ действует неэтично даже тогда, когда соблюдение такого желания приведет к смерти пациента».**

Согласно этим актам, окончательное решение вопроса остается за больным. Однако нельзя не видеть слабости такой позиции. Прежде всего, здесь возникает такой вопрос: насколько компетентно может сам больной оценить состояние своего здоровья, чтобы сознательно пойти на такое решение?

Едва ли может быть сомнение в том, что в большинстве таких случаев больной человек не может дать оценки своему физическому состоянию, не может объективно оценить шансы на свой прогноз. Для этого нужны настоящие медицинские знания, основанные на многолетнем опыте. И никакие беседы с больным, никакое «информированное согласие» не могут дать ему этих знаний. Даже у врача с большим стажем нередки «проколы» в прогнозе дальнейшего течения болезни. А уж у больного они будут и подавно. Поэтому едва ли возложение окончательного решения на больного – самое лучшее решение вопроса об эйтаназии.

В ряде стран и активная и пассивная эйтаназия оценена в правовом поле. В р**оссийском законодательстве также имеется запрет на это деяние. Статья 45 главы 5 ФЗ-323, 2011 гласит: «**Медицинским работникам запрещается осуществление эвтаназии, то есть ускорение по просьбе пациента его смерти какими-либо действиями (бездействием) или средствами, в том числе прекращение искусственных мероприятий по поддержанию жизни пациента». Из этой записи можно понять, что запрещается как активная («какими-либо действиями»), так и пассивная («бездействием») эйтаназия.

Законодательства ряда стран также стоят на таких позициях. В ФРГ введение врачом больному, находящемуся в крайне тяжелом состоянии, большой дозы обезболивающего вещества, приведшего к смертельному исходу, влечет за собой привлечение к суду по двум статьям. Если врач предвидел смертельный исход своего поступка - как за предумышленное убийство, если не предвидел - как за непредумышленное убийство. То, что данный больной, возможно, все равно бы умер через короткое время, не изменяет и не оправдывает действий врача. В Польше также уголовно наказуемы и активная и пассивная эйтаназия.

В то же время ряд медицинских работников и юристов оспаривают такое положение и признают за больным право отказаться от врачебной помощи для продления жизни. Критикуется и российское законодательство за то, что в ее диспозиции не учитываются никакие обстоятельства той сложной ситуации, которая в таких случаях встречается в жизни и с точки зрения гуманности входит в противоречие с нормами права.

Действительно, однозначен ли ответ на вопрос о том, милосердны ли такие действия общества, обрекающего больного на тяжкие, иногда многомесячные или даже многолетние страдания. При всем желании врачей облегчить страдания, снять боль, в жизни это нередко не удается, и человек переносит тягчайшие страдания. Даже если врачам удается унять боль у больного человека, они нередко не в состоянии снять его душевные мучения при виде своего разлагающегося тела, нарушений функций органов и т. д. Кроме того, это доставляет безмерные муки и близким людям. С.Я. Долецкий писал «Безмерны трагедии и в тысячах семей, где на попечении близких находятся их парализованные родные, из которых текут моча и кал. Длится это годами, часто приводит к распаду семей…. ». С.Я. Долецкий считал, что эйтаназия справедлива по отношению к неизлечимым больным, парализованным, больным-дебилам, пациентам, которые живут только с помощью жизнеобеспечивающей аппаратуры, а также по отношению к новорожденным с атрофированным мозгом, плодам беременных женщин, если доказано уродство или несовместимое с жизнью патологическое нарушение, ибо человек отличается от животного разумом и моралью.

В таких рассуждениях сторонников эйтаназии можно было бы видеть опору на философское положение о выборе меньшего зла из двух зол. Невыносимые физические мучения, унижение достоинства человека, нередко длящиеся годами, представляются в этой ситуации большим злом, нежели безболезненная смерть. Хо-

тя и здесь не все так однозначно – ведь из всех зол, с которыми приходится сталкиваться человеку, наибольшее – это смерть. И, кроме того, здесь сразу встает вопрос: а как быть в случаях, когда **физически здоровый** человек имеет такие же **невыносимые психические страдания**, тяжко унижающие его достоинство, и он просит об эйтаназии? Есть ли различие между этими двумя состояниями? Менее ли тяжки психические страдания, чем физические? Не может ли получиться так, что широкая практика активной эйтаназии может включить в себя и такие случаи? И на чем будет основана теория права, которая в одном случае допускает выбор смерти, а в другом – нет? Не получится ли так, что «Подобно гильотине, эйтаназия может попасть в руки людей менее человечных, чем ее изобретатели?» (К.Каемп). Бездумное разрешение эйтаназии увеличивают действие феномена «скользкого склона». В преодолении «скользкого склона», скатывание с нее – не самый лучший выход.

Исследования в Голландии показали, что 20% активной эйтаназии совершается при отсутствии просьб больного. Такие случаи могут возбуждать серьезные моральные и юридические вопросы, ибо здесь видится широкое поле для злоупотреблений, как среди родственников, так и среди врачей. В частности, в
мире нет объективных единых критериев, которые позволили бы судить о том, что страдания пациента на самом деле являются непереносимыми. Здесь может оказаться столько мнений, сколько существует врачей. А в этом уже заложена возможность серьезных злоупотреблений со стороны врачей.

Высказываются вполне законные опасения, что формальное разрешение эвтаназии может стать тормозом для поиска новых, более эффективных средств диагностики и лечения тяжелобольных, а также способствовать недобросовестности в оказании медицинской, в том числе и реанимационной помощи таким больным, требующей больших материальных затрат и огромного напряжения физических и душевных сил обслуживающего медперсонала.

Несмотря на такие суждения ряда философов и медиков эйтаназия получает все более широкое распространение в мире.

В ФЗ-323, 2011 имеется положение противоречащее отказу от эйтаназии. В пункте 8, статьи 19, главы 3 записано, что пациент имеет право на «отказ от медицинского вмешательства». Но. Ведь это и есть создание условий для настоящей пассивной эйтаназии, особенно у пациента, находящегося в терминальном состоянии или требующем срочного применения неотложных реанимационных мероприятий.

Опираясь на эти факты, ряд отечественных ученых (данные И.И.Косарева), кроме С.Я. Долецкого - Г.Л. Ратнер, А.Н. Кудрин, Ю.А. Шилинис, сам И.И. Косарев, Г.К. Краева также являются сторонниками эйтаназии. Правда, они не всегда четко высказывают свою позицию за какую эйтаназию - активную или пассивную они ратуют. А это – очень существенно. Есть такие сторонники и среди зарубежных коллег. Например, всемирно известный Кристиан Барнард. Говорят, что он помог уйти из жизни своей матери, то есть совершил активную эйтаназию.

По-видимому, и в связи с этим в последние годы во многих странах предпринимаются попытки принятия законов официального признания права на **активную эйтаназию.**

Одной из стран, ставшей в последние годы притчей во языцех по вопросам эйтаназии, является Голландия. В этой стране еще с 1984 года врач имел право на активную эйтаназию по так называемому «Прецедентному праву» то есть по решению суда. В последние годы парламент страны принял закон, официально разрешающий активную эйтаназию. Называются различные годы принятия такого решения – по одним авторам это случилось еще в 1993 году, по другим 14 апреля 1994 года, по

третьим – 28 ноября 2000 года, по четвертым в апреле 2002 года и т.д. Но, факт остается фактом – в Голландии законодательно разрешена активная эйтаназия. Правда, как говорит известный голландский профессор Henk ten Have (University Medical Centre Nijmegen), несмотря на существование правового регулирования эвтаназии, её практика в Нидерландах не потеряла полемический и спорный характер. И по настоящее время в этой стране отвергается большая часть просьб об активной эйтаназии.

В соответствии с законодательством для того, чтобы получить право на смерть по собственному желанию, пациент должен быть неизлечимо болен, и при этом испытывать постоянные и невыносимые мучения. Кроме того, у эйтаназии будут возрастные ограничения - детям до 12 лет не будут ее предоставлять. Впрочем, и подросткам от 12 до 16 лет собственного желания умереть будет мало - власти потребуют обязательного согласия его родителей. Кроме того, для проведения эйтаназии врачу требуется соблюдение целого ряда законодательных положений, сформулированных в документе «Требования соответствующей помощи», необходимых для исполнения врачом во избежание наказания:

- убедиться в том, что речь идет о сделанной по собственной воле и тщательно взвешенной просьбе пациента;
- убедиться в том, что пациент терпит неизлечимые и невыносимые страдания;
- информировать пациента о ситуации, в которой он находится, и ожидаемом ее развитии;
- прийти вместе с пациентом к заключению, что в ситуации, в которой он находится, не существует никакого другого разумного решения;
- провести консультацию по меньшей мере с одним независимым врачом, который должен обследовать пациента и вынести письменное заключение о выполнении требований, указанных в первых четырех пунктах;
- выполнить действия по окончанию жизни пациента или по оказанию помощи при самоубийстве с тщательным соблюдением медицинских норм.

Специальная комиссия, состоящая из медицинских экспертов и юристов, будет рассматривать документы, в число которых обязательно должно входить письменное заявление самого пациента о желании умереть. И если решение комиссии будет положительным, пациенту обеспечат уход из жизни с помощью специально предусмотренных для этого медицинских препаратов.

Обоснование принятых законов по активной эйтаназии профессор Henk ten Have видит в том, что голландцы сильно привержены доктрине свободы воли, и она одобрена как почти абсолютное право пациента к автономии. И эвтаназия является примером принципа морального уважения индивидуальной автономии, противопоставления собственного противовеса медицинской силе. В традиции доктрины о свободе воли, автономия, то, что каждый человек свободен и может принимать решения в соответствии с его собственным свободным желанием, считается основной характеристикой человечества. Когда и как смерть будет наступать и есть автономное индивидуальное решение. Это, так называемое «немедицинское» обоснование эйтаназии. Разумеется, что голландцы привержены и медицинскому обоснованию эйтаназии (избавление от невыносимых страданий).

На самом деле Голландия не является пионером в области теории и практики активной эйтаназии.

В 1956 году американский врач, этнический армянин Джек Кеворкян опубликовал ряд статей, в которых пытался обосновать право тяжело страдающего человека уйти из жизни и право врача помогать ему в этом. Постепенно он перешел от слов к действию. В 1989 году он сконструировал машину, с помощью которого больной

сам, простым нажатием кнопки, мог ввести себе смертельную дозу лекарства. Вскоре у него появились первые «пациенты». 4 июня 1990 года его машиной воспользовалась 54 летняя Дженет Аткинс, тяжело больная болезнью Альцгеймера. За ней последовали еще двое.

Эти действия Кеворкяна получили огласку. Был громкий судебный процесс, однако судья признал его действия не убийством, а ассистированием при самоубийстве и ограничился тем, что лишил его лицензии на врачебную деятельность. Однако это не остановило Кеворкяна.

Он построил другой аппарат и с его помощью с 1992 по 1995 годы лишил жизни еще 8 человек. Более того, в 1995 году он пытался открыть свою «клинику для самоубийц», а когда эта идея сорвалась, сконструировал особую «машину смерти» и стал выезжать на ней на дом.

Самое страшное во всей этой истории то, что многие из тех, кому он помог умереть, не были обреченными больными. Экспертный анализ историй болезни более 70 человек, которым «помогал умирать» Кеворкян, показал, что многие из них по клиническим данным и социально-юридическим положениям не соответствовали параметрам, в пределах которых эвтаназия может быть допущена. Не все из таких пациентов на самом деле являлись безнадежными. В Америке есть люди, которые попадали к нему, но передумали в последнюю минуту. Так вот, ряд из них живет благополучно уже много лет. А ведь в этом и заключается главный аргумент противников эйтаназии – не все больные, просящие помочь им уйти из жизни, на самом деле обречены.

Кроме того, если признать правомерность деяний Кеворкяна, то обществу следует допустить и правомерность самоубийств. Ведь, если дать моральную оценку этому деянию – оно, по большому счету, также есть эйтаназия, убийство по собственному желанию. Легкая, как правило, без длительных мучений (прыгнул, к примеру, с Эйфелевой или Останкинской башни или даже из окна любой высотки и…через пару минут уже в пироге Хирона) смерть.

Старинное латинское крылатое изречение гласит: «De mortuis sine bene sine nihil» (О мёртвых (надо говорить) или хорошо или ничего). Однако из всякого правила есть исключение. О Кеворкяне можно сказать «Хорошо, что, наконец, он убрался с лица земли и Хирон перевёз его через Лету» (пару лет назад Кеворкян умер).

То обстоятельство, что в случае ухода из жизни тяжелых больных речь идет о моральных поступках медиков, этосе медицины, ничуть не меняет ситуация. В случае самоубийств, речь идет о морали общества, этосе общества. О том, что общество не обеспечивает своим гражданам достойную жизнь. Об этом свидетельствуют такие факты: по данным профессора В. Войцеха, руководителя Суицидологического центра Московского НИИ психиатрии МЗ СР РФ (2005) в годы кризисов и дефолта в России (1994 и 1998) и в период монетаризации льгот по Москве произошел огромный скачок самоубийств. Для одинокого, влачащего жалкое существование на шатком мостике пенсии или зарплаты значительно ниже реального прожиточного минимума, человека – любой толчок – катастрофа. Общество в данном случае выступает в роли греческой горы Киос, японской Обясутеямы или «скалы предков» вестготов…

Это особенно печально ещё и потому, что ряд исследований, проведенных в последние годы, показывают - активная эйтаназия реально действует практически во всех странах мира, даже там, где она категорически запрещена.

В 2001 и 2002 годах в Бельгии, Дании, Италии, Нидерландах, Швеции и Швейцарии методом случайной выборки было изучено числе зарегистрированных смертей с учетом того, что у каждого умершего было право принять решение о добро-

вольном уходе из жизни. В результате оказалось, в Швейцарии половина всех попавших в поле зрения исследователей смертей оказалась результатом эйтаназии. По статистике, каждый год в Швейцарии около 100 тяжело больных расстаются с жизнью по собственному желанию. Обращает на себя внимание заключение исследователей: «практически все эти случаи осуществлялись благотворительными организациями».

!!! **Одна из таких организаций «Dignitas» легально действует в Швейцарии с 1999 года. Более того, она создает свои филиалы в других странах. В 2005 году в Мед.газете (№ 89 от 16 .XI. 05) было сообщение Ю.Германа об открытии филиала в Германии. Это организация – нечто в виде респектабельного клуба (так и хочется написать «самоубийц»), куда вступают в члены, платят членские взносы и т.д. и где за определенную плату (!) «безнадежно» больным помогают уйти из жизни. При желании больных, при процедуре «ухода» могут присутствовать родственники (каков менталитет! А ведь некоторые наши «биоэтики» пытаются доказывать, что люди одинаковы, что «у них», что «у нас»).**

Пишут, что таким путем вышеуказанная швейцарская организация за 6 лет своего существования перевезла в ущелье Ахерона 453 человека.

Такое же положение, несмотря на отсутствие закона, реально создалось в Великобритании, где судом был создан прецедент. На полную легализацию эйтаназии решались также власти Северной Австралии - в 1996 году они приняли соответствующий закон, который, правда, был отменен меньше чем через год.

Тем не менее, внедрение активной эйтаназии в жизнь тихой сапой ползет по миру. В Вестнике московского городского научного общества терапевтов № 3, за 2006 опубликовано сообщение о том, что в США, штате Орегон Верховный суд разрешил активную эйтаназию. Закон выдвигает определенные условия для этого, однако это не суть важно. Важно, что прецедент есть и по нему активная эйтаназия будет понемногу пролезать и в другие штаты Америки, да и в другие страны. Доказательства - в том же вестнике сообщается, что в Израиле уже разрешили проводить хитроумно автоматизированную пассивную эйтаназию.

Вопрос активной эйтаназии упирается не только в закон, не только в высокие философские этические рассуждения и рекомендации ВМА и т.д. Не меньшее значение имеет и моральная позиция самого врача. Начиная это деяние, каждый врач вынужден, прежде всего, самому себе ответить на вопрос: «А могу ли я хладнокровно ввести больному человеку, даже по его просьбе, смертельную дозу лекарства, наблюдать, как от этого умирает человек, а затем спокойно жить и работать?». Если многим сегодня легко ответить на этот вопрос, значит «что-то подгнило в нашем королевстве».

О наличии у врачей трудностей такого плана говорят следующие факты. Даже в тех странах, где эйтаназия разрешена законодательно, врачи стараются не афишировать свои действия, держат их в тайне. По данным ученых, медики, дававшие пациентам смертельную дозу лекарства, признаются в этом в 2,59% в Нидерландах, 0,3% в Бельгии и 0,27% в Швейцарии.

Основным философским, социальным, этическим и прочим постулатом отказа от эйтаназии, необходимости бороться за нее даже вопреки объективным медицинским законам и в самых безнадежных ситуациях, считается ценность человеческой жизни. Увы, это положение в современном мире, едва ли может оставаться таковым.

Лев Толстой в своем произведении «Не могу молчать», давая нелицеприятную оценку нравственного падения российского общества того времени, писал: «**О казнях, повешении и убийствах пишут и говорят теперь, как прежде говорили о**

погоде. Благодаря деятельности правительства, допускающего возможность убийств для достижения своих целей, всякое преступление, грабеж, воровство, ложь, мучительства, убийства считаются делами самыми естественными и свойственными человеку».

Эта картина писана Львом Николаевичем как будто с сегодняшних наших дней. Поэтому, многим нашим гражданам, а врачи тоже граждане, на фоне того, когда ежедневно на их глазах происходят безнаказанные убийства людей, когда насилие и смерть становится обыденным явлением, проблема допустимости или недопустимости эйтаназии может показаться несущественной, надуманной, мелкой. В дегуманизированном обществе высокие моральные принципы никогда не работают. Как пишут И. Н. Денисов и И. И. Косарев (1998): «В обществе, где не всегда считаются с интересами здоровых людей, уделять внимание недееспособным лицам кажется неблагодарным и бесперспективным делом…». Это ярко иллюстрирует и современное состояние решения проблемы пассивной эйтаназии.

Пассивная эйтаназия на практике неофициально давно допускается во многих странах. В одной из клиник США была изучена документация сорока больных, умерших от рака. Установлено, что к семидесяти процентам этих больных применялась тактика пассивной эйтаназии. Об этом же говорит и исследование американского ученого Фурлова, который показал, что из опрошенных им врачей 37-89 процентов в разных клиниках считали допустимой пассивную, а 15-37 процентов - активную эйтаназию.

Такое мнение получает все большее признание среди наших зарубежных коллег. Анкетный опрос, проведенный Кусе и Зингером в 1988 году у 869 врачей, выявил, что 40 процентов из них хотели бы использовать в своей практике эйтаназию, если бы она была разрешена законом. Следовательно, морально почти половина врачей сегодня готова к этому акту, и их, казалось бы, сдерживает лишь закон. Однако в последнее время и закон перестал сдерживать пассивную и даже активную эйтаназию.

Отечественные врачи также в большей части стоят за допуск эйтаназии. Так, по опросам журнала «Врач», в поддержку эйтаназии высказалось 55% опрошенных, против 19%. Правда, при этом неясно о какой форме – активной или пассивной - ведут речь наши врачи.

Нет сомнения в том, что пассивная эйтаназия негласно также допускается в медицинских учреждениях России давним давно. Я вот о чем. Можно утверждать, что во всех больницах России распространена такая практика, когда больного, находящегося в терминальном состоянии, по просьбе самого больного или его родственников, а зачастую, по подсказке врачей, выписывают из больницы домой (как говорят в народе «выписали умирать»). Ясно, что это не во всех случаях означает прекращение оказания ему медицинской помощи, прекращения усилий врачей по спасению его жизни. Эти мероприятия могут быть продолжены и дома. И, все-таки, в значительной части подобных случаев, такие больные остаются без интенсивных мер терапии, лечение ограничивается попытками создать ему возможный физический и психический покой. А это и есть пассивная эйтаназия. И такое решение нередко принимается не консилиумом, не этическим комитетом, а лечащим врачом единолично.

Имеются и сторонники такого поведения врачей. **Они ссылаются на то, что смерть человека в кругу семьи, в окружении родственников, утешающих его, старающихся облегчить ему его последние часы, менее тяжела, чем в больнице, в одиночестве, вдали от семьи и близких. Наверно нельзя не признать наличия морального, разумного зерна в таких высказываниях.** Кроме того, сегодня во

всем мире медицинская общественность и философы широко обсуждают вопрос о правах больного. В современном понимании данного вопроса правам больного отдается предпочтение перед правами всех остальных лиц. Я уже приводил выше статью ФЗ-323, 2011 по которой больной имеет право отказаться от любого вида лечения. Следовательно, врач никак не может не отпустить больного домой, если тот настаивает на этом. Правда, нередко на выписке настаивает не сам больной, а его родственники. В этом случае, по-видимому, просьба может быть не удовлетворена. Однако на практике, особенно в последние годы, она удовлетворяется почти всегда.

Все же, здесь нельзя не коснуться важной моральной стороны проблемы просьб самих больных о прекращении лечебных мер, о выписке из медицинского учреждения. Многие врачи и общественные деятели высказывают мнение, что на принятие решения самим больным может влиять не столько тяжесть его состояния и страдания, сколько отсутствие альтернативы, особенно отсутствие возможностей обеспечить ему максимальную поддержку и помощь, улучшить качество жизни. А то, что именно такие мотивы руководят желанием больных прекратить борьбу за жизнь, свидетельствуют опросы больных в Америке. При опросе 988 тяжелых больных, находящихся дома или в больницах, 60% поначалу высказали желание подвергнуться эйтаназии. Однако когда их поместили в хосписи со сносными условиями жизни, этот процент упал до 10. **Разве это не лучшее доказательство того, что желание подвергнуться эйтаназии, связано не столько с мучениями и болью, сколько с тем, что больные считают себя бременем для семьи физически и материально, испытывают страх остаться деморализованным, быть зависимым от других, боятся постоянной потери надежды.** Как говорится, хорошо, конечно иметь хорошую смерть, но лучше, если обеспечить хорошую жизнь. Тогда смерть не покажется никому лучшим избавлением от всех забот.

Эти факты еще раз подтверждают мнение о том, что под многими просьбами помочь умереть, на самом деле, скрывается просьба помочь достойно жить.

В нынешних российских условиях, также нет никакого сомнения в том, что нередко за просьбами об эйтаназии старых больных людей стоят экономические вопросы. Большинство таких людей в нашей стране не имеют средств для проведения полноценного лечения, постольку, поскольку разговоры о бесплатном лечении в наше время для большинства из них не более чем сотрясение воздуха. Реанимационные меры высокого класса, интенсивное лечение стоят очень высоких сумм. И они доступны не каждому, даже среднего достатка человеку. Возможно, такие средства есть в больницах Москвы и в некоторых других городах. Во всех же остальных городах и селах такое лечение требует больших дополнительных финансовых расходов самих больных или их родственников. Вот эта сторона по разным причинам и служит основанием просьбы об эйтаназии. Одни хотят этого потому, что у них нет средств вообще, другие не хотят, чтобы расходы тяжким бременем легли на их семьи.

Бедность рождает страдания, поэтому, сегодня так много страдания именно в бедных странах.

Из сказанного можно заключить, что эйтаназия не всегда является единственной альтернативой тяжким страданиям или безнадежности положения больного. Вопрос нередко упирается в проблему **медицинских ресурсов и их справедливого распределения**. Вот что писала газета «Нью-Йорк Таймс» в своей передовице. «Вопрос о продолжении врачебных мероприятий по борьбе за жизнь необходимо ставить в зависимость от возможных расходов. Если средства ограничены, то у таких больных меньше шансов снова стать здоровым».

Эта тенденция в настоящее время получает все большее распространение в мире. На состоявшейся в 2005 году в Нидерландах конференции «Биомедицина в границах человеческого существования» открыто говорилось о старости и старых как обузе для землян. Так, высказывалось мнение, что нецелесообразно, например, в США тратить 15% ВВП на здравоохранение, когда на образование тратится лишь 6%. В свете этих высказываний, если не прямо, то косвенно говорилось о нежелательности роста продолжительности жизни, о необходимости «сделать приоритетом здравоохранения паллиативной помощи». Если это перевести на обычный язык, оно означает требование применять ко всем старым людям пассивную (пока!) эйтаназию.

Как видно, нравственные аспекты медицинской и социальной помощи в конце жизни сложны и запутанны. Может ли старый человек рассчитывать на достойную жизнь и смерть в старости или же человечество вернётся к варварству будет видно буквально в последующие несколько десятков лет.

Одним из действий, устраняющих или облегчающих моральную и материальную сторону активной и пассивой эйтаназии является так называемая паллиативная помощь.

ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ **– помощь, оказываемая терминальным больным различными службами.**

Одними из первых служб оказания паллиативной помощи стали так называемые хосписи, впервые появившиеся в Англии. Поначалу паллиативная помощь в них оказывалась раковым больным, но, постепенно, ее стали оказывать всем терминальным больным.

Хоспис – это учреждение, где стараются создать условия, приближенные к домашним. Пациентам там разрешается держать при себе даже домашних животных, например, кошку или собаку, принимать родных, устраивать торжества. Хоспис никогда не отнимает у них надежду выздороветь. А мы уже говорили выше о том, что шанс всегда есть - возможны ошибки в постановке диагноза или случаи невероятного самоисцеления организма. Если даже этого не случается в хосписе обеспечивается достойное завершение жизненного пути.

В РФ делаются шаги в направлении организации такой помощи. Еще в 1994 году в одном из округов Москвы на базе городской клинической больницы было организовано отделение паллиативной помощи. Здесь активно разрабатываются и применяются на практике различные (хирургические, фармакотерапевтические, психологические и др.) формы и методы паллиативной помощи. В 1996 г. в Москве был организован Фонд «Паллиативная медицина и реабилитация больных», который разработал программу содействия подготовке кадров по паллиативной медицине. В Санкт-Петербурге развернуто 7 стационарных подразделений службы и 21 выездные бригады, оказывающие помощь на дому. В Алтайском крае в различных центральных и районных больницах открыты койки для оказания паллиативной помощи. В Красноярском крае создан хоспис и организуются общественные движения по оказания паллиативной помощи. В Казани при онкологическом диспансере функционирует отделение оказания паллиативной помощи онкологическим больным, и разрабатываются основные направления психопрофилактической и психокоррекционной работы. Ведется работа в Ульяновске, Смоленске и в других крупных городах.

К концу 2005 года в России работало свыше 200 подразделений системы паллиативной медицины (кабинетов противоболевой терапии, хосписов, отделений паллиативной помощи, территориальных центров, на отдельных кафедрах медвузов организуются курсы паллиативной терапии через которые проходит значительное число специалистов.

В 2011 году положение о раллиативной помощи было закреплено в ФЗ-323 в главе 5, статье 36: 1. Паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан.

2. Паллиативная медицинская помощь может оказываться в амбулаторных условиях и стационарных условиях медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи.

Паллиативная помощь, в том числе и в хосписах, должна зиждется на следующих принципах: поддерживать жизнь и обучать отношению к смерти как к естественному процессу; не ускорять и не оттягивать наступление смерти; устранять боль и другие тягостные симптомы; сочетать физическую и духовную поддержку; предлагать систему поддержки с целью помочь пациенту, насколько это возможно, обеспечивать ведение активного образа жизни до самой смерти; предлагать поддержку семье больного.

Медперсонал, оказывающий ПП должен уметь психологически воздействовать на больного для выработки у него жизненных установок на «хорошую смерть». Он должен быть способным держать ситуацию под контролем, обеспечивать сохранение достоинства и права на частную жизнь; контролировать боль и другие симптомы;

Пациент должен иметь возможность выбора, где умирать (дома, в больнице, хосписе); если потребуется, иметь доступ к информации и экспертизе; получать любую духовную или эмоциональную поддержку; иметь возможность дать последние распоряжения и быть уверенным, что они будут выполнены; не предпринимать бессмысленные попытки пролонгировать жизнь.

При этом исходят из того, что у больных имеются следующие проблемы: физические страдания, обусловленные заболеванием; социальные, обусловленные потерей работы, изменением социальной роли, возникновением зависимости от окружающих; психологические - депрессия, страх и беспокойство, неопределенность, чувство вины (перед родственниками, окружающими); экзистенциальные - религиозные, нерелигиозные, оценка значимости жизни, вопрос «за что именно мне?».

В настоящее время ПП за рубежом оказывается не только в хосписах, но и на дому врачом общей практики, помощником которого является специализировавшаяся по данному профиля медсестра. В то же время есть мнение, что ПП - мультидисциплинарная функция, поэтому оказывать ее должна команда специалистов. Помимо врача и медицинской сестры, в такую команду входят социальный работник и, по желанию больного, представитель религиозной конфессии.

Между тем, в нашей стране покак нет всеобъемлющей организации паллиативной помощи. Нет единой концепции, выдвинутой и разработанной государством, нет федерального (а в большинстве регионов – и территориальных) центров по подготовке кадров врачей и среднего медперсонала – профессионалов по паллиативной помощи. Большинство имеющихся учреждений и групп оказывают помощь в основном онкологическим больным, в то время как больные другими соматическими болезнями кончают свою жизнь или в больнице, или на дому при возможной помощи участкового врача. Не создана система обучения участковых врачей или врачей общей практики по данному разделу. Каждый оказывает помощь на свой страх и риск, кто как сумеет. Отсюда – паллиативная помощь - одна из главных проблем биомедицинской этики России на сегодняшний день.

Несколько слов следует сказать и о паллиативной помощи детям. Она очень сильно отличается от таковой для взрослых. Поэтому данному разделу в настоящее время также уделяется большое внимание, идет интенсивная разработка ее принци-

пов и подготовки кадров для ее оказания.

Паллиативная помощь становится составной частью национальных систем здравоохранения некоторых стран. И на нее приходится выделять значительные ресурсы. ВОЗ считает необходимым переориентировать часть расходов на оказание больным ПП. О том, что на медицинское обеспечение тяжелых больных приходится тратить значительные суммы, свидетельствует хотя бы тот факт, что, например, в Бельгии уход за пациентами, находящимися в критическом состоянии поглощает около 20% всех средств, выделяемых на здравоохранение.

Последнее обстоятельство также становится одной из жгучих биоэтических проблем. Дело в том, что многие лица, в том числе и медики, считают такие траты нецелесообразными. Как пример такой позиции можно привести мнение уже упоминавшегося выше известного советского детского хирурга, профессора С. Я. Долецкого, много занимавшегося в свое время вопросами этики и деонтологии врача и ставшего к концу жизни сторонником «Права на смерть». Долецкий считает, что большие средства, которые могли бы быть потрачены на больных, имеющих надежду выздороветь, зря тратятся на лечение безнадежных больных «…борьба за жизнь больного справедлива до тех пор, пока есть надежда на его спасение». Как также уже говорилось выше, С. Я. Долецкий вовсе не пионер в данном утверждении. «Отец медицины» Гиппократ также писал в своих сочинениях «медицина не должна протягивать руку тем, кто уже побежден болезнью». То есть, грубо говоря – если человек безнадежно болен – нечего на него тратит деньги. Вопрос для размышления: насколько этична такая позиция?

Из вышесказанного можно видеть, что эйтаназия в целом - прежде всего проблема общественная, социальная. Чем больше общество будет способно обеспечивать тяжко больному максимальную помощь, уход и заботу, облегчающие их душевные и физические страдания, тем меньше будет желающих подвергнуться эйтаназии.

Пока же едва ли есть сомнение в том, что на сегодняшний день во всем мире практически легально или нелегально практикуется пассивная эйтаназия. Так, действительно, не лучше ли в такой ситуации официально признать ее, и произвести очень четкую регламентация данного процесса в законодательном аспекте?

Здесь нельзя не упомянуть и о позиции церкви в вопросе эйтаназии. 3 мая 1999 года Этический комитет Московского Патриархата русской православной церкви принял заявление по данному вопросу. Это заявление приводится ниже:

«Возникновение проблемы эвтаназии в нашем обществе непосредственно связано с «мировоззренческим плюрализмом», признающим существование разных типов ценностных ориентаций, включая позицию, допускающую убийство и «право человека на смерть». По мнению сторонников легализации эвтаназии, это «прав» должно быть защищено законом и включать соответствующее организационное обеспечение, используя возможности современной фармакологии и социального института здравоохранения. Церковно-общественный Совет по биомедицинской этике Московского Патриархата считает необходимым в связи с этим заявить следующее.

Признавая ценность жизни каждого человека, его свободу и достоинство как уникальных свойств личности, созданной по образу и подобию Божию, православные священнослужители, ученые, врачи, считают недопустимым реализацию любых попыток легализации эвтаназии как действия по намеренному умерщвлению безнадежно больных людей, рассматривая эвтаназию как особую форму убийства (по решению врачей или согласию родственников), либо самоубийства (по просьбе паци-

ента), либо сочетание того и другого. Совет выступает против эвтаназии в любой форме, поскольку ее применение неизбежно приведет:
а) к криминализации медицины и к потере социального доверия к институту здравоохранения; б) к поруганию бесценного дара человеческой жизни; в) к умалению достоинства врача и извращению смысла его профессионального долга;
г) к снижению темпов развития медицинского знания, в частности, разработок методов реанимации, обезболивающих препаратов, средств для лечения неизлечимых заболеваний и т. п.; д) к распространению в обществе принципов цинизма, нигилизма и нравственной деградации в целом, что неизбежно при отказе от соблюдения заповеди «не убий».

Квалифицированный врач должен учитывать, что просьба больного об ускорении его смерти, может быть обусловлена состоянием депрессии, лишающим его возможности правильно оценивать свое положение. Нельзя забывать и об особенностях человеческой личности, до последней минуты жизни обладающей свободой выбора и правом на изменение решения.

В свете этих факторов Совет считает эвтаназию неприемлемой в нравственном отношении и категорически возражает против рассмотрения законодательных проектов, пытающихся юридически оформить возможность ее применения и тем самым внедрить в общественное сознание допустимость убийства или самоубийства с помощью медицины».

Нельзя не видеть разумности положений «Заявления. . » в теоретическом аспекте.

К сожалению, реальная жизнь сегодня заставляет врачей, самих больных или их родственников прибегать к пассивной эйтаназии. О причинах этого я говорил выше.

В вопросы эйтаназии нельзя не видеть и еще одной стороны проблемы. Во многих странах мира, выпускники, при окончании медицинских вузов продолжают принимать клятву Гиппократа. Нет сомнения, что эта клятва противоречит разрешению активной эйтаназии. **Следовательно, в тех странах, где официально разрешают активную или пассивную эйтаназию, или надо отменить ритуал клятвы или убрать из нее слова об отказе врача от эйтаназии, которые я привожу в качестве эпиграфа к данной главе.**

ЯТРОТАНАЗИЯ - от слов «иатрос» - врач и «танатос» – смерть – явление близкое к активной эйтаназии первого типа, т.е. совершаемой врачом по собственной инициативе. Введение больному врачом смертельной дозы лекарства, даже с благой целью избавления того от тяжких страданий, не может не быть аморальной. В то же время во второй половине XX столетия в Америке было распространено гораздо более аморальное умерщвление людей. Речь идет о так называемом крионировании людей.

В 1967 году в Лос-Анджелесе 73-летний профессор психологии Джеймс Бедфорд был признан больным раком легкого. К этому времени в Америке функционировало несколько так называемых криогических обществ, т. е. организаций, которые предлагали больным их «замораживание» и сохранение в таком виде на бесконечно долгий срок. В основе идеи этих обществ - вера в то, что когда-либо человек овладеет секретом излечения рака и других, неизлечимых ныне болезней или сможет омолаживать людей. Поэтому такие общества предлагали замораживать больных или даже просто старых людей и сохранять их в таком состоянии до наступления века, когда этим людям может быть оказана соответствующая помощь.

Джеймс Бедфорд оказался первым человеком, согласившимся на операцию. Он был переведен на управляемое дыхание, помещен в сухой лед. Затем включили

аппарат искусственного кровообращения и откачали всю кровь, а вместо нее ввели охлажденную жидкость. После полной замены крови охлаждающим раствором прервали дыхание, и тело поместили в стальную капсулу, где постоянно поддерживалась температура минус 96^{o} С.

Это было смелым (скорее, безумным) началом. В человеческой среде во все времена находились люди, готовые последовать за любым новым «пророком», сулящим им бессмертие - эту даже не призрачную химеру. Стоит только начать. И такое начало положил Джеймс Бедфорд.

Вскоре нашлись и последователи. Меньше чем за два года число замороженно-захороненных достигло десяти. Тело другого крионированного американца, Стивена Джея Мендеела, было погружено в холодильную камеру с температурой абсолютного нуля - минус 273^{o}С.

Чтобы стала ясна аморальность вышеуказанных акций врачей и других организаторов крионических обществ, обратимся к научным фактам.

Идея замораживания не нова. Она давно муссируется в научной фантастике и экспериментально изучается на различных биологических объектах - бактериях, хладнокровных и теплокровных животных. Замораживанию людей посвящена гротеско-сатирическая киноповесть Л. М. Леонова «Бегство мистера Мак-Кинли», которая в свое время довольно долго шла на наших экранах.

Каковы же достижения науки в вопросах замораживания живых объектов? Забегая вперед, можно ответить: при современном состоянии науки и практики замораживания крупных теплокровных существ, не говоря о человеке, нет ни одного шанса на его успех.

Не будем голословны. В научном мире известны поражающие воображение факты оживления некоторых организмов после замораживания. Советские ученые Н. Н. Щербак и Н. Н. Ковалюк извлекли изо льда, с глубины 11 метров, окоченевшего тритона и осторожно попробовали его оживить. Успех превзошел все ожидания - тритон ожил.

Точный срок пребывания тритона в замороженном состоянии чрезвычайно трудно определить. Не исключено, что он исчисляется даже годами или десятилетиями. Но вот более точные данные. Грин и его сотрудники показали, что некоторые бактерии оживают через восемь лет хранения их в жидком азоте.

Такие результаты исследований говорят о возможности восстановления жизнедеятельности бактерий и хладнокровных после замораживания и размораживания. К сожалению, результаты экспериментов с теплокровными животными оказались абсолютно неутешительными.

Д. Ф. Синицын в 1923 году охладил щенка до температуры +2^{o} С на короткое время. Щенок после этого ожил, однако через два дня погиб при явлениях общей дезорганизации жизнедеятельности организма.

Через десять лет, в 1933 году, Н. В. Пучков охладил взрослую собаку до +3 ^{o} С, но ему так и не удалось вернуть ее к жизни. В 1934 году Н. И. Калабухов охлаждал летучих и обычных мышей до -3, 7 и -7, 1^{o}С в течение 8-47 минут. Мыши погибли. Лютц в 1943-1950 годах охлаждал морских свинок от+15 до 0^{o}, и лишь у незначительной части из них наблюдалась кратковременное восстановление жизнедеятельности.

В последующие годы были получены более обнадеживающие результаты. Оказалось, что если охлаждение крыс производить через кровь (т. е. примерно так, как это делалось в случае с Бедфордом и другими крионированными), то у небольшой части животных происходит временное восстановление жизнедеятельности.

Достигнутое учеными рекордное время обратимой холодовой остановки жизнедеятельности живого теплокровного организма при охлаждении даже всего лишь до -1-3^{o} С равнялось 4 часам. Достижение более чем неутешительное.

В чем причина неудач экспериментов по замораживанию теплокровных? Современные достижения науки позволяют заморозить такой сложный, как тело животного или человека, объект лишь постепенно. При медленном замораживании вода, составляющая более 90% веса тела живого существа, превращается в лед, возникает процесс кристаллизации, вследствие которого значительно расширяется объем любого объекта. Последнее ведет к разрыву и гибели клеток всех тканей и органов, поэтому невозможно «оживление» животных и тем более человека.

Единственный способ преодоления этого препятствия - глубокое и полное мгновенное замораживание подопытного объекта, при котором вода, минуя стадию льда, переходит в стекловидную массу, что не сопровождается увеличением объема и повреждением клеток организма.

Однако до настоящего времени мгновенное замораживание удается осуществить лишь на малых живых объектах - бактериях, эритроцитах, яйцеклетках, сперматозоидах и т. д. И не было никаких оснований считать, что удалось осуществить мгновенное замораживание Д. Бедфорда и его последователей и тем более говорить о возможности их оживления.

Врачи, участвовавшие в операции замораживания людей, понимали бесперспективность своей затеи. Об этом красноречиво свидетельствуют их высказывания: «Да, сейчас мы пока не знаем, как разморозить этих людей, но разве не может так случиться, что через 100 или 200 лет люди сумеют это сделать».

Подобные рассуждения не более чем демагогия. Любому здравомыслящему врачу, да и не только врачу, ясно, что ни через сто, ни через тысячу лет крионированные люди не могут быть оживлены, так как буквально все клетки их организма разорваны образовавшимся льдом и никто, и никогда не в состоянии вернуть их в норму.

Родственники обманутых аферистами людей тоже это поняли и потребовали расследования состояния крионированных. Как и можно было ожидать, при попытках оживления никто из них не подал признаков жизни. Последовал грандиозный скандал с присуждением выплаты огромных компенсационных денег и т. д.

Я думаю, что в этой ситуации действия врачей нельзя квалифицировать иначе как ятротаназию. **Создание крионических обществ есть ничто иное, как исходящее от врачей предложение о лишении жизни, пусть и безнадежных больных.** Да еще связанное с громадными расходами.

Почему возникают подобные явления? Почему люди легковерны и идут на подобные безумные поступки?

Во-первых, в связи с последними достижениями (полет человека на Луну, генно-инженерные технологии, экстракорпоральное оплодотворение, клонирование животных и т. д.) люди верят в безграничные возможности науки. В том числе и медицинской.

Во-вторых, вере способствуют безграмотные, рассчитанные на сенсацию публикации в печати, такие, например, как нижеизложенная.

Газета «Советская Россия» от 9 октября 1983 года на полном серьезе опубликована следующую заметку: «На домашней ферме жительницы Шотландии Ирэн Маккаллок обитало 18 кур. Недавно к ним добавилось еще одна. Домохозяйка приобрела ее в магазине, где торгуют. . . мороженой битой птицей. Когда она раскрыла упаковку, среди тушек оказалась одна неощипанная курица. Как она попала в партию мороженых товарок, так и осталось загадкой для работников торговли. Сердо-

больная миссис Маккаллок решила спасти бедняжку. Дома она сделала курице теплые примочки и растирания. Припарки подействовали. Размороженную несушку назвали Эсмеральдой и поселили в курятнике».

Приведенные выше данные научных экспериментов свидетельствуют об абсурдности статьи. Но ведь мало кому эти данные известны. И читатели, к сожалению, верят таким басням, тем более что они помещены в такой авторитетной для своего времени газете, как «Советская Россия».

Не следует забывать и о том, что эйтаназии могут быть подвергнуты не только тяжело соматически больные, но и люди с врожденными или наследственными дефектами (тяжелые поражения мозга и т. д.). И в этом аспекте проблема смыкается с действиями нацистских врачей, уничтожавших неполноценных людей.

Эйтаназия и ятротаназия затрагивают самые глубинные пласты человеческой морали. А мораль - явление социальное. Каждый из нас сообразует свое поведение, свои намерения, действия и даже внутреннюю оценку своих поступков с нормами морали. И врачи должны быть в этом отношении образцами соблюдения этических норм, а не инициаторами их нарушения корысти ради.

ВЫВОДЫ. 1. Эйтаназия – одна из наиболее острых проблем биомедицинской этики, вопросы решения которой активно дискутируются во всем мире.

2. В настоящее время многие вопросы проблемы эйтаназии решаются в пределах медицинского права, законодательно.

3. В правовом государстве любой его гражданин должен придерживаться принятых законов. Следовательно, все наши врачи должны придерживаться статьи 45 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан», которая запрещает все виды эйтаназии.

4. При необходимости принятия решения о прекращении реанимационных мероприятий следует точно соблюдать положения вышеуказанной «Инструкции» по определению смерти мозга».

5. Даже если бы закон разрешал в нашей стране эйтаназию, врач не имеет морального права применять активную эйтаназию. Действия врачей типа Кеворкяна подлежат моральному осуждению и уголовному наказанию.

6. В ряде случаев в пассивной эйтаназии усматривается определенная доля милосердия. При выписке «безнадежных» больных из стационаров по требованию больного или его родственников, необходимо на дому обеспечивать ему все необходимые медицинские меры по поддержанию его жизни и облегчению страданий.

7. Действия врачей по крионированию людей должны быть уголовно наказуемы, как за умышленное убийство.

8. Нельзя забывать, что важнейшим кредо врача во все времена было продление жизни, а не потворство смерти.

CONCLUSION. 1. Euthanasia is one of the most pressing issues of biomedical ethics which is being actively discussed all over the world.

2. Currently, many of the issues associated with euthanasia have been solved within health law, legislatively.

3. In a legal state any citizen is to observe the adopted laws. Consequently all of our doctors have to observe article 45 of Federal law on the protection of health of citizen of the Russian Federation, adopted by State Duma in 2011.

4. When it is necessary to arrive at a decision on the arrest of reanimation measures the above-mentioned rules on determination of the brain cells death should be strictly observed.

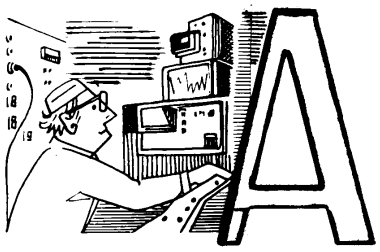
5. Even if euthanasia is legal in our country doctor has no ethical right to use active euthanasia. Such actions as doctor Kevorkyan's are to be blame and punished.

6. In some cases of passive euthanasia there is a certain part of mercy. When "a hopeless case" is discharged from the hospital at the patient's or his relatives request it is necessary that he should be provided with all the necessary medical measures to maintain his life and to relieve his pain.

7. Doctors' actions on cryonics are to be prosecuted the way the premeditated murder is punished.

8. It should be born in mind that the most important credo of the doctor has always beer prolongation of life-span but not indulgence to death.

ДОООООООО



БОРТ И РЕПРОДУКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

ABORTION AND REPRODUTIVE TECHNOLOGIES

Я не вручу женщине абортивного пессария
Клятва Гиппократа

Я буду поддерживать высшее уважение к человеческой жизни с момента ее зачатия; даже под угрозой я не использую мои знания в области медицины в противовес законам человечности.
Женевская декларация врачей

Аборт. «Аборт- прерывание беременности **до того, как плод становится способным к существованию вне матки (т. е до 28 недель**)» (2000 болезней от А до Я», М. , 1999, с. 1).

В принципе, аборт относится к числу старейших проблем медицинской этики, а также философии, юриспруденции и теологии. Это видно даже из того, что Гиппократ не одобрял аборта, тогда как Аристотель считал аборт допустимым.

Различают аборты самопроизвольные и искусственные. Борьба мнений разворачивается именно вокруг искусственных абортов.

Искусственные аборты делятся на: аборты по просьбе (супругов или женщины), по медицинским показаниям и по социальным показаниям.

Аборт по просьбе делается, как правило, в пределах до 12 недель и в разъяснении своей сути не нуждается. Однако он очень даже становится предметом спора различных общественных и иных организаций.

Аборт по медицинским показаниям делается: 1. По состоянию здоровья матери, когда сохранение беременности угрожает ей инвалидностью или лишением жизни. 2. Если установлено, что зачатый ребенок несет в себе тяжелую генетическую патологию, которая сделает его пожизненным инвалидом и может привести к серьезным жизненным проблемам и для родителей и для него самого (медико-генетические показания). Конкретный перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности определяется Министерством здравоохранения Российской Федерации. Этот вид аборта делается также в те же сроки, но могут быть и исключение (до 22 недель).

Аборт по социальным показаниям (также может производиться и в поздние сроки – до 22 недель). Социальные показания ранее были разрешены положением, утвержденным Правительством Российской Федерации, на основе чего Минздравом РФ был издан приказ № 242 от 11. 06. 1996 о перечне показаний. Это: пребывание женщины или ее мужа в местах лишения свободы; смерть мужа во время беременности жены; инвалидность 1- 2 группы у мужа; безработные муж и жена; лишение или ограничение родительских прав судом; беременность вне брака; расторжение брака

во время беременности; отсутствие жилья, проживание в частной квартире или общежитии; многодетность (три или более ребенка); наличие в семье ребенка–инвалида; наличие у беременной статуса беженца или вынужденного переселенца; беременность в результате изнасилования; доход на одного члена семьи менее прожиточного минимума.

Во многих странах мира имеются как сторонники, так и противника официального разрешения аборта.

Сторонники разрешения аборта приводят следующие соображения**. Во-первых,** медицинские показания. Указывается на неправомерность появления новой жизни за счет смерти или инвалидизации матери. Высоко милосердно это деяние и в том случае, когда оно предотвращает рождение тяжко больных младенцев, которые бы сами мучились всю жизнь и обрекли на страдание родителей. **Во-вторых**, социальные показания. То, что государство и врачи идут навстречу людям, попавшим по тем или иным причинам в тяжелые жизненные ситуации, нельзя рассматривать иначе, как милосердие высокой степени. По данным российских врачей, занимающихся вопросами аборта, 91,4 % женщин, идущих на аборт, причиной называют материальную необеспеченность. Можно ли не принимать в расчет эту ситуацию? В сегодняшней России разговоры о том, что, мол, надо поднимать эту самую материальную обеспеченность – не более чем разговоры, ибо ясно, что в ближайшие десятилетия этого не произойдет.

В-третьих, нельзя отказать в наличии милосердия при производстве аборта по просьбе. Если права личности всегда выше прав остальных, то и в данном случае, права матери должны быть превыше прав всех остальных, в том числе и плода.

У сторонников абортов есть целый ряд вопросов к их противникам. Если права личности превыше прав общества, то этично ли и правомерно ли вмешательство общества в этот процесс, да еще и с запретительными целями? Этично ли то, что женщина не имеет прав решать свою судьбу, даже если это угрожает ее здоровью? Морально ли заставлять женщину вынашивать нежелательный плод? Могут ли общественность или религиозные деятели оказывать давление на права женщины самой распоряжаться своей судьбой, во многих случаях, не только здоровьем, но и всей последующей жизнью - службой, карьерой, даже если она совершила ошибку или забеременела вследствие изнасилования? Разве здесь права общества и «бога» не ставятся выше прав личности?

Мы любим громко говорить о правах человека, о равноправии полов в цивилизованном обществе. Активистка за права женщин на аборты Анжела Дэвис говорила примерно следующее: женщинам предоставляют право голосования, получения образования, равной оплаты труда и другие. Однако все они ничего не стоят, если у них нет права распоряжаться собственным телом, если их судьбу в вопросах беременности будут решать другие люди.

Разумеется, что лучше дело не доводить до нежелательной беременности с последующим абортом. Лучше всего контролировать рождаемость и все остальные вопросы нежелательной беременности путем грамотной контрацепции. Во всех странах и регионах, многие женщины желают избежать беременности, существует высокая потребность в проведении контрацепции, однако она не проводится, в том числе и по религиозным мотивам.

Как я уже говорил выше, есть противники и у аборта и у них есть свои аргументы. Во-первых, есть противящиеся абортам по соображениям возможного отрицательного воздействия аборта на организм женщины. Они видят в аборте потенциальную возможность нанесения операцией большого вреда для здоровья женщины, вплоть до развития бесплодия.

Однако эта сторона вопроса является достаточно спорной. Да, наверное, аборт оказывает отрицательное влияние на организм женщины. Но это отрицательное влияние нередко обусловлено не самим абортом, а плохой работой медиков. В подавляющем большинстве случаев аборты делаются с грубыми нарушениями достижений медицинской науки и положений о правилах производства абортов.

В чем заключается отрицательное воздействие аборта на организм матери? В первую очередь в возможности наступления последующего бесплодия. Почему же оно возникает? Как правило, из-за следующего за абортом эндометриоза или воспаления - метрита. А почему возникают эти заболевания? По той причине, что большинство женщин не получают соответствующей предоперационной подготовки и послеоперационного лечения.

Многими учеными в настоящее время рекомендуется следующие действия до и в первые дни после аборта. Женщина в день операции за 30 минут до ее производства должна получить внутримышечно 1 г ампициллина и 1,5 мг на кг массы тела гентамицина внутривенно или внутримышечно или стрептомицин 1 г внутримышечно. В течение 2-3 дней после аборта она должна получать внутримышечно 3 раза в день любой из вышеуказанных препаратов, а также сокращающие матку средства. Кроме того, после аборта женщина должна строго соблюдать личную гигиену и находиться дома хотя бы эти же 2-3 дня. Могут быть и другие схемы, схема не столь важна. Важно лишь то, чтобы в день операции и 2-3 дня после нее она была защищена от агрессии кишечной микрофлоры, которая ей серьезно угрожает после аборта. Это позволяет очень успешно предупреждать воспалительные процессы в матке и угрозу бесплодия. Спросите у тех, кому делали аборт проводили ли им такую профилактику, говорили об этом, разъясняли ее роль? В 99 % случаев ответ будет отрицательным.

Считается, что определенное отрицательное влияние на организм женщины оказывает и общий наркоз, под которым в наше время производится аборт. Однако современная анестезия также резко отличается от анестезии прошлых лет и позволяет минимизировать отрицательное воздействие анестетика на организм человека. **Поэтому отрицательное воздействие аборта на организм женщины сегодня – скорее медицинская, чем этическая проблема.**

Кроме того, развитие медицины и фармации ведет дело к тому, что вскоре аборт станет достаточно безопасной процедурой. Уже к 2005 году в практику были введены французские таблетки, прием которых в пределах срока в 49 дней беременности приводят к аборту без всякого хирургического вмешательства. Аборт проходит как месячный цикл.

Вышесказанное не следует понимать как легковесное отношение к аборту, как абсолютное отрицание вреда аборта. Разумеется, что аборт наносит какой-то вред организму матери, разумеется, что лучше всего использовать грамотную контрацепцию. Но, ведь этого нет во многих и многих странах. И едва ли будет в ближайшее время. Да еще и не факт, что гормональная контрацепция меньшее зло для организма женщины, чем аборт. Более того, ведь есть и ярые противники даже контрацепции. Например, церковь, о чем будет сказано ниже.

Во-вторых, есть в обществе люди, которые проводят большую работу с женщинами, желающими произвести аборт по социальным и другим показаниям.

Например, в Израиле еще с 1990 года существует общественная организация «За жизнь», имеющая 6 филиалов в различных городах страны. Эта организация считает необходимым защищать нарождающееся человеческое существо. Ее члены ведут активную работу по предотвращение абортов, выпускают иллюстрированные брошюры и проспекты, видеофильмы, организуют выступления по радио и телевиде-

нию. В центрах организации проводятся встречи с женщинами, имеющими нежелательную беременность, ведется большая работа для того, чтобы отговорить их от аборта. В случаях, когда мать идет на аборт по соображениям материальных трудностей, в центре помогают получать гуманитарную помощь.

В 2005 г в Москве также организован подобный кабинет, куда будут приглашаться женщины, решившиеся на аборт, и с ними будут вести такую же работу, как указано выше.

По-видимому, следует положительно оценивать такую работу по предупреждению абортов. Никто не должен быть огульным сторонником или огульным противником. Меры профилактики, как индивидуальные, так и социальные, как психологические, так и, особенно, материальные – будут способствовать разумному решению проблемы абортов.

Такие кабинеты важны и нужны потому, что в ряде случаев решение об аборте может быть принято под влиянием различных общественных и бытовых факторов (материальные затруднения, возможности конфликтов на работе и т. д.). Беседы с женщиной, оказание ей психологической или материальной помощи могут предотвратить аборты.

К сожалению не всегда. Если мать не в состоянии прокормить ребенка, если он обречен на полуголодное существование – не лучше ли предупредить такую жизненную ситуации прерыванием беременности. Разумеется, лучше создать матери элементарные условия, чтобы ее дитя не голодало и не жило в нищете. Однако разговоры о том, что «надо создать условия, повышать материальное благосостояние» и пр. – не более чем идеализм, не имеющий ничего общего с настоящей жизнью. Вот когда будут созданы такие условия, тогда и можно поставить вопрос о неправомерности аборта.

Противниками абортов выступают и так называемые защитники прав эмбриона. Аргументом этой категории физических и юридических лиц является положение о том, что плод, даже в эмбриональной стадии, является живым существом. Таким же, как и все остальные люди, со всеми их правами и аборт – это лишение человека жизни.

Эти аргументы авторов спорны во многих отношениях. С точки зрения международного права биологический материал, такой, как оплодотворенная яйцеклетка или зародыш, не имеют независимого правового статуса. Только живорожденный ребенок обладает правами человека. Ни биоэтически, ни в правовом плане не может быть обоснованным такое положение, когда еще не обладающим сознанием биологическим тканям (эмбриону на ранней стадии) придаются права и достоинство, превышающие таковые реально живущих человеческих личностей (взрослой женщины). **Не может быть сомнения в том, что придание прав человека эмбриону и зародышевой ткани отрицательно отразятся на реализации прав женщин, и это закладывает концептуальную основу для постепенного разрушения права женщин на репродуктивную автономию.** Действительно, допустимы ли такие двойные стандарты – у эмбриона права есть, а у матери их нет?

Эмбриология последних десятилетий пополнилась множеством сведений о развитии плода. Уже к концу третьей недели у плода возникает сердцебиение, к концу пятой недели наблюдаются признаки функционирования мозга, на 6-7 неделе он активно движется и т. д. И все же пока ни юридически, ни научно не решен вопрос о том, с какого же срока эмбрион становится физически (биологически) жизнеспособным. Поэтому вопрос определения времени правовладения эмбриона не может быть решен однозначно.

Видимо по этой причине в рядах противников аборта также нет единства в вопросе о том, когда же плод нужно считать право владеющим человеком. Среди них есть лица, стоящие на очень категоричных позициях. Они считают, что человеческое существо имеет все права с момента зачатия, и аборт недопустим ни в какие сроки. Есть более умеренные, которые считают, что в первом триместре речь идет о зародыше, эмбрионе, и у него права на жизнь еще нет даже биологически (то есть, он не может выжить при появлении на свет в эти сроки), поэтому в эти сроки аборт допустим. Но даже умеренные противники аборта стоят на позиции невозможности производства аборта, начиная со второго триместра жизни плода. В пользу своих позиций они приводят случаи выживания детей, родившихся с весом 340, 360, 420 и 450 граммов.

Однако следует сказать, что выживаемость по весу еще ничего не доказывает. Важен не вес, а возраст ребенка. Прежде всего, должен быть рассмотрен вопрос о том, сколько месяцев ребенок был в утробе матери до родов, то есть, является ли он при рождении жизнеспособным. Мнений по данному вопросу много, но считается, что плод может выжить без специальных дорогостоящих медицинских технологий при рождении в возрасте 28 недель, т. е. при сроке 7 месяцев. В литературе можно прочитать описания выживаемости в более ранние сроки, однако, нельзя выводить правило, опираясь на исключения. Кроме того, ведь подавляющее число абортов производится в сроки 7-8 недель, в которые нежизнеспособность плода вне матки не может быть оспорена никем.

Еще одним этическим аргументом противников аборта является также и то, что при производстве аборта ребенку будто бы причиняется боль. Речь идет о том, что, хотя мать при аборте находится под наркозом, ребенок не подвергается ему, так как наркотические вещества не проникают через плаценту. В связи с этим ряд лиц, даже при разрешении аборта, выступают за то, что в ходе его производства принимались меры предварительного усыпления ребенка.

Ряд данных современной анестезиологии свидетельствует о неверности этих представлений противников аборта. Получаемые матерью лекарства, в том числе и анестезирующие вещества, попадают в организм плода через плаценту путем простой диффузии – то есть, вещество, поступившее в кровь матери, не позже 4 минут (время полного круговорота крови), а при внутривенном его поступлении - и через полминуты поступает к плаценте и отсюда диффундирует в организм плода. Следовательно, уже теоретически следует ожидать, что к 4-й минуте или чуть позже с момента дачи матери наркотического вещества наркоз наступит и у ребенка. И никакой боли в дальнейшем он ощущать не будет. Есть ряд практических фактов, подтверждающих эти теоретические положения.

Как известно, в наше время очень многие дети на земле рождаются с помощью так называемого кесарева сечения. Так вот, при этой операции, ребенка стараются извлечь из чрева матери не позже, чем через 4-5 минут после усыпления женщины наркотическим веществом. В этом случае он бывает в нормальном состоянии. Если же этот срок затягивается даже еще на несколько минут, он уже оказывается «загруженным» то есть тоже усыпленным. Это и есть прямое доказательство того, что, если аборт производится через 5-7 минут после введения наркотического вещества беременной женщине, никакой боли эмбрион испытывать уже не может.

Противники абортов в России одним из своих аргументом выдвигают тот факт, что уже более 10 лет в России идет депопуляция, смертность превышает рождаемость. Нет никакого сомнения, что именно это соображение легло в основу запрета на большинство социальных показаний к аборту, который наложила Госдума РФ в 2003 г. МЗ РФ уменьшил число социальных показаний с 13 до 4.

Такая практика вмешательства государства в права человека едва ли может быть признана соответствующей международным биоэтическим стандартам. Ранее вышеуказанный перечень социальных показаний к аборту соответствовал нормам ВОЗ. Теперь же, после его сокращения Госдумой, он уже не соответствует этим нормам.

Позиция спасения России от депопуляции просматривается и в том, что Комитет по делам женщин, семьи и молодежи Государственной Думы Российской Федерации заморозил законопроект «О репродуктивных правах граждан РФ и гарантиях их осуществления», разработанный рядом неправительственных женских организаций, в котором рассматривались репродуктивные права граждан в аспекте прав человека. По данному закону государству запрещалось вмешиваться в частную жизнь граждан по поводу рождения детей. Цели демографической политики рассматривались как вторичные по отношению к правам граждан. Это положение полностью соответствовало положению статьи 2 вышеприведенной Конвенции Совета Европы, гласящей, что интересы и благо отдельного человека превалируют над интересами общества или науки.

К сожалению, авторы запрета абортов с целью устранить депопуляцию не знают истории или не делают из нее никаких выводов. С 1936 по 1955 гг. в СССР были запрещены аборты. Действительно, в первые 2 года наметился рост рождаемости. Однако дальше все вернулось на круги своя. Все равно женщины стали рожать столько детей, сколько они сами хотели. Аборты не уменьшились, они просто ушли в подполье. Прирост населения вернулся к коэффициенту до запретного периода. Но значительно увеличились отрицательные последствия подпольных абортов – материнская смертность и заболеваемость.

Не может быть никакого сомнения, что нынешний запрет на аборты по социальным показаниям также будет содействовать увеличению числа брошенных детей, матерей-одиночек, криминальных абортов с неизбежным риском не только для здоровья, но и жизни женщины, а также ухудшит и без того нищенский жизненный уровень миллионов семей. Так, спрашивается, этично ли все это? Использование власти для того, чтобы принудить женщину рожать нежеланных ею детей никак не может считаться морально приемлемым явлением.

Таким образом, запрет аборта нарушает множество этических положений. Во-первых, нарушаются фундаментальные права матери иметь столько детей, сколько она желает. Во-вторых, нарушается право матери на охрану своего здоровья – нежеланная беременность во много раз увеличивает риск потери здоровья или даже смерти матери. В-третьих, сказано ведь: «Права личности выше прав общества». Никакие соображения о необходимости увеличения численности нации не может быть реализовано за счет прав женщины.

Особенно активными противниками абортов являются представители различных конфессий. Одним из аргументов за запрет аборта религиозные деятели выдвигают утверждение, что с момента зачатия эмбрион имеет такие же права, как и взрослые человеческие существа и поэтому никому не дано право распоряжаться его жизнью. Неправомерность такого мнения была показана выше, и возвращаться к нему нет необходимости.

Церковь отказывает женщине в праве на аборт, не разобравшись в том, чем вызвано это желание, какая причина привела к нежеланной беременности, не учитывая возможную угрозу для жизни матери, возможность рождение тяжко больного ребенка, который сам будет мучиться всю жизнь, и создаст мучения для своих родителей и т. д.

Католическая церковь в лице папы Павла У1 в 1970 году выступила с заявлением, в котором на фоне длиннотных рассуждений о боге, о любви, супружестве и т.

д. объявила недопустимым вмешательство в деторождение, в контроль над рождаемостью.

Этот документ является социально опасным, ибо он абсолютно исключает аборты по каким бы то ни было мотивам и **запрещает применение всяких средств контрацепции.**

Католические и другие конфессии, выступающие против абортов и контрацепции, как способа регулирования численности людей на земле не задумываются над судьбами человечества или по незнанию положения вещей или по нежеланию думать над этим. Иначе, как, например, они ответят на такой вопрос: при продолжении нынешних темпов прироста населения, по данным демографов, к 2030-2050 году в северных китайских провинциях может скопиться до 400-450 миллионов человек, не имеющих ни работы, ни возможности прокормить себя и свои семьи. Не таит ли это чрезвычайной угрозы для мира на Земле, для всей жизни на ней? Ведь никто еще не смог опровергнуть выкладок Томаса Мальтуса, опубликованных им еще в 1798 году, о том, что население растет в геометрической прогрессии, а продукты питания – в арифметической. Ежегодно на земном шарике от голода умирают миллионы людей. Не являются ли в этой ситуации настоящим религиозным экстремизмом выступления церкви против разумного планирования семьи, численности людей на земном шаре?

Подобной же позиции придерживаются и представители русской православной церкви. Так, московский протоиерей Дмитрий Смирнов считает недопустимым аборты, ни по каким соображениям, в том числе и по медицинским и социальным показаниям. На такие вопросы, как: «а, если мать может умереть в родах; а если беременна 12 летняя девочка вследствие изнасилования», он отвечает: «Так ведь матери очень естественно умереть родами…В изнасиловании часто виновата сама потерпевшая» и т. д.

За полный запрет абортов выступает также буддизм. Аборт, считают буддисты «соответствует уничтожению жизни независимо от стадии».

Есть среди религиозных деятелей и направлений и более умеренные представители. Так, Адвентисты Седьмого дня (протестанты) считают допустимым аборт по медицинским показаниям, а также при особых социальных случаях (инцест и т. д.) по решению самой женщины.

Деятели ислама также практически являются сторонниками категорического запрещения абортов, хотя часть ее служителей признают возможность аборта по строгим медицинским показаниям в пределах до 19 недель. В литературе приводятся следующие рассуждения одного из мусульманских авторитетов. «Так как, согласно Корану, разведенная женщина не может снова выходить замуж раньше чем через 90 дней, а овдовевшая – раньше чем через 130 дней, то косвенно это означает, что именно в этот срок от 90 до 130 дней зародыш приобретает форму человека». Отсюда этот автор считает, что в случае крайней необходимости в эти сроки аборт может быть разрешен.

Иудаисты выступают за возможность аборта в случае, если роды угрожают жизни матери.

Видимо в связи с такими выступлениями, в 1994 г. на 46-ой Ассамблее ВМА было принято заявление, в котором говорится: «Даже в тех случаях, когда политические, религиозные или иные группы той или иной страны выступают против использования контрацепции, отдельные женщины, живущие в этих странах, должны иметь право выбора, когда речь заходит об использовании контрацепции. ВМА настаивает на том, чтобы всем женщинам было разрешено контролировать фертильность путем сознательного выбора…».

Заканчивая данную главу нельзя не сказать о подходах современных государств к вопросам аборта. Позиция российского государства отражена в 36 статье раздела 1 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан». Ниже приводится полный текст этой статьи.

Статья 36. Искусственное прерывание беременности

«**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.**

Искусственное прерывание беременности проводится в рамках программ обязательного медицинского страхования в учреждениях, получивших лицензию на указанный вид деятельности, врачами, имеющими специальную подготовку.

Перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности определяется Министерством здравоохранения Российской Федерации, а перечень социальных показаний - положением, утвержденным Правительством Российской Федерации.

Незаконное проведение искусственного прерывания беременности влечет за собой уголовную ответственность, установленную законодательством Российской Федерации».

Можно видеть, что отечественные медико-правовые положения об аборте вполне удовлетворяют права матери на прерывание беременности по всем трем видам абортов. Приемлемыми и разумными являются и установленные сроки производства операции. Допустимыми сроками аборта по просьбе матери являются 3 месяца. Свыше этого срока аборт производится либо по тяжким социальным показаниям, либо по медицинским противопоказаниям к донашиванию беременности - угроза жизни матери или возможные тяжкие генетические или врожденные уродства и заболевания ребенка.

В разных странах подходы к проблеме абортов значительно различаются. Правда, прямую информацию по данному вопросу получить достаточно сложно, а в литературе можно встретить самые противоречивые сведения. Есть страны, где аборты делают лишь по медицинским показаниям. Однако список последних довольно обширен и ситуация в таких странах близка к той, что имеет место в странах, в которых разрешен аборт «по просьбе». Это такие страны, как Англия, Финляндия, Исландия и ряд других. К странам, где аборты регламентируются довольно жестким законодательствам можно отнести Польшу, Португалию (страны с католической религией) и некоторые другие. Здесь аборт разрешен лишь по строгим медицинским или медико-генетическим показаниям, при ряде социальных обстоятельств (изнасилование, инцест). Есть также несколько стран, где аборт запрещен полностью (Ирландия, Мальта). Необходимо отметить, что в этих странах под влиянием общественного мнения постепенно идут перемены в сторону смягчения законов о запрете абортов.

Следует также сказать несколько слов о возрастном аспекте, в котором допустим аборт. В «Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан» возрастной ценз не затрагивается. Следовательно, с просьбой об аборте в соответствующие учреждения может обращаться женщина любого возраста. Примерно также обстоит дело в Швеции. Во Франции право на аборт по просьбе получают лица, достигшие 18 лет.

ПОЛОВАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ. К биоэтической проблеме регулирования рождаемости примыкает и половая (или медицинская) стерилизация. Под половой стерилизацией понимают воздействие на организм человека с целью лишения возможности воспроизводства потомства при сохранении эндокринной функции половых желез.

Половая стерилизация также порождает целый ряд этических проблем. Они вытекают из истории данного деяния, его использования в прошлом для достижения не всегда чистых социальных целей. Основы половой стерилизации были заложены в США, где она была использована в начале XX столетия для лишения детородной функции преступников-рецидивистов и лиц, страдающих неизлечимыми психическими болезнями. В последующем на путь принятия законов о насильственной стерилизации стали ряд стран. В 1922 году такой закон был принят в Швейцарии, в 1927 году в Америке, 1928 – в Дании и в 1934 году в Швеции. В результате в Норвегии к шестидесятым годам XX столетия по этому закону насильственной хирургической стерилизации было подвергнуто значительное число преступников, психических больных, больных эпилепсией и даже гомосексуалистов. В Швеции в те же годы «для чистоты нации» насильственной стерилизации подверглось 63 000 больных и деклассированных людей. Однако наиболее бесчеловечные формы половая стерилизация приняла в Германии. Закон здесь вступил в силу в начале 1934 года. По этому закону стерилизации подлежали больные олигофренией, шизофренией, маниакально-депрессивным психозом, наследственной эпилепсией, хореей, наследственной слепотой и глухотой, наследственными уродствами и даже тяжелым алкоголизмом, а также преступники-рецидивисты. К сожалению, параграфы закона активно претворялись в жизни. Вот такое развитие событий и порождает биомедицинские этические проблемы половой стерилизации.

Мужская и женская половая стерилизация с более благородной целью - целью регулирования деторождения, одно время довольно широко практиковалась в Китае. Проводилась она вроде бы добровольно и формально не инициировала этические или правовые вопросы. Хотя, добровольность эта, по-видимому, была достаточно сомнительной. В настоящее время во всех странах данный метод применяют чрезвычайно редко, действительно, при добровольном желании. В России этот вопрос решен законодательно в достаточном правовом аспекте. В «Основах законодательства РФ по вопросу охраны граждан (статья 37, раздел 1) записано:

«Медицинская стерилизация как специальное вмешательство с целью лишения человека способности к воспроизводству потомства или как метод контрацепции может быть проведена только по письменному заявлению гражданина не моложе 35 лет или имеющего не менее двух детей, а при наличии медицинских показаний и согласии гражданина - независимо от возраста и наличия детей.

Перечень медицинских показаний для медицинской стерилизации определяется Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Медицинская стерилизация проводится в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения, получивших лицензию на указанный вид деятельности.

Незаконное проведение медицинской стерилизации влечет за собой уголовную ответственность, установленную законодательством Российской Федерации».

Представляется, что и в этом деянии в России все лица, пытающиеся вмешиваться в эти вопросы, прежде всего, должны придерживаться буквы данного закона.

РЕПРОДУКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ. Репродуктивные технологии – это использование результатов высоких научно-технических достижений для решения задач воспроизводства потомства. **Речь идет о применении высоких технологий для**

получения потомства в тех случаях, когда это естественным путем невозможно – мужское и женское бесплодие, желание иметь кровнородственного ребенка без брака, желание гомосексуалистов, монахов и монахинь иметь детей и т. д. Такими технологиями являются различные варианты оплодотворения яйцеклетки в теле женщины или вне ее, выбор пола будущего ребенка, генетическое очищение популяции, клонирование и др.

Одним из наиболее важных разделов репродуктивных технологий является искусственное оплодотворение в организме женщины или вне его (in vitro). Во многих странах сегодня эти операции становятся обыденным явлением. В мире уже живет значительное число людей, родившихся с применением различных вариантов этих технологий. И все они ничем не отличаются от людей, родившихся при естественном оплодотворении. Работающими и поставленными на широкую ногу являются различные варианты искусственного оплодотворения – оплодотворение в организме женщины, а также оплодотворение «в пробирке», называемое **экстракорпоральным оплодотворением (ЭКО)** или по латыни **in vitro fertilizatio (IVF).**

Экстракорпоральное оплодотворение наиболее часто применяют из-за бесплодия, как женского, так и мужского. По оценкам различных источников в наше время бесплодными являются от 10 до 20 % и более всех браков. Нередко в таких случаях ЭКО является единственной возможностью иметь детей. По расчетам специалистов в России в настоящее время имеется около 3 миллионов женщин детородного возраста, которые страдают абсолютным бесплодием. В этом случае единственным методом восстановления материнства этих женщин является метод ЭКО и переноса эмбриона в полость матки.

Это свидетельствует о социальной значимости проблемы бесплодия, а, следовательно, столь же социальной важности и необходимости внедрения репродуктивных технологий. ВМА (39-ая ассамблея, 1987 г.) считает, что эта операция имеет благоприятные последствия, как для пациента, так и для общества в целом. ЭКО оправдано в случаях иммунологической несовместимости супругов, непреодолимых препятствий для естественного слияния мужской и женской половых гамет, при бесплодии по неизвестным причинам.

Преодоление бесплодия может иметь несколько вариантов. **Первый** – оплодотворение в организме**. При невозможности естественного зачатия** у супружеской пары берут сперму мужа, вводят в матку женщины и происходит естественное вынашивание наступившей беременности. Вариант данного приема (при бесплодии мужа): берут сперму донора и вводят в матку жены. **Второй – как раз то самое ЭКО или «ребенок из пробирки»,** которым пользуются при невозможности оплодотворения в организме. В этом случае созревшую яйцеклетку женщины с помощью специального датчика забирают в полую иглу и помещают в особую чашечку. К ней немедленно подсаживают заготовленные заранее сперматозоиды и помещают в инкубатор на 72 часа. За это время, как правило, происходит оплодотворение яйцеклетки, и она начинает свой путь к творению новой жизни.

В этом процессе может иметь место несколько вариантов получения исходного материала. 1. Яйцеклетка жены, сперматозоиды мужа. 2. Яйцеклетка жены, сперма другого человека – донора (при бесплодии мужа). 3. Сперма мужа, яйцеклетка другой женщины-донора (при отсутствии яичников у женщины, непроходимости труб и т. д.**)**. 4. И яйцеклетка, и сперма доноров (при бесплодии обоих супругов).

Имеется 2 варианта дальнейшего использования оплодотворенной яйцеклетки (речь не идет о «лишних эмбрионах» - о них говорится в другом месте этой книги): 1. Пересадка ее в матку жены. 2. При отсутствии такой возможности – пересадка в матку другой женщины. В последнем случае также могут преследоваться 2 цели. 1.

Вынашивание ребенка женщиной «для себя» то есть с целью преодоления своего бесплодия. 2. Вынашивание ребенка с последующей его передачей «заказчикам» (так называемое суррогатное материнство).

Суррогатное материнство используется в том случае, когда «супруги-заказчики», желающие завести детей, но не могущие сами иметь их, заключают договор с женщиной, согласной выносить для них ребенка. Если оба супруга бесплодны, берется донорская яйцеклетка и донорская сперма, проводится оплодотворение в пробирке и такая яйцеклетка пересаживается в матку женщины, согласившейся вынашивать плод и после родов передать родившегося ребенка родителям-«заказчикам». И в этой процедуре возможен еще целый ряд подвариантов.

Все эти процедуры приводят к целому ряду этических и правовых проблем. Если оплодотворение жены производится спермой мужа, то это ни у кого, кроме религиозников (см. об этом ниже) никаких вопросов не вызывает. При других вариантах возникает ряд проблем, требующих этического или юридического решения.

Юридическое решение проблемы имеется в российском законодательстве, которое подходит к вопросу искусственного оплодотворения вполне разумно. Статья 35 , раздела V11, «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» гласит: «Каждая совершеннолетняя женщина детородного возраста имеет право на искусственное оплодотворение и имплантацию эмбриона.

Искусственное оплодотворение женщины и имплантация эмбриона осуществляется в учреждениях, получивших лицензию на указанный вид деятельности, при наличии письменного согласия супругов **(одинокой женщины).**

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

Женщина имеет право на информацию о процедуре искусственного оплодотворения и имплантации эмбриона, о медицинских и правовых аспектах ее последствий, о данных медико-генетического обследования, внешних данных и национальности донора, предоставляемую врачом, осуществляющим медицинское вмешательство.

Незаконное проведение искусственного оплодотворения и имплантации эмбриона влечет за собой уголовную ответственность, установленную законодательством Российской Федерации».

Метод экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбрионов в полость матки впервые в мире был осуществлен в 1978 году, когда «из пробирки» была рождена первая такая девочка – Луиза Браун. В нашей стране технология была освоена в 1986 в Научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии Российской Академии Медицинских наук, в котором впервые в России родился ребенок у абсолютно бесплодной женщины, зачатый с помощью экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона в полость матки. С тех пор к 2004 году с помощью процедуры экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) в России на свет появилось более 6 тыс. таких детей.

Вся работа по искусственному оплодотворению в РФ регламентирована подзаконным актом – приказом Минздрава РФ от 28 декабря 1993 г. № 301 «О применении метода искусственной инсеминации женщин спермой донора по медицинским показаниям и метода экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона в полость матки для лечения женского бесплодия» и прилагаемой к приказу детальной инструкцией.

В этом приказе констатируется, что искусственная инсеминация женщин спермой донора по медицинским показаниям применяется с 1987 года с результативностью в среднем 35%. К тому времени (1993 год) метод искусственной инсеминации женщин спермой донора применялся в половине административных территорий

Российской Федерации, география распространения метода продолжала расширяться.

В настоящее время можно считать установленным, что течение беременности, родов, состояние здоровья новорожденных детей после искусственной инсеминации не отличается от таковых в популяции.

Инструкция подтверждает право женщины на информацию о процедуре искусственной инсеминации спермой донора, о медицинских и правовых аспектах ее последствий, о данных медико-генетического обследования, внешних данных и национальности донора. Эту информацию по ее желанию женщине должен представлять врач, осуществляющий медицинское вмешательство. В инструкции очень четко сформулированы показания к инсеминации со стороны мужа, жены, супружеской пары, подтверждено разрешение инсеминации незамужней женщины по ее заявлению.

Инструкция определяет организацию донорства. Активный донор может сдавать сперму в течение 5 лет, по 5 эякулятов в неделю. Такой донор подвергается определенному инструкцией кругу исследований

При подборе спермы следует учитывать пожелания супружеской пары в отношении национальности донора, основных черт его внешности (рост, цвет волос, глаз, форма лица, носа).

Инструкция предусматривает отказ реципиентов от претензий к врачу, проводившему искусственную инсеминацию и руководителю учреждения в случае отсутствия эффекта от применения метода искусственной инсеминации, рождения ребенка с аномалиями развития или с ярко выраженными фенотипическими признаками, отличающимися от национальности и обязанность не устанавливать личность донора и сохранять тайну зачатия ребенка.

Установлены также обязательства для донора – не скрывать перенесенных ранее заболеваний, а также сообщать правдивые сведения о наследственности.

От донора требуется также отказ от установления личности реципиентки, а также ребенка, родившегося в результате оплодотворения женщин его спермой.

Таким образом, с точки зрения медицинского права, вопрос о репродуктивных технологиях в России вроде бы решен. Все же эти операции (оплодотворение яйцеклетки в матке, «в пробирке» донорской спермой и донорство яйцеклетки для использования другими родителями) содержат в себе потенциальную возможность возникновения ряда других юридических и множества моральных проблем.

Во-первых, проблема здоровья донора (мужчины или женщины), а, следовательно, здоровья будущего ребенка. Как указывалось выше, здоровье донора тщательно изучается в соответствии с приказом МЗ РФ № 301 от 28 декабря 1993 года. К сожалению, это обследование не дает стопроцентной гарантии, что донорский материал будет здоровым. У них могут быть различные генетические дефекты, психические заболевания в роду, о которых могут и не знать или предпочитают умолчать, как по меркантильным, так и по амбициозным соображениям. Поэтому, вопрос о выявлении возможных скрытых дефектов в хромосомном аппарате или в соматических клетках доноров, которые могут быть переданы через сперматозоиды или яйцеклетки и обусловят в последующем развитие наследственных болезней, является актуальным, и требует для своего решения обязательного генетического скрининга на ранних фазах эмбриогенеза, но и он не дает стопроцентной гарантии.

Во-вторых, проблема внешних данных и умственных способностей будущего ребенка. Многие реципиенты (те, кто собирается использовать донорскую сперму или яйцеклетку) нередко хотят иметь красивых детей, ставят вопросы о росте, цвете волос, глаз, форме носа и т. д. По российским законам производящее инсеминацию

учреждение обязано информировать реципиентов о внешних данных доноров. К сожалению, это вовсе не гарантирует того, что рожденные дети унаследуют все внешние данные донора. Можно взять сперму или яйцеклетку от знаменитостей, выбрать отца или мать по фотографиям, в процессе анонимных встреч, однако генетические процессы могут перечеркнуть весь этот выбор. В одной из фаз закладывания генетических основ нового существа, мейозе, имеет место «генетическая ярмарка». Вначале генетический материал отца и матери как бы рассыпается на мелкие детали, от которых и зависят в будущем внешние признаки человека, а затем, по принципу случайности идет сборка. Попадут ли в генетический материал нового человека те части, которые обусловят сходство с родителями или же другие, которые сохранились в генетическом материале от совершенно отличных от них предков, неизвестно никому.

Особенно это касается умственных способностей. Такое явление, когда от выдающихся родителей рождаются выдающиеся дети скорее исключение, чем правило. Как метко говорят в народе «гены выдающихся родителей спят в их детях». Генам тоже нужен отдых. И, к сожалению, сколько продлится этот сон никому не известно. Кроме того, никто не может гарантировать, что не возникнет мутация какого-либо гена и скачкообразное изменение наследственных признаков, что также может значительно изменить и внешность и «содержание» нового человека.

Все же с внешними признаками дело может обстоять вполне благополучно, хотя и здесь все далеко от совершенства воспроизводимых «копий». Примеров тому в мире сколько угодно. Разве очень похожи внешне на своих знаменитых предков потомки Пушкина или Достоевского? Кое-какое сходство, конечно, можно видеть. Но, именно, кое-какое. Так что любителей получить в своих детях Мерилин Монро, Наоми Кэмпбелл, Бритни Спирс, Шварценеггера или Жана Габена могут ждать сплошные разочарования. Можно получить нос Пьера Ришара и ухмылку Адриано Челлентано, но без какого либо их таланта.

Тут не мешает сказать, что, по большому счету, эти проблемы едва ли можно рассматривать как правовые или моральные проблемы репродуктивных технологий. Это, скорее, частные, личные проблемы. Обязанности врачей должны исчерпываться полной информацией о возможных сюрпризах генетики, а уж окончательное решение остается за реципиентами. Тем не менее, исходя из психологии ряда граждан, как уже указывалось выше, законодательно предусмотрено положение, чтобы родители, заказывающие ребенка, подписывали письменное заявление не предъявлять претензии в последующем к специалистам, производящим ЭКО операции. И это вполне разумно.

В целом же в мире живет уже достаточное количество людей, рожденных с помощью репродуктивных технологий и наблюдения показывают, что эти люди ни в чем не уступают зачатым естественным путем. Так, что, если не гнаться за какими особыми внешними признаками или умом, то репродуктивные технологии сегодня – это решение проблемы счастья иметь детей огромному числу людей на земном шаре, а следовательно очень даже положительное этическое действо.

Как одна из проблем репродуктивных технологий упоминается также возникновение вопроса национальности или цвета кожи донора. Такая проблема, по-видимому, имеет место, однако она, при отсутствии злого умысла, едва ли имеет существенные затруднения в решении. Выше указывалось, что по приказу 301 МЗРФ от 28 декабря 1993 года при подборе спермы необходимо учитывать пожелания реципиентов в отношении национальности донора. Кроме того, в ряде зарубежных стран проблемы национальности человека не существует уже давно.

Требующим этических рекомендаций (а, в ряде стран, решаемым законодательно) вопросом репродуктивных технологий является вопрос о том, каким должно быть донорство – платным или бесплатным. Конвенция Совета Европы в статье 21 косвенно запрещает плату за донорство: «Тело человека и его части не должны в качестве таковых являться источником получения финансовых выгод».

В отечественных документах по инсеминации вопрос этот открыто не обсуждается. Однако в инструкции, прилагаемой к приказу МЗ РФ №301 от 28 декабря 1993 года имеется интересная запись, которая свидетельствует, что донорство у нас платное. Вот какую запись должен делать донор в своем заявлении: «**Я предупрежден, что оплата образца спермы не будет производиться в процессе донорства, если показатели спермограммы не будут соответствовать норме».** То есть, если сперма окажется соответствующей по всем параметрам, она будет оплачена.

По-видимому, этот вопрос – один из наименее трудных в данной проблеме. Он вполне может быть оставлен на совести самих доноров, не исключая, в то же время, возможности оплаты. Едва ли это вызовет дефицит донорской спермы или яйцеклеток. Примерно такого же мнения придерживается и Международная федерация гинекологов и акушеров, которая считает, что донорство генетического материала должно быть альтруистическим и свободным от коммерческой эксплуатации, но возможна приемлемая разумная компенсация за предоставленные материалы. Правда, федерация опасается, что оплата может увеличить риск сокрытия донорами сведений о своем здоровье, которые, будучи известными, сделает их непригодными в качестве доноров.

Здесь нельзя не упомянуть как о казусе и то, что в печати обсуждается возможная необходимость введения «авторского права» в случае «дарения» спермы или яйцеклеток. Если это всерьез, то оно, по сути дела, означает необходимость узаконения оплаты донорства. Если не всерьез, то, возможно, что донор будет выдавать сертификат ребенку, что он, «такой-то» или она – «такая-то», являются «авторами» данного ребенка

Современные возможности длительного сохранения спермы, возможности длительно быть донором создает также целый ряд этических и правовых проблем. Так, подсчитано, что один донор может оказаться отцом 100 (по-видимому, в случае мужчины и гораздо больше) детей. Требуют решения вопросы об их правовом (de jury) и фактическом (de facto) статусе, предотвращения инцеста и т. д. И здесь нельзя не упомянуть обсуждения вопроса о «необходимости введения квот». Ряд ученых серьезно поговаривают о введении квот для доноров. А то, не дай бог, по земле могут распространиться тысячи Шерон Стоун, Мадонн или, упаси господи, Майклов Джексонов.

Кроме того, уже поговаривают о необходимости международного регулирования всех этих процессов. Конечно, какой русский захочет, чтобы по чьей-то прихоти, Россию заселили копии даже Альберта Эйнштейна или Аркадия Райкина? И наоборот.

Следующим аспектом биоэтической проблемы ЭКО является то, что, имеется реальная возможность родить ребенка от отца или даже супругов, которых давно уже нет в живых. В 1983 году в авиакатастрофе погибла бездетная супружеская пара из Австралии, после которой, помимо значительного состояния, остались два криоконсервированных эмбриона. Развернулась весьма оживленная дискуссия: можно ли считать зародышей наследниками, если их трансплантировать суррогатной матери и дождаться успешного появления на свет новорожденных? И как быть, скажем, с дальними родственниками погибшей пары, которые пожелали бы «усыно-

вить» эмбрионы и установить над ними опеку? А как будет обстоять дело с правами хоть и суррогатной, но все-таки матери, которая вынашивала бы наследников?

Жизнь нередко обгоняет медлительные государственные и общественные этические и законодательные машины. В Японии в 2001 году родился ребенок с оплодотворением яйцеклетки женщины, муж которой умер от лейкоза 5 лет тому назад. И это породило волну этических и юридических проблем. Органами регистрации было отказано в записи отцом ребенка в свидетельстве о рождении умершего донора спермы, что мотивировалось отсутствием такого положения в Гражданском Кодексе страны. Последовал ряд судебных разбирательств. В результате местный суд по своей инициативе, на основе представленных бесспорных доказательств отцовства, постановил признать умершего отцом. Однако Верховный Суд Японии отменил это решение на том основании, что «отсутствует юридическая база». Несмотря на это, такой процесс нельзя остановить, что имеет место в той же Японии и после этого случая.

Криоконсервирование и хранение эмбрионов рождает и другие этические и правовые проблемы. **Например, как быть, если супруги, хранящие эмбрионы в банке, разведутся? К кому тогда перейдут эмбрионы? Или их будут «делить поровну»? А, если число эмбрионов не четное?** В 1989 году в США, штат Теннеси слушалось дело о разводе четы Дэвисов. Деньги, недвижимость и прочее разделили без осложнений. Однако имелось и другое «совместно нажитое имущество» - семь зародышей, уже несколько лет лежавших в жидком азоте, ранее взятые у жены для ЭКО, которое по ряду причин не состоялось. После развода женщина решила трансплантировать себе эти криоконсервированные эмбрионы. Но муж посчитал, что нарушено его право свободы выбора - быть или не быть отцом, - и подал в суд. И суд вынес решение в пользу женщины.

Криоконсервирование и длительное хранение эмбрионов вызывает и другие проблемы. Например, считается, что пока живы оба супруга, эмбрионы - их общая собственность. Если один из них умер, права переходят к пережившему супругу. В случае смерти обоих собственника должно определить завещание, если же его нет или вопрос в нем не оговорен, то эмбрионы переходят в собственность учреждения, где они были получены.

Перед инстанциями, регулирующими этические и правовые вопросы за рубежом, уже поднимается и такой вопрос: а как быть, если муж, находящийся в местах не столь отдаленных на многие лета, желает прислать сперму своей жене, находящейся на воле, которая согласна завести ребенка при помощи репродуктивных технологий? Нельзя не видеть, что даже это действо влечет за собой целый ряд юридических и этических проблем. К примеру: не будет ли это смягчением наказания для заключенного? Или: а как быть, если этого захочет убийца или насильник? Как определить, кому такая поблажка может быть разрешена, а кому нет? И еще: – и что будет, если, выйдя из тюрьмы, муж обнаружит, что он не является генетическим отцом рожденного таким путем ребенка? И целый ряд других вопросов.

Все эти вопросы не просты и их решение возможно лишь постепенно, в ходе изучения, обсуждения данной проблемы на разных уровнях общества.

Обсуждается также вопрос о том, допустимо ли искусственное оплодотворение незамужней женщины. В Швеции разрешена такая практика. В других странах имеют место различные подходы. Как уже говорилось выше, в России статья 35 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» не делает исключение для незамужних женщин, то есть законодательно оно разрешено. Для проведения операции требуется лишь заявление самой женщины. Правда, морально «заклевать» или «осудить» такую женщину, по образному выражению Расула Гамзатова, «очень

осведомленным соседкам», никто не может запретить. Следовательно, моральные проблемы остаются и здесь. В принципе же нельзя не признать за этой процедурой значительной доли милосердия в тех случаях, когда женщина хочет иметь ребенка, но по тем или иным причинам другой путь зачатия не приемлется ею.

Другая проблема ЭКО – так называемая избыточность яйцеклеток и эмбрионов, неизбежная при осуществлении этой процедуры. Дело в том, что для повышения гарантированности успеха врачи нередко оплодотворяют и переносят в матку не один, а два или три (и больше) эмбриона. В этом случае возможно развитие всех эмбрионов, что может быть чревато последствиями для матери. В связи с этим как моральная проблема выдвигается необходимость информирования супругов о возможных последствиях многоплодной беременности. Однако эта проблема не является фатальной, поскольку с развитием технологии окажется вполне достаточным пересадка в матку одного эмбриона.

Гораздо больше вопросов возникает в связи с тем, что на сегодня, для гарантирования успеха, врачи вынуждены оплодотворять несколько яйцеклеток. Из-за этого приходится получать и большое число яйцеклеток от донора.

Естественно, что возникает вопрос, – если беременность наступает при первой попытке, и женщине пересаживаются не все эмбрионы, то куда девать оставшиеся яйцеклетки и эмбрионы. В настоящее время вопрос решается следующим образом.

ВМА на своей 39-ой Ассамблее (1987 г.) констатировала, что лишние яйцеклетки могут быть: а) уничтожены; б) подвергнуты криоконсервации с целью сохранения в замороженном состоянии и в) оплодотворены и подвергнуты криоконсервированию. Что же касается лишних эмбрионов, то возможны следующие варианты их судьбы.

1. Если имеется женщина-реципиент, которая хочет родить ребенка, став суррогатной матерью, – эмбрионы могут быть пересажены ей.

2. Возможно использование эмбриона для научных и медицинских целей.

3. Возможен и третий путь решения вопроса об избыточных эмбрионах - после наступления беременности может быть просто прервано дальнейшее развитие «лишних» эмбрионов.

Эти действия с избыточными эмбрионами вызывают в мире ожесточенные споры с точки зрения этических положений и религиозных воззрений.

В России нет юридических актов, регламентирующих все эти операции. В ряде европейских стран предпринимаются попытки их решения. Однако и здесь не достигнуто окончательного решения. Сложности решения проблемы видны хотя бы из того, что Европейский парламент в 1988 году рекомендовал, чтобы оплодотворялось лишь такое количество яйцеклеток, которое можно использовать для данной женщины. На самом деле такое решение вопроса едва ли возможно. Я уже говорил выше, что для гарантирования успеха непростой процедуры, врач пока вынужден иметь в запасе несколько яйцеклеток. Если лишить его такой возможности, никто не сможет гарантировать успех операции. Дело в том, что до настоящего времени эффективность первой попытки ЭКО равняется 20-40 %, а второй - 70-80%. Поэтому то и нужны запасные яйцеклетки. Ведь неуспех операции - большие моральные и материальные издержки.

Проблема экстракорпорального оплодотворения несет в себе еще ряд этических, медицинских и юридических проблем. Во-первых, не отразится ли рождение ребенка, зачатого подобным образом на организме матери, даже если будет исключена многоплодная беременность. Во-вторых, не велик ли риск развития аномалий у детей, родившихся с помощью искусственного экстракорпорального оплодотворения. Правда, эти вопросы можно считать уже решенными. В мире живут десятки

тысяч детей, в том числе и достигших детородного возраста, рожденных с помощью репродуктивных технологий и наблюдения показывают, что эти люди ни в чем не уступают зачатым естественным путем ни по частоте аномалий, ни по каким-либо другим признакам. Нет также сведений о каких – либо отклонениях и у матерей, родивших детей при помощи этих технологий. Правда, некоторые ученые отмечают учащение у таких матерей самопроизвольных выкидышей при последующих беременностях. Однако окончательные выводы могут быть сделаны лишь при накоплении значительно большего материала.

При ЭКО возникает также этико-правовая проблема неразглашения тайны отца или матери донора. В мире известны случаи возникновения и ряда правовых проблем таких детей.

Имеет место также вопрос конфиденциальности сведений о донорах, реципиентах и т. д. Простое решение вопроса о сохранении тайны, возможно, и не имеет особых трудностей. Он может быть решен законодательным путем. Трудности в другом - в вопросе, который ставит ряд ученых и общественных деятелей. Вопрос этот звучит так: имеет ли право ребенок, рожденный при помощи гетерогенных репродуктивных технологий, получить в последующем информацию о своих биологических родителях?

В принципе, здесь не может быть однозначного ответа. Однако наиболее правильным представляется отрицательный ответ на этот вопрос, ибо положительное его решение, скорее всего, принесет больше зла, чем добра и для индивида, и для родителей, и для морали общества. В ряде случаев нарушение тайны донорства может привести к серьезным морально-правовым проблемам. Дело в том, что при донорстве яйцеклетки различные этические комитеты обсуждают, к примеру, такой вопрос: кто является матерью родившегося ребенка – женщина, донор яйцеклетки или женщина-реципиент, выносившая ребенка или обе они. В большинство стран, принявших к настоящему моменту законы по этой проблеме, в том числе и в России, матерью принято считать женщину, родившую ребенка: «Лица, состоящие в браке и давшие согласие в письменной форме на применение искусственного оплодотворения или на имплантацию эмбриона, в случае рождения у них ребенка в результате применения этих методов, записываются его родителями в книге записей рождений» (Семейный кодекс РФ, ст. 51, ч. 4).

В данном случае не имеет значения, являются ли оба супруга (или один из них) генетическими родителями или нет. В любой ситуации они записываются родителями рожденного в результате применения названных методов ребенка в порядке, предусмотренном п. 1 комментируемой статьи, и обязуются не устанавливать личность донора. Донор, со своей стороны, также обязуется не устанавливать ни личность реципиентки, ни ребенка, родившегося в результате применения метода искусственной репродукции.

Сказанное означает, что сохранение анонимности и донора и реципиента становится чрезвычайно важным. При нарушении анонимности в жизни могут возникнуть и моральные и аморальные коллизии вокруг таких детей и матерей.

Особенно большие проблемы в жизни возникают в случаях **суррогатного материнства,** когда яйцеклетка одной матери, оплодотворенная в пробирке, передается другой и та вынашивает ребенка с обязательством вернуть ребенка после рождения «заказчикам». Первая такая девочка была рождена в 1985 году в Лондоне англичанкой, согласившейся выносить ее для бездетных супругов-американцев.

Моральных, правовых и психологических проблем в таких случаях появляется очень много. Начать хотя бы с психологических. Каково будет состояние психики женщины, которая используется практически как инкубатор – яйцеклетка неизвест-

ной ей женщины-донора, оплодотворена сперматозоидами также неизвестного ей мужчины-донора и после рождения ребенок будет отдан неизвестным ей людям. Легко ли выдержать такое психике суррогатной матери? Хотя жизнь иной раз запросто опрокидывает наши «гнилые интеллигентские» рассуждения на эту тему. И. Н. Денисов и И. И. Косарев приводят данные некоего Шаповалова о том, что в Польше, в Силезии живет некая полька по имени Станислава. Так вот, эта «сурмама» Станислава в свои 42 года произвела на свет 23 суррогатных ребенка – 13 девочек и 10 мальчиков. Правда, оплодотворение у нее происходило естественным путем и от разных отцов, однако детей она исправно отдала «заказчикам». Этот «бизнес» не смущает ни окружающих, ни Станиславу, которая считает, что она творит добро.

Сегодня в мире живет многие тысячи детей, рожденных суррогатными матерями.

В суррогатном материнстве имеется и целый ряд юридических проблем. Так, теоретически (да и практически) у ребенка может быть 4 и даже 5 родителей - одна (один) или двое заказавших ребенка, два донора яйцеклетки и сперматозоидов и сама суррогатная мать.

Юридические коллизии, могущие возникнуть при суррогатном материнстве иллюстрируются случаями из практики, которые приводятся в наших СМИ. Вот пример. Супруги Джон Сигер и Джо-Линн, имеющие одну взрослую дочь, захотели иметь еще ребенка путем использования технологий ЭКО. Джо-Линн сама была не в состоянии выносить ребенка. Стать суррогатной матерью согласилась их взрослая дочь, тридцатилетняя Джолин Стоун. После рождения ребенка возникают следующие юридические проблемы: фактической матерью будет Джолин Стоун. Но она обязалась отдать ребенка своим родителям. Следовательно, юридически записанными родителями будут ее же родители. Тогда родившийся ребенок станет сводной сестрой или братом Джолин Стоун, а будущие ее дети станут племянниками ее собственной дочери. Вот такой юридический клубок, который может быть и похлеще…

Кроме того, в мировой практике суррогатное материнство уже ведет и к другой проблеме. Речь идет о том, что женщина, согласившаяся стать суррогатной матерью, за период беременности так сродняется с ребенком, что потом отказывается отдать его «заказчикам». Юристы пытаются предупредить такое явление, издав законы, составляя контракты и т. д. Однако никакие законы в последующем не действуют на женщину, решившуюся оставить родившегося ребенка себе. Можно сослаться, например, на случай с Мэри Уайтхед из США. Эта женщина, после рождения ребенка отказалась отдать его «заказчикам», несмотря на то, что она заключала соответствующий контракт. В ходе ряда судебных разбирательств ребенок был оставлен ей, а суд признал такие контракты противоречащими законам США и унижающими человеческое достоинство.

За рубежом уже описывают множество таких коллизий, когда из-за нежелания суррогатной матери отдавать ребенка возникают трудноразрешимые и с юридической, и с нравственной точки зрения конфликты (А. А. Рубанов. Генетика и правовые вопросы материнства в законодательстве и судебной практике стран Запада - В кн.: Политические системы, государство и право в буржуазных и развивающихся странах. М.,1988).

Российское законодательство решает данный вопрос примерно в таком же аспекте: «Лица, состоящие в браке между собой и давшие свое согласие в письменной форме на имплантацию эмбриона другой женщине в целях его вынашивания, могут быть записаны родителями ребенка **только с согласия женщины, родившей ребенка** (суррогатной матери»). (Семейный кодекс РФ, статья 51, часть 4).

Таким образом, семейные кодекс ставит возможность **записи супружеской пары, давшей свое согласие на имплантацию эмбриона другой женщине, в качестве родителей ребенка** в зависимость от согласия женщины, родившей ребенка (**суррогатной матери**). Сложность здесь еще и в том, что семейный кодекс не предусматривает срока, в течение которого суррогатная мать может дать такое согласие. Все же, с точки зрения соблюдения права, таким сроком должен быть признан период, установленный законодательством об актах гражданского состояния для регистрации рождения ребенка в органах загса. В настоящее время в соответствии с Инструкцией о порядке регистрации актов гражданского состояния в РСФСР (п. 8) этот срок составляет один месяц.

Суррогатное материнство имеет еще целый ряд сложных этических и юридических аспектов. Об одном из них говорится в «комментариях к СК РФ»: «Применение метода искусственного зарождения ребенка допускается в нашей стране только по медицинским показаниям. Поэтому ситуация, когда женщина, способная к деторождению, просто не хочет сама вынашивать и рожать ребенка, в соответствии с нашим законодательством о здравоохранении теоретически не может иметь место. Кроме того, это было бы абсолютно недопустимо по морально-этическим соображениям, так как фактически привело бы к тому, что богатые женщины стали бы «нанимать» женщин из малоимущих слоев населения для вынашивания детей, чтобы не входить во все тяготы и неудобства, связанные с беременностью и родами. Тем не менее, в условиях российской действительности, отсутствия надлежащей законодательной базы и низкого уровня жизни большого количества населения, вероятность распространения коммерческого суррогатного материнства достаточно велика. Подобного рода предложения уже начали появляться в российских газетах и журналах».

Или еще проблема. А как быть, если вдруг политики пожелают воспользоваться суррогатным материнством в целях исправления демографических показателей?

В России все всегда получается «как всегда» (прошу прощения за тавтологию). Дело в том, что уже к 2005 году в России были созданы агентства, занимающиеся вопросами суррогатного материнства. В этих агентствах между «заказчиками» и «сурмамой» заключаются контракты, по которым открыто видно, что это высоко коммерциализованная сделка. Вот что, например, говорит директор одной из таких агенств С.Лебедев (агенство Sweetchild, Москва): «Между биологическими родителями и сурмамами заключается контракт, где оговариваются бытовые и технические вопросы…Имея такой договор, суррогатная мама будет сознавать,свою финансовую ответственность.В случае несоблюдения договора она должна будет возместить материальные издержки генетических родителей. И РЕЧЬ ИДЕТ НЕ О МАЛОЙ СУММЕ» (выделено мной (И.Ш.). Таким образом, если даже рожденный ребенок прикипел к сердцу родившей его матери, ей, ноленс-воленс, В России придется его отдать «заказчикам», если у нее нет средств, чтобы откупиться от них.

Проблемы суррогатного материнства в нашей стране усугубляются еще и тем, что законодательно оно разрешено только в «Семейном кодексе». В другие же нормативно-правовые акты эти вопросы не внесены. Поэтому на практике наши граждане, решившиеся на такой шаг, могут столкнуться со многими проблемами.

Как и во всех делах в жизни есть и противники суррогатного материнства, и ее защитники. Защитники суррогатного материнства говорят о наличии милосердного начала в этом процессе, ибо в целом ряде случаев он является единственным способом заиметь детей при некоторых формах бесплодия. Противники говорят о том, что суррогатное материнство во многих случаях – не добровольное, не милосердное, а

вынужденное, экономическое, меркантильное, а, следовательно, недопустимое с этической точки зрения, явление. Сторонники суррогатного материнства считают, что во многих случаях суррогатное материнство не имеет меркантильной основы (как, например, в вышеприведенном случае с Джолин Стоун). В связи с этим обществу следует видеть и гуманные начала такого деяния. И с этим нельзя не согласиться. Можно ли осудить такую женщину, даже если она согласилась на вынашивание ребенка, чтобы поправить свое трудное материальное положение?

Такие мнения открыто высказываются в обществе. Так, некий К.Свитнев, видимо россиянин, «член Американского общества репродуктивной медицины и юридический эксперт Европейского общества человеческой репродукции и эмбриологии» в 2006 году пишет так «Некоторые моралисты предлагают законодательно запретить коммерческое суррогатное материнство. Во многих странах мира политики пошли на поводу у сих поборников этики и ввели запрет на какие-либо выплаты суррогатным матерям под тем предлогом, что это суррогатное материнство «аморально» и является эксплуатацией женщины… Эксплуатация женщины? За участие в данной программе сурмамы получают в среднем 400 тысяч рублей - 45 тысяч за один месяц вынашивания. Это ли эксплуатация? Может быть лучше за 10 000 рублей ворочать шпалы на железных дорогах или укладывать асфальт?».

Можно понять эмоции товарища Свитнева, но как быть с Конвенцией Совета Европы (статья 21), документами Всемирнаой медицинской ассоциации, которая стоит на точке зрения необходимости законодательного разрешения данной процедуры, **но при условии бесплатности всех ее составляющих** – донорства яйцеклетки и спермы, вынашивания ребенка **без коммерческих действий** на основе добровольного информированного согласия и другими документами подобного плана?

Выше уже говорилось, что закон стоит на защите прав матери, выносившей ребенка. Однако едва ли будет правильным считать такое решение вопроса однозначно верным. Такой закон, вне всякого сомнения, милосерден. Но, с точки зрения честности, нормальных человеческих взаимоотношений
(которые также являются категориями морали) можно понять и людей, лишенных возможностей деторождения и «заказывающих» ребенка другой женщине с полного информированного и добровольного ее согласия, а затем оказывающихся «у разбитого корыта». **В общем, на этих примерах можно видеть, насколько трудно регулировать законами моральные жизненные ситуации – законы не всегда всесильны и справедливы. Защищая права одних, они, нередко, попирают не менее законные права других.**

Вопрос суррогатного деторождения затрагивает не только права родителей, но и права ребенка. Фундаментальным правом ребенка, закрепленным в Конвенции ООН о правах ребенка, является его право, насколько это возможно, знать своих родителей. В отечественном законодательстве оно в общей форме получило закрепление в пункте 2 статьи 54 СК «Каждый ребенок имеет право. знать своих родителей». Несовершенство данного пункта едва ли нуждается в комментариях. Прежде всего, видимо, надо решить вопросы, о которых говорилось выше – кого считать родителями «суррогатно» родившегося ребенка, благо ли это – сообщение сведений о биологических родителях и т. д. В других странах данный
вопрос также еще не решен и относится к числу дискуссионных.
Одним из важных моральных (однако, могущим быт решенным лишь политически и юридически) **является вопрос справедливого распределения ресурсов в медицине.** Дело в том, что даже в России каждая попытка ЭКО обходится в 1-2 тысячи

долларов (в Европе и Америке она обходится в 5-10 раз выше) и, следовательно, эта процедура доступна лишь немногочисленному классу «новых русских». Простому народу она пока абсолютно недоступна. Фонд обязательного медицинского страхования дорогостоящие медицинские услуги не оплачивает, а в бюджете таких денег для простого человека нет и подавно.

Вставка. Как и следовало ожидать вопросы ЭКО в последние годы значительно продвинулись вперед. В настоящее время синтезированы релизинг-гормоны, в 50-100 раз более активные, чем эндогенные и они позволяют осуществить суперовуляцию в яичнике. Появилась возможность забора яйцеклеток через свод влагалища под УЗ контролем. Значительно расширились границы ЭКО – опубликовано сообщение о рождении ребенка женщиной старше 50 лет. Значительно модифицированы и усовершенствованы методы приживления эмбриона, оплодотворения яйцеклетки, в том числе и с помощью введения единичного сперматозоида внутрь яйцеклетки. Это все нормальное явление – развитие науки неостановимо - так будет в каждой области науки во все времена.

Однако, как сказано в соответствующем месте этого учебника, генетический скрининг и выбор пола – вопросы спорные и нерешенные. Но только не в России. Как давно известно, в России «закон, что дышло – куда повернул, туда и вышло». Ныне, как это и следовало ожидать в нашем обществе «дикого капитализма», открыто рекламируется возможность генетического скрининга и выбора пола при ЭКО. (Т.С.Кармызова. Эко и современные методы репродуктивных технологий. Врач, 2005, 10, 25).

Заканчивая изложение проблемы репродуктивных технологий, нельзя не сказать и о позиции церкви в данном вопросе. Практически все религии высказывают свое отрицательное отношение к этим технологиям. Их возражения опираются на общеизвестные трафаретные религиозные суждения. 1. Зачатие жизни – это божеское провидение и оно не может быть подарено или продано кому бы то ни было (проще говоря, доноры не имеют права ни дать свою яйцеклетку или сперму из соображений филантропии или милосердия, ни продать их). 2. Бесплодие, в том числе и мужское – последствие распущенности человека и, поэтому, он должен нести это как кару, и не имеет права исправлять, каким бы то ни было способом. 3. В этом процессе могут участвовать гомосексуалисты, что противоречит церковным канонам и т. д.

Имеются прямые «Заявления» Церковно-Общественного Совета по биомедициской этике Московского Патриархата Русской православной церкви по данным вопросам. Вот выдержки из «Заявления…» .

«…получает все более широкое развитие практика анонимного «донорства» половых клеток, а также предоставления услуг «вынашивающей матери», которая по условиям контракта обязана расстаться с рожденным ею младенцем немедленно после его появления на свет. Новые методики предполагают уничтожение «избыточных» или «бесперспективных» человеческих эмбрионов, либо их криоконсервацию с последующим применением в исследовательских, медицинских или коммерческих целях….

Традиционные представления об уникальности, бесценном достоинстве и богоподобии человеческой личности укоренены в Священном Писании и Священном Предании Церкви. Человеческая жизнь с точки зрения христианской веры - дар Божий….

Использование же репродуктивных технологий порождает соблазн рассматривать формирующуюся жизнь как продукт, который можно выбирать согласно собственным склонностям и которым можно распоряжаться наравне с любыми другими

продуктами человеческой деятельности. Человеческая жизнь становится предметом купли-продажи.

Почитая своим долгом отстаивать нравственные ценности христианства, Совет считает необходимым заявить следующее.

1…Православная Церковь не может считать нравственно оправданными любые пути к деторождению, если они связаны с нарушением достоинства богоподобной человеческой личности, а также целостности супружеских отношений, которая несовместима с вторжением в них третьей стороны. Однако в тех случаях, когда иные терапевтические и хирургические методы лечения бесплодия не помогают супругам, искусственное оплодотворение половыми клетками мужа может считаться допустимым, так как оно не нарушает целостности брачного союза и не отличается принципиальным образом от других лечебных процедур. 2. Донорство половых клеток размывает основы семейных взаимоотношений. . . 3. «Суррогатное материнство» даже в тех случаях, когда оно осуществляется на некоммерческой основе, противоестественно и морально недопустимо… 4. Все разновидности экстракорпорального (внетелесного) оплодотворения, включающие заготовление, консервацию и намеренное разрушение «избыточных эмбрионов», представляются нравственно недопустимыми с православной точки зрения…, (поскольку) именно момент оплодотворения яйцеклетки является единственным актом подлинно качественного изменения, полагающим начало человеческой жизни и формирования будущей человеческой личности. 6. Использование репродуктивных технологий для обеспечения тех же «репродуктивных прав» лиц с «нестандартной сексуальной ориентацией» неизбежно способствует разрушению традиционных форм семейных отношений.

Утверждено на заседании Совета 13 октября 1999 года

Для цивилизованного общества все эти доводы церкви неубедительны. Церковь отказывает родителям в познании высших радостей жизни – иметь детей, по какой бы причине супруги не были бездетны, потому, что это не угодно богу. Спрашивается: если это действительно так, то милосерден ли вообще тот, кого церковь именует богом? Ведь бесплодие, как правило, приводит к психическому и социальному дискомфорту супружеских пар, снижает социальную активность, нередко является причиной распада семьи, тяжелых конфликтных ситуаций

Как уже говорилось выше, репродуктивные технологии дают возможность монахиням и монахам иметь детей с помощью «беспорочного» зачатия. Или, разве не милосердна возможность заиметь ребенка при помощи современных технологий какому ни будь бедолаге, по глупости надолго загремевшему в тюрьму? И милосердна ли позиция церкви, отвергающая возможность иметь детей гомосексуалистам? Я уже не говорю о фантастической, но чрезвычайно милосердной возможности вдове родить ребенка от случайно погибшего мужа, используя его сперму, взятую в первые часы смерти, как это ныне разрешено делать в Израиле. А ведь религиозные деятели выступают против всего этого.

Представители других конфессий также, в своем большинстве, негативно относятся к репродуктивным технологиям.

Католики отрицательно относятся ко всем видам репродуктивных технологий. Они считают их вторжением в человеческое естество (операция при внематочной беременности тоже «вторжение в человеческое естество» – что же не оперировать таких женщин и оставить их умирать?), операциями, посягающими на святость супружеского союза, противоречащими достоинству супругов и т. д. Нетрудно видеть, что все эти аргументы абсолютно неубедительны и очень далеки от человеколюбия, которое должно быть краеугольным камнем всякой религии.

Протестанты придерживаются менее категоричной позиции, однако также выступают против донорства репродуктивного материала и суррогатного материнства.

Позиция большинства иудейских раввинов примерно соответствует позиции протестантских священников.

Ислам терпимо относится к гомологичному оплодотворению, а также суррогатному материнству, если в роли суррогатной матери выступает вторая жена.

Служители Будды не возражают против гомологичного оплодотворения, при полной конфиденциальности и альтруистическом подходе, однако считают более приемлемым воспитание приемных детей.

Таким образом, можно видеть, что все религии на сегодня выступают в роли противников репродуктивных технологий, выдвигая при этом абсолютно неубедительные аргументы. Еще раз следует подчеркнуть, что в нашей стране, где религия отделена от государства и является частным делом верующих, мнение служителей религий следует оценивать именно как частное мнение, не могущее влиять на решение вопроса на государственном уровне. Придерживаться положений религии или нет – это частное дело граждан, а все возникающие религиозные проблемы – это частные проблемы религиозных конфессий. Российские законы должны быть обязательными для всех.

Все вышеизложенное по вопросам аборта, половой стерилизации и репродуктивных технологий свидетельствует, что в настоящее время в биомедицинской этике возникает правомерность нового принципа **«информированного общественного согласия»** (П.Д.Тищенко, 2004). Действительно, очень многие вопросы биомедицинской этики в наше время не могут быть адекватно решены без учета общественного мнения, мнения ряда социальных групп, а не только отдельных граждан. В развитых странах Запада и США общество активно вмешивается в решение вопросов биомедицинской этики. Ярким примером тому является описанный в предыдущей главе случай с отключением питания у американки Терри Шиаво, который вызвал большой резонанс и акции протеста в стране, а также вмешательство различных конфессий и других общественных организаций в решение многих вопросов современной биоэтики.

ВЫВОДЫ. 1. Множество индивидуальных, бытовых, социальных, культурологических и других факторов заставляют сегодня женщину прибегать к прерыванию беременности – аборту.

2. Решение об аборте – это неотъемлемое право автономии женщины. Она и только она должна решать этот вопрос в пределах разумных сроков.

3. Вмешательство государства в вопросы абортов во имя улучшения демографических или других причин следует считать не соответствующим моральным ценностям, декларируемым этосом медицины, моралью вообще и документами о правах человека.

4. Современные высокотехнологичные репродуктивные технологии порождают множество моральных проблем, затрагивающих фундаментальные этические ценности.

5. ЭКО в его различных вариантах несет в себе положительное решение многочисленных психологических и социальных проблем большого числа граждан, связанных с бесплодием, стерильностью, конфессиональными убеждениями, социальными обстоятельствами и т.д. и, в связи с этим, должно считаться высокоморальным деянием.

6. Религиозные деятели не имеют права вмешиваться в вопросы аборта и репродуктивных технологий. Религия в России остается частным делом, и мнение ее деятелей может рассматриваться лишь как частное мнение.

7. В принятии решения об аборте или процедурах репродуктивных технологий права женщины выше всех остальных, тем более религиозных. Только сама женщина

(или супруги), может (могут) решать вопрос приемлемости или не приемлемости аборта и процедур репродуктивных технологий.

8. Правовые документы по вопросам аборта и высоких технологий не всегда совпадают с этическими положениями, усложняя, тем самым, решение данной проблемы.

CONCLUSIONS. 1) A lot of individual, home, social, cultural and other factors today make women resort to stop their pregnancy, that is to the induced abortion.

2. Decision on abortion is the inalienable right of women autonomy. She and she alone must decide the matter within a reasonable period of time.

3. State interference in the question of abortion for improving the demography or other reasons should not be considered relevant to moral values declared by ethos of medicine, ethics in general and human rights bill.

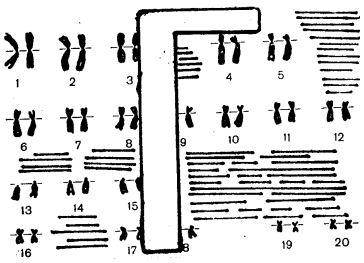
4. Modern reproductive technologies bill produce lots of moral issues affecting fundamental ethics values.

5. IVF in its various versions is a positive solution to many psychological and social problems associated with infertility, sterility, religious beliefs, social situations, etc. and, in this regard, should be considered a highly moral act.

6. Religious leaders have no right to interfere in matters of abortion and reproductive technologies. Religion in Russia remains a private matter, and the opinion of its figures can only be considered as a personal opinion.

7. In making a decision about abortion or reproductive technology procedures, women's rights are above all others, especially above religious ones. Only the woman (herself), should determine the acceptability or non acceptability of abortion and reproductive technology procedures.

8. Law documents on abortion and high technologies do not always coincide with the ethics regulation complicating, thus, the solution to this problem.



ЕНЕТИКА И БИОМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА

GENETICS AND BIOMEDICAL ETHICS

26 июня 2000 года исследовательские лаборатории – Международный консорциум Human Genome Project и частная американская компания – Celera Genomics официально объявили об окончании работ по расшифровке генома человека. Было сообщено, что расшифровано примерно 97 % всех текстов наследственной информации, записанной на двойной спирали ДНК человека. Было идентифицировано примерно 3 миллиарда нуклеотидов, из которых сотканы около 30 тысяч генов (согласие в том, сколько же всего генов у человека пока не достигнуто – приводится цифра от 30 до 40 и более тысяч), «упакованных» в 46 хромосом человека. Это событие сразу породило целый ряд проблем этического и правового порядка. Прежде всего, проблема собственности полученной информации - кому должна она принадлежит – всему человечеству или тем компаниям, которые ее открыли.

В связи с этим еще до завершения расшифровки генома человека Генеральная конференция ЮНЕСКО на своей 29-й сессии 11 ноября 1997 г. единогласно приняла «Всеобщую декларацию о геноме человека и о правах человека», в 1-й статье, которой было записано: **«Геном человека лежит в основе изначальной общности всех представителей человеческого рода, а также признания их неотъемлемого достоинства и разнообразия. Геном человека знаменует собой достояние человечества**», а в статье 12 говорилось о необходимости всеобщего доступа к генетической информации. Декларация в ряде других статей рекомендует создавать в государствах этические комитеты разного уровня для оценки этических, социальных и правовых вопросов, касающихся генома человека и жестко контролировать все исследования.

К сожалению, документы ООН/ЮНЕСКО - это не обязательные, а рекомендательные документы и их не обязательность подтвердилась сразу же по завершении расшифровки генома. Национальный институт здравоохранения США подал заявки на регистрацию фрагментов ДНК как на свою интеллектуальную собственность. В ответ на это Нобелевский лауреат, открывший РНК, Джеймс Уотсон, руководитель Международного консорциума Human Genome Project, тут же заявил: «Геном должен принадлежать всем» и в знак протеста подал в отставку. Как решится данная ситуация трудно сказать, хотя ответ на вопрос какова должна быть моральная позиция по данной проблеме едва ли вызывает сомнение. Однако мораль и капитал часто несовместимы. Об этом свидетельствует хотя бы тот факт, что вопрос дискутировался и на Окинавской встрече глав государств «большой восьмерки», однако решение так и не было найдено.

Желание патентовать геном связано с тем, что на основе этой информации предполагается возможность синтезирования различных лекарств, которые могут быть применены в лечении наследственных болезней, дефектов и т. д. Так, например, Вильям Хасельтайн, американский микробиолог, глава фирмы «Human Genome Sciences», утверждает: уже через 10 лет 15% наших лекарств будут генетическими, а через 20 лет можно ожидать, что таковыми будут 50% всех лекарств. Причем эти лекарства будут изменять генетическую основу болезни, лечить болезни «на корню» и могут быть абсолютно безвредными для организма. Например, уже сейчас установ-

лено наличие в генах участков, которые на 25% увеличивают риск развития диабета. Понятно, какой успех могут иметь лекарства, блокирующие такие участки. Или другое – установлены участки генов, с которыми связывается вирус иммунодефицита человека перед тем, как проникнуть в клетку. Блокада таких участков может значительно снизить риск заражения этим вирусом. Нетрудно себе представить какие баснословные барыши могут иметь фармацевтические фирмы от монополии на такие лекарства. Вот почему идет такая драчка вокруг патентования генома человека.

Видимо, предвидя такую ситуацию, еще до конца расшифровки генома человека в статье 4 «Всеобщей декларации о геноме человека..» было записано: «Геном человека в его естественном состоянии не должен служить источником извлечения доходов». Но, остановит ли кого-либо эта рекомендация?

Правда, трезвый анализ ситуации показывает, что трубить победу по поводу расшифровки генома человека и практического использования этого достижения еще рано. На этом пути можно ожидать больших разочарований. Анализ сложившейся ситуации после заявления о расшифровке генома человека свидетельствует о том, что на самом деле эта проблема еще очень далека от решения. Скорее всего, можно говорить о решении стратегической задачи.

Во-первых, путь от секвенирования генов до выяснения их функций весьма непрост. Для полного понимания функционирования генов, для выяснения природы различных заболеваний человека необходимо изучение многих и многих молекулярных механизмов, осуществляющих тонкую регуляцию работы генов. А эта задача, пожалуй, может оказаться посложней, чем расшифровка генома.

Во-вторых, каждый человек имеет индивидуальные различия в геноме. Это и наличие альтернативных генов (аллелей) и возможные этнические или расовые различия. Последние могут играть довольно существенную роль. Ведь уже сейчас в фармацевтике развивается направление «этнически-расово-специфических» лекарств. Оказалось, что целый ряд лекарств, эффективных у цветных рас, не эффективен у белой, и наоборот. Причем установлено, что эти различия связаны с генетическим материалом – феноменом «снипов» - различии у этих рас в сингулярном полиморфизме нуклеотидов. Уже неоспоримо доказано, что человечество произошло из Африки и африканцы являются наиболее древним народом. Отсюда у них намного более выражен феномен снипов и, следовательно, могут иметься значительные различия в чувствительности к генетическим лекарствам. Это может означать, что те лекарства или приемы, которые будут предложены для коррекции генетических нарушений, могут не работать и в расовом и в индивидуальном плане. Отсюда может оказаться, что для разработки лекарств и пр. в каждом индивидуальном случае потребуется расшифровка генома. Вот эта будет задачка потруднее.

Все же у значительного числа людей «стандартные генетические лекарства» могут оказаться работающими. Кроме того, разрабатываются все более быстрые методы расшифровки генетической информации, так что, лет этак через 20, ну, пусть 50, индивидуальная расшифровка генома любого человека может стать рутинной процедурой, выполняемой за считанные часы или даже минуты. Поэтому, едва ли есть сомнения, что рекомендации ЮНЕСКО или этических комитетов не остановят желающих погреть руки на геноме человека.

Расшифровка генома человека нанесла также тяжкий удар по религиозным мифам и подтвердила теорию Чарльза Дарвина о происхождении человека. Оказалось, что 90% генов человека тождественны таковым мыши и 95 % генам обезьян. У человекообразных же обезьян, например, шимпанзе, таких генов и вовсе 98% (!). Лишь 2% генов приобретено человеком после расхождения их эволюционных путей. Более того, около трети наших генов имеют сходство с генами бактерий, много генов,

сходных с таковыми у кошек, собак и т. д. Все это – яркое свидетельство единого происхождения жизни на земле.

КЛОНИРОВАНИЕ. В последние годы уходящего XX столетия весь мир был взбудоражен и шокирован известием о клонировании животных – овечки Долли в Англии, затем других животных в различных странах. Что же это такое – клонирование?

Статья 2, Федерального закона **«О временном запрете на клонирование человека»** дает следующее определение: клонирование человека – создание человека, генетически идентичного другому живому или умершему человеку, путем переноса в лишенную ядра женскую половую клетку ядра соматической клетки человека.

Как известно, половые клетки женщины и мужчины содержат лишь половинный набор генетического материала. При естественном образовании эмбриона, эти половинки сливаются. В результате вновь возникшая жизнь несет в себе черты и матери и отца.

Практически клонирование производится следующим образом: берется половая клетка живого существа и из нее удаляется имеющийся там половинный генетический материал (ядро). Затем туда пересаживается ядро не половой, а соматической (от слова греческого «сома» – тело) т. е. какой ни будь клетки из органа или ткани клонируемого существа, несущее в себе полный генетический материал. Далее путем воздействия слабых электрических разрядов достигается сращение нового ядра с цитоплазмой. В образовавшейся таким образом гамете генетические механизмы запускают деление. Если эту искусственно созданную зиготу пересадить в матку, то из нее развивается живое существо. Это и есть клон, и он несет в себе генетический материал только одного человека, того, от которого было взято ядро, хотя незначительная часть (доли процента) генетического материала, происходящего из митохондрий цитоплазмы, в нем присутствует и от матери.

Хотя теоретические основы клонирования были известны давно, практическое клонирования низших позвоночных впервые удалось в 1952 году.

Эпоха клонирования высших позвоночных началась в 1996 году, когда шотландским ученым во главе с Янгом Уилмутом путем клонирования удалось вывести овцу, получившую имя Долли. Этот факт вызвал бурную реакцию ученых и активно оспаривался. Однако генетический анализ подтвердил, что она является клоном, а затем было клонировано еще много животных. В 1998 году было сообщено, что американским ученым на Гавайях удалось клонировать 50 мышей, в Японии – 8 телят от одной коровы, а затем и свиней. В феврале 2002 года в Техасском университете был клонирован котенок Сиси. По этой же методике уже создаются человеческие эмбрионы.

Фантастические возможности клонирования человека очевидны. Вот теоретический пример. У женщины берут яйцеклетку, удаляют из нее ядро, затем имплантируют ядро из ее же соматической клетки. После этого образовавшуюся таким образом гамету пробуждают к делению и вновь пересаживают в матку женщины. Доносив такой плод, женщина родит «саму себя». Гамета может быть создана из соматических клеток ее детей, тогда она родит их копии и т. д. Каждый может дофантазировать возможности этой технологии для человека. Кстати, следует заметить, что в процессе генетических манипуляций имеется также возможность выбора пола будущего человека.

Для животного мира технология может иметь очень далеко идущие последствия. Ведь генетический материал – хромосомы, в которые упакована вся информация о живом организме, на основе чего и может быть воспроизведено то или иное существо, - в определенных условиях могут оказаться устойчивыми. Например, в услови-

ях вечной мерзлоты могут сохраниться ткани различных доисторических животных. Теоретически, взяв ядро из их клеток и яйцеклетку нынешних их далеких потомков, можно клонировать такое доисторическое существо, скажем вымершего мамонта или какого-нибудь саблезубого тигра. Разумеется, сегодня это не более чем фантастика. Однако кто поручится, что это не будет осуществлено в будущем? Правда, многие ученые все же считают, что хромосомы, ДНК погибших организмов очень быстро претерпевают необратимые изменения и, поэтому, никогда, никакое клонирование вымерших животных не будет возможно.

Прежде чем обсудить этические проблемы, связанные с клонированием, необходимо сказать о следующем. Нередко в наших СМИ можно читать, что при клонировании будут получены абсолютно идентичные копии тех людей, от которых было взято клеточное яйцо. На самом деле - это большое заблуждение. Физически, чисто внешне и по некоторым биологическим реакциям, возможно, это будет один и тот же человек. Он может быть сильно похожим на того, кто дал свои клетки для клонирования (хотя даже это, как выражается молодежь ныне, - не факт). По-видимому, ряд реакций, подконтрольных низшим отделам нервной системы (вегетативной нервной системе), у копии могут быть идентичными таковым оригинала. Однако все, что касается деятельности высших отделов нервной системы – интеллекта, памяти, мышления и т. д. у копии никак не будут идентичными оригиналу. Вся высшая нервная деятельность в значительной мере зависит от общественного воспитания и обучения человека. А вот это повторить для копии абсолютно нереально. К моей копии не перейдут ни мои знания, ни мои переживания, ни мои потаенные мысли, ни мой опыт, ни моя индивидуальность – ничего из того, что делает меня профессионалом и личностью. Не перейдут к нему мои друзья, мои привычки, выработавшиеся в течение жизни, мое чувство той родины, где я родился. Даже здоровье у него будет другое, поскольку оно также во многом зависит от индивидуальных установок, занятий физической культурой, места проживания, социальных факторов и т. д. Поэтому, по большому счету, это будет похожий внешне, но абсолютно другой человек. Кроме того, желающего клонировать самого себя взрослого человека поджидает еще злодейка-время. Взрослый человек попросту может умереть, так и не дождавшись пока подрастет его копия. Таким образом, можно видеть спекулятивность мнения, нередко озвучиваемого в печати, что клонированием можно достичь личного бессмертия.

Тем не менее, клонирование – одно из самых фантастических деяний человека, реально приближающее его к тому, что называют «богом». И, соответственно, оно рождает целый ряд морально этических проблем.

Несомненно, что клонирование потребует внесения определенных изменений в гражданский, семейный и другие кодексы, разработки юридических и правовых вопросов родившихся таким образом людей. Действительно, кем будет приходиться женщине, родившийся из ее соматической клетки другой человек – мужчина или женщина? Каков будет их статус в семье? Кем будет приходиться такое существо мужу этой женщины? Как будет заполнена в метрике графа об отце такого существа? И. т. д., и т. п. **Все эти вопросы составляют один из этических моментов клонирования – так называемая неопределенность положения клонированного ребенка по отношению к родителям.**

Данный этический вопрос представляется решаемым. Во-первых, родителями ребенка будут люди, давшие яйцеклетку и ядро. Во-вторых, здесь нужна толерантность, изменение общественной позиции в этих вопросах и кропотливое их решение. Будут сложности? А что, сегодня мало на земле сложностей по другим аспектам? Неужели клонирование – самое трагедийное для человечества явление?

Другое дело, что у клонированных (если они когда-нибудь будут) людей может быть множество проблем на правовом, юридическом, и, особенно, на моральном - бытовом и индивидуальном уровнях. Это, прежде всего травма психики таких людей кишащими вокруг современными неандертальцами с внешностью homo sapiens. Это и кривые взгляды, и кривые улыбки, это и тычки пальцем, и «услуги» в виде звонков по телефону и прямая травля и многое, многое другое. Для избежания этого потребуется строжайшая конфиденциальность их происхождения.

Далее. Скажем, на правовом уровне можно выработать приемлемые документы об их статусе. Но, как быть с фактом отсутствия у них родителей? Записывать выдуманных родителей? Воспитывать их с момента рождения в семьях, которые захотят их принять? Есть еще тысячи этических и юридических проблем, которые возникнут, если клонирование человека будет когда-либо осуществлено. **Эти факторы рождают другой этический вопрос проблемы клонирования: можно ли воспроизводить человека, у которого неясна самобытность личности и возникает возможность ущерба для его психологического развития?**

В связи со всем этим вопрос о клонировании активно обсуждался на уровне правительств многих стран. Совет Европы дополнительно к Конвенции о правах человека и биомедицине принял протокол о запрете клонирования человека. К этому же призывает и статья 11 «Всеобщей декларации ООН по геному и правам человека»: «Не допускается практика, противоречащая человеческому достоинству, такая, как практика клонирования человеческой особи. Государствам и компетентным организациям предлагается сотрудничать с целью выявления такой практики и принятия на национальном и международном уровнях необходимых мер в соответствии с принципами, изложенными в настоящей Декларации».

Межправительственный комитет по биоэтике ЮНЕСКО (Париж, 2001) призвал государства- члены Организации, «принять соответствующие меры, в том числе и законодательного и регламентирующего характера, с целью эффективного запрещения репродуктивного клонирования человека».

По-видимому, и под влиянием этих документов к 2005 году 30 государств (Австралии, Бельгии, Великобритании, Германия, Дания, Испания, Италия, Китай, Норвегия, Тунис, Франция, Япония, и др.) приняли жесткие законы, запрещающие клонирование человека. Для интереса: во Франции нарушивший закон может «загреметь» за решетку на 20 лет, в Японии на 10.

В марте 2005 года Генеральная Ассамблея ООН также запретила клонирование человека, в том числе и эмбриональных клеток. Однако тут же Великобритания, Япония, Южная Корея заявили, что в этих странах не будет прекращено терапевтическое клонирование. Таких же взглядов придерживается в Швейцарии, Испании, Франции.

Где-то в августе-сентябре 2001 года Председатель Правительства РФ М. Касьянов внес в Федеральное собрание законопроект «О временном запрете на клонирование человека», который был принят и вступил в силу 20 мая 2002 года. Речь идет о пятилетнем моратории. Таким образом, Россия присоединилась к странам, которые объявили мораторий на прямое клонирование человека.

Такая позиция ряда стран, по-видимому, не лишена рационального зерна, однако, не следует забывать, что одно дело теория и совсем другое – практика. Вспомним знаменитое Черномырдинское «хотели как лучше, получилось как всегда». Суровость российских законов и по сей день смягчается необязательностью их исполнения. **Кроме того, мы постоянно забываем историю. А история учит, что последствия открытий неумолимы – самое большое, что можно сделать – это временно их притормозить. А затем они проявятся обязательно. Невозможно остано-**

вить развитие науки. Если преградить ей путь в одном направлении – она пробьется в другом, обойдет любую преграду. Так, что никакими мораториями запретить клонирование, скорее всего не удастся. Как говорится «так было, так будет».

Факты свидетельствуют, что работы по клонированию не будут прекращены. В 2001 году некая компания «Клонэйд», располагающаяся в США и зарегистрированная на Багамских островах, где нет запрещающих законов, обещала начать клонирование человека. Руководителем компании выступает некий Клод Форильон (по другой транскрипции Ворильон, что может быть знаменательно!), он же мессия Раэль, сколотивший религиозную секту. Он предполагает использовать для клонирования женщин своей секты. Рекламные и другие трюки этой фирмы напоминают хорошо известные российские «пирамиды» для отъема денег у доверчивых людей. Однако большинство людей никогда не делают выводов из прошлого опыта - из печати создается впечатление, что компания процветает. У него в последователях уже около 85 тысяч человек в разных странах. Есть сведения, что доверчивые родители единственной дочери, которая умерла от врожденного порока сердца, выделили компании 860 тысяч долларов. Множество людей подают заявки на свое клонирование. В печати (АиФ, N 4, 2001 год) опубликованы сведения, что уже на свое клонирование подали заявки трое россиян.

Эта секта в 2002 году объявила, что она уже клонировала человека. Факты этого деяние не были подтверждены. Тем не менее, это сообщение с тревогой было воспринято в мире. Так, Генеральный директор ЮНЕСКО Коитиро Мацуура незамедлительно обратился к международному сообществу «Эти известия. независимо от того, подтвердятся они или нет, еще раз заставляют нас задуматься о срочной необходимости сделать все возможное как на национальном, так и международном уровнях для запрещения экспериментов, которые являются не только рискованными в научном отношении, но и этически неприемлемыми, так как представляют собой недопустимое ущемление человеческого достоинства»

Несмотря на это, кроме таких сомнительных личностей, клонированием собираются заниматься и серьезные ученые. Так, чикагский ученый Р. Сид говорит о создании сети суперсовременных генетических клиник. В них, наряду с экстракорпоральным оплодотворением, будет проводится генетический скрининг, а также клонирование редких животных, а в последующем и клонирование человека. В Австралии проектируется открытие центра по клонированию приматов для изучения технологий воспроизводства. 7 августа 2001 года по 1 каналу российского телевидения передавали сюжет, в котором известный итальянский гинеколог и эмбриолог Северино Антинори объявлял, что он приступил к клонированию человека, что для этих целей себя предлагали более 1000 человек, из которых он отобрал более двухсот.

Планы Антинори тут же осудил Европейский Союз, пригрозивший ему запретом на профессиональную деятельность. Разумеется, его тут же осудили и в Ватикане. Темпераментный итальянец тут же обозвал Святейший престол сборищем мракобесов и ретроградов, а Европейскому Союзу ответил, что он не собирается подчиняться запрету клонирования и, если это будет необходимо, он продолжит работы даже подпольно, на судне, которое будет дрейфовать в нейтральных водах.

В российском общественном мнении также есть и противники, и защитники клонирования. Эти мнения, несомненно, отражают менталитет общества. Ряд творческих работников России выступают против клонирования (Ефим Шифрин, Вячеслав Тихонов, Маша Распутина). Особенно «интересны» взгляды последней. Она считает, что «клонирование – одно из сатанинских дел. Все это идет с Запада. Запад

всегда ненавидел нас за нашу веру, за нашу духовность…» Пожалуй, с менталитетом Маши все предельно ясно.

Российский ученый мир также имеет различные мнения по данному вопросу. Очень интересна и продуктивна позиция профессора А. Зеленина, руководителя российской программы по расшифровке генома человека. Он считает, что всякие попытки запрета ни к чему не приведут, и работы в этом направлении будут продолжаться. **Как положительные моменты этого деяния он отмечает возможность гомосексуалистам и монахиням иметь детей (последним «без греха»)** и с ним нельзя не согласиться**.** И. Пестов, заместитель председателя одной из секций Российского комитета по биомедицинской этике относится к вопросу сдержанно, не порицая, но, в то же время, и не поощряя этот процесс. Б. Юдин, доктор философии из Российского (РАН) национального комитета по биоэтике считает необходимым установление моратория (временного запрета) на проблему клонирования. Он считает, что за это время необходимо изучить все «за» и «против», разработать правовые, этические и другие механизмы клонирования.

В проблеме клонирования человека еще очень много «белых мест». Сегодня СМИ и даже некоторые ученые освещают проблему так, будто клонирование человека уже свершившийся факт. Однако, то, что клонировано животное еще вовсе не означает, что так же легко удастся клонировать человека. Все-таки, человек по многим параметрам и, особенно, по центральной нервной системе, коре мозга, значительно отличается от овцы или свиньи. Более того, даже в проблеме клонирования животных еще очень и очень много темных мест. В Америке клонированием животных занимается несколько фирм. Одна из них, Genetic Savings and Clone. Так вот, даже этой специализированной фирме, клонирование кошки удалось лишь на 87 эмбрионе после 86 неудачных попыток. Более того, до сих пор ни ей, ни другим фирмам не удалось к 2005 году клонировать даже собаку. Пока же более или менее эффективным оказывается клонирование сельскохозяйственных животных, да и то вовсе не с первой попытки, а из родившихся клонов выживают буквально единицы. Тем более под очень большим сомнением остается возможность клонирования человека**.**

В последние годы найдено, что при клонировании возникают молекулярные нарушения некоторых генетических механизмов (в частности метилирования ДНК), что может быть причиной нежизнеспособности человеческого клона. Тем более что и бедная Долли не оказалась долгожительницей. Неизвестно, как будет передаваться клону генетическая информация ядром соматической клетки. Будет ли абсолютно чистым, «tabula rasa», мозг родившегося путем клонирования младенца или он будет нести какую-то приобретенную информацию. И т. д. Десятки и сотни, различных медико-генетических вопросов. Вот такая опасность для клонированного человека приводит к появлению этического вопроса - **допустимо ли это деяние, если не решены вопросы технической и медицинской безопасности?** Ответ на этот этический вопрос пока отрицателен.

Но парадокс состоит в том, что без прямого эксперимента решение этих вопросов не может быть найдено, невозможно сказать вообще, состоится ли само клонирование человека и что из этого выйдет. Возможно, что пока официальная наука будет находиться под запретом, все эти вопросы и будет решать «теневое» клонирование. Как говорится, нет худа без добра.

Вообще в вопросе клонирования просматривается прямая аналогия с положением с генетически модифицированными продуктами. Речь идет о презумпции виновности по принципу «как бы чего не вышло» и презумпции невиновности по принци-

пу «бритвы Оккама» (см. ниже). Как и в случае с генетически модифицированными продуктами, все вопросы пользы и вреда клонирования можно познать, лишь допустив его существование. Иначе торжествует предвзятый принцип презумпции виновности

Особую позицию по отношению к клонированию занимает церковь. Ниже приводятся выдержки из Заявления Церковно общественного Совета Московской Патриархии по биомедицинской этике «Об этической недопустимости клонирования человека» от 20 октября 1999 года:

«Глобальный кризис, охвативший мир, в значительной мере вызван игнорированием этических критериев при принятии решений о направлениях научных исследований и путях использования их достижений. Восстановление согласия между духовно-нравственной жизнью человека и его научно-технической деятельностью сегодня не просто желательно, но и во многом предопределяет возможность дальнейшего существования человеческой цивилизации. Однако в недрах современной науки порой рождаются опасные проекты, среди которых особое место принадлежит идее клонирования человека. . . И с научной, и с религиозной точек зрения эта идея представляется абсолютно неприемлемой.

Ее практическая реализация разрушит естественную основу социальных отношений, вызовет катастрофическое изменение мировоззренческих установок в сторону дальнейшего обесценивания жизни каждого отдельного человека, **кото**рый перестанет восприниматься как уникальное творение Божие.

Клонирование человека - аморальный, безумный акт, ведущий к разрушению человеческой личности, бросающий вызов Создателю, бунт против Бога, что не может не обернуться трагическими последствиями».

Совет считает, что единственной правовой нормой, способной оградить граждан Российской Федерации от опасности как очевидных, так и непредсказуемых, отрицательных последствий клонирования человека, должна стать норма закона (не этики!), устанавливающая запрет на любые исследования и разработки в этой области. Церковь также считает, что клонирование подорвет основы «божественно» устроенного брака.

Этот постулат приводится и светскими лицами - клонирование подорвет основы естественного воспроизводства и института семьи.

В данном постулате неверны и церковные и светские мотивы отрицания клонирования. Церковные догмы о «божественном» происхождении жизни, сотворении человека и недопустимости, вследствие этого, вмешательства в «акт творения», не могут быть приняты всерьез ни наукой, ни обществом. Никакой проблемы надругательства над достоинством человека в клонировании также не усматривается и угрозы браку и семейному институту клонирование также не несет. Даже если оно будет разрешено и запущено, как говорится, «на всю катушку», клонирование никогда и никак не заменит обычное воспроизведение человека через брак. И оно не может внести, сколько ни будь существенные коррективы, ни в вопросы гражданского права, ни в демографию. **Слишком мизерны, трудны и непривлекательны возможности клонирования перед естественным процессом**. Любовь на земле не переведется от введения клонирования.

Мне неизвестна позиция исламистов по вопросам клонирования человека. Но, можно косвенно предугадать его. Как известно, при рождении всякие боги (Христос ли, Аллах ли или многочисленные «боги» многобожников) должны дать ребенку «душу». А кто же даст душу клонированному? Его ученый «родитель» не может этого. А раз так, то исламисты, разумеется, будут против клонирования. И еще, исламисты заранее предвещают такому человеку дорогу в ад. Ибо, с ведущего в мусульман-

ский рай моста Сират, который «тоньше волоса и горячее пламени», неверующий в Ислам обязательно свалится прямиком в ад.

Клонирование имеет еще одну, более радужную сторону, как медицинская проблема. Речь идет о том, что путем клонирования могут быть выращены человеческие ткани, (а, возможно, что и органы) годные для трансплантации. **Такое клонирование еще называют терапевтическим** и оно встречает у правительств больший оптимизм и уступчивость. Ученые во многих странах работают в этом направлении. Тот же вышеназванный Р. Сид собирается в своих клиниках клонировать человеческие органы для трансплантации. Австралийские ученые требуют разрешения на подобные эксперименты. Немецкие ученые выступают за легализацию клонирования клеток и тканей человеческого организма для лечебных и научных целей. ВОЗ также стоит за необходимость развития данного раздела клонирования.

Статья первая, принимаемого в России федерального закона «О временном запрете на клонирование человека» (2002 г.) гласит: «Ввести временный, сроком на 5 лет, запрет на клонирование человека. Действие настоящего Федерального закона не распространяется на клонирование иных организмов». Таким образом, он не запрещает научных исследований по клонированию животных, а также выращиванию тканей для трансплантации.

В данном вопросе, вроде бы, русское Православие занимает разумную позицию. Вот ее мнение, отраженное в вышеприведенном «Заявлении…» Совета по биоэтике Московского Патриархата: «Что же касается клонирования изолированных клеток и тканей живых организмов, равно как и использования целого ряда современных молекулярно- генетических методов, то против этих технологий не может быть возражений, поскольку они не нарушают суверенитета человеческой личности и весьма полезны в научно-исследовательских работах, медицинской и сельскохозяйственной практике». Правда, остается неясным как соотносить это с другим абзацем данного заявления, где выдвигается **требование установления запрета на любые исследования и разработки в этой области** и другим заявлением этого же Совета о недопустимости работы с эмбрионами человека.

Полный запрет на исследования на эмбрионах и зародышевых тканях не продиктован принципами и законами, защищающими права человека. Напротив, такой запрет может противоречить реализации других прав человека. Полный запрет на исследования придает не обладающим сознанием биологическим тканям такие же и даже большие права и достоинство, как и реально живущим человеческим личностям. Защита эмбрионов и зародышевых тканей от «исследований» не только игнорирует научную и социальную пользу, которую могут принести такие исследования, но и закладывает концептуальную основу для постепенного разрушения права женщин на репродуктивную автономию.

Есть в мире и ученые, и общественные деятели, считающие необходимым установления на международном уровне юридических рамок и для таких исследований. Согласие на основе осведомленности, ограничение времени проведения исследований, запрет на коммерциализацию – вот некоторые методы, которыми воспользовались другие государства, чтобы обеспечить обращение с эмбрионами и зародышевой тканью с определенной долей уважения, но не в ущерб реализации других прав человека.

Выращенные путем клонирования ткани и органы (в случае, если ядерный материал получен от больного реципиента) будут 100% совместимыми при пересадке. Они не будут отторгаться организмом, хорошо приживутся. При этом отпадет необходимость в очень дорогом и не безразличном для организма пожизненном лечении иммуносупрессорами. Вот это уже, действительно, откроет путь к настоящим фан-

тастическим достижениям трансплантологии и излечению ряда заболеваний. Поэтому, данный раздел клонирования, возможно, и требует принятия решений о ее рамках на международном уровне, однако сулит человечеству огромные выгоды, а, следовательно, является высоко морально приемлемым аспектом проблемы клонирования.

ПРОТЕОМИКА. Одним из наиболее значительных этапов в истории развития биологической науки конца XX века принято считать расшифровку генома человека. Однако полученные при этом данные сразу же поставили перед исследователями следующую, по-видимому, еще более сложную задачу: изучение функции генов человека. Для решения этой задачи потребовалось создание новой Международной программы «Протеомика человека», базирующейся на достижениях программы «Геном человека».

Протеомика - это изучение всей совокупности белков клеток и их взаимодействия в целом организме. Намечается изучение процесса синтеза белков, их структуры и состава, возникновения модификаций, их функций и понять в совокупности их сложный метаболизм и т.д., то есть создание своеобразного «каталога» структуры и функций всех белков человека, соотнести геномику с протеомикой. Если представить, что в организме человека примерно миллион разных белков, и они постоянно меняются в зависимости от стадии развития клетки, возраста организма, состояния клетки; что их функции зависят не только просто от первичной структуры, но и от их вторичной, третичной и т.д. структуры, зависящей от пространственного расположения, да еще и взаимосвязи с другими белками и иными компонентами крови и тканей организма и множества других обстоятельств – можно представить себе ожидающие ученых сложности.

Для иллюстрации сказанного – первичная структура наделавшего в конце XX века фактора коровьего бешенства абсолютно идентична с нормальными белками и отличается именно пространственным расположением составляющих их аминокислот, что и делает их прионами.

Как известно на расшифровку генома человека ушло 10 лет. При этом был использован один единый для всех ученых метод – секвенирование. При работе же с протеомом потребуются десятки, если не сотни сложных методов и технологий. Отсюда становится ясным, какие усилия, и какое время потребуются для решения задачи расшифровки всего протеома человека. Тем не менее, уже сегодня множество ученых во всем мире занялись анализом и инвентаризацией белков и задача, по-видимому, будет решена, сколько бы на это не потребовалось времени.

Одна из важнейших целей, стоящих перед учеными, занятыми анализом протеома, заключается в поиске характерных изменений в белках, присущих различным видам заболеваний. Здесь протеомика имеет преимущества перед геномикой. Секвенирование генома человека дало в руки исследователей инструмент для борьбы с наследуемыми, особенно моногенными заболеваниями. Однако не все болезни столь прямо передаются по наследству. Есть так называемые мультифакториальные болезни, при которых в организме имеются наследуемые множественные дефекты в разных генах и синтезируемых на их основе белках (ферментах и т.д.). Есть надежда, что ученым, работающим над протеомом, удастся проследить взаимосвязь между изменениями белков и разными болезненными состояниями, выявить причину мультифакториальных болезней, узнав, как изменился состав белков внутри патологической клетки.

Отсюда ясно, что биофармакология также не будет стоять на месте, не будет ждать окончания расшифровки генома. Попутно с разработкой протеомики будут создаваться и новые лекарства. Уже сегодня фармконцерны надеются, что про-

теомика даст им возможность выявить целевые протеины, на основе которых и будут разрабатываться высокоэффективные лекарства для лечения тех или иных заболеваний. Уже в наши дни есть тому примеры. Например, уже установлено, что давно известный клиницистам феномен разной переносимости цитостатиков разными людьми обусловлен дефектом в организме особого фермента, расщепляющего эти препараты. Отсюда делается вывод, что, и многие другие побочные эффекты лекарств могут быть обусловлены такими же дефектами. Можно себе представить, какое разливанное море барышей ждет те фармконцерны, которые первыми синтезируют такие лекарства.

Поэтому, биоэтические проблемы протеомики, скорее всего, совпадут с теми, что породила геномика – этика создания и применения белковых фармпрепаратов, проблема коррекция наследственных болезней (как негативная, так и позитивная евгеника) и другие.

В связи со всем сказанным становится ясным, что протеомику ждет очень длинный путь, но, в конце пути ее может ждать блестящее будущее в борьбе с заболеваниями человека.

ГЕНЕТИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ (массовое генетическое обследование людей) имеет целый ряд медицинских и биологических аспектов. В частности он имеет отношение к наследственной патологии. Наследственные болезни и ранее относились к одной из приоритетных проблем этики и деонтологии,. То, что наследственные болезни во многих случаях даны на всю жизнь и, более того, передаются из поколения в поколение и нередко имеют достаточно тяжкие проявления, не могло не порождать проблем.

С появлением репродуктивных технологий и генной инженерии возникла реальная возможность воздействия на наследственные заболевания. Речь идет о том, что после оплодотворения яйцеклетки in vitro, на ранней стадии, эмбрион, до его переноса в матку, может быть протестирован по ДНК на предмет наличия хромосомных или генных нарушений, которые бы могли в последующем обусловить наследственные заболевания (что, и есть один из типов генетического скрининга). При обнаружении такой патологии, эмбрион не переносится в клетку, а используется для научных исследований или уничтожается. Эмбрион в матку пересаживается лишь при подтверждении его генетической полноценности. Таким образом, имеется и в жизни используется реальная возможность исправлять наследственность, устранять грехи природы.

Казалось бы, что такое деяние не должно вызывать ни у кого возражений, ибо его добродетельность не вызывает сомнений. На деле же генетический скрининг данного типа вызывает целый ряд возражений. Во-первых, высказывается мнение, что здесь речь идет о евгенике, а евгенические действия с целью исправления человеческой личности не допустимы с моральной точки зрения. Во-вторых, в обществе имеются люди, считающие, что в жизни общества генетика воплощает существующее биологическое неравенство, и необходимо примириться с этим генетическим бременем человечества и, поэтому, не следует заниматься генетическим скринингом эмбриона и исправлением дефектов.

Выслушивая противников данного типа генетического скрининга, нельзя не выслушать и его сторонников. Как говорится «Audiator et altera pars!».

Во-первых, сторонники указывают на существование разных евгеник. Та практика, что направлена на устранение генетических дефектов у людей, могущих заболеть тяжелыми генетическими болезнями, носит название **негативной евгеники** (т.е. евгеники, устраняющей негативные генные влияния). Есть еще и **позитивная евгеника, которая близка к скандально известному в мире значению этого сло-**

ва - улучшению физических или психических качеств здорового человека путем селекции и контроля над передачей наследственных факторов (так сказать, делать из каждого человека интеллектуала типа Эйнштейна или красотку типа Мэрилин Монро).

Нельзя не видеть наличия огромной моральной пропасти между этими двумя видами евгеники. В негативной евгенике добро превалирует над возможными отрицательными моментами. Позитивная же евгеника – это манипуляции с целью изменить поведение или моральные установки личности, что, несомненно, несет в себе большие моральные издержки. Негативная евгеника – это мир поиска устранения заболеваний, которые калечат людей, ограничивают их жизнь, а позитивная – попытка встать на скользкий путь идеалистических попыток усовершенствовать человеческий род.

Во-вторых, у тех, кто требует примирения с генетическим бременем человечества явственно проглядывает завуалированная уступка позиции церкви, по которой все, что ни дал бог, то хорошо и что никто не имеет права вмешиваться в деяния творца, тем более исправлять предопределенные свыше дефекты и т. д. Если принять такую точку зрения, то недопустима любая медицинская деятельность, ибо болезни также дело рук творца и их лечение направлено против его деяний.

В-третьих, в чисто моральном плане данный тип генетического скрининга отражает законные права супругов (или женщины) использовать для своего здоровья, семейного или иного благополучия, достижения научного прогресса, оговоренные во «Всеобщей декларации прав человека» и «Пакте об экономических, социальных, и культурных правах».

Другим типом генетического скрининга является возможность выбора пола будущего ребенка на стадии эмбриона при ЭКО или пренатальной диагностике естественно зачатого ребенка. Этот тип скрининга также вызывает ожесточенную критику. Высказывается опасение, что разрешение такого действия может привести к перекосу в соотношении полов. Дело в том, что в ряде наций (например, в кавказской) издавна отдается явное предпочтение рождению сына. Вот это и вызывает опасение, что длительная практика подобного рода может привести к диспропорции полов. Кроме того, некоторых людей коробит от такого подхода к процессу рождения человека. Они заявляют, что нельзя выбирать эмбрион подобно автомобилю у дилера. Заявляется также, что выбор плода – это половая дискриминация.

Конвенции Совета Европы также, без всякого обоснования своей позиции в статье 14 запрещает выбор пола ребенка.

Позиция ВМА в этом вопросе примерно такая же. В «Заявлении» 39-ой Ассамблеи (1987 г.) указывается: ВМА предлагает не вмешиваться в процесс оплодотворения с целью выбора пола плода кроме тех случаев, когда речь идет о профилактике сцепленных с полом врожденных патологий.

Нет сомнения, что и в Конвенции и в позиции ВМА видна явная уступка церкви, что едва ли можно признать моральным.

Противникам выбора плода противостоят другие, защищающие генетический скрининг с целью выбора плода. Указывается на то, что, во-первых, даже кавказцы не хотят иметь только сыновей в семье. Во-вторых, указывается на то, что возраженцы выбора пола в данной ситуации совершенно забывают свой же принцип: «Права личности выше прав общества». Мать или супруги здесь должны иметь абсолютную автономию, и никто не имеет права вмешиваться в их решение о выборе пола своего ребенка.

Не может быть никакого сомнения, что такое деяние никак не повлияет на популяционное равенство полов, поскольку будут желающие иметь как мальчиков, так и девочек и этот процесс сам уравновесит себя. Но, даже если бы этого не было, процент желающих родить ребенка только определенного пола будет столь малым, по сравнению с естественным ходом определения пола, что он не окажет никакого влияния на соотношение полов.

Выше уже указывалось на тщетность попыток правителей мира остановить научный прогресс и приносимые ею блага для индивидуума. Почему бы, если этого страстно желают супруги, не разрешить им выбор пола будущего ребенка? В Америке уже поняли это и в 2005 году (Mednovosti.ru, 2005 – Мед.газ.,№2, 2005, с.11) клиники репродукции человека получили разрешение на выбор плода будущего ребенка, правда. Правда, пока оговорив это рядом условий.

Выбор пола будущего ребенка разрешен тем супружеским парам, которые уже имеют ребенка и второго хотят другого пола. Кроме того такое право может осуществляться лишь если женщина проходит процедуру искусственного оплодотворения.

Все вышеуказанные споры едва ли остановят процесс оплодотворения в пробирке с генетическим скринингом на стадии эмбриона на наличие генетической патологии. В США к концу 2000 года родилось уже 300 детей, подвергшихся генетическому скринингу («Медицинская газета», от 29. 12. 2000). **Такие сообщения в мировой прессе в последние годы появляются регулярно, что и следовало ожидать, ибо такой скрининг и предотвращение рождения детей с тяжелой патологией несомненно несет в себе черты милосердия и, следовательно, оно высоко этично.**

Генетический скрининг имеет также и другую сторону – пренатальную диагностику заболеваний у эмбрионов, зачатых в браке. Такая диагностика может быть проведена или по их просьбе у здоровых родителей или при наличии признаков каких-либо заболеваний. Эти технологии также приводят к возникновению определенных этических проблем. Например: как быть в том случае, если у плода по ДНК диагностике выявлен тот или иной дефект, а мать не желает вмешательства для предотвращения патологии (конфликт «мать-плод»)?

Из мирового опыта следует, что мать почти всегда принимает предложения в пользу здоровья плода, особенно если ожидается большая польза для него и имеется малый риск для нее самой. Тем не менее, находятся и такие матери, которые отвергают вмешательство. В связи с этим считается, что в такой ситуации вмешательство позволительно только с ясно выраженного согласия матери. Права матери в данной ситуации считаются предпочтительными, даже если ее решение идет во вред плоду. Правда, высказывается мнение о том, что в такой ситуации врачу следует обратиться в этический комитет или даже к юристу. Однако едва ли права этих лиц в данной ситуации выше права выбора матери (родителей) на ее жизнь, свободу и автономию.

Эта же ситуация создает еще одну этическую проблему, называемую в литературе «правом плода не быть рожденным» и связанную с вопросом: что лучше – смерть или жизнь с тяжкими страданиями? Именно в этой ситуации бескомпромиссное утверждение принципа «святости жизни» увеличивает число тех несчастных, в жизни которых не предвидится ничего, кроме страданий.

Такая ситуация внешне очень напоминает ситуацию с эйтаназией, с той лишь разницей, что зародыш (плод) здесь сам ни о чем не подозревает и не может решать вопроса о своей жизни и смерти. Здесь такими судьями выступают исследователи, обнаруживающие патологию и мать (родители), решающая судьбу ребенка.

Трудности выбора в этой ситуации несомненны, и дать однозначные рекомендации не представляется возможным. Трудности усугубляются еще и тем, что в такие

ситуации вмешиваются религиозные деятели, считающие, что на все божья воля, вмешательство в таинство природы или в божий замысел кощунственно. И все-таки в такой ситуации главным судьей должны оставаться мать или оба родителя.

Современная техника пренатальной диагностики также порождает этические проблемы. Она предполагает получение материала плода через амниоцентез, при котором не исключено непреднамеренное прерывание беременности, то есть нанесение непоправимого вреда ребенку и ухудшения здоровья матери. Следовательно, необходимо предварительное обсуждение процедуры с матерью, разъяснение трудностей и получение информированного согласия на процедуру.

В последние годы в этом отношении появляются сообщения ученых о новых методах пренатальной диагностики, которые облегчат эту проблему, сведя ее до простого взятия небольшого количества крови у беременной. Известно, что в определенный промежуток времени в крови матери появляется ДНК ребенка, хотя и в очень малой концентрации. Однако этого количества вполне достаточно, чтобы определить возможные генетические дефекты будущего ребенка. В 2005 году ученые из Гонконга заявили, что им удалось найти генетические маркеры ДНК ребенка, находящиеся в крови матери. Если это сообщение окажется верным, и ученые научатся находить и выделять ДНК ребенка из крови матери – вопрос безопасного генетического скрининга будет решен. Это снимет целый ряд этических и юридических проблем самой процедуры пренатальной диагностики, хотя и при этом религиозники не откажутся от своих догм и останутся моральные проблемы вмешательства при обнаружении патологии.

В проблеме генетического скрининга существенны фундаментальные моральные проблемы – принцип автономии (любой генетический скрининг должен быть основан на добровольном информированном согласии участников) и конфиденциальности (запрет предоставления полученной информации кому бы то ни было без согласия участника). Эти принципы представляются аксиомами, не подлежащими обсуждению.

ГЕННАЯ И ФЕТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ. Расшифровка генома человека и развитие генно-инженерных технологий открыли широкие перспективы и перед лечением ряда заболеваний. При помощи современных технологий возможно введение в генетический аппарат соматических клеток больного человека «здоровых» генов вместо «больных» и, таким образом излечить его от целого ряда тяжких наследуемых болезней. Цель такой терапии – улучшение состояния, жизни, здоровья человека следует признать нравственной и приемлемой для медицинского этоса.

К сожалению и здесь не все так просто. Как известно, «перевозчиками» «здоровых» генов в соматические клетки являются различные ретровирусы, аденовирусы, вирусы герпеса. А это, во всяком случае, на данном этапе развития технологий, в свою очередь ведет к появлению ряда биоэтических проблем. Так, при этом гены направляются вслепую и их вживление в клетки-мишени с тем или иным генетическим дефектом проблематично. Не достигнута устойчивая экспрессия новых генов в клетках донора, не решены вопросы безопасности вводимых в организм вирусов, новых генов для данного индивида и его потомства? Моральна ли в таком случае сама генная терапия? Не перевешивает ли риск пользу? Нерешенной остается очень актуальная для России этическая проблема справедливого распределения ресурсов для генной терапии, преодоления регионарного эгоизма и многое другое.

Как известно, в последние годы в мире, в том числе и в России, получила широкое распространение так называемая фетальная терапия. Речь идет о применении материалов эмбриона, полученных при аборте, с лечебной целью. Эта процедура также порождает целый ряд этических вопросов. Всем хорошо известно, что феталь-

ная терапия ныне является платной, и проводят ее, само собой разумеется, врачи. Вот это уже одна из серьезных этических проблем. Как известно, статья 21 Конвенции Совета Европы («Запрет на извлечение финансовой выгоды») гласит: «Тело человека и его части не должны в качестве таковых являться источником получения финансовой выгоды». Косвенно об этом говорится и в статье 47 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан». В соответствии с этим законами платежи и другие формы вознаграждения и компенсации, связанные с введением эмбриональных тканей, должны быть **запрещены,** за исключением возмещения реальных расходов на получение, хранение, подготовку и транспортировку тканей. В настоящее время такие ткани широко используются также с косметическими целями и для омоложения, тогда как это также считается недопустимым.

Далее. Проблемой, подпадающей под «юрисдикцию» биомедицинской этики, является вопрос информированного согласия женщины, от которой получают фетальные ткани. Эмбриональные ткани, полученные в результате искусственного аборта, не должны быть использованы в медицинских целях, если заранее не было получено согласие беременной женщины. Это оговорено статьей 1 «Закона о трансплантации…»РФ № 4180-1(Д) от 1992 года: **Условия и порядок трансплантации органов и (или) тканей человека**: «Трансплантация органов и (или) тканей допускается исключительно с согласия живого донора»… и 19, часть 2 и 22 Конвенции: статья 19: **Общее правило**: 2. Должно быть получено явно выраженное и конкретное согласие, предусмотренное в статье 5. Такое согласие должно даваться либо в письменной форме, либо в соответствующей официальной инстанции. Статья 22. **Возможное использование изъятых частей тела человека**: Любая часть тела человека, изъятая в ходе медицинского вмешательства, может храниться и использоваться в целях, отличных от тех, ради которых она была изъята, только при условии соблюдения надлежащих процедур информирования и получения согласия.

Кроме того, для исключения злоупотреблений не допускается **направленное пожертвование эмбриональной ткани.** Беременной женщине запрещается указывать получателя трансплантата эмбриональной ткани. Запрещается трансплантация с использованием эмбриональных тканей, полученных от члена семьи, друга или знакомого. Должна быть соблюдена анонимность донора и реципиента, чтобы донор не знал, кто получает ткань, и, в свою очередь, реципиент и группа по пересадке не должны знать донора.

Наличие этических и юридических проблем в проведении фетальной терапии, особенно в России, не вызывает сомнения. Вот, например, такие: в 4-м номере журнала «Бюллетень экспериментальной биологии и медицины» за 1994 год помещен целый ряд статей по фетальной терапии. Данные работы выполнены сотрудниками Международного института биологической медицины, НИИ морфологии человека РАМН, Института биологии развития РАН, Института молекулярной биологии РАН, Научного центра перинатологии, акушерства и гинекологии РАМН, отделения гинекологии и патологии беременных Ростовского НИИ акушерство и педиатрии, НИИ Педиатрии РАМН, Московского НИИ скорой помощи, Кардиологического научного центра РАМН, Института иммунологии МЗ РФ. И ни в одной из этих работ нет даже упоминания о том, что было получено информированное согласие лиц, у которых брались фетальные ткани. А ведь в годы выполнения этих медицинских экспериментов уже были приняты вышеуказанные законы о трансплантации, не говоря уже об этической стороне таких экспериментов с фетальными тканями.

Нельзя не обратить внимания и на еще одну моральную сторону фетальной терапии. Речь идет о возможности заразить реципиента различными инфекциями. До

введения фетальных тканей реципиентам, они должны быть тестированы на ВИЧ-инфекцию, вирусы гепатита А, В и С, парвовирусы, вирусы простого герпеса, цитомегаловирус и др. **Вот один из примеров, как должны проверятся фетальные ткани. Украинские ученые, материал, полученный в Киеве отправляют в жидком азоте в Институт криобиологии в Ноттингеме, где с помощью генетических тест систем он проверяется на самые различные вирусы и инфекции. В случае подтверждения чистоты материала Институт регенерационной медицины (Барбадос) выдает сертификат, после чего он и может быть использован для терапии (Мед. газ.,2006,22.03).**

Любому человеку ясно насколько эта дорогая процедура. Можно ли поверить в то, что такой контроль осуществляет хоть одна клиника в России, в которой проводят фетальную терапию? Вставка!!!!!

Далее. Те, кто занимается фетальной терапией, должны иметь тесную связь с Этическим комитетом того региона (города), где они ее практикуют. Необходимо заметить, что использование эмбриональных материалов в медицинских и лечебных целях - развивающаяся область не только медицинской науки, но и законодательства и в ней еще много нерешенных проблем.

Здесь нельзя не коснуться также мнения церкви в данном вопросе. Оно изложено в «Основах социальной концепции Русской Православной Церкви», принятых на Юбилейном Архиерейском Соборе, прошедшем в Москве 13-16 августа 2000. Церковь считает фетальную терапию, то есть употребление тканей и органов абортированных человеческих зародышей, безусловно, неприемлемой. В комментариях этот вывод едва ли нуждается.

В ряде других стран вопросы использования фетальных тканей также решаются примерно в вышеуказанном контексте. В законодательстве Швеции говорится: «Ткани, полученные от абортированного плода, могут быть использованы для медицинских целей. Прежде, чем такой материал будет использован, необходимо получить согласие женщины, которая носила плод. Прежде, чем женщина даст согласие, она должна быть проинформирована о предполагаемых манипуляциях и о том, как будут использованы извлеченные ткани».

Другие страны подходят к данному вопросу более жестко. В испанском законодательстве записано: «прерывание беременности никогда не должно иметь своей целью донорство и последующее использование эмбриона или плода или их биологической структуры».

Законодательство и политика некоторых стран полностью запрещают исследования на эмбрионах. Эти законы и политика обычно основаны на предпосылке, что эмбрион имеет такой же моральный статус, как и человеческая личность. Эмбрионы по такому законодательству рассматриваются так, как если бы они обладали такими же правами и пользовались такой же защитой, как и живорожденные дети.

ГЕНЕТИЧЕСКАЧЯ ПАСПОРТИЗАЦИЯ. Расшифровка генома человека стала одной из крупнейших научных сенсаций последних лет. Довольно скоро выяснилось, что это открытие может получить самое широкое применение. Вышеупомянутая американская корпорация Celera Genomics уже готова всего за неделю и за 500 тысяч долларов расшифровать последовательность генов любого человека и составить его биологический паспорт. Пока на земле не так много людей, которые могут выложить эти деньги для своего генетического паспорта. Но, в ближайшие годы может сложиться такая ситуация, когда полная генетическая паспортизация станет рутинной и не очень дорогой процедурой. Более того, уже сейчас имеются несколько иные пути подхода к этой проблеме.

Дело в том, что генетический паспорт – понятие довольно растяжимое. Это вовсе не обязательно полностью расшифрованный геном человека. В зависимости от преследуемых целей в молекуле ДНК человека могут быть выбраны отдельные участки, передающие определенную информацию. Например, если паспорт создается для того, чтобы опознать человека, достаточно расшифровать несколько небольших участков хромосомной спирали. Эти участки уникальны и встречаются только у данного индивидуума. Поэтому такой «паспорт» вполне достаточен, надежен и специфичен для распознания любого человека. А для такой паспортизации нет никаких препятствий уже сегодня. ДНК-диагностика таких участков может быть выполнена за считанные часы. Недаром же в недрах нашего МВД (по-видимому, не только МВД) зреет закон о генетическом паспорте для идентификации различных людей (преступников, военных, разведчиков и даже президентов). Подобные генетические паспорта уже существуют во многих странах мира. Банки ДНК военнослужащих в США и европейских странах создавались еще в начале 90-х годов. В последнее время в Европе стали создавать и банки ДНК преступников. Едва ли есть сомнение в том, что подобного типа банки имеются и в России. Вот в этом случае, может возникнуть множество биомедицинских, юридически, социальных и иных проблем.

Собранная в банках генетическая информация может быть использована с самыми различными добрыми и злыми, полезными и не очень, правовыми и не правовыми и т.д. целями.

Одним из самых перспективных может оказаться генетический паспорт медицинского плана. Считается, что в мире сейчас около 5000 заболеваний, являющихся результатом мутаций генов. Пока не все они могут быть распознаны на генетическом уровне. Но даже тех, которые могут быть распознаны, вполне достаточно и их список будет шириться с каждым днем. И сделать генетический анализ на наличие этих болезней – вполне реальная задача для генетики сегодняшнего дня. Есть мнение, что генетическая паспортизация помогла бы решить и проблемы здоровья целых народов. Давно уже известно, что некоторые наследственные болезни чаще встречаются у отдельных национальностей и групп, чем в среднем в мире. И в таких случаях, генетическая паспортизация популяции, при использовании ее в добро, может помочь в избавлении от заболеваний. Ярким примером этого может быть ситуация с талассемией (тяжелое наследственное заболевание крови, связанное с нарушениями в синтезе белковых цепей гемоглобина). Этим наследственным заболеванием страдает значительное число людей в различных регионах мира, особенно в Средиземноморье. Еще давно было известно, что эта болезнь широко распространена среди киприотов. Кипрские власти приняли решение, одобренное населением, и составили генетические паспорта всех болеющих семей. После этого были предприняты меры по предотвращению браков между болеющими, налажена пренатальная диагностика и своевременное прерывание беременности в случае гомозиготности по бета талассемическому гену. В результате к настоящему времени киприоты практически полностью освободились от гомозиготных случаев талассемии, что принесло им огромные моральные и материальные блага.

Для генетической паспортизации также требуется добровольное информированное согласие обследуемого. Об этом говорится в статье 5 пункты «а» и «б» «Всеобщей декларации о геноме ..»

В соответствии с этим и со статьей 2 Конвенции Совета Европы, действия властей Кипра можно объявить нарушением прав личности. Однако в разных местах этого учебника я уже приводил соображения по поводу того, что не всегда права личности могут быть выше прав общества. Не может не иметь эта статья исключе-

ний, например, в данной ситуации или в случае со СПИДом (см. ниже) и т.д. Все же в целом ряде случаев «все важнее одного».

Регистр наследственных генетических заболеваний создается и у нас в стране сотрудниками Медико-генетического научного центра РАМН в Москве и НИИ медицинской генетики в Томске. Уже обследован ряд регионов. Выяснилось, что в отдельных местностях нашей страны отягощенность населения наследственными заболеваниями в два раза выше, чем в среднем по России.

Даже медицинская генетическая паспортизация может нести в себе целый ряд биомедицинских этических проблем. Так, например, в США, после генетического тестирования женщин на наличие гена рака молочной железы, прокатилась волна канцерофобии. Это происшествие сразу поставило вопрос – а такое ли уж безобидное это дело – генетическая паспортизация? Ведь носительство гена рака молочной железы вовсе не равноценно обязательному заболеванию. А американские носительницы требовали на основе этого удаления грудных желез.

Другая проблема, с которой могут столкнуться носители дефектных генов, - утечка информации об их «генетическом диагнозе». Такое явление может иметь тяжкие последствия для человека, особенно в России, и особенно в настоящее время. У нас ведь специфическое отношение к инвалидам и больным (или могущим заболеть) людям. Любой начальник (предприниматель, олигарх), прознавший про наличие дефективного гена у своего подчиненного (работника), найдет тысячи способов спешно избавиться от оного.

Говорят, что многие страховые медицинские компании мира уже смотрят с надеждой на генетические паспорта. Генетическая паспортизация позволит им значительно уменьшить собственные риски. Во-первых, от человека, имеющего дефективные гены, они могут требовать более высокие страховые взносы, чем от не имеющего. Во-вторых, не исключена возможность отказа компаний от страхования таких людей и т.д. Таким образом, генетическая информация может послужить средством для дискриминации человека, поводом для увольнения, препятствием для продвижения по службе и пожизненным или даже «наследуемым» клеймом.

Предотвращение таких явлений имелось в виду, когда в статье 2 Всеобщей декларации ЮНЕСКО о геноме человека было записано: а) Каждый человек имеет право на уважение его достоинства и его прав, вне зависимости от его генетических характеристик

В США уже поняли возможность злоупотреблений со стороны страховщиков, почему и ввели семилетний мораторий на использование ими генетического тестирования. Поэтому, видимо, и статья Конвенции Совета Европы считает, что прогностическое генетическое тестирование на наличие генетического заболевания или на наличие генетической предрасположенности к тому или иному заболеванию может проводиться только в медицинских целях или в целях медицинской науки и при условии надлежащей консультации специалиста - генетика.

Все вышеуказанное еще раз подчеркивает и другую проблему биомедицинской этики, возникающую при генетической паспортизации – необходимость высокой конфиденциальности в данной области. Едва ли надо доказывать, что врачебная тайна о генетических заболеваниях или дефектах должна соблюдаться особенно строго, во избежание всяческих трагедий, в том числе не только производственных. Тем более что статья 7 «Всеобщей декларации..» требует сохранения тайны в соответствии с законом.

Исходя из всего этого, 32-я сессия Генеральной конференции ЮНЕСКО (Париж,2003) приняла решение, по которому, во избежание злоупотреблений, процесс

сбора информации о генах населения Земли должен быть поставлен под строгий этический контроль.

ГЕНЕТИЧЕСКИ МОДИФИЦИРОВАННЫЕ ПРОДУКТЫ (ГМП). В 1951 году возникла генная инженерия – человек научился вырезать нужный участок гена из одной клетки и вносить в другую. В результате началась эра ГМП.

ГМП – различные растения, в генетический аппарат которых сделаны вставки генов других организмов, для того, чтобы придать им те или иные полезные качества. Они еще носят название трансгенные продукты. Такие продукты вошли в жизнь человечества лет 20 тому назад, когда об их успешном создании объявили 3 страны – США, Германия и Бельгия. По этой технологии можно придать различным растениям самые разнообразные свойства – изменить цвет, запах, вкус, уровень вырабатываемых веществ и их ассортимент. Нужно повышенное количество белка – нет проблем. Или витаминов – также, пожалуйста. Нужно, чтобы цветы светились – да, ради бога. Нужны сорта, созревающие быстрее или дающие значительно более высокий урожай – берите и разводите себе на здоровье. Создаются вирусоустойчивые растения, растения с измененными фитогормонами. Можно ввести в растение ген защиты (устойчивости) человека от различных заболеваний. Так, например, в США выведен сорт трансгенного картофеля, при употреблении которого в организме человека резко повышается уровень антител к австралийскому антигену. По сути дела такой картофель может быть использован вместо вакцины против вируса гепатита В. В общем, перспективы еще те.

Такие качества продуктов и привлекли к ним внимание. Особенно ценным качеством кажется то, что трансгенные растения (и животные) могут давать значительно более высокий урожай, чем обычные. Следовательно, возникает реальная возможность решения проблемы голода на земном шаре.

Сегодня таких растений в мире много. Считается, например, что более половины сои в мире – трансгенная. Нашла широкое применение кукуруза, выращивается хлопчатник, рапс, помидоры, картофель и т.д.

Генная инженерия применяется также и в отношении живого мира. Ученые создали бактерии с ценными свойствами. Сегодня многие важнейшие белковые и гормональные лекарства (эритропоэтин, интерферон, инсулин и т.д.) производятся исключительно трансгенными бактериями и дрожжами, в геном которых включают соответствующий человеческий ген. Кроме того, создаются множество живых организмов с заданными свойствами (мыши с человеческими генами, лососи со способностью к быстрому росту, свиньи с экологически полезными свойствами и т.д.).

В целом трансгенная инженерия имеет фантастические перспективы и для медицины. Чего стоит, например, выведение продуктов, способных снижать уровень холестерина в крови или вырабатывающих антираковые компоненты. Систематическое употребление первых может значительно снизить накал проблемы атеросклероза, а вторых – рака - двух «болезней XX, и, по-видимому, XX1 веков».

Казалось бы, при сегодняшнем положении дел с нехваткой пищевых продуктов, голоданием огромного числа людей на земном шаре, чрезмерном распространении малокровия, диабета и других болезней, такие продукты и лекарства должны были быть встречены всеми с восторгом.

Но, почти с самого начала, а, особенно, с конца 90-х годов XX столетия внедрение трансгенных культур столкнулось с сопротивлением ряда общественных организаций – «зеленых» и других. Такие пищевые продукты были окрещены «пищей Франкенштейна». Зеленые, а также другие защитники чистоты экологии выступили с различными акциями – от обращения к населению с призывами бойкотировать

продукты, содержащие трансгенные вещества, выступлений в печати, шествий и карнавалов на улицах городов, до прямых уничтожений посевов и т.д.

Чем же борцы с ГМП мотивируют такую свою позицию? Выдвигаются несколько доводов. Но, во-первых, вмешиваются религиозные деятели, которым есть дело до всего, в своем обычном амплуа: мол, это кощунственное вмешательство в таинство природы или в божий замысел. Едва ли есть большой смысл обсуждать данный довод, однако не мешает привести замечание Б. Стафилина «традиционная селекция тоже является самовольным созданием новых живых форм. Достаточно вспомнить хотя бы, насколько причудливы созданные человеком породы собак. Да и вообще вся человеческая деятельность - от раскорчевки леса под пашню до пересадки сердца - есть одно сплошное вмешательство в естественный ход событий. И нет никаких оснований считать, что генная инженерия является более кощунственной, чем, скажем, межвидовое скрещивание, в результате которого, по мнению ученых, возникли самые распространенные культурные злаки - кукуруза и пшеница». В принципе генная инженерия ничем не отличается от обычной селекции, просто применена более совершенная технология, переконструирование гена происходит не через серию сложных опытов, а непосредственно. Зато, трансгенная технология ускорила селекцию вдвое и даже втрое и можно получить уникальные изменения свойств растений и животных

Один из доводов зеленых – ГМП и лекарства могут представлять опасность для их потребителей – как для непосредственных, так и последующих поколений. Действительно, теоретически это представляется верным – при употреблении в пищу таких продуктов, не исключается появление какого-то нового белка, который может иметь целый ряд отрицательных для организма свойств, возможно образование токсических веществ.

Данный довод на первый взгляд кажется чрезвычайно важным и основательным. Если это так, то, несомненно, ГМП могут представлять собой биомедицинскую проблему и биомедицинская этика должна сказать здесь свое слово. Но, на деле пока все не так просто.

В настоящий момент представляется, что этот довод трудно опровергнуть – слишком мало времени прошло с момента вхождения в нашу жизнь ГМП и лекарств. Поэтому трудно категорически утверждать, что они не могут оказать какого-либо влияния на человеческий организм. Но, с другой стороны, американские ученые, прежде чем разрешить применение ГМП провели их тщательное исследование. Сравнительный химический анализ трансгенных и традиционных продуктов не выявил у последних никаких отличий от первых. Более того, ученые с 1997 по 1999 год провели мониторинговые наблюдения и не обнаружили никаких отклонений у людей, употреблявших в пищу модифицированную сою. Только тогда министерство здравоохранения США разрешило использовать модифицированные сою, кукурузу, томаты, наряду с традиционными, без всяких ограничений. В настоящее время в Америке генетически измененные продукты присутствуют повсеместно: в детских молочных смесях, кукурузных чипсах, напитках, фаст-фуде и т.д. Ввоз в нашу страну ГМП был разрешен в 1999 году и сегодня на прилавках наших магазинов можно найти немало продуктов, в состав которых входят ГМП, правда, в основном, соя.

В России также была проведена проверка ГМП - их медико-генетическая оценка (Центр биоинженерии РАМН) и оценка токсикологических показателей. И оказалось, что никаких генетических изменений продукты не вызывают и токсическими свойствами не обладают.

И действительно, до сих пор никто не смог представить никаких прямых данных о вреде трансгенных технологий и полученных с их помощью продуктов для окру-

жающей среды или их потребителей. Зеленые приводили нашумевшие данные о таком вреде. Однако при тщательной проверке все они оказались несостоятельными. Например, А. Пуштаи сообщал о расстройствах пищеварения у крыс, длительное время питавшихся трансгенным картофелем. Позже выяснилось, что он скармливал животным не промышленный сорт, а собственноручно сконструированную картошку, в которую был введен ген, ответственный за синтез лектина - весьма вредного вещества. Другой «факт» - аллергия у людей, употреблявших генетически модифицированную кукурузу. На проверку и в этом случае было установлено: дело не в трансгенности, а в том, что на пищевые цели для людей было пущено заведомо кормовое зерно, которое и привело к аллергии. Разразившийся в Израиле скандал с употреблением детьми трансгенной сои также нуждается в научных доказательствах, ибо не все там так просто, как это пытаются изложить СМИ.

Таким образом, можно видеть, что на настоящий момент противники ГМП выступают, следуя принципу «как бы чего не вышло», то есть, заранее инкриминируя ГМП презумпцию виновности. Между тем, как указывает Б. Стафилин, «одним из краеугольных камней научного метода является презумпция, впервые сформулированная английским схоластом XIV века Уильямом Оккамом и известная под названием «бритвы Оккама»: «Не следует умножать сущности сверх необходимого». Она, в частности, предполагает, что «всякое новое явление считается несуществующим, пока не доказано обратное». Пока же, как уже говорилось выше, зеленым не удалось представить ни одного прямого доказательства ущербности или опасности трансгенных продуктов.

Есть еще целый ряд других доводов против генетической инженерии. Но они касаются возможности влияния трансгенных растений и животных на окружающий мир – возможном скрещивании с дикими видами, опасности вытеснения ими других видов, их воздействия на насекомых (например, пчел) и т.д. Эти вопросы правомочны, но они относятся к компетенции биоэтики, но не биомедицинской этики, в связи с чем, едва ли есть необходимость обсуждать их здесь.

Защитники трансгенных технологий говорят еще об одном обстоятельстве. Дело в том, что противниками ГМП выступают в основном европейцы. А, поскольку, генно-инженерные технологии мощно продвигаются в Америке, нельзя исключить и обычного для нашего времени конкурентного пиара. Противников ГМП создают европейские корпорации, недовольные успехом американцев и стремительным захватом ими мировых рынков. Нет сомнения, что в наше время этот довод не может быть сброшен со счетов. Кроме того, говорят, что противников трансгеники плодят производители пестицидов, чья продукция с появлением гербицидов в самих растениях, потеряла рынки сбыта. Ясно, что нельзя исключить и такой момент.

Разумеется, все вышесказанное вовсе не означает, что все люди, независимо от их желания, должны употреблять ГМП. Правительства всех стран ныне прикладывают усилия к решению данного вопроса. А решается он таким образом, что все продукты, являющиеся трансгенными, или содержащие их в своем составе более, чем 5%, подвергаются обязательной маркировке. Таким образом, вопрос решается просто – не хочешь есть, – не бери такие продукты. И все. Правда, в России все как всегда. До сих пор у нас четкой надписи «Изготовлено с использованием генетически модифицированных источников» не получила права всеобщего гражданства. И когда это произойдет никому не известно.

Данный раздел можно завершить цитатой из того же Б. Стафилина: «Опасность трансгенных организмов до сих пор не подтверждена ни единым конкретным фактом - и значит, с точки зрения науки ее нет. Но и безопасность их строго не доказана - значит, «как бы чего не вышло». И когда оппоненты трансгеники обвиняют ее сто-

ронников в безответственности, а те их - в антинаучном подходе, то, строго говоря, правы обе стороны. И получается, что доказать опасность или безопасность трансгеники можно только одним способом - дав ей возможность существовать».

ВЫВОДЫ. 1.Расшифрованный геном человека должен быть поставлен на службу блага всего человечества. За основу должен быть взята позиция ЮНЕСКО: «Геном человека лежит в основе изначальной общности всех представителей человеческого рода, а также признания их неотъемлемого достоинства и разнообразия. Геном человека знаменует собой достояние человечества».

2. Все попытки предъявления прав на тот или иной участок расшифрованного генома следует считать неправомерными и не подлежащими удовлетворению.

3.Генетический скрининг с целью устранения тяжелых наследственных заболеваний при его производстве на основе добровольного информированного согласия, несет в себе блага для отдельного человека и для общества и, в связи с этим, не противоречит биомедицинской этике.

4. Работы по клонированию человека невозможно остановить запретительными методами, поэтому, необходимы разумные международные соглашения о рамках исследований в этом направлении.

5. Опасность трансгенных продуктов и организмов до сих пор не подтверждена ни единым конкретным фактом - и значит, с точки зрения науки, ее нет. Но и безопасность их пока не доказана. Единственный способ доказать одно или другое – дать возможность развиваться трансгенетике, проводя строго научные наблюдения.

7. Генетическая паспортизация несет в себе много положительного как для индивидуума, так и для общества. В то же время, она открывает большие возможности для злоупотреблений бытового, производственного и иного рода. В связи с этим генетическая паспортизация должна проводиться исключительно по пожеланию или добровольному согласию человека.

8. Все использование имеющейся в генетическом паспорте информации должно проводиться под строгим контролем этических комитетов.

9. В проводимой в современных российских условиях фетальной терапии много нерешенных этических проблем. Фетальная терапия может проводиться лишь при условии строгого выполнения исполнителями всех положений BMA, российского закона о трансплантации и положений Конвенции Совета Европы.

CONCLUSIONS. 1. Decoded human genome should be put at the service of the good of all mankind. The position of UNESCO "The human genome underlies the fundamental unity of all members of the human race, as well as recognition of their inherent dignity and diversity. The human genome is accessible to the mankind" should be taken as a base.

2. All attempts to lay claim to a particular section of the decoded genome should be considered illegal and are not to be satisfied.

3. Genetic screening to eliminate severe hereditary diseases, in case if it is performed on the basis of informed consent, brings benefits to the individual and to society, and, in this context, does not contradict the biomedical ethics.

4. The cloning cannot be put under ban, therefore the reasonable international agreements of the limits of research are needed.

5) No single concrete fact has confirmed the danger of transgenic organisms and product therefore, scientifically, there is no danger (or the danger doesn't exist). But at the same time their safety has not still been proved.

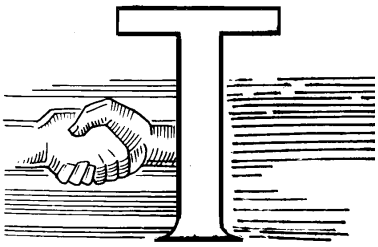
The only way to prove one point of view or another is to let transgenetic develop and to carry out observations within the limits of research.

7) Genetic pasportization has produced positive aspects both for individual and society at the same time it gives an ample scopes for the abuse in everyday life, industry etc.

In this regard genetic pasportization should be exclusively performed either in the accordance with person's wish or his approbation.

8) Whichever information in the genetic passport is used the procedure must be carried out under a strict control of Committee on Ethics.

9) When fetal therapy is performed in Russia there exist a lot of unsolved ethic problems. Fetal therapy may be performed only if all the rules of the WMA, Russian law on transplantation and regulation or the European Council Convention are strictly observed.



РАНСПЛАНТАЦИЯ ОРГАНОВ И (ИЛИ) ТКАНЕЙ ЧЕЛОВЕКА

TRANSPLANTATION OF HUMAN ORGANS AND TISSUES

Трансплантация (от латинского transplantare – пересаживать) – пересадка органов или тканей живым существам. Данный вид деятельности изучает трансплантология – наука о трансплантации. Трансплантология - эта отрасль биологии и медицины, изучающая проблемы трансплантации, разрабатывающая методы консервирования органов и тканей, создания и применения искусственных органов (БМЭ, 1985, т. 25, с. 215).

Трансплантология возникла не сегодня. Вопросами пересадки органов интересовались еще древние. Упоминания о пересадке органов от животных человеку находят в древнегреческих мифах, от одного человека другому – в библейских легендах. Все же, более или менее научная основа трансплантологии начала создаваться лишь в Х1Х столетии. В последней декаде этого столетия уже успешно пересаживалась кожа, в начале ХХ столетия начались эксперименты по пересадке почек, трупных тканей и т. д. Еще в первой половине ХХ столетия в нашей стране было произведено более 50 тысяч пересадок кожи, сосудов, костей и т. д. Однако в тот период пересадки были успешными лишь при взятии ткани у самого больного (аутотрансплантация) или у близких родственников (гомотрансплантация). Триумфальное же шествие трансплантологии началось во второй половине ХХ столетия. Этому способствовали успехи иммунологии и современные высокие медицинские технологии. После разработки методов иммунносупресии, стало возможным успешно пересаживать ткани и органы от не родственных людей. Уже с 80-х годов пересадка почек стала рутинным явлением. 3 декабря 1967 года южноафриканский хирург Кристиан Барнард в Кейптауне успешно пересадил сердце 55 летнему Луису Вашканскому от погибшей в автомобильной катастрофе молодой женщины. Эта операция ознаменовала собой начало эпохи большой трансплантологии - стали обыденным явлением пересадки сердца, затем печени, легких, поджелудочной железы, а в последние декады века – и целых комплексов органов – легкие с сердцем и т. д. Трансплантология стала одной их самых динамично развивающихся отраслей медицины. Изменился подход к проблеме - искусственно выращиваются и пересаживаются человеку коронарные сосуды, мочевой пузырь, кожа, идут работы по выращиванию и имплантации нервных клеток, инсулин продуцирующих клеток, выращиваются печеночные клетки с разнообразными функциями и т. д. Разрабатываются искусственные микроминиатюрные заменители органов или их функций – микрочипы, имплантированные в глаз создают у человека визуальную картину, введенные в ушную раковину – возвращают слух. И т. д. и т. п.

Все эти достижения трансплантологии возвращают многим людям здоровье, радость жизни, исправляют физические недостатки, резко повышают качество их жизни. В то же время, сам процесс трансплантации, само деяние содержит в себе моменты, влекущие за собой ряд моральных проблем.

Прежде всего, возникают проблемы получения годных для пересадки органов и тканей. Они возникают в любой ситуации – и тогда, когда органы для пересадки бе-

рут у трупа и, особенно, тогда, когда они берутся у умирающего от тяжелой травмы или болезни человека. Именно в последнем случае возникают наиболее многочисленные проблемы с взятием органов для пересадки. Если больной находится в реанимационном отделении, его мозг не функционирует, а дыхание и сердечная деятельность поддерживается лишь аппаратами, возникает вопрос, считать ли данного человека живым или мертвым. В другом месте этой книги я приводил случаи из литературы, по которым видно, что такое состояние может продолжаться месяцами и даже годами.

Для правового решения данного вопроса вначале было предложено определять смерть при «прекращение деятельности мозга». Однако и здесь возникала целая гамма трудностей. Что именно вложить в это понятие? В связи с этим давалось следующее определение: «Человека следует считать мертвым в случае совпадения трех условий: произошло необратимое прекращение **самопроизвольной** деятельности дыхательной и кровеносной систем, а при возвращении этих систем к функционированию искусственными средствами поддержания жизни, отсутствует самопроизвольная деятельность мозга». Следующее определение уточняет, что следует понимать под «деятельностью» мозга: «Деятельностью мозга следует считать его целенаправленную работу в отличие от неосмысленной, бессознательной». Однако всегда ли отсутствие признаков сознательной деятельности означает смерть человека?

Вот здесь мы сталкиваемся уже с одной из самых сложных и спорных проблем современного определения понятия «смерть мозга». Дело в том, что сознательная деятельность в основном зависит от функциональной активности больших полушарий головного мозга. Однако правильно ли выносить заключение, что человек умер, если у него не функционируют полушария мозга? Едва ли. Ряд ученых оправдывает констатацию смерти при появлении признаков «церебральной смерти» тем, что в этом случае личность перестает существовать. Однако сомнения в правомочности такого определения и следующих за этим деяний заставили ряд стран принять особые законы, очень тщательно регламентирующие констатацию «смерти мозга». В основу таких законов положены научные исследования многих ученых. Как на пример подобных научных изысканий последнего времени можно сослаться на работу Э. Ф. М. Виджджикса, исходящая из кафедры неврологии, отделения неврологии и нейрохирургической интенсивной помощи, клиники Мейо, Рочестер, штат Миннесота, США (Диагностика смерти головного мозга. Междун. мед. журнал, 2001, № 5, с. 404). В работе дана подробная характеристика клинических признаков и подтверждающих тестов, как критериев установления смерти мозга.

Законы по данному и целому ряду других вопросов трансплантологии приняты и в России. Это закон Президента РФ от 22 декабря 1992 года № 4180-1 (Д), затем «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» статья 47, 48 раздела 1, приказ МЗ РФ и РАН от 2 апреля 2001 года по «Инструкция по констатации …смерти мозга». Все они приведены ниже в данной главе.

Естественно, что эти законы увязаны с трансплантологией, так как практика показывает (см. ниже), что именно здесь особенно нужно оберегать права пациентов от научных или корпоративных интересов. В вышеуказанных законах РФ четко оговариваются многие вопросы трансплантологии (донорство органов, взятие органов у трупа, процедура определения «смерти мозга и т. д.).

ПРЕЗИДЕНТ РФ

ЗАКОН от 22 декабря 1992г N 4180-1 (Д)

О ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ И (ИЛИ) ТКАНЕЙ ЧЕЛОВЕКА

(ТЕКУЩАЯ РЕДАКЦИЯ ПО СОСТОЯНИЮ НА 27 АВГУСТА 1997 Г.)

Представлен Правовым Управлением Аппарата Государственной Думы Феде-

рального Собрания РФ по договору с агентством INTRALEX

«Настоящий Закон определяет условия и порядок трансплантации органов и (или) тканей человека, опираясь на современные достижения науки и медицинской практики, а также учитывая рекомендации Всемирной Организации Здравоохранения.

Трансплантация (пересадка) органов и (или) тканей человека является средством спасения жизни и восстановления здоровья граждан и должна осуществляться на основе соблюдения законодательства Российской Федерации и прав человека в соответствии с гуманными принципами, провозглашенными международным сообществом.

РАЗДЕЛ I

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 1. **Условия и порядок трансплантации органов и (или) тканей человека**

Трансплантация органов и (или) тканей от живого донора или трупа может быть применена только в случае, если другие медицинские средства не могут гарантировать сохранения жизни больного (реципиента) либо восстановления его здоровья.

Изъятие органов и (или) тканей у живого донора допустимо только в случае, если его здоровью, по заключению консилиума врачей-специалистов, не будет причинен значительный вред.

Трансплантация органов и (или) тканей допускается исключительно с согласия живого донора и, как правило, с согласия реципиента.

Органы и (или) ткани человека не могут быть предметом купли-продажи.

Купля-продажа органов и (или) тканей человека, а также реклама этих действий влекут уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Операции по трансплантации органов и (или) тканей реципиентам производятся на основе медицинских показаний в соответствии с общими правилами проведения хирургических операций.

Статья 2. **Перечень органов и (или) тканей человека - объектов трансплантации**

Объектами трансплантации могут быть сердце, легкое, почка, печень, костный мозг и другие органы и (или) ткани, перечень которых определяется Министерством здравоохранения Российской Федерации совместно с Российской академией медицинских наук.

Действие настоящего Закона не распространяется на органы, их части и ткани, имеющие отношение к процессу воспроизводства человека, включающие в себя репродуктивные ткани (яйцеклетку, сперму, яичники, яички или эмбрионы), а также на кровь и ее компоненты.

Статья 3. **Ограничение круга живых доноров**

Изъятие органов и (или) тканей для трансплантации не допускается у живого донора, не достигшего 18 лет (за исключением случаев пересадки костного мозга) либо признанного в установленном порядке недееспособным.

Изъятие органов и (или) тканей не допускается, если установлено, что они принадлежат лицу, страдающему болезнью, представляющей опасность для жизни и здоровья реципиента. Изъятие органов и (или) тканей для трансплантации у лиц, находящихся в служебной или иной зависимости от реципиента, не допускается.

Принуждение любым лицом живого донора к согласию на изъятие у него органов и (или) тканей влечет уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Статья 4. **Учреждения здравоохранения, осуществляющие забор, заготовку и трансплантацию органов и (или) тканей человека**

Забор и заготовка органов и (или) тканей человека разрешаются только в государственных учреждениях здравоохранения. Трансплантация органов и (или) тканей человека разрешается в специализированных учреждениях здравоохранения.

Перечень учреждений здравоохранения, осуществляющих забор, заготовку и трансплантацию органов и (или) тканей человека, а равно правила их деятельности утверждаются Министерством здравоохранения Российской Федерации совместно с Российской академией медицинских наук.

Статья 5. **Медицинское заключение о необходимости трансплантации органов и (или) тканей человека**

Медицинское заключение о необходимости трансплантации органов и (или) тканей человека дается консилиумом врачей соответствующего учреждения здравоохранения в составе лечащего врача, хирурга, анестезиолога, а при необходимости врачей других специальностей на основании инструкции Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Статья 6**. Согласие реципиента на трансплантацию органов и (или) тканей человека**

Трансплантация органов и (или) тканей человека осуществляется с письменного согласия реципиента. При этом реципиент должен быть предупрежден о возможных осложнениях для его здоровья в связи с предстоящим оперативным вмешательством. Если реципиент не достиг 18 лет либо признан в установленном порядке недееспособным, то такая пересадка осуществляется с письменного согласия его родителей или законного представителя.

Пересадка органов и (или) тканей реципиенту без его согласия либо без согласия его родителей или законного представителя производится в исключительных случаях, когда промедление в проведении соответствующей операции угрожает жизни реципиента, а получить такое согласие невозможно.

Статья 7. **Действие международных договоров**

Если международным договором, в котором участвует Российская Федерация, установлены иные правила, чем те, которые указаны в настоящем Законе, то действуют правила международного договора.

РАЗДЕЛ II

ИЗЪЯТИЕ ОРГАНОВ И (ИЛИ) ТКАНЕЙ У ТРУПА ДЛЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ

Статья 8. **Презумпция согласия на изъятие органов и (или) тканей**

Изъятие органов и (или) тканей у трупа не допускается, если учреждение здравоохранения на момент изъятия поставлено в известность о том, что при жизни данное лицо либо его близкие родственники или законный представитель заявили о своем несогласии на изъятие его органов и (или) тканей после смерти для трансплантации реципиенту.

Статья 9. **Определение момента смерти**

Органы и (или) ткани могут быть изъяты у трупа для трансплантации, если имеются бесспорные доказательства факта смерти, зафиксированного консилиумом врачей-специалистов.

Заключение о смерти дается на основе констатации необратимой гибели всего головного мозга (смерть мозга), установленной в соответствии с процедурой, утвержденной Министерством здравоохранения Российской Федерации (см. ниже: «Инструкция по констатации смерти…» И. Ш.).

В диагностике смерти в случае предполагаемого использования в качестве донора умершего запрещается участие трансплантологов и членов бригад, обеспе-

чивающих работу донорской службы и оплачиваемых ею.

Статья 10. **Разрешение на изъятие органов и (или) тканей у трупа**

Изъятие органов и (или) тканей у трупа производится с разрешения главного врача учреждения здравоохранения при условии соблюдения требований настоящего Закона.

В том случае, когда требуется проведение судебно-медицинской экспертизы, разрешение на изъятие органов и (или) тканей у трупа должно быть дано также судебно-медицинским экспертом с уведомлением об этом прокурора.

РАЗДЕЛ III

ИЗЪЯТИЕ ОРГАНОВ И (ИЛИ) ТКАНЕЙ У ЖИВОГО ДОНОРА ДЛЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ

Статья 11. **Условия изъятия органов и (или) тканей у живого донора**

Изъятие органов и (или) тканей у живого донора для трансплантации реципиенту допускается при соблюдении следующих условий: если донор предупрежден о возможных осложнениях для его здоровья в связи с предстоящим оперативным вмешательством по изъятию органов и (или) тканей; если донор свободно и сознательно в письменной форме выразил согласие на изъятие своих органов и (или) тканей; если донор прошел всестороннее медицинское обследование и имеется заключение консилиума врачей-специалистов о возможности изъятия у него органов и (или) тканей для трансплантации.

Изъятие у живого донора органов допускается, если он находится с реципиентом в генетической связи, за исключением случаев пересадки костного мозга.

Статья 12. **Права донора**

Донор, изъявивший согласие на пересадку своих органов и (или) тканей, вправе: требовать от учреждения здравоохранения полной информации о возможных осложнениях для его здоровья в связи с предстоящим оперативным вмешательством по изъятию органов и (или) тканей; получать бесплатное лечение, в том числе медикаментозное, в учреждении здравоохранения в связи с проведенной операцией.

Статья 13. **Ограничения при пересадке органов и (или) тканей у живого донора**

У живого донора может быть изъят для трансплантации парный орган, часть органа или ткань, отсутствие которых не влечет за собой необратимого расстройства здоровья.

РАЗДЕЛ IV

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ЕГО ПЕРСОНАЛА

Статья 14**. Ответственность за разглашение сведений о доноре и реципиенте**

Врачам и иным сотрудникам учреждения здравоохранения запрещается разглашать сведения о доноре и реципиенте. Разглашение таких сведений влечет ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Статья 15**. Недопустимость продажи органов и (или) тканей человека**

Учреждению здравоохранения, которому разрешено проводить операции по забору и заготовке органов и (или) тканей у трупа, запрещается осуществлять их продажу.

Действие настоящего Закона не распространяется на препараты и пересадочные материалы, для приготовления которых использованы тканевые компоненты.

Статья 16. **Ответственность учреждения здравоохранения**

Если здоровью донора или реципиента причинен вред, связанный с нарушением условий и порядка изъятия органов и (или) тканей либо условий и порядка транс-

плантации, предусмотренных настоящим Законом, учреждение здравоохранения несет материальную ответственность перед указанными лицами в порядке, установленном законодательством Российской Федерации».

Президент Российской Федерации Б. ЕЛЬЦИН N 4180-1 22 декабря 1992 года.

Очень кратко положения вышеприведенного закона отражены и в статье 47, раздел 1, «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан». Данная статья называется «Изъятие органов и (или) тканей человека для трансплантации» и она гласит:

«Допускается изъятие органов и (или) тканей человека для трансплантации в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Органы и (или) ткани человека не могут быть предметом купли, продажи и коммерческих сделок.

Не допускается принуждение к изъятию органов и (или) тканей человека для трансплантации.

Лица, участвующие в указанных коммерческих сделках, купле и продаже органов и (или) тканей человека, несут уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации».

В статье 9 вышеприведенного закона об организации трансплантации говорится: «Заключение о смерти дается на основе констатации необратимой гибели всего головного мозга (смерть мозга), установленной в соответствии с процедурой, утвержденной Министерством здравоохранения Российской Федерации».

В первом издании данной книги приводилась приложение к приказу МЗ РФ от 10 августа 1993 г. за № 189 по констатации смерти мозга человека. Ниже приводится новое положение.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ МЕДИЦИНСКИХ НАУК

ПРИКАЗ N 100/30 от 02. 04. 2001 об утверждении Инструкции по констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга.

В соответствии с Федеральным законом Российской федерации от 22 декабря 1992 г. N 4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека

ПРИКАЗЫВАЕМ:

Утвердить Инструкцию по констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга». Министр Ю. Л. Шевченко, президент РАМН В. И. Покровский.

ИНСТРУКЦИЯ ПО КОНСТАТАЦИИ СМЕРТИ ЧЕЛОВЕКА НА ОСНОВАНИИ ДИАГНОЗА СМЕРТИ МОЗГА

1. Общие сведения

Смерть мозга есть полное и необратимое прекращение всех функций головного мозга, регистрируемое при работающем сердце и искусственной вентиляции легких**. Смерть мозга эквивалентна смерти человека.**

Решающим для констатации смерти мозга является сочетание факта прекращения функций всего головного мозга с доказательством необратимости этого прекращения.

Право на установление диагноза смерти мозга дает наличие точной информации о причинах и механизмах развития этого состояния. Смерть мозга может развиваться в результате его первичного или вторичного повреждения.

Смерть мозга в результате его первичного повреждения развивается вследствие резкого повышения внутричерепного давления и обусловленного им прекращения мозгового кровообращения (тяжелая закрытая черепно-мозговая травма, спонтанные и иные внутричерепные кровоизлияния, инфаркт мозга, опухоли мозга, закрытая острая гидроцефалия и др.), а также вследствие открытой черепно-

мозговой травмы, внутричерепных оперативных вмешательств на мозге и др.

Вторичное повреждение мозга возникает в результате гипоксий различного генеза, в т. ч. при остановке сердца и прекращении или резком ухудшении системного кровообращения, вследствие длительно продолжающегося шока и др.

2. **Условия для установления диагноза смерти мозга**

Диагноз смерти мозга не рассматривается до тех пор, пока не исключены следующие воздействия: интоксикации, включая лекарственные, первичная гипотермия, гиповолемический шок, метаболические эндокринные комы, а также применение наркотизирующих средств и миорелаксантов.

Поэтому первое и непременное условие установления диагноза смерти мозга заключается в доказательстве отсутствия воздействия лекарственных препаратов, угнетающих ЦНС и нервно-мышечную передачу, интоксикаций, метаболических нарушений и инфекционных поражений мозга. Во время клинического обследования больного ректальная температура должна быть стабильно выше 32^oC, систолическое артериальное давление не ниже 90 мм рт. ст. (при более низком АД оно должно быть поднято внутривенным введением вазопрессорных препаратов). При наличии интоксикации, установленной в результате токсикологического исследования, диагноз смерти мозга до исчезновения ее признаков не рассматривается.

3. **Комплекс клинических критериев, наличие которых обязательно для установления диагноза смерти мозга**

3. 1. Полное и устойчивое отсутствие сознания (кома).

3. 2. Атония всех мышц.

3. 3. Отсутствие реакции на сильные болевые раздражения в области тригеминальных точек и любых других рефлексов, замыкающихся выше шейного отдела спинного мозга.

3. 4. Отсутствие реакции зрачков на прямой яркий свет. При этом должно быть известно, что никаких препаратов, расширяющих зрачки, не применялось. Глазные яблоки неподвижны.

3. 5. Отсутствие корнеальных рефлексов.

3. 6. Отсутствие окулоцефалических рефлексов.

Для вызывания окулоцефалического рефлекса врач занимает положение у изголовья кровати так, чтобы голова больного удерживалась между кистями врача, а большие пальцы приподнимали веки. Голова поворачивается на 180 градусов в одну сторону и удерживается в этом положении 3 - 4 сек., затем - в противоположную сторону на то же время. Если при поворотах головы движений глаз не происходит и они стойко сохраняют срединное положение, то это свидетельствует об отсутствии окулоцефалических рефлексов. Окулоцефалические рефлексы не исследуются при наличии или при подозрении на травматическое повреждение шейного отдела позвоночника.

3. 7. Отсутствие окуловестибулярных рефлексов.

Для исследования окуловестибулярных рефлексов проводится двусторонняя калорическая проба. До ее проведения необходимо убедиться в отсутствии перфорации барабанных перепонок. Голову больного поднимают на 30 градусов выше горизонтального уровня. В наружный слуховой проход вводится катетер малых размеров, производится медленное орошение наружного слухового прохода холодной водой ($t = +20^o$ C, 100 мл) в течение 10 сек. При сохранной функции ствола головного мозга через 20 - 25 сек. появляется нистагм или отклонение глаз в сторону медленного компонента нистагма. Отсутствие нистагма или отклонения глазных яблок при калорической пробе, выполненной с двух сто-

рон, свидетельствует об отсутствии окуловестибулярных рефлексов.

3. 8. Отсутствие фарингеальных и трахеальных рефлексов, которые определяются путем движения эндотрахеальной трубки в трахее и верхних дыхательных путях, а также при продвижении катетера в бронхах для аспирции секрета.

3. 9. Отсутствие самостоятельного дыхания.

Регистрация отсутствия дыхания не допускается простым отключением от аппарата ИВЛ, так как развивающаяся при этом гипоксия оказывает вредное влияние на организм и прежде всего на мозг и сердце. Отключение больного от аппарата ИВЛ должно производиться с помощью специально разработанного разъединительного теста (тест апноэтической оксигенации). Разъединительный тест проводится после того, как получены результаты по п. п. 3. 1 - 3. 8. Тест состоит из трех элементов:

а) для мониторинга газового состава крови (PaO2 и PaCO2) должна быть канюлирована одна из артерий конечности;

б) перед отсоединением респиратора необходимо в течение 10 - 15 минут проводить ИВЛ в режиме, обеспечивающем устранение гипоксемии и гиперкапнии - FiO2 = 1, 0 (т. е. 100% кислород). Подобранная Vtet (минутная вентиляция), оптимальный PEEP (положительное давление в конце выдоха);

в) после выполнения п. п. «а» и «б» аппарат ИВЛ отключают и в эндотрахеальную и трахеостомическую трубку подают увлажненный 100% кислород со скоростью 8 - 10 л в минуту. В это время происходит накопление эндогенной углекислоты, контролируемое путем забора проб артериальной крови. Этапы контроля газов крови следующие: до начала теста в условиях ИВЛ; через 10 - 15 минут после начала ИВЛ 100% кислородом, сразу после отключения от ИВЛ; далее через каждые 10 минут, пока PaCO2 не достигнет 60 мм рт. ст. Если при этих и (или) более высоких значениях PaCO2 спонтанные дыхательные движения не восстанавливаются, разъединительный тест свидетельствует об отсутствии функций дыхательного центра ствола головного мозга. При появлении минимальных дыхательных движений ИВЛ немедленно возобновляется.

4. Дополнительные (подтверждающие) тесты к комплексу клинических критериев при установлении диагноза смерти мозга

Диагноз смерти мозга может быть достоверно установлен на основании клинических тестов (см. пп. 3. 1-3. 9). Дополнительные тесты выполняются после выявления признаков, описанных в пп. 3. 1-3. 9. ЭЭГ исследование (см. п. 4. 1) обязательно проводится для подтверждения клинического диагноза смерти мозга во всех ситуациях, где имеются сложности в выполнении пп. 3. 6 и 3. 7 (травма или подозрение на травму шейного отдела позвоночника, перфорация барабанных перегородок). Панангиография магистральных артерий головы (см. п. 4. 2) проводится для укорочения необходимой продолжительности наблюдения (см. п. 5).

4. 1. Установление отсутствия электрической активности мозга выполняется в соответствии с международными положениями электроэнцефалографического исследования в условиях смерти мозга. За электрическое молчание мозга принимается запись ЭЭГ, в которой амплитуда активности от пика до пика не превышает 2 мкВ, при записи от скальповых электродов с расстоянием между ними не меньше 10 см и при сопротивлении до 10 кОм, но не меньше 100 Ом. Используются игольчатые электроды, не менее 8, расположенные по системе «10-20%» и 2 ушных электрода. Межэлектродное сопротивление должно быть не менее 100 Ом и не более 10 кОм, межэлектродное расстояние – не менее 10 см. Необходимо определение сохранности коммутаций и отсутствия непредумышленного или умышленного создания электродных артефактов. Запись проводится на каналах энецефалографа с постоянством

времени не менее 0, 3 секунд при чувствительности не больше 2 мкВ/мм (верхняя граница полосы пропускания частот не ниже 30 Гц). Используются аппараты, имеющие не менее 8 каналов. ЭЭГ регистрируется при би- и монополярных отведениях. Электрическое молчание коры мозга в этих условиях должно сохраняться не менее 30 минут непрерывной регистрации. При наличии сомнений в электрическом молчании мозга необходима повторная регистрация ЭЭГ. Оценка реактивности ЭЭГ на свет, громкий звук и боль: общее время стимуляции световыми вспышками, звуковыми стимулами и болевыми раздражениями не менее 10 минут. Источник вспышек, подаваемых с частотой от 1 до 30 Гц, должен находиться на расстоянии 20 см от глаз. Интенсивность звуковых раздражителей (щелчков) - 100 дб. Динамик находится около уха больного. Стимулы максимальной интенсивности генерируются стандартными фото- и фоностимуляторами. Для болевых раздражений применяются сильные уколы кожи иглой.

ЭЭГ, зарегистрированная по телефону, не может быть использована для определения электрического молчания мозга.

4. 2. Определение отсутствия мозгового кровообращения.

Производится контрастная двукратная панангиография четырех магистральных сосудов головы (общие сонные и позвоночные артерии) с интервалом не менее 30 минут. Среднее артериальное давление во время ангиографии должно быть не менее 80 мм рт. ст. Если при ангиографии выявляется, что ни одна из внутримозговых артерий не заполняется контрастным веществом, то это свидетельствует о прекращении мозгового кровообращения.

5. **Продолжительность наблюдения**

5. 1 При первичном поражении **мозга для установления клинической картины смерти мозга длительность наблюдения должна быть не менее 12 часов с момента первого установления признаков, описанных в п. п. 3. 1 - 3. 9.** По окончании этого времени проводится повторная регистрация результатов неврологического осмотра, выявляющая выпадение функций мозга, согласно пп. 3. 1-3. 8. Разъединительный тест (см. п. 3. 9) повторно не выполняется. Данный период наблюдения может быть сокращен, если сразу же после установления выпадения функций мозга в соответствии с пп. 3. 1-3. 9 проводится двухкратная панангиография магистральных артерий головы, выявляющая прекращение мозгового кровообращения (см. п. 4. 2). В данной ситуации смерть мозга констатируется без дальнейшего наблюдения.

5. 2. **При вторичном поражении мозга для установления клинической картины смерти мозга длительность наблюдения должно быть не менее 24 часов с момента первого установления признаков, описанных в пп. 3. 1-3. 9. , а** при подозрении на интоксикацию длительность наблюдения увеличивается до 72 часов. В течение этих сроков каждые 2 часа производится регистрация результатов неврологических осмотров, выявляющих выпадение функций мозга в соответствии с п. п. 3. 1 - 3. 8. Данный период наблюдения также может быть сокращен, если сразу же после установления выпадений функций мозга в соответствии с пп. 3. 1-3. 9 проводится двухкратная панангиография магистральных артерий головы, выявляющая прекращение мозгового кровообращения (см. п. 4. 2)

При проведении регистрации неврологических осмотров необходимо учитывать, что спинальные рефлексы и автоматизмы могут наблюдаться в условиях продолжающейся ИВЛ.

6. **Установление диагноза смерти мозга и документация**

6. 1. Диагноз смерти мозга устанавливается комиссией врачей лечебно-профилактического учреждения, где находится больной, в составе: реаниматолога-

анестезиолога с опытом работы в отделении интенсивной терапии и реанимации не менее 5 лет и невропатолога с таким же стажем работы по специальности. Для проведения специальных исследований в состав комиссии включаются специалисты по дополнительным методам исследований с опытом работы по специальности не менее 5 лет, в том числе и приглашаемые из других учреждений на консультативной основе. Назначение состава комиссии и утверждение Протокола установления смерти мозга производится заведующим реанимационным отделением, где находится больной, а во время его отсутствия ответственным дежурным врачом учреждения.

6. 2. В комиссию не могут включаться специалисты, принимающие участие в заборе и трансплантации органов.

6. 3. Основным документом является Протокол установления смерти мозга, который имеет значение для прекращения реанимационных мероприятий и для изъятия органов. В Протоколе установления смерти должны быть указаны данные всех исследований, фамилии, имена и отчества врачей - членов комиссии, их подписи, дата, час регистрации смерти мозга и, следовательно, смерти человека (приложение).

6. 4. Ответственными за диагноз смерти человека являются врачи, установившие смерть мозга, того лечебного учреждения, где умер больной.

6. 5. Настоящая Инструкция не распространяется на установление смерти мозга у детей.

Таким образом, у нас приняты очень хорошие законы по этическим проблемам трансплантологии, и нужно только их выполнять. В то же время, имеется большое сомнение, что во всех тех центрах, кому разрешено забирать органы умерших, есть возможности произвести такие сложные исследования для констатации смерти мозга и что все они производятся по букве и духу данного закона. Поверит ли, например, кто-нибудь, что при вторичном поражении мозга для констатации его смерти 36 раз в течение 72 часов будут проводиться сложные неврологические исследования по 8 пунктам, как это предусмотрено пунктом 5. 2. этого приказа. Даже при первичном поражении мозга для установления картины этой смерти необходимо наблюдение в течение 12 часов с проведением множества сложнейших исследований.

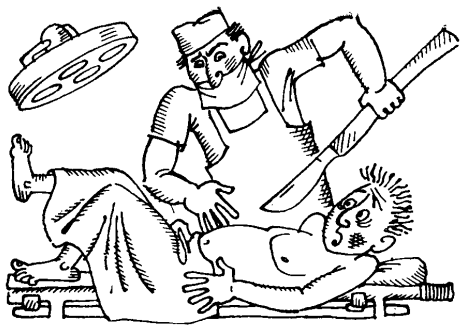
Все же, наличие такого закона (или приказа) в России является архиважным. Об этом свидетельствует рассказ писателя и врача Льва Хунданова о том, как производилась первая пересадка сердца в СССР. Вот как это деяние изложено в его книге «Раздумья врача»: «Донором послужила 19 летняя девушка, доставленная в академию (Военно-медицинская Академия бывшего СССР) с серьезнейшей травмой головы. Двухчасовые реанимационные мероприятия ее не спасли – было констатировано необратимое повреждение головного мозга. Дальнейшие наблюдения подтвердили заключение консилиума о «мозговой смерти». **Через 6 часов с момента госпитализации, когда последовал спад сердечной деятельности, не поддававшийся терапии, было решено приступить к операции**».

Как видно из приведенных мной выше юридических документов, для окончательного решения вопроса о смерти нужны длительные, очень кропотливые и чрезвычайно сложные исследования, верифицирующие прекращение всех функций мозга и нужна особая комиссия для подтверждения всего этого. Из описания Хунданова можно понять, что ничего похожего при первой пересадке сердца не делалось.

Этот же Л. Хунданов чуть ниже пишет, что трансплантология и истинный гуманизм неразделимы. Однако если рассмотреть все обстоятельства того, что он описывает, едва ли можно сказать, что там все было гуманно и никаких нарушений мо-

рали не было. Даже если оставить в стороне процедурные вопросы – (присутствовали ли при решении вопроса родители, как получено у них согласие, не было ли в этом случае давления на них, были ли юристы, независимые эксперты, кем было принято решение о начале изъятия органа и т. д.), привлекает к себе внимание запись - «когда последовал спад сердечной деятельности, не поддающейся терапии, было решено приступить к операции». И здесь нет никаких нарушений морали, и чего хотите еще? Я понимаю, писатель мог неточно отразить суть, но ведь он не только писатель, а, прежде всего, врач. И его формулировке, к сожалению, можно верить.

Данный случай показывает, что, действительно, в трансплантологии, особенно сердца, мягко говоря, имеются очень и очень большие возможности для предпочтения корпоративных или научных интересов перед интересами человека или одного



человека перед другим. Не зря, по-видимому, Ф. Мур писал по этому поводу: «По единодушному мнению врачей – трансплантологов, юристов, социологов, особенно необходимо строго соблюдать все пункты медицинской этики там, где нужно получить органы для трансплантации…В этом случае врач не должен руководствоваться в лечении иными принципами, чем забота о жизни данного больного. Он не должен ставить перед родственниками вопрос о согласии на взятие органов до наступления смерти больного». Поэтому-то наличие в России четких законов в данной области представляется чрезвычайно важным.

Конвенция Совета Европы не затрагивает вопросов определения момента смерти, а также изъятия органов у умерших. В «Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан» эти вопросы также прописаны нечетко. Пункт 1, статьи 47 раздела 1 формулируется так: «Допускается изъятие органов и (или) тканей человека для трансплантации в соответствии с законодательством Российской Федерации». Ссылка на то, о каком законе идет речь, отсутствует. Можно предполагать, что речь идет о законе N 4180-1 (Д) от 22 декабря 1992 г «О трансплантации органов и (или) тканей человека» (текущая редакция по состоянию на 27 августа 1997 года), (см. выше). Статья 8 данного закона называется «**Презумпция согласия на изъятие органов и (или) тканей» и она изложена в следующей редакции:**

«Изъятие органов и (или) тканей у трупа не допускается, если учреждение здравоохранения на момент изъятия поставлено в известность о том, что при жизни данное лицо либо его близкие родственники или законный представитель заявили о своем несогласии на изъятие его органов и (или) тканей после смерти для трансплантации реципиенту». Можно видеть, что, по данному закону, если умерший или его родственники (представитель) не заявили в учреждение здравоохранения о своем несогласии на изъятие органов, то они могут быть изъяты без их разрешения. На это требуется лишь разрешение главного врача того учреждения, где умер человек, о чем говорится в статье 10 «**Разрешение на изъятие органов и (или) тканей у трупа»**:

«Изъятие органов и (или) тканей у трупа производится с разрешения главного врача учреждения здравоохранения при условии соблюдения требований настоящего

Закона».

В этих статьях закона, к сожалению, много неясного. Что имеется в виду под понятием «труп»? Ведь в законе N 4180-1 (Д) от 22 декабря 1992 г нет такого понятия. Там речь идет об определении «смерти мозга». Или после этого можно говорить о «трупе», хотя сердце человека бьется, он еще находится на управляемом дыхании?

Эти положение приходит в явное противоречие с декларируемым многими этическими обществами положением, что права личности всегда выше интересов науки или других людей (общества). Во-первых, возникает законный вопрос: перестает ли быть личностью человек сразу же за моментом смерти? Или он имеет неотъемлемое право на неприкосновенность своих останков?

Во-вторых, **можно ли решение важнейшего биоэтического вопроса отдать на откуп одного лица – главного врача лечебного учреждения. И, таким образом очень свободно, в интересах других лиц решать вопросы вскрытия и изъятия органов для трансплантации.** Отсюда и возникают широкие возможности для нарушений прав человека со стороны медицинских учреждений или лиц, так или иначе заинтересованных в трансплантации. В российской печати имеются сведения (к сожалению, не могущие быть ни подтверждены, ни опровергнуты) о том, что такое явление имеет место в России: по данным Таможенного комитета страны в последние годы имеет место широкий поток органов, тканей и трупов за границу. На международном конгрессе, проходившем в Мюнхене в 2002 году, Россию обвиняли в том, что из нее нелегально вывозится значительное число почек для пересадок.

Кроме того, возникает вопрос: а знает ли население о своих правах отказа от изъятия органов, и как они могут обеспечить соблюдение этих прав? В России чрезвычайно скудна информированность населения в этом вопросе, а сами законы чрезвычайно трудно найти даже при специальном поиске. Более подробно этот вопрос будет освещен ниже.

Подобные ситуации в вопросе трансплантации имеются и в ряде других стран и там предпринимаются попытки их решения. В США эту ситуацию пытаются решить получением при жизни от индивидуумов или их родственников информированного согласия на изъятие органов при возникновении ситуации «смерть мозга». В последние годы Министерством Здравоохранения и социальных служб США развернута программа, которая называется «Партнерство на рабочих местах во имя жизни» и призвана осуществлять пропаганду донорства. Крупный профсоюз автомобилестроителей, а также 17 компаний разрабатывают специальную программу подготовки водителей транспорта по вопросам донорства. Разрабатывается специальная национальная карточка донора, которая позволит медикам избежать судебных тяжб с родственниками людей, согласившихся стать донорами при возникновении с ними ситуации «смерти мозга». По данной программе имеется специальная программа в Интернете.

Правда, по данным, приведенным Робертом Вич из Джорджтаунского университета на Международном конгрессе по этике трансплантации органов (Мюнхен, 2002), оказалось, что лишь половина из опрошенных в США людей давали свое согласие на такую процедуру.

Практику получения прижизненного согласия на изъятие своих органов в ситуации «смерть мозга» пытаются широко внедрить и в других странах – в Бразилии, Китае. В Бразилии в 1997 году был принят закон о трансплантации органов с применением «презумпции согласия». Правда, имеются сведения, что 90% водителей этой страны не дали своего согласия.

Широко такая компания развернулась в Китае. Многие китайские студенты-медики уже сейчас завещают свои органы медицинской науке, клиникам по трансплантации донорских органов, чтобы впоследствии не возникли юридические проблемы с изъятием их органов (Мед.газ.,19.01.2001).

Одной из стран, где наиболее хорошо решены организационные проблемы такой программы, считается Польша. В этой стране создан Национальный центр, где каждый гражданин может официально зарегистрировать свое согласие или отказ быть донором в ситуации «смерть мозга». И все польские врачи в такой ситуации обязаны проверить зарегистрирован ли в этом центре потенциальный донор. Кроме того, обязательно запрашивается разрешение на изъятие органов у родственников. При невозможности решения этих вопросов органы не изымаются. Принятию таких законов в Польше предшествовали ставшие широко известными скандалы в связи со случаями изъятия органов без согласия родственников.

К сожалению, в России ничего подобного пока нет. Более того, из материалов печати можно сделать заключение, что наши трансплантологи, признавая на словах «презумпцию согласия», на деле выступают против нее. Так, профессор А. Долбин из Московского координационного центра органного донорства, говорит: по данным А. Степановой (Московский университет МВД РФ) «испрошенное прямое согласие», прижизненно оформленное в виде донорских карт, или согласие родственников на изъятие приведут к пятикратному уменьшению количество донорских органов. К тому же это потребует масштабных организационных мероприятий …и значительных экономических затрат. Естественная тенденция нашего общества следовать западным либеральным ценностям в этом вопросе не может оправдать подобного подхода» (**вот так, не более, не менее! И. Ш.)** (Мед.газ,№ 8 от 2003 года).

Таким образом выходит, что, если «это потребует значительных экономических затрат» и приведет к снижению числа органов для трансплантации, то права человека могут быть отринуты ничтоже сумнящеся.

Увы, не такой ли ситуацией объясняются силовые акции, которые были предприняты правоохранительными органами в 2004 году в ряде московских больниц, занимающихся трансплантацией органов?

Не может быть никакого сомнения в неприемлемости такой позиции. Прежде всего, здесь нарушается статья 2 Конвенции Совета Европы, подписанной и Россией, гласящая, что «интересы и благо отдельного человека превалируют над интересами общества или науки», - положения, подтвержденного и в российских законах. Затем она в авторитарном стиле лишает российских граждан прав выразить свою презумпцию согласия или не согласия на изъятие органов при возникновении ситуации «смерть мозга». И может явиться основой различных злоупотреблений. Многие люди, попадающие в травматические ситуации, в силу тех или иных обстоятельств не имеют с собой документов, удостоверяющих личность, место проживания, телефон и т. д., вследствие чего их родственники не могут быть поставлены в известность. И решение вопроса, как уже отмечалось выше, будет отдано на откуп одного человека – главного врача учреждения. Нетрудно себе представить насколько такая ситуация чревата возможными злоупотреблениями, особенно при сегодняшнем состоянии морали в российском обществе. Кто может гарантировать, что те, от кого зависит решение дилеммы «вылеченный больной или потенциальный донор», под влиянием «телефонного права» или самого сильного ключа в мире, главной объявленной ныне ценности в жизни - «money» - не будут принимать сторону последней ситуации?

Проблемы трансплантологии органов усугубляются и наличием значительного дефицита органов. Дефицит имеет место во всех странах. Об этом говорит такой факт – в течение последних 10 лет в Америке операций по пересадке органов было

сделано в 5 раз меньше, чем требовалось. Дефицит органов значительно усугубляет коллизии морально-этического характера, возникающие при трансплантации. Например, такая, как проблема очередности. По какому принципу должна быть установлена очередность – по принципу «кто, сколько времени ждет», или по неотложности; как устанавливать очередность – в федеративном или региональном масштабе страны и многое другое.

РЕГИОНАРНЫЙ ЭГОИЗМ И СПРАВЕДЛИВОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ РЕСУРСОВ В МЕДИЦИНЕ. Он означает, что, согласно современным негласным установлениям, даже в зарубежных странах больной, проживающий в регионе, где расположен центр трансплантации, будет иметь преимущество в получении трансплантата перед более нуждающимся, но проживающим в другом регионе. В этой ситуации, региональный эгоизм выходит победителем над этикой и моралью.

Далее, остается неясным как решать вопросы очередности. В США эксперты считают, что нельзя решать вопрос по признаку «кто, сколько времени ждет». В первую очередь трансплантация должна производиться тем больным, продолжительность жизни которых без трансплантации измеряется неделями.

В последние годы Евросоюз предпринимает попытки межгосударственного решения этого вопроса. Так, Австрия, Бельгия, Германия, Голландия, Люксембург, Словения создали программу «Евротрансплантат», целью которой является распределение органов в странах-участницах. Эта система работает в рамках прозрачности и старается решать проблему трансплантации на основе принципа ургентности, преодолевая регионарный эгоизм.

Хотя трансплантация и служба трансплантации в Советском Союзе не получили широкого распространения, все же, именно в последний период его существования были выработаны действительно гуманные принципы. Трансплантация совершалась исходя из совместимости реципиента и донора, длительности ожидания и экстренности ситуации.

В пост советской России со времен перестройки регионарный эгоизм безоговорочно победил все мыслимые моральные, этические и правовые установки. Дело в том, что трансплантации в нашей стране сосредоточены в немногих центрах. Ныне возможность попасть в эти центры для пациента, проживающего вне территорий их расположения, исчезающе мала, фактически она равна нулю. Можно делать пересадки только на коммерческой основе. Пересадка почки при этом обходится в 30, сердца - 60, печени 150 тысяч долларов США (А.Мироненко, Рос. газета, от 15.06.04). Пересадка костного мозга одному ребенку стоит от 30 до 50 тысяч долларов (Мед газ. 6 февраля 2002) (естественно, все эти суммы за последние годы резко подскочили).

Фонды страхования не оплачивают подобные операции, а у министерств здравоохранения регионов и подавно нет таких денег. Поэтому то возможность попасть на трансплантацию человеку, проживающему вне регионов дислокации центров, ничтожно мала. Например, больным людям из Дагестана за последние 10 лет в различных центрах России были сделаны пересадки почек четырем больным и все на коммерческой основе.

ВМА (37-ая Ассамблея, Брюссель, 1985г. , 39-ая Ассамблея, Мадрид, 1987 год) осуждает куплю-продажу человеческих органов для трансплантации, а статья 15, раздела 4-го российского «закона о трансплантации…» и статья 47 пункт 2 запрещают куплю-продажу органов для трансплантации, а пункт 4 статьи 47 предусматривает уголовную ответственность за подобные сделки.. Но, когда российские центры по трансплантации берут десятки тысяч долларов за трансплантацию органа (а иначе она тебе никогда не будет произведена) – разве это не есть настоящая продажа

органа и по цене, которая абсолютно недоступна нашим гражданам? Как и во многих других случаях остается неясным, для чего пишутся и принимаются законы, которые никогда не выполняются.

К сожалению, в трансплантологии негласно работает и расовый эгоизм. Так, по данным того же Роберта Вич, в 90-ые годы XX столетия в Америке среднее время ожидания почки у белых американцев равнялось 421 день, а у чернокожих – 824. Едва ли можно утверждать, что в других странах, в том числе и в России, этого явления нет.

Представляет несомненный интерес и проблема «дети-взрослые». Высказывалось мнение, что при возникновении ситуации выбора, предпочтение должно быть отдано ребенку. Однако имеются противники этого, считающие, что такое предпочтение будет проявлением возрастной дискриминации. Поэтому вопрос о детях должен решаться в рамках общей законности.

В последнее десятилетие отмечают, что пересадка трупных органов уступает пересадке от живых доноров. Однако живое донорство также порождает ряд этических проблем. Показано, что донорство органа приводит к ухудшению (в ряде случаев значительному) здоровья донора.

Поэтому встает вопрос об этичности взятия органа у живого лица, даже если он родственник. Еще более возрастают этические и юридические проблемы при не родственном донорстве. Все прекрасно понимают, что в 99 и более % подобных случаев речь идет попросту о продаже органа. В связи с этим в США был принят закон о запрете дарения органов. В России также запрещена пересадка органа от живого не родственного донора. К сожалению, считается, что это породило черный рынок органов. Этот рынок ныне процветает в виде так называемого трансплантационного туризма - донор и реципиент выезжают в страну, где нет запрещающего закона, там производят операцию и решают свои финансовые проблемы. В связи с наличием значительного количества таких фактов, международный конгресс по этике трансплантологии в Мюнхене (2002 г.) принял решение о допустимости взаимопересадки органов мужу и жене, а также, что «морально приемлемо компенсировать донору дискомфорт, боль, риск и другие неудобства, связанные с трансплантацией», что, в переводе на простой язык означает разрешение продажи своего органа.

Продаются ли органы в России? Едва ли в этом есть сомнение. Весь забор института трансплантологии в Москве увешан объявлениями «Продам почку» (как и «продам» другие органы). Едва ли эти объявления имели место, если бы здесь действительно не было бы ни одного факта пересадок органов на основе таких продаж. Спроса нет – нет предложения. Обильные предложения свидетельствует о наличии спроса и его удовлетворении.

Вышеуказанные цифры финансовых затрат на пересадку органа (а затраты на одновременные пересадки пары органов или целого комплекса, по-видимому, требуют финансов на порядок выше) не могут не поднимать еще одного серьезного этического и юридического вопроса. Вопрос этот может быть сформулирован так: «Насколько моральна трата таких средств на трансплантацию? ». По сути дела здесь возникает проблема, которая носит название **«Проблема справедливого распределения ресурсов в медицине».** Сегодня 100 тысяч долларов, потраченных на пересадку сердца одному человеку могут запросто спасти 100 больных, ну, к примеру, тяжелым сепсисом, которые без этих средств могут так же запросто умереть. Более того, процент успешных трансплантаций из-за тканевой несовместимости вовсе не близок к 100, а сроки выживаемости людей с успешно трансплантированным сердцем очень и очень неутешительны. Так, по данным Б. В. Петровского, при анализе материала 20 человек, которым в 1974 году пересадили сердце, 1 год прожило всего

12 человек, из 8 оставшихся 2 года прожило еще 5. К концу 3-го года их осталось лишь 3. Вот и судите после этого морально ли потратить 2 миллиона долларов на 20 человек, чтобы трое из них прожили 3 года. При анализе пересадок сердца в 2005 году (В.И.Шумаков. Медицинская кафедра,2005,3,14-15): из клиники выписывалось 78,8% больных то есть еще в стационаре умирает 21,2 % оперированных. Из выписавшихся год живет лишь 72,7%. Свыше 5 лет жило 69,2%, а свыше 10 – 28,9%. То есть результаты также достаточно скромны. А тратятся на это миллионы долларов.

В частности и такая практика сегодня является причиной нехватки государственных средств на бесплатное лечение и все больший уклон в сторону платной медицины. А это очень даже этическая проблема. Как правильно констатирует Ю.П. Лисицын, лекарства становятся все более дорогими и недоступными большинству населения (Мед.газ.,2005,№60, с.10).

Успешность трансплантации почек несколько выше, однако неадекватность результатов громадным затратам на трансплантацию не вызывает никакого сомнения. Наверное, эти 2 миллиона долларов могли спасти жизнь, по меньшей мере, двумстам других тяжело болеющих людей, которые погибли из-за отсутствия средств на их лечение, и которые, при соответствующем лечении, прожили бы в последующем и по десять, и по двадцать, и по тридцать и больше лет.

Таким образом, не вызывает сомнения то, что при **трансплантации органов** (о проблеме трансплантации тканей, сосудов и т. д., которые не ведут к таким острым проблемам, несколько слов будет сказано ниже) **сегодня явно нарушается принцип необходимости справедливого распределения ресурсов в медицине** и здесь неприкрыто проглядывают чьи-то личные, корпоративные и научные интересы, берущие верх над интересами многих больных людей.

В то же время, не забудем, что очень часто решение одной трудной этической проблемы спотыкается о другую. Дело в том, что, во-первых, медицинская наука и практика в любой стране должны прогрессировать, развиваться. Во-вторых, у ученых также есть неотъемлемое право вести исследования («этическое правило непреложности свободы исследований»), а у медиков они зачастую совпадают с их практической работой. Выдающиеся ученые, такие, как Б.В. Петровский, Шумаков, по-видимому, должны иметь право на науку и практику, даже, если при этом нарушается принцип справедливого распределения ресурсов в медицине. Правда, здесь мы опять имеем дело с дилеммой вечно сталкивающихся между собой вечно преступающей закон «целесообразности»…

Плохо еще и то, что сегодня в нашей стране вышеуказанные операции становятся, в подавляющем большинстве случаев, операциями «только для людей голубых кровей» - для каких-нибудь крупных чиновников или «новых русских», а для простого больного – они из области ненаучной фантастики. Да и то верно – в стране бар простолюдины должны знать свое место.

Всяческие привилегии, в том числе и медицинские, для VIP-person были в ходу во все времена. Характерны они для многих стран мира и в наше время. Были они свойственны и для СССР, однако привилегии советских, даже самых высших, чиновников не могли идти ни в какое сравнение с тем, что делается сегодня.

Как я уже писал выше, пока материалов для трансплантации не хватает катастрофически. В связи с этим в печати часто озвучиваются леденящие душу россказни о том, как крадут людей и разрезают их на органы, как крадут органы у покойников и т. д. **К сожалению, в наше время совесть – товар не менее дефицитный, чем органы для пересадки.**

Есть сведения, что в Индии, Юго-Восточной Азии, Латинской Америке, ЮАР многие живые люди за деньги предлагают свои органы для трансплантации. Исклю-

чить подобную возможность и в нашей стране при нынешней экономической и моральной ситуации также трудно.

Мировое сообщество также озабоченно этим явлением. 46 Ассамблея ВМА (Стокгольм, 1994) констатирует, что имеются многочисленные сообщения об участии врачей в изъятии органов у заключенных, приговоренных к смертной казни, даже и без их согласия; у лиц, страдающих тяжкими физическими и психическими недостатками, чья смерть в таких случаях рассматривается ни менее, ни более, как облегчение их страдания; у бедняков, предлагающих свои органы по коммерческим соображениям; у детей, украденных с этой целью. ВМА считает это аморальным и нарушающим Декларации о трансплантации и призывает правительства сурово наказывать врачей, замешанных в подобных нарушениях.

Сегодня наше государство едва ли способно эффективно контролировать и пресекать такие явления. А простой запрет, как это записано в статье 1 «Закона о трансплантации органов и (или) тканей…» в таких условиях стоит не более чем бумага, на которой он напечатан. Решение вопроса видится в том, чтобы каждый врач помнил о своем врачебном долге. Однако возможно ли это сегодня у голодного российского врача и развращенного капиталом западного врача? **Вот один из примеров. В печати в 2006 году появилось сообщение, что в Калифорнийском университете, работник анатомического отделения медицинской школы Г. Рейд регулярно и много лет занимался продажей частей тела трупов, полученных для целей преподавания. За 6 лет работы он расчленил более 800 трупов и вместе со своим сообщником заработал на этом 700 000 долларов.**

Как вытекает из вышесказанного, трансплантация органов, наличие их дефицита рождает множество разнообразных этических проблем. Можно видеть, что в различных странах при их решении применяются различные подходы. В одних странах основным остается рутинный метод изъятия органов, в других он дополняется дарением при жизни; имеются попытки создания рынка органов и попытки запрета продажи и т. д.

По-видимому, такое явление упирается в основополагающий философский вопрос: универсальна ли система этики и морали для всех обществ или каждая культура имеет свою систему этических ценностей. Казалось бы, принятие Всемирной декларации прав человека, сделало мораль универсальной. Как пример наличия универсальности морали для всех обществ, приводится запрет убийства людей с целью изъятия органов для трансплантации. Однако я уже упоминал выше разговоры о похищении людей с целью изъятия у них органов для трансплантации. Разумеется, что речь не идет об официальном одобрении такого явления, но, тем не менее. Есть сведения, что в Китае имеется государственное разрешение изъятия органов у казнимых преступников (правда, официально говорят, что до казни преступники дают на это согласие, однако добровольно ли оно?). В США дарение органов находится под запретом, в Японии же оно является предпочтительным. Таким образом, на сегодня, скорее всего, каждая культура имеет свою систему этических ценностей.

ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЕ ВСКРЫТИЯ. Говоря о трансплантации органов, нельзя не затронуть еще и проблемы патологоанатомических вскрытий. Как известно, начало патологоанатомической службе в России официально было положено Петром 1-м, который в 1706 году издал указ об организации анатомического театра при Московском госпитале. Фактически такая деятельность началась с 1735 года, после опубликования «Генерального регламента о госпиталях» по которому и было предписано патологоанатомическое вскрытие трупов. Поначалу вскрытию подвергалось небольшое число умерших, однако, уже к концу X1X столетия в Московском университете действовало правило об обязательном вскрытии всех умер-

ших. Практически это правило продолжало действовать весь период существования Советского Союза.

Проблема патологоанатомического вскрытия умершего имеет несколько этических аспектов. Во-первых, оно имеет прямую связь с трансплантацией органов. До последних десятилетий при гомотрансплантации в преобладающем большинстве случаев речь шла о пересадке трупных органов и лишь в незначительном – о пересадке от живых добровольных доноров. В связи с этим представляет интерес развитие юридической стороны о сроках, в которые разрешается вскрытие от момента констатации смерти человека.

До революции в России по существующему правилу вскрытие трупов разрешалось не ранее 24 часов с момента смерти. В 1919 году было разрешено «в случаях необходимости» производить вскрытие ранее 24 часов, но не ранее чем через полчаса после смерти. Позже, по приказу МЗ СССР № 667 от 15 октября 1970 года, именно в связи с развитием трансплантологии было разрешено производить вскрытие в любые сроки после констатации биологической смерти. К сожалению, такое разрешение, без четкой законодательной базы по констатации смерти, могло иметь целый ряд тяжких морально-этических последствий, чего я коснусь ниже.

Второй этической стороной вскрытия умерших является отношение к этому явлению родственников, этносов, религий. Как известно, Ислам и Русская православная церковь категорично выступают против вскрытия, хотя ни в одной из «священных» книг этих религий нет запрета на него. По этим или по каким-то другим причинам, издавна мусульманские этносы, во всяком случае, кавказские, всегда выступали против вскрытия. В советскую эпоху это приводило к тяжелым их конфликтам с законом, в подробности которых здесь нет необходимости вдаваться. Русская Православная церковь также выступает против вскрытия. В то же время в советскую эпоху русский этнос, за редким исключением, не вступал в конфликт с законом о вскрытии. Остается не совсем ясным чем же это обусловлено – то ли большей законопослушностью русского народа, то ли его меньшей верой в бога и религию. Возможно, что неприятие человеком вскрытия, ныне маскируемое под религиозные запреты, на самом деле имеет под собой другую, более глубокую, интимную, моральную, традиционную, а возможно и биологическую суть. Представляет интерес то обстоятельство, что другие ветви христианства – католицизм – в лице Папы Римского Иоанна Павла 11 даже считает это деяние богоугодным.

Я не буду здесь касаться вопроса о приятии или не приятии вскрытия, а кратко остановлюсь на ряде моральных сторон этого явления.

Если рассматривать вскрытие с точки зрения пользы для общества, то нет никаких сомнений в высокой его ценности. Как известно, в старину, над входом в прозекторскую, где производились вскрытия, висело изречение: «Здесь мертвые помогают живым» (или по другому: «Здесь мертвые учат живых»). На самом деле – патологоанатомические вскрытия призваны учить врачей – видеть подтверждения своим действиям при лечении и, если они есть, - лицезреть свои ошибки и учиться на них, учиться, чтобы не ошибиться в других подобных случаях. Патологоанатомические вскрытия являются большой школой учебы, повышения квалификации врачей и через них – повышения качества оказания помощи другим таким же больным. Отсюда можно видеть, что они несут пользу и индивидуумам, составляющим общество, и обществу в целом. Разумеется, что от вскрытий выигрывает и медицинская наука, в этом есть и ее интерес, хотя он никогда не являлся главным, первичным, ведущим.

К сожалению, все эти интересы плохо согласуются с активно внедряемым в жизнь «Конвенцией» Совета Европы в контексте биоэтики, положением о том, что «интересы отдельной личности всегда выше интересов общества и науки».

Этот тезис призван защищать интересы личности от возможных научных, корпоративных и других посягательств со стороны, в частности, медиков. Ясно, что в разбираемой проблеме речь не идет о защите жизненных интересов личности, которой уже, по большому счету, все равно, вскроют ее или нет. Поэтому в данной ситуации речь может идти в основном о соблюдении этических принципов по отношению к родственникам. Вышеуказанный тезис защищает их интересы. И, если они не желают вскрытия, то оно не может быть произведено.

Положению «Конвенции» Совета Европы соответствует и статья 48, раздел 1, «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан», которая называется «Проведение патологоанатомических вскрытий»: «Патологоанатомическое вскрытие проводится врачами в целях получения данных о причине смерти и диагнозе заболевания. Порядок проведения патологоанатомических вскрытий определяется Министерством здравоохранения Российской Федерации.

По религиозным или иным мотивам, в случае наличия письменного заявления членов семьи, близких родственников или законного представителя умершего, либо волеизъявления самого умершего, высказанного при его жизни, патологоанатомическое вскрытие, при отсутствии подозрения на насильственную смерть, не производится, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации…».

В результате, как всегда, вступает в действие закон единства противоположностей. Принятый к неукоснительному исполнению тезис защищает права родственников, расширяет и укрепляет правовую базу общества, хотя и ведет к ряду отрицательных последствий. Резко уменьшается число вскрытий – у нас в Дагестане оно сошло почти на нуль. В 2005 г. главный патологоанатом России проф. О Мишнев сообщал, что на тот период в России вскрывают около 50% умерших (Мед.газ., № 4,2005). С другой стороны, этот же тезис приводит к исчезновению из медицинской практики большой школы врачебной учебы, повышения квалификации, вскрытия врачебных ошибок.

Кроме этих, вроде бы этических, но законодательно решенных вопросов вскрытия, есть и некоторые другие. В наше время на вскрытие чаще всего попадают так называемые «бомжи» - люди без определенного места жительства и чьи родственники неизвестны. Их в России вскрывают, пожалуй, без всяких моральных переживаний. На самом деле, в мировой практике считается, что **вскрытие невостребованного тела несправедливо, что это есть эксплуатация одного индивида другим или одной группы людей, другой, что здесь морально имеет место нарушение права автономии обездоленных людей, придание научным, образовательным или практическим (пересадка органов) целям большего значения, чем автономии неблагополучных слоев общества (А.Кемпбелл и соавт., 2005).**

Не исключено, что этические и медицинские проблемы трансплантации человеческих органов будут решены в ближайшие 20-30 лет, если будут решены вопросы экспериментирования и использования фетальных стволовых клеток из которых окажется возможным выращивать искусственные органы. Если получать такие органы из материала пациента, то они будут абсолютно совместимыми и избавят больного человека от многих финансовых и медицинских проблем. Фантастика? Возможно реальная фантастика, хотя ряд других ученых скептически относится к возможности выращивания органов из клеток. И для этого есть веские основания (см. ниже раздел «Клеточная терапия»).

Разумеется, поначалу стоимость и таких органов будет достаточно высокой, возможно даже выше, чем естественных, однако постепенно цена может оказаться вполне приемлемой для рядовых граждан. Таким образом, данное направление сего-

дняшних высоких генетических технологий внесет свою лепту в решение проблемы справедливого распределения ресурсов в медицине.

КСЕНОТРАНСПЛАНТАЦИЯ. В решении проблемы нехватки органов для трансплантации в конце XX века наметилась другая тенденция. Речь идет о развитии ксенотрансплантации – пересадке человеку органов животных. Изучалась возможность пересадки органов от ближайших эволюционных родственников – человекообразных обезьян. Теоретически это казалось наиболее верным путем – чем ближе животное к человеку, тем больше шансов приживления пересаженного органа. Еще в 1963 году доктор К. Римстма успешно пересадил человеку почку шимпанзе и она функционировала 9 месяцев. Однако развитие ксенотрансплантологии в последние годы пошло по другому пути. Это было связано с рядом обстоятельств. Во-первых, у человекообразных обезьян нашли вирусы, которые будучи перенесены с органами в организм человека могут вызвать серьезные заболевания. Не будем забывать о ВИЧ. Во-вторых, численность этих животных все равно не сможет удовлетворить потребности больных людей. В-третьих, моральные соображения – все таки они наши ближайшие родственники.

Поиски в этом направлении привели к удивительным находкам – оказалось, что по многим параметрам для пересадки человеку пригодны органы свиньи. Их органы па своим физическим параметрам близки к человеческим, запас органов может абсолютно удовлетворит все потребности, Моральные проблемы практически не имеют места, поскольку большинство людей и так занимаются свинобализмом (поеданием свиней).

Правда, здесь также остается открытым вопрос об инфекциях, в частности вирусах. В настоящее время полным ходом идут эксперименты двоякого характера. Во-первых, идет «очеловечивание» свиньи. В генетический аппарат зародыша свиньи вводится ряд человеческих генов и в результате рождается свинья с тканями, сходными с человеческими, которые совместимы с организмом человека. Имеется мнение, что в начале 21 века в мире будет множество ферм, где будут выращиваться такие, называемые трансгенными, свиньи. Разумеется, что такие свиньи проблему полностью не решают, но они могут решить проблему прекращения острого отторжения органа, а это уже достаточно весомый шаг в сторону трансплантационного прогресса.

Во-вторых, эти опыты также не вызывают единства во взглядах ученых, религиозных деятелей. Есть ученые, предлагающие категорически запретить опыты по выращиванию трансгенных свиней и ксенотрансплантации. Однако многие возражают им и считают, что никакими запретами остановить эти опыты невозможно. Например, Управление по контролю за качеством пищевых продуктов и лекарство США рекомендовало всемерно поддерживать эти эксперименты, но трансплантацию разрешить только через несколько лет, после тщательного изучения всех аспектов проблемы. Примерно такова позиция и ВОЗ.

Уже к настоящему времени во многих странах применяется способ введения ксеногенных клеток в кровь человека для заместительных и лечебных целей (при заболеваниях печени, сахарном диабете и т. д.).

Не вызывает сомнения, что проблема ксенотрансплантации нуждается в очень тщательном изучении, поскольку в большинстве случаев трансплантация крупных органов – серьезная жизнеугрожающая операция. Абсолютно не исключены случаи, когда затратив огромные деньги (нередко сотни тысяч долларов) и сделав ксенотрансплантацию можно оказаться у разбитого корыта – не получить эффекта и потерять больного. Здесь переплетаются серьезные этические и финансовые проблемы. Кроме того, создание очеловеченных животных создает проблемы морально-

религиозного порядка. Нередко можно слышать такие вопросы: как следует относиться к «очеловеченным» животным? Ряд ученых говорят, и не без основания, что любые этические комитеты будут против изменения животных в сторону их приближения к человеку. Мнение ученых основывается на том, что трансгенная инженерия может способствовать появлению на свет нежелательных для человека особей животных. Считается, что, в конечном счете, решение вопроса о ксенотрансплантации будет зависеть от предшествующего изучения и оценки другого вопроса – насколько выгоды от ксенотрансплантации будут превышать риск от нее.

Однако проблемы ксенотрансплантации этим не ограничатся. Не вызывает сомнений, что будут возникать психологические проблемы, как у самого реципиента, так и «осведомленных» соседей. Кто знает, не будут ли наши «добропорядочные» обыватели сторониться или того хуже – пытаться изгнать из дома людей, ну, скажем, со свиньим сердцем, как это некоторые делают нынче с больными СПИДом? Уже в мировой практике есть примеры таких деяний. В мартовском номере престижного киножурнала «Премьер» на весь мир «знающие люди» уверяют, что Арнольду Шварценеггеру вшили свиные клапаны. И комментируют это так: «недаром «один адвокат» назвал Арнольда свиньей, за то, что он гадко шутит с женщинами на сексуальные темы». Так, что «то ли еще будет»! Уж наши российские обыватели с их «высоким» менталитетом не упустят своего!

Против опытов и пересадок органов свиней, без сомнения, будут выступать исламисты, тем более что в ряде арабских стран запрещены даже обычные гомотрансплантации. Например, муфтий Египта Наср Фарид заявляет: «Бог создал нас совершенными (где он это совершенство видел?), и невозможно, чтобы человек вносил свои изменения, пытаясь повторить божественный акт творения». Говорят, что православная церковь пока не высказывает возражения против ксенотрансплантации.

У ксенотрансплантации есть и серьезные медико-биологические проблемы, которые также не могут не иметь отношения к биоэтике. Например, в организме свиньи (по-видимому, и у других животных) есть ретровирусы, которые могут быть переданы человеку вместе с трансплантированным органом, и привести к заражению генома человека с непредсказуемыми последствиями.

КЛЕТОЧНАЯ ТЕРАПИЯ. Заканчивая раздел трансплантологии, нельзя не сказать несколько слов о пересадке клеток, как методе лечения целого ряда заболеваний.

В настоящее время разработан метод пересадки так называемых стволовых клеток с лечебной целью. Они бывают двух типов. **Первый тип – это эмбриональные стволовые клетки.** Рассмотрим кратко их происхождение.

Оплодотворение женской яйцеклетки сперматозоидом (обе эти клетки называются **гаметами**) происходит в верхней части фаллопиевых труб и может наступить в пределах 24-48 часов – именно столько живут сперматозоиды. Оплодотворенная яйцеклетка примерно через 30 часов начинает делиться. Этот процесс носит название **дробления.**

Каждый этап дробления занимает около 10 часов и на начальном этапе идет в кратном порядке – из одной образуются 2 клетки, затем 4; 8; 16; 32 и т.д. Эти клетки обозначаются как **бластомеры.** Зародыш, состоящий из первых двух бластомеров, называется **зиготой** и из нее примерно на 12 день образуется однослойный многоклеточный пузырек-зародыш, заполненный внутри жидкостью, называемый **бластоцистой**. Стадия бластоцисты держится недолго и вскоре переходит в **гаструлу**, в которой примерно на 14-й день появляется так называемая первичная полоска – знаковое морфологическое образование, определяющее тот или иной подход к зародышу со многих позиций.

Дело в том, что в первичной полоске закладываются важные генетико-морфологические образования, которые и определяют плод как человеческое существо. В связи с этим рубеж в 14 дней становятся камнем преткновения для научной работы и получения эмбриональных стволовых клеток для использования в лечебных целях.

Наука и клиническая медицина используют именно эти клетки эмбриона, полученные до 14-го дня развития. Данные клетки также делятся на несколько классов. Бластомеры первых дней называют тотипотентными (от латинского слова totus, totalis – целый, единый). Каждая из этих клеток, пересаженная в матку, может развиться в зародыш (откуда и берутся близнецы - двойняшки, тройняшки, «шестирняшки» и т.д.). До какого дня бластомеры можно считать тотипотентными, можно вычислить по близнецовой истории землян.

Самое большое известное число человеческих близнецов равняется 12 (датчанка Кристин Норбок). Следовательно, тотипотентными будут бластомеры, образовавшиеся в течение 5 первых суток беременности (каждое деление происходит за 10 часов, 10х12 =120 часов, то есть те самые 5 суток).

Из вышесказанного следует, что тотипотентными будут стволовые клетки, полученные в первые 5 суток развития эмбриона. Они обладают уникальными свойствами трансдифференцироваться в любые клетки и органы человека.

После пятого дня зародышевые клетки дифференцируются и уже не способны дать целостный организм. Получаемые после этого срока эмбриональные стволовые клетки называют **плюрипотентными**. Они также сохраняют значительную способность трансдифференцироваться в различные клетки (а, теоретически, и органы) человека. На какой день из эмбриона можно получить этот вид стволовых клеток еще не совсем ясно, но можно предполагать, что этот срок равняется примерно10-12 дням. Как уже говорилось выше, к 14 дню эмбрион переходит в гаструлу, имеющую три слоя клеток. Клетки этих трех слоев уже имеют дифференцированную генетическую информацию. Из наружного (эктодерма) слоя образуется кожи и нервная система человека, из внутреннего (энтодерма) – желудочно-кишечный тракт. Наиболее высокий потенциал генного переключения имеет средний слой (мезодерма). Из нее образуются мышцы, сосуды, органы размножения, выделения, костная система и т.д.

Эмбриональные стволовые клетки могут быть получены и из клеток гаструлы. Они являются уже гораздо более специализированными и могут превращаться лишь в клетки определенных тканей (и органов?). Эти клетки называют **мультипотентными** (хотя, если взять любой словарь латинского языка, то можно убедиться, что pluri (больше) - и multi (много) обычно употребляются как синонимы).

В организме человека (см. ниже) в разных тканях встречается последний вид стволовых клеток, поэтому их еще называют **взрослыми стволовыми клетками**

Многие ученые для научных и терапевтических целей желают использовать эмбриональные стволовые клетки (тоти- и плюрипотентные). Яйцеклетки для таких целей получают следующим образом. 1. Вымывают из матки уже оплодотворенную в фаллопиевой трубе и спустившуюся, но еще не прижившуюся яйцеклетку. 2. Вымывают из матки не оплодотворенную яйцеклетку. Зародыш из этой последней может быть получен двумя методами. 1.Путем оплодотворения ее сперматозоидами «в пробирке» (ЭКО). 2. Метод клонирования.

Эмбриональные стволовые клетки считаются универсальными «запчастями» для ремонта поврежденных тканей организма человека (и, по-видимому, животных). Пересаженные в организм человека, они устремляются к этому месту, и там превращаются именно в те клетки, которые получили повреждение, возмещая их, «латая» ткани. Так, например, считается, что эмбриональные плюрипотентные стволовые клет-

ки могут превращаться в костеобразующие клетки–остеобласты, хондроциты, фибробласты, в мышечные клетки поперечно-полосатых мышц, кардиомиоциты, гепатоциты, холангиоциты и, более того, в нервные клетки – нейроны! Последнее представляет особый интерес, поскольку всегда считалось, что нервные клетки после первых лет жизни никогда не восстанавливаются.

Теоретически можно предполагать, что именно из плюрипотентных стволовых клеток могут быть получены целые органы для пересадок больным людям.

Кроме всего прочего, работа с эмбриональными клетками позволит науке понять многие процессы дифференциации клеток, их дедифференциации, что откроет фантастические перспективы для клеточной и генной терапии многих заболеваний.

К сожалению, работы со стволовыми клетками ныне затруднены. **Дело в том, что эксперименты с человеческими эмбрионами** в мире вызывают ожесточенные споры с точки зрения этических и правовых положений.

В первую очередь проблема эмбриона упирается в позицию Церкви, общества и правительственных организаций разных стран. По данному вопросу имеются довольно противоречивые сообщения. Получить информацию «из первых рук», даже, несмотря на Интернет, трудно, а мнения в литературе нередко высказываются прямо противоположные.

В 2000 году американские ученые из Института репродуктивной медицины им. Джонса, после долгих обсуждений вопроса с юристами, руководителями церковных служб и экспертами в области биоэтики получили для эксперимента 50 яйцеклеток от 12 женщин. Эти яйцеклетки были оплодотворены, содержались в течение 6 суток в особых питательных растворах, затем из них были получены стволовые клетки, которые могли быть использованы в терапевтических целях.

Президент Америки Дж. Буш младший активно поддержал эксперименты с эмбриональными человеческими клетками для терапевтических целей и тут же подвергся резкой критике президента Национальной конференции католических епископов США, который заявил, что Правительство США стало «соучастником преступления».

Следует отметить, что в этом вопросе, все же у американской Церкви не оказалось единодушия. Так, глава Совета Объединенной методистской церкви Джим Уинклер, а также президент влиятельной консервативной «Христианской коалиции» Рэт Робертсон, выступили с заявлением, что поддерживают решение президента Буша, поскольку он разрешил эти исследования ради спасения человеческой жизни.

По одним данным в Великобритании запрещены какие бы то ни было исследования на эмбрионах человека. С другой стороны сообщается, что в январе 2001 года палата лордов приняла решение допустимости использования человеческих эмбрионов с целью получения клеток для лечебных целей при получении официального согласия пары, от которой они получены. Но, даже на это решение также последовали осуждающие заявления представителей многих конфессий, начиная с Папы Римского и кончая далай-ламой. «Человек бросает вызов Богу, он пытается поставить себя выше Бога» – таков был лейтмотив и единственный аргумент церковников.

Однако британский парламент оказался на высоте – он не изменил своего решения. Как заявил лорд Хант – член верхней Палаты Великобритании: «Мы уважаем особый статус человеческого эмбриона, но мы делаем выбор в пользу миллионов больных с недугами, разрушающими их организм». И за этим решением нельзя не признать милосердия, за которое, вроде бы обычно ратует церковь, но в котором она отказывает людям всегда, когда затрагиваются какие-либо ее догматы.

В целом, к 2005 году мнения ряда стран Европы и Америки разделились. Так, в Австрии, Венгрии, Дании, Германии, Норвегии, Испании и Франции изданы законы о запрете работы с человеческими эмбрионами с научно-исследовательскими целями, хотя в ряде из этих стран есть оговорки о возможности работы с письменного разрешения донора яйцеклеток. В Южной Корее эксперименты не запрещены и в 2005 году там проводился ряд исследований, на яйцеклетках, полученных от женщин – добровольцы в возрасте до 30 лет (Медгаз., 200%.62, с.15). С другой стороны в Америке, Англии, Голландии, Швеции и ряде других стран разрешены исследовательские работы с эмбрионами. С Россией вопрос обстоит неясно. Выше, при изложении вопросов клонирования, мы приводили статью о наложении 5-летнего моратория на работы по клонированию. В ней прямо запрещено лишь клонирование человека. Как обстоит дело с работой с человеческими эмбрионами в лечебных целях остается не очень ясным.

В любом случае, **важнейшим этическим условием работы с эмбрионами международные законы считают добровольное информирование согласие лиц, от которых получен первичный материал** и отсутствие финансовой заинтересованности сторон (недопустимость коммерциализации процедуры).

Одной из стран, где эксперименты с зародышами получили довольно широкое распространение, является Италия. В печати имелись сообщения (Врач, 2002, № 8, с. 41), что в Италии имеются 323 центра, работающие в области клонирования и репродуктивных технологий. В 98 центрах практиковалось замораживание сперматозоидов, в 25 – яйцеклеток, в 72 – эмбрионов на разных стадиях развития. В этих центрах к концу 2001 года хранилось при температуре –196^{o}С более 20 тысяч эмбрионов.

Представляется знаковым признаком свободной страны то, что ученые католического Рима не собираются отказываться от экспериментов с замороженными половыми клетками. В этом нет никаких этических или религиозных барьеров, считают итальянские ученые. «Сперматозоид и яйцеклетка – еще не личность», говорит один из них – У. Веронези.

Всемирная Медицинская Ассоциация (Ассамблее 1997 и 1989 гг.) обсуждала вопросы использования клонированных человеческих эмбрионов. В резолюциях было записано, что «клонирование для репликации человеческих существ является недопустимым с этической точки зрения и противоречит принципам человеческого достоинства и целостности».

Она констатирует потенциальные опасности широкого разрешения этой технологии. Например, некоторые женщины могут захотеть забеременеть и делать аборты с целью передать зародышевую ткань родственнику или продать ее. Кроме того, у лиц, участвующих в прерывании беременности, могут оказаться значительные запасы зародышевого материала, который они также могут реализовать с прямой или косвенной выгодой для себя.

Межправительственный комитет по биоэтике ЮНЕСКО (Париж, 2001) не стал запрещать работы с эмбриональными клетками, но призвал государства провести обсуждение возникающих этических проблем и принять национальные правила или законы об использовании эмбриональных стволовых клеток.

В том же году Международный комитет по биоэтике вынес следующее решение: «МКБ признает, что исследования с эмбриональными стволовыми клетками человека являются областью, в отношении которой желательно провести на национальном уровне обсуждение с целью определения позиции, которую следует занять по данной проблеме… При рассмотрении разрешений на предоставление избыточных доимплантационных эмбрионов, полученных в ходе лечения от бесплодия, для прове-

дения исследований с эмбриональными стволовыми клетками в терапевтических целях особое внимание должно уделяться достоинству и правам обоих парентальных доноров эмбрионов».

Конвенция Совета Европы (статья 18) стоит на позиции разрешения работы с эмбрионами для терапевтических целей, но против их использования в исследовательских целях.

С другой стороны имеются и **противники запрета работы с эмбрионами и зародышевыми стволовыми клетками.** Они считают, что **запрет на работы абсолютно не этичен и не правомерен, ибо он нарушает права ученых на свободу исследования, а человека на пользование результатами научного прогресса.** Медицина должна идти в ногу с научным прогрессом и люди должны иметь право пользоваться достижениями медицинской науки. Так, на встрече министров по делам науки в штаб-квартире Юнеско (2001 год) было заявлено о «непреложности свободы исследований», которым должно располагать международное научное сообщество. Они призвали мировое сообщество к широкому, информированному и плюралистическому обсуждению вопросов клонирования, в том числе и для терапевтических целей. Было признано, что и биоэтические нормы должны опираться на демократию.

Основным этическим аргументом запрета использования бластоцист для получения эмбриональных стволовых клеток является тот, что им придается такой же моральный статус, как и человеческой личности и такие же права и защита, как и живорожденным детям (этот вопрос подробно обсуждался в разделе аборта и репродуктивных технологий).

Ю.М.Лопухин и С.Н.Гусев (2004) считают, что данный этический вопрос преодолим. Для этого, при работе с лишние эмбрионами необходимо соблюдение ряда международных этических правил (свободное информированное согласие доноров яйцеклетки, одобрения использования биоэтическими комитетами национального или ведомственного уровня, исключении материальной заинтересованности сторон и открытости проведения исследований. Кроме того, высказывается мнение, что этические проблемы отсутствуют при получении бластоцисты по методологии клонирования.

К сожалению, с мнением авторов о снятии этических проблем в вышеуказанных ситуациях очень трудно согласиться. Во-первых, религиозные деятели категорически против научных исследований с эмбриональными клетками, полученными любым путем. Во-вторых, они против лечебного применения стволовых клеток. Конечно, если делать вид, что конфессиональных проблем не существует, тогда возможно сделать вид, что и этических проблем нет. Кроме того, есть и, в-третьих. Поскольку из зиготы, полученной по методике клонирования, в дальнейшем может быть получен целый организм, эта методика также остается под законодательным запретом.

В 2006 году ученые из американской компании Advanced Cell Technology заявили, что они разработали методику получения стволовых клеток из эмбриона без его разрушения – путем забора из него одной единственной клетки. Из их сообщения, однако неясно, на какой фазе развития эмбриона она бралась. Если речь идет о тотипотентных клетках развитие зародыша до 5 дней), то ясно, что они лукавят. Ведь из такой клетки при его нормальном развитии может получиться целый плод. Если «биопсия» делается после 14 дня, тогда, возможно, что американцы достигли большого успеха, хотя, как уже говорилось выше, религиозных запретов это не снимает. Религиозники против работы со стволовыми клетками, полученными любым путем.

Высказываемое теми же авторами предложение получать яйцеклетки от трупа также не решает никаких проблем. Это те же этические проблемы с Церковью, этические проблемы «автономии и целостности» трупа или необходимости получения согласия у родственников; организационные и законодательные проблемы вскрытия в ближайшие минуты после смерти и многое другое.

Таким образом, решение проблемы использования эмбриональных стволовых клеток пока надо искать в законодательной плоскости, в законодательном разрешении работы с лишними эмбрионами.

Близкими к эмбриональным стволовым клеткам являются фетальные стволовые клетки – то есть клетки, получаемые от абортированных эмбрионов. Эти клетки уже нельзя считать идентичным эмбриональным, о которых говорилось выше. Все же они близки к таковым и являются хорошим материалом для проведения экспериментов на животных, и возможно использования с терапевтическими целями. К сожалению, их использование упирается в те же этические проблемы, особенно Церкви, которая категорически против и абортов и использования фетальных тканей.

Выход ныне найден в использовании стволовых клеток, полученных из пуповинной крови или так называемых **взрослых стволовых клеток.** Последний тип клеток содержится у взрослого человека в крови, костном мозге, соединительной ткани и гладкомышечной ткани.

В настоящее время проводятся интенсивные работы с этим материалом, и имеется надежда, что они могут стать достаточно хорошим материалом для клеточной терапии при целом ряде заболеваний. В эксперименте и, частично в клинике была показана возможность и целесообразность таких трансплантаций в целом ряде случаев тяжелой патологии. При длительно незаживающих переломах введение взрослых стволовых клеток в зону перелома способствовала значительному ускорению заживления. Многочисленные исследователи говорят, что при их введении в зону инфаркта миокарда наблюдается определенный эффект – частичное восстановление погибшего участка мышцы и компенсация сердечной недостаточности. Проведены также эксперименты по лечению инсульта с помощью введения таких клеток. Показана целесообразность их применения при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, онкологических и аутоиммунных заболеваниях, болезни Альцгеймера и Паркинсона, повреждениях позвоночника и спинного мозга и т. д. Такое лечение болезней выделилось в отдельное направление и получило название **восстановительной медицины.**

Возможности терапии ССК были положительно оценены в США, Великобритании, Германии, Японии. Нью Йоркский Цент крови в 2005 году объявил о начале реализации программы (Национальная сеть банков стволовых клеток пуповинной крови» (Вестник службы крови в России, 2005,2,67), По его данным на эти цели в США на 2006 год выделено 15, а на 2007 – 30 млн. долларов. В данном центре банк пуповинной крови был создан еще в 1992 году. За прошедшее время стволовые клетки пуповинной крови получило 1700 пациента в США и 27 других странах, заготовлено более 27000 порций пуповинной крови.

В РАМН также принята программа изучения проблемы СК и уже работает несколько банков, например ОАО «Институт стволовых клеток человека» и др. Кстати, в этих банках (по-видимому, и в зарубежных) уже есть интересная «услуга» - новорожденный через маму «дарит» свои пуповинные стволовые клетки своему тяжело больному папе (разумеется, если это необходимо – и маме).

Европейский Союз (2003) считал, что использование взрослых стволовых клеток не порождает больших этических проблем, и определил принципы, которых необхо-

димо придерживаться при их применении. Это уважение достоинства человека, информированное согласие, уважение частной жизни, конфиденциальность, справедливость, польза и др. Кроме того, по отношению к пациенту обязательно свободное информированное согласие, серьезная оценка соотношения риск/польза и защита его здоровья (исключение передачи опасных вирусов, бактерий, токсинов, сведения к минимуму любого риска).

О том, что проблему стволовых клеток нельзя считать решенной свидетельствует уже то, что в начале 2006 года в Англии собрался очень представительный форум ученых-биологов, биоинженеров, философов, правоведов, правительственных чиновников здравоохранительных министерств из 14 стран мира, на котором они попытались выработать Всемирный единый свод принципов по работе со стволовыми клетками. Они, вроде бы, его выработали и призвали все страны придерживаться этого свода. Однако произойдет ли это? В этом есть очень большие сомнения. Это можно проиллюстрировать сегодняшним положением дел по работе со стволовыми клетками в России.

По материалам отечественных авторов, публикуемым в печати, очень трудно утверждать, что они соблюдают даже ранее разработанные рекомендации Европейского Союза. В работах отечественных авторов практически нет упоминания о получения информированного согласия от донора на выделение стволовых клеток из пуповинной крови (или других тканей) и дальнейшего их использования. Выступая на 2-й Международной конференции «Молекулярная медицина и биобезопасность» академик Н.Бочков сказал, что хотя уже проведены сотни исследований по применению стволовых клеток при различных заболеваниях, в литературе не описан ни один протокол исследования. Естественно, что все результаты этих исследований становятся бездоказательными и, посему, неэтичными.

Более того, сама процедура в России коммерциализована (см. «Медгазету» №4 за 2005 год, с.10), что абсолютно противоречит Международным положениям. Это также свидетельство нарушения в России при работе со стволовыми клетками целого ряда этических проблем (информированного согласия донора на переливание его клеток тому или иному реципиенту, необходимости решений этических комитетов на их применение, недопустимости материальной заинтересованности ни донора, ни тех, кто проводит процедуру (за исключением возмещения затрат на получение и введение стволовых клеток) и др.).

Проблема пересадок стволовых клеток не кончается только этими этическими нарушениями. Нарушается также фундаментальный принцип этики «не навреди», ибо широко применяются технологии, эффективность и безопасность которых окончательно не доказана. Такое положение особо опасно и тем, что эти технологии взяты на вооружение и очень широко и бесконтрольно используются различными мошенниками (см. ту же статью в «Медгазете»), а правоохранительные структуры не предпринимают никаких действий по пресечению таких противозаконных деяний.

При работе с взрослыми стволовыми клетками остается также проблема гистосовместимости. При аллогенной пересадке (а пересадка от другого человека всегда аллогенна) обязательны реакции трансплантат против хозяина и хозяин против трансплантата с развитием реакции отторжения и гибелью клеток. Более того, есть сведения, свидетельствующие о возможности тератогенного действия пересаженных клеток, их участия в развитии атеросклеротических бляшек в сосудах (Медгаз., 2005,62,с.11) Далее, едва ли во всех тех учреждениях, где ныне используются взрослые стволовые клетки, есть условия для их объективной проверки на все вирусы, бактерии и токсичность. В результате их пересадка может оказаться смертельно

опасной для пациента. Следовательно, лечение чужеродными стволовыми клетками может нанести вред реципиенту, то есть нарушает этический принцип «не навреди».

В решении данной проблемы идеальным вариантом является заблаговременная заготовка таких клеток у каждого человека. Для этого человек на каком-то этапе своей жизни (лучше в молодости, так как количество стволовых клеток с возрастом уменьшается) должен сдать небольшой объем своей нормальной ткани, из которой получают культуру стромальных клеток. Последнюю хранят в банке стволовых клеток - благо доказано, что клетки не теряют своих способностей индуцировать различные типы ростовых факторов при длительной криоконсервации. Кроме того, решение проблемы гистосовместимости виделось в уже известном направлении - организации федеральных или всемирных банков таких клеток, по данным которых можно было бы быстро осуществлять подбор совместимых реципиентов. В связи с этим банки стволовых клеток были созданы или создаются во многих странах мира.

Такая организация работы в развитых странах продолжается. О том, насколько она окажется успешной говорить еще очень рано. Для получения истины в научных исследованиях нужно время. А время пока приносит противоречивые сведения. Одни ученые считают метод очень перспективным и сообщают о хороших результатах лечения больных с разнообразными заболеваниями. Другие говорят о противоположных результатах. Уже к 2003 году, при проведении более доказательных исследований, было установлено, что костномозговые стволовые клетки имеют **очень незначительные потенции генного переключения.** Например, они не трансдифференцируются в кардиомиоциты, не приводят к регенерации миокарда. На 30-й день на месте пересадки остаются лишь единичные пересаженные клетки, да и те по форме – типичные округлые кроветворные клетки и несут на себе белок специфичный именно для костномозговых клеток, а не кардиомиоцитов. Это – неопровержимое подтверждение факта отсутствия у таких клеток генной дифференциации в кардиомоциты. В настоящее время, единственным установленным фактом является тот, что костномозговые стволовые клетки способны дифференцироваться в некоторые типы нервных клеток и что это происходит на генетическом уровне. Правда, наука уже ищет пути преодоления этого момента. Израильские ученые разработали методику подсадки к таким стволовым клеткам гена, которые вначале приводит к их дедифференциации, а затем дифференциации в нужном направлении (Мед.газ., 2005,№62, с.15).

Костномозговые стволовые клетки обладают еще меньшей способностью дифференцироваться в клетки различных органов. Более того, пересадки сопровождались и рядом отрицательных последствий – развитием тератом и других опухолей. Вследствие этого за рубежом закрылось множество учреждений, занимающихся получением, хранением и реализацией стволовых клеток.

Таким образом, история повторяется. Заглянув в историю современной медицины, мы можем увидеть там многочисленные примеры, когда вокруг различных методов, способов или средств лечения поднимался шум, методы переживали эпидемию или даже пандемию бума, но на последующую поверку они оказывались несостоятельными. Нет никакого сомнения в том, что нынешний бум стволовых клеток, нынешняя эйфория, охватившая, к сожалению, и многих ученых-медиков, не что иное, как те же «подсадки по Румянцеву», «сыворотки академика Богомольцева», которые наша медицина уже проходила и которые давно ушли в забвение. Тем более что из стволовых клеток ныне открыто выглядывают корпоративные или личные уши. Однако, народ всегда падок на «новое», которое, как уже давным-давно известно, в целом ряде случаев, является хорошо забытым «старым».

С другой стороны, не исключено, что тотипотентные стволовые клетки могут быть «заставлены» (при помощи биохимических или генетических механизмов) дифференцироваться в любые, в том числе и органные клетки. Возможно, что из таких клеток можно получить целые органы с уникальной совместимостью. И тогда перед человечеством действительно открылись бы фантастические возможности для трансплантации. Однако эта проблема не сегодняшнего дня. Особенно потому, что она вновь упирается в проблему эмбриона. Запрет на работу с эмбрионами делает невозможным решение проблемы клонирования органов.

Сказанное показывает неправомерность запрета на работу с эмбрионами. Об этом было заявлено также на форуме в Англии, проведенном в начале 2006 года. Участники встречи призвали власти устанавливать в этой области гибкие правила, чтобы не сдерживать развитие науки, не совершать карательных действий в отношении ученых, желающих изучать стволовые клетки.

Не логичность запретов работы с фетальными стволовыми клетками еще и в следующем. Как уже говорилось выше, для успешности ЭКО пока обязательно создание не менее 3 эмбрионов. Если оплодотворение одним эмбрионом будет успешным, то остальные уничтожаются, то есть, если называть вещи своими именами, попросту убиваются. Выходит, убить можно, а использовать на благо человека – нельзя. Тысячи и тысячи людей ждут пересадок органов, органов этих нет, и ждущие обречены на смерть. И они вправе сегодня воскликнуть: **Ave ecos, morituri te salutant!**

При прижизненном заборе органов возникают чрезвычайно трудные социальные, медицинские и т.д. правонарушающие ситуации. И даже при преодолении этих трудностей спрос всегда будет опережать предложение, не говоря уже о проблеме трансплантационных и посттрансплантационных реакций. И все эти проблемы могут быть успешно решены при терапевтическом клонировании органов из эмбриональных клеток. А это запрещается. Где же тут этос?

Правители мира! Деятели религий! Morituri te non salutant!

Прежде чем закончить изложение данной проблемы следует обратить внимание на еще одну ее сторону. У любознательного читателя при чтении вышеизложенного может возникнуть вопрос: если во многих органах и тканях человека есть «взрослые» стволовые клетки, то зачем нужна еще дополнительная их пересадка? Почему собственные клетки не делают эту «работу», не латают инфарцированный участок сердца, не восстанавливают кожу, кости, нервные клетки и т.д.? Доказательного и исчерпывающего ответа на этот вопрос еще нет. Гипотезы следующие: во-первых, чем старше человек, тем меньше у него таких стволовых клеток, и они не в состоянии произвести полноценное замещение, провести полноценный «ремонт» тканей и органов; во-вторых, с возрастом, особенно в пожилом и старческом возрасте, происходит склероз сосудов, возникают нарушения микроциркуляторном русле и стволовые клетки просто не в состоянии в достаточном количестве проникнуть в пораженные области.

ВЫВОДЫ. 1. Трансплантации органов и тканей – современные высокоэффективные методы врачевания, порождающие при своем исполнении множество этических и юридических проблем.

2. В настоящее время многие этические проблемы, возникающие при получении органов и тканей от живых или умерших лиц, могут считаться решенными (формально, во всяком случае) через медицинское право - в связи с их детальной регламентацией в законодательстве.

3. Не решены и в России остаются чрезвычайно острыми этические вопросы очередности трансплантации органов, платности процедур, а также создания единой

федеральной службы трансплантологии, законодательной базы для преодоления «регионарного эгоизма».

4. В снятии этических вопросов трансплантологии большие перспективы имеют новые медицинские технологии – искусственное выращивание органов и тканей, годных для пересадки.

5. Одним из перспективных приемов в решении этических и юридических проблем трансплантологии является ксенотрансплантация.

6. Чрезвычайно перспективным направлением лечения многих болезней является использование эмбриональных стволовых клеток. До настоящего времени данный вопрос не решен из-за запрета работы с человеческими эмбрионами.

7. Использование взрослых стволовых клеток продолжает широко изучаться в мире, хотя успехи в этом направлении пока довольно скромны.

CONCLUSIONS. 1. Transplantation of organs and tissues is a modern and highly effective method of treatment, arising a lot of ethics and law problems.

2. Currently, many of the ethics problems associated with obtaining organs and tissues from living or dead people may be solved (formally, at least) through the medical law - due to their detailed regulation in the legislation.

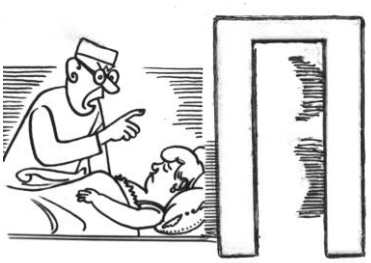
3. Such ethical issues as the priority in transplantation, payment procedures, establishment of the universal federal transplantation service, legislative basis for overcoming "the regional selfishness" are not solved and are extremely pressing in Russia.

4) Such new medical technologies as artificial cultivation of organs and tissues suitable for transplantations have been successfully used recently; they help to avoid ethical issues of transplantation and are of importance.

5. One of the most effective methods of solving ethics and law problems of transplantation is xenotransplantation.

6. Extremely promising area of treatment of many diseases is the use of embryonic stem cells. So far, this issue has not been solved because the work with human embryos is put under ban.

7. The use of adult stem cells does not meet the ethics objections, continues to be widely used, though the success of treatment of disease leaves much to be desired.



РАВА РЕБЕНКА

CHILDS RIHTS

Вопрос о правах ребенка и их нарушении имеет множество аспектов. Всемирная Медицинская Ассоциация неоднократно обсуждала эти вопросы на своих Ассамблеях. В частности многократно обсуждался вопрос о пренебрежении родительским долгом и жестоком обращении с детьми, и принимались «Заявления» (36-я, 1984 г., 41-я, 1989 г., 42-я, 1990 г. и 44-я, 1992 г., Ассамблеи)

Было констатировано, что пренебрежение родительским долгом и жестокое обращение с детьми - одни из наиболее пагубных проявлений семейного насилия и неустроенности. Профилактика и раннее выявление фактов пренебрежения родительским долгом и жестокого обращения с детьми, а также всесторонняя помощь детям - жертвам жестокости - обязанность мирового медицинского сообщества.

В «Заявлении» понятие жестокого обращения с детьми подразумевает физическую, сексуальную или эмоциональную жестокость, а пренебрежение родительским долгом - неспособность родителей или других людей, несущих по закону ответственность за ребенка, обеспечить удовлетворение его нужд и адекватный уход за ним.

ВМА считает, что плохое обращение с детьми является проблемой мирового здравоохранения и считает, что врачи призваны сыграть особую роль в помощи страдающим детям и их неблагополучным семьям.

Врачи первичного звена медицинской помощи (семейные врачи, терапевты, педиатры), скорой помощи, хирурги, психиатры и другие медицинские специалисты должны иметь специальные знания и навыки, необходимые для физикального определения признаков жестокого обращения с детьми, оценки состояния и физического развития детей, умения использовать возможности общества и собственный статус на благо страдающим детям.

Обучение врачей таким знаниям возможно в рамках непрерывного медицинского образования.

Врачи должны уметь оценивать природу и уровень семейных отношений с точки зрения защиты детей. Врачи должны понимать и чувствовать, какие последствия для детей могут иметь качество отношений между родителями, дисциплинарный стиль в семье, ее экономическое положение, эмоциональные проблемы, злоупотребление алкоголем, наркотиками и т. п.

Врачи должны участвовать в профилактике жестокого обращения с детьми на всех уровнях, организуя пре- и постнатальное семейное консультирование, выявляя проблемы в вопросах воспитания и родительской заботы, давая советы по планированию семьи и контролю рождаемости.

Врачам следует организовывать систему профилактики жестокого обращения с детьми путем сестринского патронажа на дому, обучения родителей, адекватного наблюдения за новорожденными и детьми. Врачи должны поддерживать программы, направленные па улучшение здоровья детей и предупреждение жестокого обращения с ними.

Врачи должны отдавать себе отчет в том, что проблема помощи детям - жертвам жестокого обращения - и их семьям требует комплексного подхода. В решении

этой проблемы необходимо участие врачей, юристов, сестринского персонала, педагогов, психологов и работников социальной сферы.

Дискуссий по поводу нарушения врачебной тайны в случаях жестокого отношения к детям быть не может. Первейшая обязанность врача - защитить своего пациента, если он стал или может стать чьей-то жертвой.

В «Заявлении» есть ряд положений, малоприемлимых для российских врачей. Например: подозревая, что ребенок подвергается унижению в семье, врач обязан незамедлительно: (1) поставить в известность о своих предположениях службу защиты детей; (2) госпитализировать каждого ребенка, подвергшегося жестокости и нуждающегося в защите на время периода первичного обследования; (3) проинформировать родителей о диагнозе и сообщить правоохранительным службам о полученных ребенком травмах. Заподозрив факт жестокого обращения с ребенком, врач должен сообщить родителями, что возможность жестокого обращения с ребенком фигурирует в дифференциальном диагнозе. Существенно, чтобы врач был объективен и избегал грубых обвинений и обличения родителей и т. д.

Законодательство должно также защищать врачей, работников здравоохранения и иных служб, принимающих участие в выявлении, ведении и лечении детей, ставших жертвами жестокого обращения.

20 ноября 1989 года ООН приняла «КОНВЕНЦИЮ О ПРАВАХ РЕБЕНКА». В этой конвенции всесторонне обсуждаются проблемы защиты прав ребенка.

В ней указывается, что необходимость в особой защите ребенка была предусмотрена в Женевской декларации прав ребенка 1924 года и Декларации прав ребенка, принятой Генеральной Ассамблеей 20 ноября 1959 года, и признана во Всеобщей декларации прав человека, в Международном пакте о гражданских и политических правах (в частности, в статьях 21 и 24), в Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах (в частности, в статье 10), а также в уставах и соответствующих документах специализированных учреждений и международных организаций, занимающихся вопросами благополучия детей.

По данной декларации «ребенком» считается человеческое существо до достижения 18-летнего возраста, если законодательствами стран не предусмотрены другие определения возраста ребенка. В России возраст «ребенка» ограничен 15 годами, однако здесь возможно действие приоритетности международных законов и нормативных актов.

Конвенция указывает на необходимость обеспечения прав ребенка любой страны, без какой-либо дискриминации, независимо от расы, цвета кожи, пола, языка, религии, политических или иных убеждений, национального, этнического или социального происхождения, имущественного положения, состояния здоровья и рождения ребенка, его родителей или законных опекунов или каких-либо иных обстоятельств.

Конвенция считает, что в действиях любых учреждений, служб, органов и лиц по отношению ребенка первоочередное внимание должно уделяться наилучшему обеспечению интересов последнего.

В то же время Конвенция считает необходимым уважать ответственность, права и обязанности родителей и в соответствующих случаях членов расширенной семьи или общины, если это предусмотрено местным обычаем, опекунов или других лиц, несущих по закону ответственность за ребенка, должным образом управлять и руководить ребенком.

Конвенция считает необходимым направить все усилия на максимально возможную степень выживания и здорового развития каждого ребенка. За каждым ре-

бенком признается его право на сохранение своей индивидуальности, включая гражданство, имя и семейные связи.

Запрещается разлучение ребенка со своими родителями вопреки их желанию, за исключением случаев, когда согласно судебному решению, такое разлучение необходимо в наилучших интересах ребенка. В последнем случае ребенку обеспечивается право личных отношений и прямых контактов с обоими родителями, за исключением случая, когда это противоречит наилучшим интересам ребенка. Если родители ребенка проживают в различных государствах, он имеет право поддерживать на регулярной основе, за исключением особых обстоятельств, личные отношения и прямые контакты с обоими родителями. При этом Государства должны принимать меры борьбы с незаконным перемещением и невозвращением детей из-за границы.

В решении своих вопросов ребенку, способному сформулировать собственные взгляды, обеспечивается полное право свободно выражать эти взгляды по всем вопросам, причем этим взглядам предлагается уделять должное внимание в соответствии с его возрастом и зрелостью. Это касается также и судебных разбирательств.

Конвенция отстаивает право ребенка на свободу мысли, совести и религии. Свобода исповедовать свою религию или веру может подвергаться только таким ограничениям, которые установлены законом и необходимы для охраны государственной безопасности, общественного порядка, нравственности и здоровья населения или защиты основных прав и свобод других лиц.

Ни один ребенок не может быть объектом произвольного или незаконного вмешательства в осуществление его права на личную жизнь, семейную жизнь, неприкосновенность жилища или тайну корреспонденции или незаконного посягательства на его честь и репутацию.

Конвенция считает обязательным наличие и достаточное распространение в социуме информации и материалов, в том числе и международных (детской литературы и т. д.), полезных для ребенка в социальном и культурном отношениях. При этом особое внимание должно быть обращено на языковые потребности ребенка, принадлежащего к какой-либо группе меньшинств.

В деле воспитания ребенка Конвенция считает необходимым признание принципа общей и одинаковой ответственности обоих родителей за его воспитание и развитие. Родители или, в соответствующих случаях, законные опекуны несут основную ответственность за воспитание и развитие ребенка. Если родители работают, им надлежит оказывать надлежащую помощь в выполнении своих обязанностей, для чего необходимо развитие служб и учреждений по уходу за детьми.

Важнейшим положением Конвенции является признание необходимости всех необходимых законодательных, административных, социальных и просветительных мер с целью защиты ребенка от всех форм физического или психологического насилия, оскорбления или злоупотребления, отсутствия заботы или небрежного обращения, грубого обращения или эксплуатации, включая сексуальное злоупотребление, со стороны родителей, законных опекунов или любого другого лица, заботящегося о ребенке.

Ребенок, который временно или постоянно лишен своего семейного окружения или который в его собственных наилучших интересах не может оставаться в таком окружении, имеет право на особую защиту и помощь, предоставляемые государством. Последнее, в соответствии со своими национальными законами обеспечивают замену ухода за таким ребенком. Такой уход может включать передачу на воспитание, «кафала» по исламскому праву, усыновление или, в случае необходимости, помещение в соответствующие учреждения по уходу за детьми. В таком случае

необходимо учитывать его этническое происхождение, религиозную и культурную принадлежность и родной язык.

Все подобные действия должны производиться в полном соответствии с законами.

При возникновении соответствующих условий государства должны обеспечить ребенку, желающему его получить, статус беженца или считающемуся беженцем в соответствии с применимым международным или внутренним правом и процедурами, как сопровождаемому, так и не сопровождаемому его родителями или любым другим лицом, надлежащую защиту и гуманитарную помощь в пользовании применимыми правами

В этой ситуации, при необходимости, следует оказывать содействие любым усилиям Организации Объединенных Наций и других компетентных межправительственных или неправительственных организаций, оказанию ребенку-беженцу помощи в поиске родителей или других членов семьи для его воссоединения с ними.

Все государства должны обеспечивать неполноценному в умственном или физическом отношении ребенку возможность вести полноценную и достойную жизнь в условиях, которые обеспечивают его достоинство, способствуют его уверенности в себе и облегчают его активное участие в жизни общества. При этом необходимо признавать право неполноценного ребенка на особую заботу и поощрять и обеспечивать предоставление ребенку и ответственным за заботу о нем лицам: эффективный доступ к услугам в области образования, профессиональной подготовки, медицинского обслуживания, восстановления здоровья, подготовки к трудовой деятельности и доступа к средствам отдыха, чтобы таким образом обеспечить по возможности полное достижение культурного и духовного развития его личности и вовлечение в социальную жизнь.

Необходимо также обеспечивать право ребенка на пользование услугами системы здравоохранения и средствами лечения болезней и восстановления здоровья, а также благами социального обеспечения, включая социальное страхование.

Государство и родители или другие лица, воспитывающие ребенка, обязаны обеспечивать права ребенка на уровень жизни, необходимый для физического, умственного, духовного, нравственного и социального его развития, за что все эти субъекты несут ответственность. Государства в пределах своих возможностей принимают необходимые меры по оказанию помощи родителям и другим лицам, воспитывающим детей,

Государство обязано принимать меры для обеспечения детям бесплатного и обязательного начального образования; поощрять меры по развитию различных форм среднего общего и профессионального образования, а также доступность высшего образования для всех, на основе способностей каждого, с помощью всех необходимых средств. При этом государство должно принимать меры по содействию регулярному посещению школ и снижению числа учащихся, покинувших ее

В тех государствах, где существуют этнические, религиозные или языковые меньшинства или лица из числа коренного населения, ребенку, принадлежащему к таким меньшинствам или коренному населению, не может быть отказано в праве совместно с другими членами своей группы пользоваться своей культурой, исповедовать свою религию и исполнять ее обряды, а также пользоваться родным языком.

Государству необходимо обеспечить защиту ребенка от экономической эксплуатации и от выполнения любой работы, которая может представлять опасность для его здоровья или служить препятствием в получении им образования, либо наносить ущерб его здоровью и физическому, умственному, духовному, моральному и социальному развитию. Должны быть установлены: минимальный возраст или

минимальные возрасты для приема на работу; продолжительность рабочего дня и условия труда: предусматривают соответствующие виды наказания или другие санкции для обеспечения эффективного осуществления этих требований.

Государства должны принимать законодательные, административные и социальные меры для того, чтобы защитить детей от употребления наркотических средств и психотропных веществ и не допустить использования детей в противозаконном производстве таких веществ и торговле ими.

Необходимы также соответствующие меры по защите ребенка от всех форм сексуальной эксплуатации и сексуального совращения.

Государства на национальном и международном уровнях должно принимать все необходимые меры для предотвращения похищения детей, торговли детьми или их контрабанды в любых целях и в любой форме.

Конвенция полагает недопустимым, чтобы ребенок был подвергнут пыткам или другим жестоким, бесчеловечным или унижающим достоинство видам обращения или наказания. Ни смертная казнь, ни пожизненное тюремное заключение, не предусматривающее возможности освобождения, не должно назначаться за преступления, совершенные лицами моложе 18 лет; ни один ребенок не может быть лишен свободы незаконным или произвольным образом. Арест, задержание или тюремное заключение ребенка осуществляются согласно закону и используются лишь в качестве крайней меры и в течение как можно более короткого соответствующего периода времени; каждый лишенный свободы ребенок должен быть отделен от взрослых, если только не считается, что в наилучших интересах ребенка этого делать не следует, и иметь право поддерживать связь со своей семьей путем переписки и свиданий, за исключением особых обстоятельств; каждый лишенный свободы ребенок имеет право на незамедлительный доступ к правовой и другой соответствующей помощи, а также право оспаривать законность лишения его свободы перед судом или другим компетентным, независимым и беспристрастным органом и право на безотлагательное принятие ими решения в отношении любого такого процессуального действия.

За ребенком признается презумпция невиновности, пока его вина не будет доказана согласно закону.

Согласно своим обязательствам по международному гуманитарному праву, связанным с защитой гражданского населения во время вооруженных конфликтов, государства должны принимать все возможные меры с целью обеспечения защиты затрагиваемых вооруженным конфликтом детей.

Государства, поддерживающие Конвенцию, создали Комитет по правам ребенка, который контролирует выполнение ее положений. Комитет наделен широкими полномочиями и работает в тесном содружестве с Детским фондом Организации Объединенных Наций и другим компетентными органами.

Со дня принятия Конвенции прошло 12 лет, со дня ратификации ее Верховным Советом СССР- 11. Уже после падения СССР и образования Российской Федерации принято более ста правовых нормативных актов и десятки целевых программ федерального и местного значения по правам ребенка и их реализации. Но, как известно, между декларацией прав и их реализацией – «дистанция огромного размера». Каково же сегодня положение детей в РФ с точки зрения положений этой Конвенции? Положение это, пожалуй, лучше всего можно характеризовать знаменитым черномырдинским афоризмом: «хотели как лучше, а получилось как всегда». Как всегда было в России, за исключением периода существования СССР, когда права детей, действительно, охранялись по настоящему.

Справедливости ради следует сказать, что, если подойти к вопросу по большому счету, можно считать, что примерно у 80% детей в России в той или иной мере эти права соблюдаются. К сожалению, одновременно имеются и другие факты. Факты грубейшего попрания прав у миллионов детей.

Проблема прав ребенка впрямую связана с правами человека вообще. Как пишет Игорь Карлинский, «ни для кого не секрет, что проблема прав человека для России сегодня не менее актуальна, чем в самые темные годы канонизированного ныне царизма или невнятно развенчанного социализма… Нормативное обеспечение гарантированных Конституцией прав и свобод человека и гражданина обставляет их реализацию таким количеством бюрократических рогаток, «но», «если», «только при условии», «по усмотрению» и всевозможных лукавых формулировок, имеющих множественные толкования, что, по сути, превращается в своеобразное «игольное ушко», через которое не то что верблюду, но и муравью проползти тяжко».

Следует заметить, что права ребенка - больная тема не только в России. Процесс их осознания, признания и реального воплощения нелегок во всем мире. Тем не менее, ссылка на другие страны ничуть не приближает нас к решению проблемы в нашей собственной стране.

Как отмечалось выше, пренебрежение родительским долгом и жестокое обращение с детьми ООН считает одним из самых тяжелых нарушений прав ребенка. Между тем, в России, к сожалению, пренебрежение родительским долгом и насилие в отношении несовершеннолетних детей - физическое, психологическое, сексуальное - в семье, школе, закрытых воспитательных учреждениях остаются одним из самых массовых. Сегодня это явление стало таким массовым, что уже не осознается ни обществом, ни гражданами России как преступление и воспринимается как норма. Показатель серьезности этой проблемы - растущая год от года армия беспризорных (уличных) детей.

Никаких точных сведений о размерах этой беды у нас нет. Но, кое-какие данные можно почерпнуть из наших СМИ. Несмотря на разнобой, все же в совокупности эти данные отражают имеющую место реальную картину.

НТВ в передаче в 22 часа 27 декабря 2000 сообщало, что только в Москве за 2000 года было задержано более 26 тысяч бездомных детей. Это только те, кто был задержан. Масштабы бродяжничества, бездомности по всей стране ныне огромны. Журналист Людмила Мазурова писала: «Число беспризорников в различных средствах массовой информации колеблется от 130 тысяч до 5 миллионов…По большому счете именно максималистский подход и верен». Кемеровский губернатор Амана Тулеева чуть раньше как раз и называл такие цифры - что в стране сегодня от 2 до 5 миллионов бездомных и беспризорных (АиФ, № 31, за август 2000). . Больше, чем было после гражданской и Отечественной войн. **Можно себе представить, что же испытывают эти дети дома или в детских учреждениях, чтобы предпочесть им улицу со всеми ее проблемами?**

По оценкам Минтруда у около 1 миллиона безнадзорных детей родители алкоголики. И, разумеется, что они никакого представления о родительском долге не имеют.

По данным того же Амана Тулеева каждый год в России 2000 детей кончают жизнь самоубийством. На 2000 год в стране было 45 тысяч несовершеннолетних заключенных. Сотни тысяч детей стали наркоманами. Та же Л. Мазурова обнародовала сведения, по которым в 2000 году почти 20 тысяч младенцев умерли, не прожив и года. Основная причина – аномалии развития, связанные с нищетой и плохим питанием их мам во время беременности.

В нашей стране нарушается не только Конвенция о правах ребенка, нарушается

и Конституция РФ. В Конституции закреплено право на образование. На самом же деле, по данным Л. Мазуровой, 3% детей в РФ никогда нигде не обучались.

Таким образом, миллионы детей и подростков стали изгоями нашего общества и для всех них эти законы о правах ребенка – не более чем пустой звук.

В 1973 году я был в Египте, а в 1977 году в Индии. И там, и там я видел ужаснувшую меня тогда картину. В любом регионе этих стран дети возраста от 5 до 15 лет выполняли самую разнообразную, зачастую непосильную работу. Начиная с 1991 года мы ускоренными темпами догоняем эти страны по данной проблеме. В нашей стране все большее распространение получает эксплуатация детского труда. Любой из нас, кроме больших господ, ходит на рынки и торговые зоны, ездит на заправки. И видит там, в любое время дня, занятых на разгрузке машин, подноске товара и других вспомогательных работах, работающих заправщиками машин детей всех возрастов. Разумеется, что такая практика не вписывается, ни в какие правовые рамки. Но и это еще не все. Зачастую дети–рабочие за этот труд получают мизерное вознаграждение. А ведь записано в Конвенции (см. выше), которую подписала и Россия, что государству необходимо обеспечить защиту ребенка от экономической эксплуатации и от выполнения любой работы, которая может представлять опасность для его здоровья или служить препятствием в получении им образования, либо наносить ущерб его здоровью и физическому, умственному, духовному, моральному и социальному развитию. Должны быть установлены: минимальный возраст или минимальные возрасты для приема на работу; продолжительность рабочего дня и условия труда: предусматривают соответствующие виды наказания или другие санкции для обеспечения эффективного осуществления этих требований. Законы такого характера у нас есть, но они, к сожалению, как и многие другие, не работают.

«Большое распространение получили сексуальная эксплуатация несовершеннолетних, в том числе малолетних, детей, детское порно- и проституция, особенно мальчиковая. Детское порно - одна из наиболее доходных статей криминального бизнеса. Видеокассеты с этими фильмами распространяются не только в России, но и «экспортируются» за рубеж». (И. Карлинский).

В нашей стране очень не любят лиц, трудящихся на ниве охраны прав человека. Поэтому некоторые люди могут относиться скептически к их данным. Однако данные других, весьма солидных организаций России ничуть не лучше вышеприведенных.

Вот данные 2003 года. В том году в Москве состоялся 2-й Российский форум «Дети и лекарства». Его организаторы – Союз педиатров России, Комитет Госдумы РФ по охране здоровья и спорту, Международный фонд матери и ребенка, Научный центр здоровья детей РАМН. Едва ли эти организации можно заподозрить в необъективности. Так, вот данные с этого форума.

«В настоящее время в России 617 тысяч детей-инвалидов, причем 40% из них – по нервно-психическим заболеваниям». «Сегодня 70% подростков страдает хронической патологией». «За последние 10 лет более чем в 2 раза возросла заболеваемость детей алкоголизмом, в 3 раза – токсикоманиями, в 20 раз – наркоманиями». «1,5 млн. подростков нигде не учатся, более 28 тысяч находятся в колониях для несовершеннолетних». «Число детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, превышает 685 тысяч». «По данным Генеральной прокуратуры РФ, 40% выпускников государственных сиротских учреждений в дальнейшем становятся алкоголиками и наркоманами, 40% - преступниками, 10% кончают жизнь самоубийством».

Едва ли с 2003 года эти цифры улучшились, а, если и улучшились, то только в худшую сторону. Нужны ли здесь комментарии.

По информации независимых экспертов, около 4,5% детей в Российской Федерации страдают психическими расстройствами. Согласно действующим нормативным актам, детей с умственными, интеллектуальными, психическими нарушениями не берут в детские сады, общеобразовательные школы, а часто и во вспомогательные школы, т. е. на таких детей не распространяется Закон РФ «Об образовании». В результате происходит изоляция детей-инвалидов от общества с минимальными попытками обучить их чему-либо, даже навыкам самообслуживания. Их или помещают в специальные (коррекционные) классы общеобразовательных школ без согласия законных представителей и при отсутствии заключения психолого-педагогической комиссии или помещают в психоневрологические интернаты. Судьба детей, помещаемых в эти интернаты системы Министерства труда и социального развития Российской Федерации особенно печальна.

В специальном докладе О. Миронова, уполномоченного по правам человека в РФ, обстановка в этих учреждениях далека от нормального состояния. Например, по информации Общества родственников душевнобольных "Поддержка", даже в московском психоневрологическом интернате № 23 больным запрещено иметь какие-либо вещи, даже карандаши и книги. В палатах, закрывающихся металлическими дверями с маленькими окошками тюремного типа, нет даже тумбочек и стульев. Что уж говорить об учреждениях такого типа, дислоцированных в российской глубинке.

По данным Президента межрегиональной общественной организации помощи детям с особенностями психоречевого развития и их семьям «Дорога в мир» Е. И. Леоновой, ситуация в закрытых детских психоневрологических интернатах может быть охарактеризована как нарушение прав человека.

В настоящее время в России 2 млн. детей-инвалидов – по оценкам неправительственных организаций, или чуть больше 564 тысяч – по официальным сведениям. В психоневрологических интернатах по официальным сведениям содержится 30 тысяч детей. Как показывают исследования, адаптироваться и самостоятельно существовать после выпуска из таких интернатов могут только 1% детей. Адаптация выпускников вспомогательных школ-интернатов (школ 8-го вида) составляет 15%, с учетом того, что в этих школах занимаются не только дети, оставшиеся без попечения родителей, но и дети, проживающие в семьях. Из этого можно сделать вывод, что эффективность деятельности закрытых учебных учреждений по социальной адаптации детей, воспитываемых вне семей, крайне низка.

Кроме того, одним из главных нарушений прав психически больного ребенка является то, что он не имеет возможности получить своевременную и адекватную помощь. Особенно трудным является положение детей с пограничными состояниями, при которых психические нарушения грубо не выражены и плохо различаются. Это состояния, при которых надо понять, к примеру, почему ребенок плохо учится - то ли он просто ленится, то ли он болен и у него внутренний стресс, который он не может иначе выразить. Учреждения, где такие дети могут получить квалифицированное обследование, единичны. И это в последующем приводит к тяжким последствиям.

В России в настоящее время имеется огромное количество людей, доходы которых нередко более чем вдвое ниже официально объявленного прожиточного минимума. В том числе и матери–одиночки, которые нередко и получают ту самую зарплату, составляющую 1/3 от прожиточного минимума. А пособие на ребенка составляет 70 рублей в месяц. В магазине сегодня коробка конфет не очень высокого класса стоит столько же, если не больше. О каком обеспечении государством прав ребенка на уровень жизни, необходимый для физического, умственного, духовного, нравственного и социального его развития можно тут говорить?

ВЫВОДЫ: 1. Обеспечение прав ребенка – один из важных разделов биоэтики.

2. Наряду с правительственными и неправительственными общественными организациями, в обеспечении прав детей должны участвовать и медицинские работники.

3. В настоящее время в России сложились и продолжают усугубляться экономические и социальные условия, при которых нарушаются права детей на кров над головой, образование, воспитание, медицинскую помощь. Это выражается в появлении за последние 10-12 лет сотен тысяч (или миллионов) бездомных детей, занимающихся бродяжничеством. Такое положение наносит непоправимый физический и умственный вред всем этим детям.

4. По многим параметрам не обеспечиваются права психически неполноценных детей.

5. Огромное число детей в России занято на различной, порой непосильной работе с мизерным вознаграждением. Государство не обеспечивает защиту таких детей от экономической эксплуатации. Нередко эти дети-рабочие лишены возможности получения образования, физического, умственного, духовного, нравственного и социального развития.

6. Значительное распространение получила в России детская наркомания и алкоголизм. Это связано с утерей государством монополии на торговлю алкоголем, его легкую доступность, а также социальные факторы, способствующие распространению наркомании и алкоголизма.

7. Почти для 1/3 детей положения Конвенции о правах ребенка, принятой ООН и ратифицированной Россией, остаются не более чем декларативными пожеланиями.

CONCLUSIONS: 1. Maintenance of the rights of the child – one of the important sections of bioethics.

2. Alongside with the governmental and nongovernmental public organizations, in maintenance of the rights of children should participate and medical workers.

3. Now in Russia have developed and economic and social conditions at which the rights of children on кров above a head are broken, formation, education, medical aid continue to be aggravated. It is expressed in occurrence for last 10-12 years of hundreds thousand (or millions) the homeless children, engaged by vagrancy. Such position puts irreparable physical and intellectual harm to all these children.

4. On many parameters the rights of mentally defective children are not provided.

5. The huge number of children in Russia is borrowed on various, at times to excessive work with scanty compensation. The state does not provide protection of such children against economic operation. Quite often these children-workers are deprived an opportunity of reception of formation, physical, intellectual, spiritual, moral and social development.

6. Significant distribution was received in Russia with children's narcotism and alcoholism. It is connected with loss the state of monopoly for trade in alcohol, its easy availability, and also the social factors promoting distribution of a narcotism and alcoholism.

7. Almost for 1/3 children of position of the Convention on the rights of the child, the accepted United Nations and the ratified Russia, remain no more than declarative wishes.



ТИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

ETHICAL AND LAW PROBLEMS Of THE PSYCHIATRY

Организация Объединенных Наций считает, что защита прав и свобод граждан, страдающих психическими расстройствами, является важным аспектом этической и правовой деятельности любого государства. Еще 17 декабря 1991 года Генеральная Ассамблея ООН утвердила резолюцию «Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи», где провозглашается, что все нуждающиеся в этом лица имеют право на психиатрическую помощь, которая является частью системы здравоохранения, образования и социального обслуживания.

В то же время известно, что в СССР допускалось использование судебно-психиатрических учреждений в целях решения политических задач. При этом абсолютно здоровые люди, высказывающие критические взгляды в отношении различных сторон социального строя, могли быть принудительно помещены в психиатрические учреждения и также принудительно подвергнуты судебно-психиатрической экспертизе, тяжкому принудительному спецлечению. Таких дел было достаточно много, но одним из самых громких оказалось дело диссидента Владимира Константиновича Буковского. Кроме того, имелся целый ряд отрицательных аспектов в оказании помощи психиатрическим больным в нашей стране.

Эти явления вызывали большой резонанс и многочисленные акции протеста во всем мире. Всесоюзное Общество психиатров было исключено из Всемирной ассоциации.

Все это привело к тому, что в последние годы в России был принят ряд законов и программ, направленных на улучшение психиатрической помощи и защиту прав человека и психиатрических больных. Так, **2 июля 1992 года в РФ был принят «ЗАКОН О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ГАРАНТИЯХ ПРАВ ГРАЖДАН ПРИ ЕЕ ОКАЗАНИИ» (№ 3185-I), подтвержденный затем 21 июля 1998 г. за № 117-ФЗ).**

Главной целью данного закона было обеспечение прав лиц, страдающих психическими расстройствами и упорядочение оказания психиатрической помощи. В одном из первых статей закона устанавливается, что взрослым (совершеннолетним) **психиатрическая помощь в РФ оказывается при добровольном обращении лица или с его согласия**, за исключением случаев, предусмотренных в этом законе. Несовершеннолетним (в возрасте до 15 лет), а также лицам, признанным в установленном законом порядке недееспособными, психиатрическая помощь оказывается по просьбе или с согласия их законных представителей в порядке, предусмотренном этим же законом. Далее в законе фиксируются права больных. Прежде всего, закон устанавливает, что лица, страдающие психическими расстройствами, обладают всеми правами и свободами граждан, предусмотренными Конституцией Российской Федерации, Конституциями республик в составе Российской Федерации, законодательством Российской Федерации и республик в составе Российской Федерации. Ограничение прав и свобод граждан, связанное с психическим расстройством, допустимо лишь в случаях, предусмотренных законами Российской Федерации.

Закон предусматривает следующие общие права:

уважительное и гуманное отношение, исключающее унижение человеческого достоинства; получение информации о своих правах, а также в доступной для них форме и с учетом их психического состояния информации о характере имеющихся у них психических расстройств и применяемых методах лечения; оказание психиатрической помощи в наименее ограничительных условиях, по возможности по месту жительства; содержание в психиатрическом стационаре только в течение срока, необходимого для обследования и лечения; обеспечение всех видов лечения (в том числе санаторно-курортное) по медицинским показаниям; оказание психиатрической помощи в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям; предварительное согласие и отказ на любой стадии от использования в качестве объекта испытаний медицинских средств и методов, научных исследований или учебного процесса, от фото-, видео- или киносъемки; приглашение по их требованию любого специалиста, участвующего в оказании психиатрической помощи, с согласия последнего для работы во врачебной комиссии по вопросам, регулируемым законом; помощь адвоката, законного представителя или иного лица в порядке, установленном законом.

Кроме того, для больного, находящегося в психиатрическом стационаре, предусматриваются следующие конкретные права (статья 37):

обращаться непосредственно к главному врачу или заведующему отделением по вопросам лечения, обследования, выписки из психиатрического стационара и соблюдения прав, предоставленных настоящим Законом;

подавать без цензуры жалобы и заявления в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру, суд и адвокатуру;

встречаться с адвокатом и священнослужителем наедине;

исполнять религиозные обряды, соблюдать религиозные каноны, в том числе пост, по согласованию с администрацией иметь религиозные атрибутику и литературу;

выписывать газеты и журналы;

получать образование по программе общеобразовательной школы или специальной школы для детей с нарушением интеллектуального развития, если пациент не достиг 18 лет;

получать наравне с другими гражданами вознаграждение за труд в соответствии с его количеством и качеством, если пациент участвует в производительном труде.

Кроме того, пациенты имеют также следующие права, **которые могут быть ограничены по рекомендации лечащего врача заведующим отделением или главным врачом в интересах здоровья или безопасности пациентов, а также в интересах здоровья или безопасности других лиц:**

вести переписку без цензуры;

получать и отправлять посылки, бандероли и денежные переводы;

пользоваться телефоном;

принимать посетителей;

иметь и приобретать предметы первой необходимости, пользоваться собственной одеждой.

Платные услуги (индивидуальная подписка на газеты и журналы, услуги связи и так далее) осуществляются за счет пациента, которому они предоставляются.

В соответствии со статьей 38 для защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах государством должна быть создана независимая от орга-

нов здравоохранения служба защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах.

Представители этой службы защищают права пациентов, находящихся в психиатрических стационарах, принимают их жалобы и заявления, которые разрешают с администрацией данного психиатрического учреждения либо направляют в зависимости от их характера в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру или суд.

Закон запрещает ограничение прав и свобод лиц, страдающих психическими расстройствами, только на основании психиатрического диагноза, фактов нахождения под диспансерным наблюдением в психиатрическом стационаре либо в психоневрологическом учреждении для социального обеспечения или специального обучения. Должностные лица, виновные в подобных нарушениях, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации и республик в составе Российской Федерации.

Закон предусматривает возможность временного (на срок не более пяти лет и с правом последующего переосвидетельствования) признания врачебной комиссией непригодным человека, вследствие психического расстройства, к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности. Однако даже такое решение может быть оспорено болеющим через суд.

При оказании ему психиатрической помощи гражданам предоставляется право приглашать по своему выбору представителя для защиты своих прав и законных интересов. Таким представителем может быть адвокат. Порядок приглашения адвоката и оплаты его услуг предусматривается законодательством Российской Федерации.

Закон предусматривает охрану частной жизни пациента и неразглашение сведений о его психической болезни. Предоставления сведений о состоянии его психического здоровья либо обследования его врачом-психиатром допускаются лишь в случаях, установленных законами Российской Федерации.

Сведения о наличии у гражданина психического расстройства, факты об обращения за психиатрической помощью и лечении в учреждении, оказывающем такую помощь, а также иные сведения о состоянии психического здоровья являются врачебной тайной и охраняются законом. По просьбе больного либо его законного представителя им могут быть предоставлены сведения о состоянии психического здоровья данного лица и об оказанной ему психиатрической помощи.

В законе имеется чрезвычайно важная статья, гласящая, что **диагноз психического расстройства ставится только в соответствии с общепризнанными международными стандартами и не может основываться только на несогласии гражданина с принятыми в обществе моральными, культурными, политическими или религиозными ценностями либо на иных причинах, непосредственно не связанных с состоянием его психического здоровья.**

Для объективизации оказания психиатрической помощи, 21 статья закона гласит, что врач - психиатр независим в своих решениях и руководствуется только медицинскими показаниями, врачебным долгом и законом.

Важной статьей закона является статья 11, гласящая, что лечение лица, страдающего психическим расстройством, проводится **после получения его письменного согласия**, за исключением случаев, предусмотренных законом.

Согласно статье 28, основаниями для госпитализации в психиатрический стационар являются а) наличие у лица психического расстройства и решение врача - психиатра о проведении обследования или лечения в стационарных условиях либо постановление судьи; б) необходимость проведения психиатрической экспертизы в

случаях и в порядке, установленных законами Российской Федерации. Постановление судьи в десятидневный срок со дня вынесения может быть обжаловано лицом, помещенным в психиатрический стационар.

Несовершеннолетний в возрасте до 15 лет помещается в психиатрический стационар по просьбе или с согласия его родителей или иного законного представителя. Лицо, признанное в установленном законом порядке недееспособным, помещается в психиатрический стационар по просьбе или с согласия его законного представителя.

Полученное согласие на госпитализацию оформляется записью в медицинской документации за подписью лица или его законного представителя и врача - психиатра.

Статья 29 закона предусматривает возможность госпитализации в психиатрический стационар **в недобровольном порядке, без его согласия или без согласия его законного представителя до постановления судьи**, если его обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обусловливает:

а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или

б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или

в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Кроме того психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя, если обследуемый находится под диспансерным наблюдением по основаниям, предусмотренным частью первой статьи 27 настоящего Закона, которая гласит: диспансерное наблюдение может устанавливаться за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями.

Согласно статье 24 психиатрическое освидетельствование лица без его согласия или без согласия его законного представителя может быть проведено:

1. В случаях, предусмотренных пунктом «а» части четвертой и частью пятой статьи 23 настоящего Закона, решение о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя **принимается врачом - психиатром самостоятельно.**

2. В случаях, предусмотренных пунктами «б» и «в» части четвертой статьи 23 настоящего Закона, решение о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя принимается врачом - психиатром **с санкции судьи.**

Статья 32 определяет, что лицо, помещенное в психиатрический стационар по основаниям, предусмотренным статьей 29 настоящего Закона, подлежит обязательному освидетельствованию в течение 48 часов комиссией врачей - психиатров психиатрического учреждения, которая принимает решение об обоснованности госпитализации. В случаях, когда госпитализация признается необоснованной и госпитализированный не выражает желания остаться в психиатрическом стационаре, он подлежит немедленной выписке.

Если признается, что госпитализация лица, помещенного в стационар в недобровольном порядке обосновано, то такой больной в течение первых шести месяцев не реже одного раза в месяц подлежит освидетельствованию комиссией врачей - психиатров психиатрического учреждения для решения вопроса о продлении госпитализации. При продлении госпитализации свыше шести месяцев освидетельствования комиссией врачей - психиатров проводятся не реже одного раза в шесть месяцев.

По истечении шести месяцев с момента помещения лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке заключение комиссии врачей - психиатров о необходимости продления такой госпитализации направляется администрацией психиатрического стационара в суд по месту нахождения психиатрического учреждения. Судья своим постановлением может продлить госпитализацию. В дальнейшем решение о продлении госпитализации лица, помещенного в психиатрический стационар в недобровольном порядке, принимается судьей ежегодно.

Выше уже говорилось, что закон требует уважительного и гуманного отношения к психически больным лицам, которое бы исключало унижение человеческого достоинства

Меры физического стеснения и изоляции при недобровольной госпитализации и пребывании в психиатрическом стационаре применяются только в тех случаях, формах и на тот период времени, когда, по мнению врача - психиатра, иными методами невозможно предотвратить действия госпитализированного лица, представляющие непосредственную опасность для него или других лиц, и осуществляются при постоянном контроле медицинского персонала. О формах и времени применения мер физического стеснения или изоляции делается запись в медицинской документации.

Закон предусматривает также возможные случаи участия милиции в недобровольной госпитализации. Сотрудники милиции обязаны оказывать содействие медицинским работникам при осуществлении недобровольной госпитализации и обеспечивать безопасные условия для доступа к госпитализируемому лицу и его осмотра. В случаях необходимости предотвращения действий, угрожающих жизни и здоровью окружающих со стороны госпитализируемого лица или других лиц, а также при необходимости розыска и задержания лица, подлежащего госпитализации, сотрудники милиции действуют в порядке, установленном Законом РСФСР «О милиции».

Закон обязывает врачей-психиатров работать с госпитализированными пациентами по принципу информированного согласия - предоставлять страдающему психическим расстройством, в доступной для него форме и с учетом его психического состояния информацию о характере психического расстройства, целях, методах, включая альтернативные, и продолжительности рекомендуемого лечения, а также о болевых ощущениях, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах. О предоставленной информации делается запись в медицинской документации.

В отдельных случаях статья 13 закона допускает проведение принудительных мер медицинского характера в психиатрических учреждениях без согласия лица, страдающего психическим расстройством, или без согласия его законного представителя. Принудительные меры медицинского характера применяются **по решению суда** в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния, по основаниям и в порядке, установленным Уголовным кодексом Российской Федерации и Уголовно-процессуальным кодексом РСФСР.

Лицо, страдающее психическим расстройством, или его законный представитель имеют право отказаться от предлагаемого лечения или прекратить его, за исключением ситуаций, предусмотренных в статье 13.

Законом регулируются также вопросы медицинского освидетельствования на наличие психического заболевания. В статье 23 записано что психиатрическое освидетельствование проводится для определения: страдает ли обследуемый психическим расстройством, нуждается ли он в психиатрической помощи, а также для решения вопроса о виде такой помощи.

Психиатрическое освидетельствование, а также профилактические осмотры проводятся по просьбе или с согласия обследуемого; в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет - по просьбе или с согласия его родителей либо иного законного представителя; в отношении лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, - по просьбе или с согласия его законного представителя.

Действия медицинских работников, иных специалистов, работников социального обеспечения и образования, врачебных комиссий, ущемляющие права и законные интересы граждан при оказании им психиатрической помощи, могут быть обжалованы по выбору лица, приносящего жалобу, непосредственно в суд, а также в вышестоящий орган (вышестоящему должностному лицу) или прокурору в месячный срок, исчисляемый со дня, когда лицу стало известно о совершении действий, ущемляющих его права и законные интересы. лицу, пропустившему срок обжалования по уважительной причине, пропущенный срок может быть восстановлен органом или должностным лицом, рассматривающим жалобу.

Жалобы на действия медицинских работников, иных специалистов, работников социального обеспечения и образования, а также врачебных комиссий, ущемляющие права и законные интересы граждан при оказании им психиатрической помощи, рассматриваются судом в порядке, предусмотренном главой 24. 1 Гражданского процессуального кодекса РСФСР и настоящей статьей.

Расходы, связанные с рассмотрением жалобы в суде, несет государство.

Жалоба, поданная в вышестоящий орган (вышестоящему должностному лицу), должна быть рассмотрена в десятидневный срок.

Контроль за деятельностью учреждений и лиц, оказывающих психиатрическую помощь, осуществляют органы местного самоуправления.

Контроль за деятельностью психиатрических и психоневрологических учреждений осуществляют федеральные, республиканские (республик в составе Российской Федерации), автономной области, автономных округов, краевые, областные, городов Москвы и Санкт-Петербурга органы здравоохранения, социального обеспечения и образования, а также министерства и ведомства, имеющие такие учреждения.

Надзор за соблюдением законности при оказании психиатрической помощи осуществляется Генеральным прокурором Российской Федерации, прокурорами республик в составе Российской Федерации и подчиненными им прокурорами.

Кроме того, общественные объединения врачей - психиатров, иные общественные объединения в соответствии со своими уставами (положениями) могут осуществлять контроль за соблюдением прав и законных интересов граждан по их просьбе или с их согласия при оказании им психиатрической помощи.

В последующем Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» был дополнен Федеральной целевой программой «Неотложные меры по совершенствованию психиатрической помощи (1995 - 1997 годы)», утвержденной постановлением Правительства РФ от 20 апреля 1995 г. N 383.

Каково же сегодня положение в России с оказанием помощи гражданам, страдающим психическими расстройствами?

Уполномоченный по правам человека в Российской Федерации О. Миронов довольно детально проверил состояние оказания психиатрической помощи в РФ и

сделал специальный доклад по данному вопросу в1999 г. Главным выводом Миронова остается тот, что принятие закона о психиатрической помощи и других актов не повлекло за собой положительных изменений государственной политики России в отношении граждан, страдающих психическими расстройствами.

В докладе говорится, что в настоящее время состояние психического здоровья населения Российской Федерации характеризуется отрицательными показателями. По данным Министерства здравоохранения Российской Федерации, за последнее десятилетие число инвалидов вследствие психических расстройств возросло более чем на треть и составляет около 700 тыс. человек. Большинство из них являются инвалидами 1-ой и 2-ой групп. В 1998 году в медицинских учреждениях на диспансерном наблюдении состояло около 4 млн. человек. Значительно увеличилось число больных, утративших жилье и социальные связи.

За последние годы более чем в два раза возросло число страдающих психическими расстройствами лиц, совершивших общественно опасные деяния. Структура правонарушений стала характеризоваться значительной долей преступлений против личности (убийства, нанесение тяжких телесных повреждений, изнасилования). Многие больные из-за безысходности, не имея жизненных перспектив и достаточной помощи, заканчивают жизнь самоубийством. В течение последних 5 лет число таких случаев увеличилось почти в 2 раза.

Основными причинами роста заболеваемости психической патологией являются неблагоприятная социально-экономическая обстановка в стране, социальная незащищенность, безработица, межнациональные и этнические конфликты, вынужденная внутренняя и внешняя миграция и другие факторы, которые способствуют развитию стрессовых и психотических состояний.

Продолжают нарушаться принятые законодательства. Так, статья 17 Закона указывает, что размер финансирования психиатрической помощи должен обеспечить гарантированный уровень и ее высокое качество. Указанные требования нашли отражение в постановлении Правительства Российской Федерации от 25 мая 1994 г. № 522 «О мерах по обеспечению психиатрической помощью и социальной защите лиц, страдающих психическими расстройствами», Федеральной целевой программе «Неотложные меры по совершенствованию психиатрической помощи (1995-1997 гг.)», призванная создать условия для реализации Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Однако все эти документы остались на бумаге. Из предусмотренных на 1997 г. 103, 7 млрд. руб. было выделено лишь 217 млн. руб. или 0,2%. Около половины субъектов Российской Федерации не приняли региональные программы вообще, а принявшие выполнили их лишь частично.

Финансирование психиатрической помощи по-прежнему осуществляется по остаточному принципу, психиатрические больницы плохо обеспечены твердым и мягким инвентарем, лекарственными препаратами, питанием для больных. Тяжелое положение испытывают федеральные государственные учреждения здравоохранения - психиатрические больницы, стационары специализированного типа с интенсивным лечением - здесь не обеспечивается текущее финансирование по медикаментам и питанию, по расходам на коммунальные услуги, капитальный ремонт.

Следствием остаточного финансирования являлось то, что очень многие психиатрические учреждения находятся в бедственном положении. Так, психиатрические больницы Московской области в 1998 году получили 7% необходимых средств на приобретение лекарств и 20-25% - на питание больных, расходы на одного больного в Новосибирской области составляли около 6 рублей в день вместо 15 рублей по норме. В психиатрической больнице Смирныховского района Сахалинской области в августе 1998 г. фактически обеспечивалось только одноразовое питание. Из-

вестны случаи вынужденного голодания больных. В большинстве регионов на питание пациентов выделялось всего 3-5 рублей в день. Между тем известно, что отсутствие полноценного питания у этой категории больных провоцирует обострение болезни.

Остаются невыполненными и ряд других положений Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Отсутствие финансовых средств, ведомственная разобщенность, нескоординированность действий по сути дела привели к тому, что в настоящее время так и не создана государственная служба защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах, предусмотренной Законом службы защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах. Обращение за помощью адвоката, самостоятельное ведение дел в суде и другие формы защиты своих прав большинству психически больных граждан недоступны.

В результате развала системы социально-трудовой и медицинской реабилитации значительные контингенты больных не могут адаптироваться к новым условиям жизни, теряют остаточную трудоспособность и источники средств существования. Общеизвестно, что лечение такой категории больных протекает более эффективно, если при этом они заняты какой-либо деятельностью. Закон гарантирует установление обязательных квот рабочих мест на предприятиях, в учреждениях и организациях для трудоустройства лиц, страдающих психиатрическими расстройствами, применение методов экономического стимулирования для предприятий, предоставляющих соответствующие рабочие места для них. Статья 16 Закона обязывает государство обеспечить социально-бытовое устройство инвалидов и престарелых, страдающих психическими расстройствами, а также уход за ними; социально-бытовую помощь и содействие в трудоустройстве; обучение новым профессиям; создание лечебно-производственных предприятий для трудовой терапии и трудоустройства на этих предприятиях, а также специальных производств, цехов и участков с облегченными условиями труда для таких лиц.

Трудоустройство граждан, страдающих психическими расстройствами, в настоящее время практически невозможно, многие предприятия прекратили свое сотрудничество с учреждениями, оказывающими психиатрическую помощь. В существующих при психиатрических учреждениях лечебно-производственных мастерских резко сократился ассортимент работ. Так, еще несколько лет назад лечебно-производственные мастерские при Московской психиатрической больнице № 1 имени Алексеева выполняли около 40 видов различных работ, то к 1999 году их осталось только 6. Изготовленная на старом, изношенном оборудовании продукция не выдерживает конкуренции и не находит сбыт. В конечном итоге это ведет к закрытию мастерских при психиатрических учреждениях. В результате лица, страдающие психическими расстройствами, но владеющие высококвалифицированными профессиями, вынуждены заниматься неквалифицированным трудом. Но даже такие спасительные для этой категории больных профессии, как профессия дворника, уборщицы, грузчика в современных условиях роста безработицы становятся недоступными. Для социальной реадаптации нужны реабилитационные центры, но даже в столице их практически нет. Общество родственников душевнобольных «Поддержка», указывает на невозможность даже для тех больных, которые социально адаптированы, найти работу. Специальная биржа труда в Москве для инвалидов «Оазис-труд» не регистрирует таких больных, что, в конечном итоге, лишает их какой-либо жизненной перспективы.

Остается нерешенной проблема обеспечения прав граждан, страдающих психическими расстройствами, в ходе осуществления правосудия.

Ввиду исключительной важности для человека его конституционного права на свободу и личную неприкосновенность, решение о принятии принудительных медицинских мер может быть вынесено только в судебном порядке. Однако наша российская действительность знает немало примеров, когда судебная власть формально относилась к своим обязанностям. Так, в Республике Башкортостан при оказании помощи, особенно при применении мер принудительного характера, врачи-психиатры, не встречаясь с больными, обращались в суды с заявлением о даче санкции на их принудительное психиатрическое освидетельствование, и суды давали санкции, также, не выслушав и не видя больного.

Согласно части 3 статьи 30 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», при осуществлении недобровольной госпитализации лица, представляющего непосредственную опасность для себя или окружающих, и при наличии оснований предполагать, что он или его родственники окажут сопротивление, сотрудники милиции действуют в порядке, установленном Законом Российской Федерации «О милиции». В соответствии с пунктом 1. 6 Инструкции, утвержденной совместным приказом Минздрава и МВД России от 30 апреля 1997 № 133/269 «О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами», должностные лица органов внутренних дел по просьбе работников психиатрической службы должны обеспечить к назначенному времени и по указанному адресу прибытие сотрудников милиции для оказания содействия медицинским работникам. Вместе с тем практика такова, что при госпитализации основная тяжесть падает на родственников больного и медицинский персонал. Сотрудники органов внутренних дел предпочитают занимать выжидательную позицию, перекладывая всю тяжесть работы по недобровольной госпитализации на медицинский персонал.

Согласно данным Генеральной прокуратуры Российской Федерации факты грубейших нарушений прав граждан при недобровольном освидетельствовании, при постановке на диспансерное наблюдение, госпитализации лиц, нуждающихся в оказании психиатрической помощи, наблюдались в Республике Марий Эл, Брянской, Воронежской и Новосибирской областях. Здесь освидетельствование, помещение лиц в психиатрический стационар без согласия граждан или их законных представителей, проводится в сроки, превышающие 48 часов; нарушаются предусмотренные законодательством сроки направления заключения комиссии врачей в суд для решения вопроса о дальнейшем пребывании лица в медицинском учреждении; не приобщаются к делу документы о проведении недобровольного освидетельствования.

По данным Министерства юстиции России, в ряде следственных изоляторов и тюрем длительное время содержатся страдающие психическими заболеваниями лица, которые в соответствии с вынесенными судебными решениями должны быть направлены на принудительное лечение в психиатрические стационары территориальных органов здравоохранения. В их числе граждане других государств, лица без гражданства либо без определенного места жительства, не имеющие паспортов и других документов, удостоверяющих их личность. По этим основаниям указанные стационары не имеют права приема перечисленных категорий больных. В настоящее время их число превысило 600 человек и продолжает увеличиваться. Министерство юстиции Российской Федерации не имеет возможности разместить лиц, страдающих психическими расстройствами, в соответствии с предусмотренными санитарными нормами, а также предоставить им квалифицированную психиатрическую помощь из-за общего переполнения пенитенциарной системы и отсутствия соответствующих специалистов-врачей. В результате не выполняются решения судов, осложняется оперативная обстановка в учреждениях уголовно-исполнительной системы, грубо

нарушаются гражданские права больных и положения Европейской Конвенции о защите прав и основных свобод.

Установлены и противоправные деяния со стороны врачей психиатров. Экономические реалии нашей жизни толкают некоторых недобросовестных врачей - психиатров на нарушения этических норм, граничащие с уголовными преступлениями. Выступая на пресс-конференции 14 апреля 1999 г. в Национальном институте прессы адвокат Л. К. Рябова рассказала о злоупотреблениях психиатра, завладевшей, по ее мнению, обманным путем двумя московскими квартирами, оставленными ей престарелыми людьми, над которыми она установила опеку. До сих пор эти уголовные дела не рассмотрены. Широко распространенным нарушением прав граждан и одновременно способом зарабатывания денег является постановка несоответствующего диагноза, с целью скрыть действительное состояние здоровья человека. Эти факты широко освещались средствами массовой информации в отношении двух врачей Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского.

Несмотря на категорические предписания Закона, в обществе по-прежнему господствует стремление выделять как особую категорию населения лиц с психическими расстройствами. Об этом свидетельствует практика запросов в психиатрические учреждения о том, состоит ли данное лицо на психиатрическом учете или нет, хотя термин «психиатрический учет» не существует в официальных документах уже несколько лет. Психиатрические учреждения нередко отвечают на эти запросы, используя при этом этот термин, не задумываясь о том, что это укрепляет и углубляет общественные предрассудки против людей, страдающих психическими расстройствами.

Имеются случаи дискриминации при приеме данной категории лиц на работу или в учебные заведения, разглашения медицинской тайны. По информации Независимой психиатрической ассоциации, имеются случаи направления всех абитуриентов на осмотр в психоневрологические диспансеры, отказов в приеме документов при поступлении в учебные заведения (Московский стоматологический институт, кулинарный техникум г. Долгопрудный и др.). Имеется ряд обращений в судебные органы по поводу увольнений сотрудников по причине их пребывания на излечении в психиатрических учреждениях.

Несмотря на то, что согласно действующему законодательству психоневрологические диспансеры имеют право предоставлять органам суда и следствия информацию о состоянии психического здоровья только тех граждан, которые находятся под следствием, нередко органы внутренних дел обращаются за такой информацией в отношении граждан, от которых поступают жалобы. На основании информации диспансеров гражданам отказывают в рассмотрении жалоб. В отношении лиц с психическими расстройствами продолжается использоваться формулировка «переписка нецелесообразна».

Неблагоприятная обстановка складывается при призыве граждан для прохождения военной службы. Вследствие недостаточной квалификации врачей-специалистов, проводящих психолого-психиатрическое обследование, имеют место поверхностное освидетельствование призывников и ошибки при определении их годности к военной службе. Продолжается порочная практика выполнения плана призыва любой ценой, по этой причине в войска нередко направляются лица с ярко выраженными психическими заболеваниями, сведения о которых находятся в личных делах призывников

В целом, положение дел с соблюдением прав человека в области психиатрии попрежнему остается неблагополучным и требует пристального внимания обществен-

ности и государственных органов. Генеральной прокуратурой Российской Федерации в ходе проверки установлено, что федеральные органы исполнительной власти (Министерство здравоохранения Российской Федерации, Министерство общего и профессионального образования Российской Федерации и Министерство труда и социального развития Российской Федерации) не на должном уровне осуществляют возложенный на них Законом контроль за деятельностью психиатрических и психоневрологических учреждений. Проводимая ими в этом направлении работа в целом носит формальный и эпизодический характер. Принимаемые меры не адекватны сложившейся неблагополучной обстановке и явно недостаточны для полноценного проведения государственной политики в области социально-медицинской реабилитации лиц, страдающих психическими расстройствами.

Кому-то может показаться, что уполномоченный по правам человека в России О. Миронов может быть не очень объективным. Но вот данные из Минздрава РФ (материалы коллегии от 11. 12. 01 – Врач, 2002, №2, с.2): в 2000 году обратилось за психиатрической помощью 7 млн. 536 тысяч человек, или 5,2% всего населения страны (в 1995 – 4,7%). За последние 10 лет ухудшилось социальное положение лиц с психическими расстройствами. В течение года число первично признаваемых инвалидами увеличилось на 33%, из них 80% инвалиды первой и второй групп. Растет число общественно-опасных действий, совершаемых такими больными, усугубляются проблемы прохождения военной службы.

Состояние большинства психиатрических учреждений признано нетерпимым (выделено мной И. Ш.). Зачастую они размещаются в здании бывших монастырей, тюрем, не имеют нормальных систем водо- и электроснабжения, канализации. …Затруднено своевременное и эффективное лечение, не обеспечена психосоциальная реабилитация. Значительно сократился объем трудотерапии. Причина этого – недостаточное финансирование деятельности лечебно-трудовых мастерских. Недостаточно в штатах клинических психологов, социальных работников, недостаточен объем стоматологической, фтизиатрической, терапевтической и другой специализированной помощи.

Все эти проблемы не могли не волновать медицинских работников. Российское общество психиатров обращалось к главам администраций субъектов Российской Федерации с просьбой оказать содействие в улучшении положения с оказанием помощи больным с психическими расстройствами, улучшить финансирование данной службы, обеспечить соблюдение законов и прав больных, однако власти, за некоторым исключением, никак на это не откликнулись.

ВЫВОДЫ: 1. В Российской Федерации приняты закон о порядке организации психиатрической помощи и другие нормативные и программные документы.

2.В то же время основные положения данных документов продолжают нарушаться в большинстве субъектов РФ.

3.Продолжает быть мизерным финансирование, и даже этот мизер продолжает выделяться по остаточному принципу, что приводит к резкому снижению качества психиатрической помощи, тяжелому положению психиатрических учреждений.

4.Произошел развал системы социально-трудовой и медицинской реабилитации психических больных.

5.По-прежнему продолжаются нарушения прав психического больного. Выявляются многочисленные нарушения в отношении применения принудительных мер, в том числе и судебными органами и милицией. Имеются факты грубейших нарушений прав граждан при недобровольном освидетельствовании, при взятии на диспансерный учет, при госпитализации.

6.Нарушаются права лиц с психическими нарушениями, находящихся в следственных изоляторах и тюрьмах.

7.Продолжают иметь место противоправные деяния врачей-психиатров по отношению к своим пациентам, разглашение врачебной тайны.

8.Имеет место дискриминация лиц, страдающих психическими нарушениями, при приеме их на работу, поступлении в учебные заведения.

9.Продолжается порочная практика призыва на военную службу любой ценой, вследствие чего в войска нередко направляются лица с психическими нарушениями.

CONCLUSIONS: 1. In the Russian Federation are passed the law on the order of the organization the psychiatric help both other normative and program documents.

2. At the same time substantive provisions of the given documents continue to be broken in the majority of subjects of the Russian Federation.

3. Financing continues to be scanty, and even this scanty continues to be allocated by a residual principle that leads to sharp decrease in quality of the psychiatric help, heavy position of psychiatric establishments.

4. There was a disorder of system of social and medical rehabilitation of mental patients.

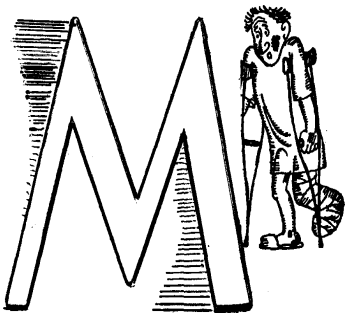
5. Infringements of the rights of the mental patient still proceed. Numerous infringements concerning application of forced measures, including judicial bodies and militia come to light. There are facts of the roughest infringements of the rights of citizens at not voluntary survey, at a capture on диспансерный the account, at hospitalization.

6. The rights of persons with the mental infringements, being in investigatory insulators and prisons are broken.

7. Illegal acts of doctors-psychiatrists in relation to the patients, disclosure of medical secret continue to take place.

8. Discrimination of the persons, suffering mental infringements takes place, at their reception for work, receipt in educational institutions.

9. The vicious practice of an appeal on military service at any cost owing to what persons quite often go to armies with mental infringements proceeds.



МИЛОСЕРДИЕ ДЛЯ БЕДСТВУЮЩИХ

MERCY FOR THE MISFORTUNITES

Биомедицинская этика – многостороннее явление. Медики работают не только в поликлиниках или стационарах, НИИ и т.д. Они задействованы и во многих других социальных областях, например, в войнах, катастрофах, в местах лишения свободы и т.д. В связи с этим нельзя не затронуть и этические проблемы, возникающие перед медицинским персоналом в этих ситуациях.

ЭКСТРЕМАЛЬНЫЕ СИТУАЦИИ. ВОЙНЫ.

Одним из наиболее свойственных человечеству экстремальных ситуаций является война. И, хотя войны существовали всегда, этические вопросы участия в ней медиков привлекли к себе внимание лишь в XX столетии. Этические правила для медиков, принимающих участие в войнах, были разработаны 10-й Ассамблеей ВМА в 1956 году, затем отредактированы 11-й Ассамблеей в 1957 и дополнены 15-й в 1983 году.

Какие же проблемы возникают у медиков при вооруженных конфликтах, и как их следует решать в соответствии с положениями ВМА?

Первейшей обязанностью врача, как и в мирное время, остается профессиональный долг, при осуществлении которого, прежде всего, следует руководствоваться собственной совестью.

Во время военных действий, как и в мирное время, запрещены эксперименты на людях, в частности, на пленных и заключенных, а также на населении оккупированных районов.

Очень важным является положение, требующее, что в неотложных ситуациях на войне врач обязан оказать каждому человеку – гражданский он или военный - помощь, в которой тот нуждается, независимо от пола, расы, национальности, религии, политических пристрастий и других немедицинских критериев.

В таких ситуация врачи и вспомогательный медицинский персонал обязаны оказать немедленную помощь настолько хорошо, насколько это возможно в этой обстановке. Для врача не может быть никаких различий между пациентами, кроме степени ургентности состояния.

В положениях ВМА есть также положения, направленные на защиту врача и его профессионально-должностных поступков.

Врачам и медицинскому персоналу должны быть гарантированы защита и содействие, необходимые для свободного осуществления их деятельности и полноценного исполнения профессионального долга. Им должна быть обеспечена свобода перемещения и полная профессиональная независимость.

Исполнение медицинских обязанностей и долга, ни при каких обстоятельствах не может рассматриваться, как проступок. Врача нельзя преследовать за соблюдение профессиональной конфиденциальности.

КАТАСТРОФЫ. «**Заявление по вопросам медицинской этики в период катастроф»** было принято 46-ой Ассамблеей ВМА (Стокгольм, 1994 г.)

Катастрофа - внезапное наступление пагубных событий, обычно неожиданных и насильственных, приводящее к существенному материальному ущербу, значительным передвижениям населения и/или большому количеству жертв и/или значительным нарушениям жизни общества или их сочетаниям. Катастрофы бывают природные (например, землетрясение), технологические (например, ядерные и химические аварии), случайные (например, железнодорожная катастрофа) и порождают определенные медицинские проблемы.

С медицинской точки зрения, для таких ситуаций нередко характерны непредсказуемые несоответствия между возможностями и ресурсами медицины и потребностями пострадавших людей, чье здоровье находиться под угрозой.

В связи с этим, первым долгом медиков является необходимость задействовать имеющиеся ресурсы максимально эффективно для спасения как можно большего числа человеческих жизней

Врачи в такой ситуации вынуждены действовать в экстремальной обстановке и при этом их личные этические нормы не должны расходиться с этическими требованиями общества в условиях подобной эмоциональной перегрузки. Индивидуальные этические принципы каждого врача следует дополнить универсальными этическими нормами.

Дефицит медицинских ресурсов и/или невозможность предоставлять непрерывную медицинскую помощь большому количеству пострадавших за короткий промежуток времени представляют особую этическую проблему.

Ситуацией, рождающей первоочередные этические проблемы в период катастроф является сортировка. **Сортировка есть действие врачей по выявлению и обслуживанию приоритетных больных**, основанное на постановке диагноза и формулировке прогноза. Выживание больных будет зависеть от качества сортировки. Она должна быть осуществлена быстро, и определяться необходимостью медицинского вмешательства и возможностями медицины в каждом конкретном случае, а также медицинским обеспечением и техническими возможностями.

Этические правила требуют, чтобы сортировка в период катастроф основывалась на нижеследующих принципах.

Основной концепцией врача должна быть: **предоставление оптимальной медицинской помощи с тем, чтобы спасти максимальное количество жизней и свести смертность к минимуму.**

Немедленную помощь следует оказывать тем больным, которых можно спасти и чья жизнь находится в данный момент в опасности. Пострадавшие, чьей жизни не угрожает опасность, нуждаются в неотложной, но не немедленной помощи. Остальным категориям помощь должна оказываться позже, в зависимости от возможностей медиков.

Самой трудной этической ситуацией при катастрофах является следующая. Как правило, на месте катастроф всегда имеются пострадавшие, тяжесть состояния которых не соответствует возможностям оказания медицинской помощи на месте, и **чья жизнь не может быть спасена** в этих специфических обстоятельствах. По сути дела – это самые тяжко пострадавшие и, по всем критериям, помощь в первую очередь, следовало бы оказывать именно им. На самом же деле ВМА дает следующую рекомендацию.

Постольку, поскольку жизнь таких больных не может быть спасена при имеющихся возможностях, их следует классифицировать как «безнадежных». Решение «Оставить пострадавшего без внимания в виду иных приоритетов, диктуемых ситуа-

цией бедствия» не должно рассматриваться как «отказ от помощи человеку, находящемуся в смертельной опасности». Подобное решение, направленное на спасение максимального числа пострадавших, совершенно оправдано. Врач, пытающийся любой ценой поддерживать жизни безнадежных пациентов, расходует безо всякой пользы скудные ресурсы, необходимые другим, а потому поступает неэтично.

Разумом можно понять такую рекомендацию. Но, можно ли считать его самым этичным – большой вопрос. Эта ситуация еще раз показывает, что в этике есть проблемы, у которых нет однозначного морального решения. Это было известно давно. Классический пример приводился многими и ранее: если перед врачом больной пожилой человек и больной ребенок, но средства на лечение есть только на одного, кого врач должен выбрать? Логичным представляется ответ - ребенка. Однако обществу ничего не известно, кто вырастет из этого ребенка – достойный гражданин или наркоман, бандит, убийца. А взрослый уже перед нами – это гражданин, достойный во всех отношениях, который принес и еще принесет много пользы обществу. Так, каков же наш выбор?

ВМА понимает эту ситуацию и поэтому далее все же рекомендует врачу проявить сострадание к таким пациентам, уважение к их человеческому достоинству, их жизни, поместив их отдельно и назначив болеутоляющие и седативные средства.

Далее Заявление предостерегает врача от принятия в расчет при сортировке любых других немедицинские критериев и соображений, кроме как тяжесть их состояния.

Врачи в условиях катастроф должны оказывать и максимум возможной психологической помощи пострадавшим и их родственникам. Это должно выражаться в проявлении скорби к погибшим, оказании поддержки тем, кто оказался в состоянии психологического стресса, уважительное отношение к достоинству и моральным принципам пострадавших, членов их семей и необходимость протянуть им руку помощи.

Врачи обязаны относиться с уважением к традициям, обрядам, и религиозным убеждениям пострадавших и действовать с абсолютной беспристрастностью.

Необходимо также соблюдение конфиденциальности по отношению к своим пациентам при участии в работе посредников и третьих лиц.

Этические нормы, которыми руководствуются врачи, в равной мере применимы и к лицам, работающим под их руководством.

ТЮРЕМНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ. В 1975 году 29-й Ассамблеей ВМА была принята Токийская Декларация о рекомендуемой позиции врачей относительно пыток, наказаний и других мучений, а также негуманного или унизительного лечения в связи с арестом или содержанием в местах заключения.

В Декларации пытка определяется как действие, совершаемое одним человеком или группой лиц по собственной инициативе или по приказу, заключающееся в преднамеренном, систематическом или эпизодическом причинении физического или психического страдания другому человеку ради получения информации, признания, или с иной целью.

Декларация считает, что врач не должен ни санкционировать, ни оставлять без внимания пытки и любые другие формы проявления жестокости, бесчеловечного обращения или унижения человеческого достоинства, ни, тем более, участвовать в них, независимо от характера преступления подозреваемого, обвиняемого или виновного, а также побуждений и поведения потенциальной или фактической жертвы.

Врач не может предоставлять помещение, инструменты, препараты или свои знания с целью использования их для пыток и других форм жестокого, бесчеловеч-

ного или унизительного обращения, равно как и для ослабления сопротивления жертвы.

Врач не должен присутствовать ни при каком действии, в ходе которого либо применяются пытки или другие виды жестокого, негуманного и унизительного обращения с человеком, либо звучат угрозы их применения.

Когда заключенный отказывается от приема пищи и при этом способен, по мнению врача, подтвержденному, как минимум, еще одним независимым врачом, здраво и рационально судить о последствиях своего решения, врач не может подвергнуть его насильственному искусственному питанию. Врач обязан объяснить заключенному возможные последствия отказа от приема пищи.

Понимая насколько трудно врачу в ряде стран соблюдать эти рекомендации, BMA указывает, что она будет всячески поощрять международное сообщество, национальные медицинские ассоциации и отдельных коллег, поддерживающих врачей и их семьи перед лицом угроз и репрессий, связанных с отказом одобрить применение пыток или других форм жестокого, негуманного и унизительного обращения с человеком.

Позже, в 1979 году этические вопросы работы медиков в тюрьмах обсуждались Международным советом тюремной медицинской службы в Афинах. Было заявлено, что профессиональные работники здравоохранения, работающие в тюрьмах, должны работать в полном соответствии с клятвой Гиппократа. Необходимо приложить все усилия для обеспечения возможно лучшего медицинского обслуживания *для* всех лиц, заключенных в тюрьмы по каким бы то ни было причинам, без предрассудков и в рамках профессиональной этики.

Между тем, Британская медицинская ассоциация приводит факты нарушения положений клятвы во многих тюремных учреждениях ряда стран. Исследования показали, что в ряде тюрем больные люди ждут приема к врачу более 3 месяцев. Кроме того, возникает сомнение в правдивости информации о здоровье, представляемой медработниками тюрем заключенным. Это свидетельствует о том, что такие врачи работают против своих пациентов в пользу администрации тюрем.

Этика врача требует, чтобы они воздерживались от санкционирования или одобрения физического наказания; от участия в каких бы то ни было формах пыток; от каких бы то ни было экспериментов с заключенными без их согласия; необходимо сохранение конфиденциальности любой информации, полученной в ходе профессиональных отношений с заключенными пациентами; медицинские заключения должны иметь приоритет медицинских нужд пациентов над всеми другими немедицинскими факторами

ПОЖИЛЫЕ ЛЮДИ И СТАРИКИ. BMA на 41-ой Ассамблее (Гонконг, 1989) приняла «Декларацию», которая была отредактирована 126-ой Сессией Совета BMA, (Иерусалим, 1990 г.) об отношении врачей к пожилым людям и старикам. BMA отмечает, что в мире можно видеть различные формы жестокого обращения с такими лицами. Пожилые люди могут страдать нарушениями моторики, психики и способности ориентироваться в пространстве, а потому нуждаться в постороннем уходе. Семьи и общество могут посчитать таких лиц обременительными и свести до минимума необходимые последним помощь и уход.

Причинами таких явлений могут быть зависимость пожилых людей и стариков от лиц, обеспечивающих уход, слабость семейных уз, давление семейных проблем, недостаток материальных ресурсов, психологические особенности лиц, проявляющих жестокость, недостаток социальной поддержки в виде низкой оплаты услуг по уходу, что способствует негуманной позиции персонала.

Плохое обращение со стариками все чаще констатируется медицинскими и социальными службами. В связи с этим Всемирная Медицинская Ассоциация заявляет, что врачи обязаны защищать физические и психологические интересы стариков. К сожалению, предлагаемые ВМА меры едва ли приемлемы для российских врачей. Например, такие:

1. Врачи должны контролировать получение пациентом максимума возможной помощи, общаясь напрямую со стариком, социальной службой и семьей.

2. Если врач подозревает плохой уход, он обязан сообщить об этом в социальную службу, опекающую старика, либо его семье. Если, несмотря на принятые врачом меры, плохое обращение сохраняется, а также в случаях высокой вероятности гибели пациента, врач обязан поставить в известность власти.

3. Право стариков на свободный выбор врача не должно ограничиваться. Национальные медицинские ассоциации - члены ВМА должны бороться за обеспечение этого права в любой медико-социальной системе.

Декларация рекомендует следующие правила для врачей, лечащих пожилых людей и стариков:

• выявить стариков, по отношению к которым возможно жестокое обращение и/или пренебрежение,
• профессионально оценить и провести лечение последствий жестокого обращения,
• оставаться объективным и непредвзятым,
• попытаться установить и поддерживать терапевтическое взаимодействие с семьей такого пациента (зачастую врач - единственный профессионал, поддерживающий длительный контакт с семьей),
• . в соответствии со своим статусом, сообщать о всех предполагаемых случаях жестокого и/или пренебрежительного обращения со стариками,
• по возможности использовать помощь медицинских, социальных и психиатрических служб,
• с целью уменьшения напряженности в семьях высокого риска, всячески способствовать увеличению общественной поддержки службам, обеспечивающим патронажную помощь.

ОБЪЯВИВШИЕ ГОЛОДОВКУ. Этические правила, которых должны придерживаться врачи по отношению к лицам, объявившим голодовку, были декларированы 43-ей Ассамблеей ВМА (Мальта, 1991 г.) и отредактированы 44-ой Ассамблеей (Марбелла, Испания, 1992 г.).

Прежде всего, дается такое определение объявившего голодовку: это человек, находящийся в здравом уме и решивший отказаться от приема пищи и/или воды в течение длительного периода времени.

Участники ассамблеи полагают, что у врача и голодающих устанавливаются отношения «врач – пациент» с момента, когда врач соглашается ухаживать за объявившим голодовку человеком. Соответственно, это налагает на врача обязательства, вытекающие из отношений «врач-пациент», включая обязанности получения согласия пациента на проведение любого вмешательства и сохранения врачебной тайны.

Декларации рекомендует, чтобы врач в таких ситуациях соблюдал обычные этические правила - уважал автономию личности своего пациента и любую процедуру медицинского вмешательства проводил лишь с информированного осознанного его согласия. Однако у лиц, объявивших голодовку, могут создаваться ситуации, вступающие в противоречие с этими положениями. Например, если человек, объявивший голодовку, запрещает проводить в отношении него реанимационные мероприятия после того, как он впадет в состояние комы, и будет умирать. В этой ситуации с одной стороны, моральный долг врача - уважать принцип автономии личности

пациента и, поэтому, решение в пользу проведения медицинского вмешательства подрывает основы этого принципа. Но, с другой стороны решение не проводить вмешательства делает врача безучастным свидетелем неизбежной гибели человека, а это едва ли согласуется с моральным долгом врача. Как же врачу решать эту непростую дилемму?

Право окончательного решения о проведении (или не проведении) медицинского вмешательства сохраняется за врачом. Врач и только врач имеет право решать этот вопрос, и вмешательство лиц, чьи интересы не совпадают с интересами пациента, абсолютно недопустимо. Вместе с тем, необходимо ясно объяснить голодающему свою позицию в этом вопросе - согласен ли врач с его отказом от лечения или от искусственного кормления. Если пациент не согласен с желанием врача проводить реанимационные мероприятия, пациент имеет право искать себе другого врача.

При общении с лицами, объявившими голодовку, врачам целесообразно руководствоваться следующими рекомендациями:

Врач должен располагать максимально возможными анамнестическими данными в отношении объявившего голодовку. Перед началом голодовки следует тщательно обследовать такого пациента и объяснить ему возможные последствия голодовки. По желанию голодающего, ему должна быть предоставлена возможность ознакомления с мнением другого специалиста-медика. Врач обязан информировать членов семьи пациента, объявившего голодовку, о его намерениях, за исключением тех случаев, когда пациент недвусмысленно запретил это делать.

При проведении наблюдения оправдано лечение инфекций, возможна дача совета голодающему больше пить или внутривенно вводить физиологический раствор. Отказ от подобного вмешательства не должен влиять на другие аспекты оказания ему медицинской помощи. Любая помощь, оказываемая пациенту, должна быть одобрена им.

Врач должен ежедневно справляться о намерении пациента продолжить голодовку и о желании применения к нему средств медицинского вмешательства на тот случай, когда он будет не способен принять осознанное решение по этому поводу. Вся эта информация должна находить отражение в личных записях врача и составлять врачебную тайну.

Как уже отмечалось выше, в случаях, когда голодающий оказывается не в состоянии принять осознанное решение или впадает в состояние комы, врач имеет право принять решение самостоятельно, исходя из интересов пациента и принимая во внимание ранее полученные сведения о пожеланиях голодающего по этому поводу

Врач или другой представитель медицинского персонала не должны оказывать на голодающего давления с целью прекращения голодовки, как формы протеста.

Лица, объявившие голодную забастовку, должны быть защищены от любых попыток оказать на них силовое давление. Обеспечение этого принципа может подразумевать изолирование голодающего, в том числе, и от товарищей по забастовке.

СМЕРТНАЯ КАЗНЬ. Всемирная Медицинская Ассоциация (34-ая Ассамблея, Лиссабон, 1981 г.) осуждает участие врача в смертной казни. Это решение было связано с тем, что суд штата Оклахома США вынес решение о смертной казни путем внутривенного введения лекарства и врач участвовал в этом. Генеральный секретарь ВМА Андре Винен выступил с заявлением, в котором указал, что медицинская практика не подразумевает функции палача, и врач не может участвовать в приведении в исполнение этого решения суда. Этичным считается лишь участие в констатации смерти после того, как государственные лица приведут приговор в исполнение.

Пожалуй, ни у кого не может быть сомнений в справедливости этого заявления и решений Ассамблеи.

ВЫВОДЫ: 1. Милосердие для бедствующих – один из важных разделов современной биоэтики.

2.В условиях военных действий, как и в мирное время, врачи обязаны оказывать максимально возможную помощь пострадавшим независимо от их пола, расы, национальности, религии, политических пристрастий или других немедицинских критериев.

3.В условиях катастроф врач может оказаться перед необходимостью решения тяжелейшей этической проблемы – оказания помощи в первую очередь не самым тяжелым пораженным, а тем, спасти которых есть реальный шанс. Для безнадежных больных врач может оказаться вынужденным прибегнуть к тактике пассивной эйтаназии. Такая тактика рекомендуется Всемирной медицинской ассоциацией.

4.Врачи, работающие в тюрьмах, не только не должны принимать участия, но и присутствовать ни при каких действиях других лиц, в ходе которых могут применяться пытки или другие виды жестокого, негуманного и унизительного обращения с человеком.

5.Врачи в тюрьмах также должны работать в полном соответствии с клятвой Гиппократа. Необходимо приложить максимум усилий для обеспечения возможного максимума медицинского обслуживания всех заключенных.

6.Врачи должны предпринимать возможные усилия для оказания соответствующей медицинской помощи пожилым людям и старикам, а также для предупреждения жестокого обращения с ними окружающих.

7.Врачи, согласившиеся наблюдать голодающих лиц, тем самым, соглашаются на установление между ними отношений «врач-пациент». Соответственно, врач должен соблюдать все правила, принятые в отношении к больным (уважение автономии личности, принципа информированного согласия, конфиденциальности и т. д.).

8. Врач, ни при каких обстоятельствах не может принимать участия в смертной казни, даже если суд выносит решение об исполнении смертной казни путем введения лекарства. Медицинская практика не подразумевает функций палача. Врач может участвовать лишь в констатации смерти приговоренного.

CONCLUSIONS. 1. Mercy for the people who have no regular lifehood is one of the most important area of modern biomedical ethics.

In military operations, as well as in time of peace, doctors are to provide the best possible aid to the victims, regardless of their sex, race, nationality, religious or political views or other non-medical criteria.

In disasters doctor may face the necessity of solving the most serious ethics problem – to give first aid not to the most injured but to those who have a real chance for survival. The doctor may be forced to resort to the tactics of passive euthanasia for hopeless patient. Such tactics is recommended by the World Medical Association.

4. Doctors working in prisons should not take part and even be present in any actions,

in the course of which there may be the torture of other cruel, inhuman and degrading attitude toward the human being.

5. Doctors must also work in full compliance with the Hippocratic Oath in prison. Effort should be made to ensure the maximum possible medical care for all prisoners.

6. Doctors should make reasonable efforts to render proper medical aid to the elderly people and to prevent ill- treatment of others toward them.

7. Doctors who have agreed to watch starving people, thus, agree to the establishment of "doctor-patient relationship", accordingly. The doctor must comply with all rules accepted in relation to the sick people (respect individual autonomy and the principle of informed consent, confidentiality etc.).

8. Under no circumstances can a doctor take part in a capital punishment even if the court has pronounced a death sentence by drug administration. Medical practice does not imply the role of executioner. A doctor can only participate in order to certify death of a condemned.



НАНОТЕХНОЛОГИИ И БИОМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА

NANOTECHNOLOGIES AND BIOMEDICAL ETHICS

Нано - приставка, означающая десять в минус девятой степени (10^9) или одну миллиардную долю метра (для образности - человеческий волос имеет примерно 20 000 наномикрон в диаметре). Молекулы, вирусы и атомы - объекты, размеры которых колеблются от менее чем 1 наномикрона (атомы) до, примерно, 100 миллимикронам (большие молекулы, подобные ДНК).

Таким образом - нанотехнологии - это технологии, оперирующие величинами, сопоставимыми с размерами атомов. Переход от широко освоенных ныне «микротехнологий» к «нанотехнологиям» - это качественный скачок - скачок от манипуляции веществом к манипуляции отдельными молекулами и атомами. Для образности – при изготовлении электронных схем с активными элементами, их размеры сравнимы с размерами отдельных молекул и атомов; наномашины (механизмы, роботы) также будут размером с молекулу.

Теоретическое начало эры наноструктур, по-видимому, следует отчитывать с 1959 года, когда Нобелевский лауреат, физик Ричард Фейнман выступил с идеями о возможных путях развития физики, о миниатюризации, компьютерах, информационных технологиях, субмикроскопических исследованиях и использовании атомов. Тогда он заявлял, что, научившись манипулировать отдельными атомами, человечество сможет получать синтетически любые вещи.

Термин нанотехнологии был введен 14 лет спустя японским физиком Норио Танигучи для обозначения рукотворных изделий из атомов и молекул. Основы практической реализации теоретических идей заложили физики Герд Бининг и Генрих Рорер, которые в 1981 году создали сканирующий туннельный микроскоп, позволяющий не только видеть, но и манипулировать атомами.

Всемирным популяризатором нанотехнологий стал Эрик Дрекслер книга которого «Машины создания. Грядущая эра нанотехнологии», вышедшая в 1986 году взбудоражила весь мир. В книге утверждалось, что существующих сегодня технологий уже достаточно, чтобы произвести сборку из нескольких молекул ассемблеров (конструкторов, сборщиков) - машин молекулярных размеров, способных к саморепликации (самовоспроизведению, саморазмножению) и конструированию других устройств, с наперед заданной структурой и функцией. Работать ассемблеры будут с помощью нанокомпьютера, который обеспечивает работу всех его систем - позиционных механизмов, манипуляторов, систем подачи и преобразования энергии, систем связи и т.д. Такие ассемблеры зачастую представлены несколькими большими молекулами.

Реализация нанопроектов уже началась. Уже давно получены первые результаты по перемещению единичных атомов и сборки из них определенных конструкций, разработаны и изготовлены первые наноэлектронные элементы. Существующих сегодня технологий уже достаточно, чтобы соорудить из нескольких молекул некие простейшие механизмы, которые, руководствуясь управляющими сигналами извне (акустическими, электромагнитными и пр.), смогут манипулировать другими моле-

кулами и создавать себе подобные устройства или более сложные механизмы. Те, в свою очередь, смогут изготовить еще более сложные устройства и т.д. в конце концов, этот экспоненциальный процесс приведет к созданию молекулярных роботов - механизмов, сравнимых по размерам с крупной молекулой и обладающих собственным встроенным компьютером.

Об опасностях выхода таких механизмов из-под контроля и превращении ими лица земли в «серую липкую грязь» проблема для биоэтики

Нанотехнологический контроль изделий и материалов, буквально на уровне атомов, в некоторых областях промышленности стал обыденным делом. Реальный пример - DVD-диски, производство которых было бы невозможно без нанотехнологического контроля матриц.

Активно развиваются нанотехнологические методы, позволяющие создавать активные элементы (транзисторы, диоды) размером с молекулу и формировать из них многослойные трехмерные схемы. По-видимому, именно микроэлектроника будет первой отраслью, где «атомная сборка» будет осуществлена в промышленных масштабах.

Хотя сейчас в нашем распоряжении и имеются средства для манипуляций отдельными атомами, вряд ли их можно напрямую» применять для того, чтобы собрать что-либо практически необходимое: уже хотя бы только из-за количества атомов, которые придется «монтировать».

Однако возможностей существующих технологий уже достаточно, чтобы соорудить из нескольких молекул некие простейшие механизмы, которые, руководствуясь управляющими сигналами извне (акустическими, электромагнитными и пр.), смогут манипулировать другими молекулами и создавать себе подобные устройства или более сложные механизмы.

Те, в свою очередь, смогут изготовить еще более сложные устройства и т.д. в конце концов, этот экспоненциальный процесс приведет к созданию молекулярных роботов - механизмов, сравнимых по размерам с крупной молекулой и обладающих собственным встроенным компьютером.

Вот некоторые, не самые фантастические перспективы возможного их внедрения.

Промышленность. Замена традиционных методов производства сборкой молекулярными роботами предметов потребления непосредственно из атомов и молекул. Вплоть до персональных синтезаторов и копирующих устройств, позволяющих изготовить любой предмет. Фантастика? Несомненно. Но ведь уже сегодня туннельный микроскоп позволяет ученым не только видеть, но и манипулировать атомами, производить из атомов различные сборки. А что такое любое вещество, как не особым образом собранные атомы? Поэтому не сегодня, так завтра это может быть осуществлено. Ученые предполагают, что первые практические результаты могут быть получены в начале XXI века.

Сельское хозяйство. Вышеуказанный принцип может быть перенесен и на сельскохозяйственное производство. Речь идет о замене «естественных машин» для производства пищи (растений и животных) их искусственными аналогами - комплексами из молекулярных роботов. Они будут воспроизводить те же химические процессы, что происходят в живом организме, однако более коротким и эффективным путем. Например, из цепочки «почва - углекислый газ - фотосинтез - трава - корова – молоко» будут удалены все лишние звенья. Останется «почва - углекислый газ - молоко (творог, масло, мясо - все, что угодно)». Такое «сельское хозяйство» не будет зависеть от погодных условий и не будет нуждаться в тяжелом физическом труде. А производительности его хватит, чтобы избавить человечество от голода раз

и навсегда. Есть мнение, что первые такие комплексы могут быть созданы уже к концу XXI века.

Биология. Станет возможным «внедрение» в живой организм на уровне атомов. Последствия могут быть самыми различными - от «восстановления» вымерших видов до создания новых типов живых существ, биороботов. Прогнозируемый срок реализации: середина XXI века.

Экология. В данной области открываются особо заманчивые перспективы - полное устранение вредного влияния деятельности человека на окружающую среду. Это произойдет как за счет насыщения экосферы молекулярными роботами-санитарами, превращающими отходы деятельности человека в исходное сырье, так и за счет перевода промышленности и сельского хозяйства на вышеуказанные безотходные нанотехнологические методы. Прогнозируемый срок реализации: середина XXI века.

Освоение космоса. В принципе возможно создание роботов-молекул с любыми заданными свойствами, которые смогут работать в самом безвоздушном пространстве. Направив армию разносторонне функционирующих нанороботов, скажем, на Марс, человек сможет коренным образом изменить климатические условия этой планеты. Наличие огромных запасов подпочвенных вод, углекислоты и т.д. позволит достаточно быстро изменить атмосферу этой планеты в сторону пригодности для открытого проживания на ней человека. То же самое можно сказать и в отношении Луны, целого ряда астероидов, крупных спутников ряда планет и т.д.

Кибернетика. Эту науку ждет настоящая революция. Размеры активных элементов компьютеров и прочих кибернетических устройств уменьшатся до размеров молекул. Рабочие частоты компьютеров достигнут терагерцовых (10-12) величин. Уже сегодня имеются возможности схемных решений на нейроноподобных элементах. Сборка элементов будет произведена на сапфировой основе из нанотубных материалов (см. ниже), вследствие чего они будут иметь неисчерпаемую неизнашиваемость, высочайшую точность и быстродействие. Появится долговременная быстродействующая память на белковых молекулах, емкость которой также будет измеряться терабайтами. Станет возможным «переселение» человеческого интеллекта в компьютер. Прогнозируемый срок реализации: первая - вторая четверть XXI века

Среда обитания. За счет внедрения логических наноэлементов во все атрибуты окружающей среды она станет «разумной» и исключительно комфортной для человека. Например, ассемблеры могут быть использованы для восстановления озонового слоя планеты. Достаточно выпустить строго определенное количество наномашин в околоземное пространство, и они сами в автоматическом режиме, без вмешательства человека, восстановят озоновый слой до заданной величины. Прогнозируемый срок реализации: после XXI века.

И т.д. – список использования технологий в мирной жизни может оказаться бесконечным.

Возможности же нанотехнологий **военного направления** просто устрашающи. Еще в 1991, С. Лийима (Япония) разработал так называемые нанотубы – материалы из однослойных молекулярных соединений, которые в тысячи раз прочнее, чем любой известный до сих пор материал при очень малой массе. Солдат, герметично одетый в такой бронежилет (а это вполне реально) будет практически неуязвим, разве, что его можно устранить механически. Но ведь можно сделать танк с такой броней. Танк этот будет вездеходен, вес его будет минимальным, маневренность – непредставимой и он практически будет неуловим и неуязвим. Могут быть созданы невидимые и неслышимые нанопули, самонаводящиеся на цель, которые могут поражать противника на любом расстоянии и за любыми оборонительными сооружениями.

Вполне реально создание самолетов-роботов небольших размеров, которые недоступны никаким современным локаторам и которые могут летать над любыми военными объектами и целями и выполнять задачи от шпионского сбора сведений, до уничтожения этих самых военных объектов. На современную атомную электростанцию могут прилететь несколько наноракет взрывного назначения. Первая ракета пробивает микроскопическое отверстие в стенке реактора, вторая углубляет ее и, наконец, энный из них дойдет до реактора и спокойно взорвет его…Последствия представить нетрудно.

Однако все танки, пехота, ракеты и прочая военная техника может оказаться совершенно ненужной.

Дело в том, что вполне реальна разработка оружия, которое называют «наномуха». Это летающее существо наноразмеров. Его трудно увидеть, но оно может летать на любые расстояния и в соответствии с настройкой, впрыскивать смертельный яд любому человеку. Таких «наномух» в одном ничем не примечательном чемодане может уместиться 50 миллиардов. И этого достаточно, чтобы убить все население земли!

При этом у такого оружия есть одно качество, которое его делает в макроразы опаснее атомного. А заключается оно в том, что для производства, хранения и доставки по месту назначения атомного оружия нужны очень громоздкие заводы, технологии, ракеты и прочее, которые в чемодане не спрячешь. Поэтому мировое сообщество пока худо-бедно контролирует работы по ядерному оружию и не дает ему расползаться по планете и предотвращать попадание его в чьи-то безумные руки. Нанооружие лишено всех этих видимых технических моментов, его производство невозможно ни обнаруживать, ни контролировать, оно может быть налажено любым богатеем с нарушенной психикой, которых на земле огромное множество. И результаты этого могут быть самые непредсказуемые.

Можно было бы думать, что возможности и угрозы молекулярных производств являются чрезвычайно далекими, а не проблемами ближайшего времени. Но… не все так просто.

К проблеме уже сегодня следует отнестись весьма серьезно. Дело в том, что за прошедшие около полвека эры нанотехнологий было разработано существенное число реальных крупных научных и технических проектов, преобразовавших микротехнологии в нанотехнологии.

Вот примеры. Уже давно получены первые результаты по перемещению единичных атомов и сборки из них определенных конструкций, разработаны и изготовлены первые наноэлектронные элементы.

Нанотехнологический контроль изделий и материалов, буквально на уровне атомов, в некоторых областях промышленности стал обыденным делом. Реальный пример - DVD-диски, производство которых было бы невозможно без нанотехнологического контроля матриц.

Во многих странах мира развернуты научные изыскания по разработке нанотехнологических методов, позволяющих создавать активные элементы (транзисторы, диоды) размером с молекулу и формировать из них многослойные трехмерные схемы. По-видимому, именно микроэлектроника будет первой отраслью, где «атомная сборка» будет осуществлена в промышленных масштабах.

Разработанные в последние годы наноэлектронные элементы по своей миниатюрности, быстродействию и потребляемой мощности составляют серьезную конкуренцию традиционным полупроводниковым транзисторам и интегральным микросхемам на их основе, как главным элементам информационных систем.

При переходе к наномасштабам, на первый план выходят квантовые свойства рассматриваемых объектов. Уже сегодня техника вплотную приблизилась к теоретической возможности запоминать и передавать 1 бит информации с помощью одного электрона, локализация которого в пространстве может быть задана одним атомом.

Это позволяет уменьшить размеры одного транзистора приблизительно до 10 нм, а рабочие частоты увеличить до порядка 1012 Гц.

Уже сегодня в числе машин, имеющих отношение к электронике и информатике - высокоэкономичный квантовый лазер, диоды излучающие свет, ячейки солнечных батарей и одноэлектронные транзисторы.

Оставив в стороне сложные теоретические вопросы квантовой физики, можно сказать, что имеющиеся технологии взаимодействия металл-диелектрик позволяют путем так называемого туннелирования осуществлять перенос заряда в структуре порциями, равными заряду одного электрона. Уже появились элементы на резонансном туннелировании. Об их размерах можно судить по следующему примеру. Если представить один бит информации как наличие или отсутствие одного электрона, то схема памяти емкостью 100 гигабайт разместится на кристалле, площадью всего 6 см2. Для сравнения – память самых высококлассных современных компьютеров равняется примерно 500 гигабайт. Следовательно память всего такого компьютера можно будет разместить на матрице размером 30 $см^2$.

МЕДИЦИНА И НАНОТЕХНОЛОГИИ

Говоря о перспективах использования нанотехнологий, я выше, специально, не затронул проблему медицины и нанотехнологий. А как раз именно в области медицины предложены и делаются попытки внедрения в жизнь одних из самых фантастичных проектов нанотехнологий. Создание молекулярных роботов-врачей, которые «жили» бы внутри человеческого организма, устраняя все возникающие повреждения, или предотвращая возникновение таковых, включая генетические. Вот несколько примеров.

Искусственные клетки крови нанометрических размеров «респироциты».

В респироците имеются «баки» для хранения O2, CO2, H2O и глюкозы. Он сферической формы, что позволит давлению газов
равномерно распределяться по его поверхности. Из-за алмазной или сапфировой основы поверхность респироцита отличается высокой прочностью, что позволит повысить давление газов в «баках» до 1000 атмосфер.

Основная функция респироцитов – накопление в себе и отдача в кровяную плазму и нуждающиеся в нем ткани молекул газов.

Из вышесказанного легко можно понять ареал высокой потребности респироцитов в медицине. Прежде всего, они могут стать универсальными донорами в любой ситуации плановой или срочной показанности гемотрансфузии.

Это и кровопотеря в операциях, при травмах, геморрагических синдромах и т.д., и тяжелые анемии и лейкозы и акушерская патология и многое другое. Респироциты могут использоваться при разных видах анемии, заболеваний легких, генетических отклонений (напр. серповидноклеточная анемия).

Нетрудно представить себе также преимущества, которые дадут респироциты при замене компонентов крови. Человечество раз и навсегда будет избавлено от опасности гемотрансфузионных инфекций – ВИЧ, вирусов гепатита, малярийных паразитов и т.д. и посттрансфузионных реакций. Возможно избавление от малокровия, связанного с наследственными заболеваниями крови. Особенно такие наноустройства помогут при трансплантации в качестве носителя кислорода. Роботы способны обеспечить дыхание новорожденных младенцев при маточной асфиксии, травмах и других заболеваниях.

Другие медико-биологические наномеханизмы.

ДНК анализатор - способен на нуклеотидном уровне анализировать эту структуру, вырезать поврежденные участки и заменять их на работоспособные нуклеотиды. Позволит корректировать и устранять различные дефекты ДНК, ликвидировать генетические болезни и в будущем изменять конфигурацию ДНК по желанию пациента.

Клеточный реконструктор нанометрических размеров; механические нанокомпьютеры, имплантированные в мозг человека, смогут намного увеличить скорость мыслительных процессов.

НАНОТЕХНОЛОГИИ И ПРОБЛЕМЫ БИОЭТИКИ

Разумеется, что многие проблемные и прогнозируемые нанотехнологические машины, ассемблеры, компьютеры и прочие - не более чем плод слишком буйной фантазии Фейнмана и Дрекслера. И эти фантазии не являются поводом для беспокойства.

И, тем не менее, эти технологии не могут быть сброшены со счетов, от них нельзя просто так отмахнуться. Дело в том, что наука нанотехнопогия ставит ряд этических, юридических и политических проблем, с которыми может столкнуться международное сообщество в ближайшем будущем.

Развитие науки и техники значительно изменяет человеческое существование. Технология делает жизнь более безопасной и менее обременительной. Медицинская наука неизмеримо улучшила здоровье людей.

Медицинские технологии, особенно последних десятилетий, внесли существенный вклад в совершенствование общественного здоровья. Информационные технологии обеспечили фантастические возможности коммуникации человека. Экологическая наука развила наиболее безопасные пути производства и потребле-ния.

Нанотехнологии пересекаются со всеми этими областями. В целом они ведут к появлению множества этических проблем и вопросов.

Например, особенно в конце XX и начале XXI вв. создалась такая ситуация, когда развитые индустриально страны запускают разные макро- и микротехнологии в менее развитых странах. При этом широко эксплуатируются материальные и людские ресурсы последних стран, однако результаты и изделия потребляются развитыми странами, а не странами-производителями. Вместо страны получается этакая суррогатная мать, при помощи экономических рычагов понуждаемая к выдаче чужому дяде своего продукта. Это и есть одна из больших этических проблем нанотехнологий.

Дело осложняется еще и тем, что и этические вопросы этих проблем разрабатываются под стандарты развитых стран, тогда как такие положения неприемлемы для слаборазвитых стран. Даже одно это показывает необходимость координированных международных действий в области этики технологий и нанотехнологий, в том числе и в области биомедицинской этики.

Еще в 1993 году Государства - члены ЮНЕСКО создали международный комитет этики биологических исследований (IBC). В комитет входит 36 экспертов из многих стран мира, специалистов по самым различным научным дисциплинам. Комитет пытается выработать рекомендации относительно трудных биоэтических проблем.

С 1998 года в ЮНЕСКО работает также COMEST- Комиссии по этике научного знания и технологии, состоящая из 18 экспертов. Она работает в области прикладной этики типа этики науки, экологической этики и этики технологии. На основе этического мандата ЮНЕСКО COMEST анализирует этику информацион-ных

технологий, использования гидрологических технологий, энергии и космических технологий и др.

IBC также имеет подобные функции, но она больше сосредоточена на этике биологических исследований, этических и юридических проблемах, возникающих при исследованиях в науке о жизни и их внедрением в практику

В вопросах нанотехнологий в обязанности комитетов ЮНЕСКО прежде всего входит задача ознакомления гражданских обществ стран с этическими проблемами, связанными с внедрением в практику таких технологий. Для достижения этой цели эксперты идентифицируют и анализируют проблемы новых технологий так, чтобы они были понятны и широкой публике и специализированным группам и лицам, принимающим решения наверху.

IBC и COMEST предназначены для того, чтобы непрерывно контролировать возможные выгоды и вред новых научных достижений, в том числе нанотехнологий, чтобы предотвратить беспокойство и моральные осуждения со стороны общества.

В связи с этим, обязанность ученых как граждан должна состоять в том, чтобы критически анализировать и определять нереалистичные или опасные результаты, а не просто описывать все в розовых тонах.

Юнеско считает, что, даже если нации не активно проводят исследование по нанотехнологиям, они, тем не менее, должны знать фактический курс исследования согласно нормам акции, правосудия и справедли-вости и иметь долю в использовании полученных результатов. Граждане каждой нации должны иметь право в понимании того, что такое нанотехнологий и к чему они могут вести.

Если со стороны международной общественности не будет необходимого и эффективного контроля, - нанотехнологий могут быть использованы корпорациями и нациями по своему усмотрению и в своих собственных интересах.

Можно видеть, что нанотехнологий поставят перед миром множество этических проблем вовсе не наноразмеров.

НАНОТЕХНОЛОГИИ И ПРОБЛЕМЫ БИОМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ

Нанотехнологии могут создать массу проблем и плана биомедицинской этики. Например: вопрос оживления крионированных ныне людей. В настоящее время в печати открыто заявляется, что в ожидании успехов нанотехнологий следует наращивать темпы крионирования безнадежно больных людей. И не только заявляется. В своём месте этой книги я говорил о всплеске криоконсервирования в Америке в последние годы.

Такие заявления и действия несут в себе множество этических проблем.

На самом деле, при самом высоком развитии нанотехнологий, шанс на оживление таких людей является практически нулевым. Научные исследования свидетельствуют, что при замораживании теплокровного объекта больше сперматозоида происходит полный разрыв всех клеток, вследствие перехода клеточной воды в лед. Отсюда ясно, что никакие наноремонтные клетки не смогут «собрать» заново фактический труп человека, восстановить все клетки, восстановить прерванные межклеточные взаимосвязи, нарушенные функции и т.д.

В этих условиях рекомендации развивать сегодня креонику нарушает множество принципов биомедицинской этики - принцип «не навреди», «делай добро»; происходит осознанное поощрение эйтаназии и ятротаназии, путем обмана нарушается право человека на достойную смерть.

Множество проблем биомедицинской этики просматриваются и в других нанотехнологиях, которые могут быть внедрены в медицину в ближайшие десятилетия.

Так, сразу возникнет проблема всеобщей их доступности и соблюдения принципа справедливого распределения ресурсов в медицине. Едва ли есть сомнение в том, что при нынешнем состоянии нравов российского общества нанотехнологий будут распределяться избирательно, в соответствии со служебной или денежной иерархией.

Возникнет также проблема регионарного эгоизма - технологии окажутся доступными в основном в тех регионах, где они будут разрабатываться или закупаться.

Жестко могут встать также проблемы работы этических комитетов. Ныне в России в подавляющем большинстве лечебных учреждений не созданы этические комитеты. Они имеются также не во всех научно-исследовательских учреждениях страны. Более того, их юридический статус в нашей стране так и остался неясным. И, следовательно, можно ожидать бесконтрольного и аморального распространения и применения различных нанотехнологий, как это сегодня имеет место со стволовыми клетками.

Этической проблемой станет также добровольность информированною согласия пациента на применение нанотехнологий. Для доказательства безопасности и эффективности действия того же респироцита нужны будут многолетние экспериментальные исследования доказательного типа. Будут ли они проводиться в современной России? Во внедрении технологий будут вовлекаться очень большие деньги. А, как известно, нет преступления, на которое не пойдет капиталист, если дело пахнет прибылью более чем 30%.

А в нанотехнологиях прибыли могут быть многократно по 30%. Будет ли в таких условиях информированное согласие пациента добровольным или оно будет связанно с его обманом заинтересованными лицами, в том числе и врачами. В этой ситуации просматривается также проблема коммерциализации нанотехнологий, что также противоречит положениям ВОЗ и ЮНЕСКО, Конвенции Совета Европы и другим этическим документам.

Выше уже говорилось, - ЮНЕСКО считает важнейшей задачей различных ее комитетов по биоэтике информирование общественности о проблемах нанотехнологий. Этот тезис должен быть взят на вооружение всеми этическими комитетами России, так как иначе в обществе может быть реакция, подобная той, что в настоящее время имеет место по генетически модифицированным продуктам или генной терапии.

Требуют чрезвычайно точного просчета проблемы продления жизни людей на земле за счет внедрения в организм молекулярных роботов, предотвращающих старение клеток, а также перестройки и «облагораживания» тканей человеческого организма. Если не осуществиться другая нанотехнологическая проблема - искусственного синтеза продуктов питания, - то удлинение жизни человека может иметь самые тяжкие последствия.

Уже сегодня земля не может прокормить 6 миллиардов своих жителей. Если же жизнь людей будет продлена, то не представляет трудностей понять, какие могут быть последствия.

Из сказанного видно, что круг проблем биоэтики и биомедицинской этики нанотехнологий будет чрезвычайно велик. Сказанное делает необходимым уже сегодня рассмотреть возможно большее число этих проблем и меры их решения, профилактики и, по-видимому, подготовки к переводу части из них в медицинское право.

ВЫВОДЫ.1. Последние полвека стали годами разработки и внедрения в практику (инноваций) нанотехнологий практически во всех областях жизни, в том числе и в медицине.

2. Внедрение нанотехнологий в медицине может принести неисчислимые блага для больных людей. В то же время этот процесс рождает многочисленные биомедицинские проблемы.

3. Одной из таких проблем является криоконсервирование тяжелобольных людей с обещанием недобросовестными дельцами от медицины оживления их в будущем, в частности и с помощью нанотехнологий. По сути дела криоконсервирование – преднамеренное убийство с участием медиков.

4. Требуют большого просчёта проблемы продления жизни людей с помощью нанотехнологий. Едва ли продление жизни на большой срок можно считать нравственным со многих точек зрения (перенаселённость Земли, смена поколений, проблемы струльдбрюгерства и пр.).

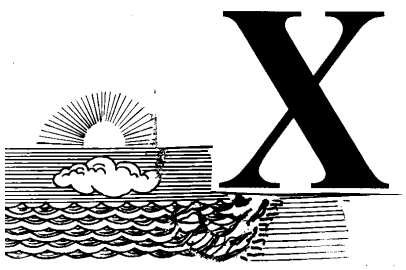
CONCLUSIONS. 1. The last half centuryhas been the years of development and implementation in practice (innovation) of nanotechnology in almost all areas of life, including medicine.

2. The implementation of nanotechnology in medicine can bring numerous benefits for the sick people. At the same time, this process gives rise to many biomedical problems.

3. One of such problem is the cryopreservation of seriously ill people with the promise of unscrupulous medical businessman to revive them in future, particularly by means of nanotechnology.

As a matter of fact cryopreservation is a premeditated murder with participation of the medical workers.

4. Problems of prolonging people's life by means of nanotechnology require great checking. Hardly extension of life-span may be considered moral in many ways (overpopulation of the Earth, generational change, struldbrugerish etc.).



XXI ВЕК -

ВЕК КРИЗИСА ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ ВРАЧА

XXI CENTURY – CENTURY CRISIS OF ETHICS AND DEONTOLOGY PHYSICIAN

«Политика – волшебная игра: в ней правилами правят шулера!»
М. Двинский.

Медицина есть общение врача и очень ранимого человека – больного. И в общении этих двоих испокон веков возникали профессиональные и моральные коллизии. И эти коллизии постепенно, в течение веков и тысячелетий складывались в особые моральные отношения. Принципами медицины стали, например, такие, как **«Noli nocere»** – не повреди (в диагностике, лечении), **«Salus aegroti – suprema lex»** – благо больного – высшая цель (врача, врачевания).

Всем медикам (и не только) известна так называемая «Клятва Гиппократа»

«Так называемая» потому, что она приписана Гиппократу европо-и грекоцентристами, проповедующими наивный тезис о том, что все в мире пошло от греков, все открытия сделаны греками, не зная или не желая знать достижения других народов и цивилизаций. На самом деле такого свода правил нет в трудах Гиппократа, и клятва состряпана в поздние времена из различных источников многих цивилизаций, в том числе и догиппократовских времен. Так вот в этой клятве есть и такие строки:

«Клянусь, что я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения вреда и несправедливости. Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла. Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и свое искусство. В какой бы дом я не вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, неправедного и пагубного».

Как можно видеть, в этом своде правил для врачей содержатся многие принципы, считающиеся главенствующими в морали – делать добро, не причинять вреда, быть справедливым, воздерживаться от пагубных дел.

В поздние и новые времена и общество и известные ученые-медики поддерживали эти принципы и старались углубить их. Об этом свидетельствуют те требования, какие считались необходимыми для желающих стать врачами. В древней Индии, например, считали, что врачом может быть лишь человек, обладающий следующими свойствами: степенный, почтенного происхождения, с твердым характером, бескорыстный, умный, обладающий рассудком и памятью; вообще даровитый и

происходящий из фамилии врачей, или, по крайней мере, вращающихся среди врачей, любящий истину, без недостатков какого-либо чувства, опрятный во всем, не вспыльчивый, сметливый и ловкий, не ленивый, желающий блага, всем существом стремящийся к лечению больного даже в тех случаях, когда он рискует заплатить за это своей жизнью.

Основоположник российской терапии М. Я. Мудров в своем «Слове о способе учить и учиться медицине практической или деятельному врачебному искусству при постелях больных» писал: «Начав с любви к ближнему, я должен бы внушить вам все прочее, проистекающее из одной врачебной добродетели, а именно, услужливость, готовность помочь во всякое время, и днем, и ночью, приветливость, привлекающая к себе робких и смелых, милосердие, бескорыстие; снисхождение к погрешностям больных…, вежливую важность в разговоре с высшими; …скромность и стыдливость, умеренность в пище; ненарушаемое спокойствие духа и лица при опасностях больного; веселость без смеха и шуток при счастливом ходе болезни; хранение тайны и скрытность при болезнях предосудительных; молчание о виденном или слышанных семейных беспорядках; радушное принятие доброго совета…, убедительное отклонение вредных предложений и советов; удаление от суеверия; целомудрие, словом: мудрость».

Как видим, уже в этих пожеланиях имеются если не все, то подавляющее большинство долженствующих быть у врача моральных качеств или классов добродетелей**.**

. Все эти взаимоотношения постепенно сформировались в этические кодексы, которые в Х1Х - ХХ столетиях стали называть этикой и деонтологией врача.

Этика и деонтология врача не были только философской категорией. Они имели под собой объективную почву. Как уже говорилось, врач имеет дело не просто с живым человеком, как и во многих других профессиях, но людьми, попавшими в очень ранимую ситуацию – болезнь. И в этой ситуации у него было множество возможностей не только делать добро, но и приносить вред больному человеку. И от этого его должна была удерживать и удерживала этика и деонтология врача. Этика и деонтология врача свято соблюдалась большинством врачей, особенно с середины и до конца ХХ столетия. Однако, похоже, что этика и деонтология врача в первом десятилетии ХХ1 века дала трещину…

Многие сегодня говорят: вот, врач стал черствым, корыстным, малограмотным, недоброжелательным, равнодушным, неуважительным и т.д. Да, не исключаю, что нечто такое во врачебной среде сегодня наблюдается. Однако позвольте задать вопрос: а удивительно ли это?

Человек - существо биологическое. Специфика человека состоит именно в том, что его природа, субстанция, биологична. И с этой точки зрения, многое в его личностных качествах опосредовано его биологической сущностью, особенностью нервной системы, наличием физических предпосылок для функционирования органов и систем. Всё это, в свою очередь, в определенной мере запрограммировано в генотипе человека и в значительной мере зависит от наследственных механизмов и реализующей их биологической среды. Отсюда представляется, что многие свойства, необходимые для формирования хорошего врача, также биологически обусловлены и зависят от генотипа человека.

Все же одних биологических качеств для формирования личности человека, в том числе и врача, абсолютно недостаточно. Как известно, генотип человека содержит лишь предпосылки для онтогенетического формирования качеств организма и окончательное становление индивидуума, его личностных качеств, ценностных установок, морали, этики происходит во внешней среде и под ее воздействием.

«Среда жизни человека (социальная среда), в которой он активно действует, образует содержание его психического мира и тем самым определяет его сознание, существенные личностные черты и функции в том или ином социальном коллективе». (Петленко В. П., Сержантов В. Ж., 1984). При этом социальная среда влияет на человека в огромной мере и формирует его, подчиняя своим социальным законам. В связи с этим становится ясным, что наряду с генетическими программами существует не менее важная, не менее детерминирующая, не менее жёсткая социальная программа, которая определяет развитие личности.

Сказанное наглядно подтверждается известным фактом, что индивидуумы каждой эпохи имеют свою структуру сознания, психологию, личностные особенности, особую оценку бытовых, социальных, исторических и других ценностей.

Вопрос о весе биологического и социального в становлении личности человека нельзя считать окончательно решенным. Однако представляется несомненным, что социальное играет главную роль в этом процессе. Философ С. С. Батенин пишет: «В том, какие индивиды существуют в данном обществе, с какими жизненными ценностными ориентациями они взаимодействуют между собой, какое многообразие индивидуальных различий в нем проявляется, - решающее значение принадлежит миру человека (т.е. обществу, культуре)». И. В. Сталин в свое время писал: «Человек - продукт своего общества. Ни выпрыгнуть, ни перепрыгнуть через него он не может».

Сегодня в России правящие верхи насаждают капитализм. То есть общество у нас капиталистическое. Или скорее, как говорят иные юмористы (увы, в их словах есть львиная доля правды), «дикокапиталистическое». И невооруженным глазом можно видеть, что это общество пришло в жесточайший конфликт с представлениями о морали. В обобщенном виде судьба морали в этом обществе видна в высказывании бывшего президента РАМН В. Покровского: «смешно при рыночной экономике обсуждать такие вопросы как добро, совесть и справедливость».

Врач тоже обычный человек. И из вышесказанного следует, что он также может быть только продуктом своего общества. Таким же, как само общество. Давайте более близко познакомимся с современным нашим обществом.

Наше сегодняшнее общество давно забыло слово «честь, честность». Обмануть, оболгать, не стесняясь и глядя тебе в глаза, - этим ныне не брезгуют самые высокие чины нашего общества. В начале девяностых годов, под шумок «перестройки» всякие проходимцы типа березовских, абрамовичей, гусинских, гайдары, чубайсы и К° разворовали 70-летние многомиллионные накопления простых граждан, вытолкнув подавляющее их большинство на площадку нищеты. Они же присвоили все природные богатства страны. В конце девяностых годов президент страны Б. Н. Ельцин обещал: «Россияне! Не беспокойтесь, девальвации не будет. Если она будет, я, понимаш, лягу на рельсы под поезд». И буквально через несколько дней случился страшнейший дефолт 1998 года, приведший ко второму разорению и обнищанию огромного числа граждан. И где же те рельсы, на которые лег президент? Его слова были обыкновенной ложью.

То же самое происходит и сегодня, в конце первого десятилетия XXI века. Вся руководящая рать говорила о том, что нам нечего бояться, и из наших карманов создавала «стабилизационный» фонд. И что же? А то, что ныне никакой стабилизации нет. По всей стране катится волна увольнений и сокращений, нарастает огромная волна безработицы, практически прикрыто ипотечное строительство, идет девальвация рубля при укреплении доллара и евро и т.д. На всех уровнях быта сегодня сплошь и рядом обман, обвес, обсчет простого человека. И вот такое общество и составляющее его «молчаливое большинство» требуют от врача соблюдения этики и деонтологии, сострадания, доброты, альтруизма, тактичности, честности и пр. Но, возможно ли это в таком обществе?

Гуманность и мораль - откуда им взяться в нашем обществе? Человеческая жизнь не стоит и копейки. Коррупция во всех отраслях, даже в правоохранительных органах, разгул проституции, наркомании; сплошное спаивание народа - в стране более 2 миллионов алкоголиков Что ни день, то мы слышим об убийствах во всех уголках страны. Наш телеэкран день и ночь, круглые сутки показывает убийства, насилие, бандитизм, коррупцию или похожие на пир во время чумы гулянки нынешнего «высшего общества»; подсматривание за «интимом» через «окна», бесконечные разборки и семейные склоки каких-то сомнительных лиц; демонстрирует абсолютный конформизм по отношению к любому злодею, лишь бы он имел деньги и т. д. И при этом от врача требуют, чтобы он был гуманным и высокоморальным. Однако какой морали при вышеуказанном состоянии самого общества оно ждет от врача?

Знаменитый писатель и врач В. В. Вересаев писал: «При всех прочих равных условиях, в моральном отношении врач на голову выше представителей любой другой профессии». Эти слова и сегодня правдивы как никогда. Когда видишь, как ежедневно и ежечасно (именно ежедневно и ежечасно!) медицинские работники суетятся вокруг тяжелейших пациентов, в том числе и умирающих, какую колоссальную физическую и психическую нагрузку постоянно они несут, имея зарплату в десятки раз меньшую, чем какие-нибудь служилые девочки или клерки, весь рабочий день занимающиеся полировкой ногтей или пустыми разговорами, то ты смело можешь утверждать, что действительно медики в моральном отношении на голову выше, чем представители многих других профессий нашего времени.

А даже, если среди медиков встречаются люди с низкой моралью, то я посоветовал бы нашему обществу на себя оборотиться. Где больше аморальности - среди врачей или среди членов остального общества?

Что касается бескорыстия. Нередко слышишь, что врачи берут взятки. Извините, но это еще очень и очень спорный вопрос. Большинство наших врачей никаких взяток не берут и выкладываются полностью за свою мизерную зарплату. Кроме того, разве взяточничеством не заражено все остальное общество? Посмотрите «compromat.ru» в Интернете. От этих данных о «бескорыстии» лиц, занимающих самые высокие посты в стране, стынет кровь. Общество, оборотись на себя, прежде чем требовать бескорыстия от врача! Выйдем сегодня на улицы наших городов. По ним мчатся тысячи машин, которые стоят десятки и сотни тысяч долларов. На каждой улице стоит по нескольку дворцов ценой в миллионы, а во всяких «Рублевках» и миллиарды рублей. И что же? Да то, что и среди владельцев машин, и среди владельцев таких дворцов практически нет врачей. Не исключаю, что среди нынешних богатеев есть и медики. Однако их число не превышает и тысячной доли в этой среде.

И может ли в этих условиях этика и деонтология врача не дать трещинку? Но, даже в этой ситуации, самоотверженности и доброты и прочих моральных качеств у наших врачей сегодня более чем достаточно для того общества, которое само не имеет этих качеств. Кого сегодня можно сравнить по самоотверженности в работе с медицинскими работниками? Пожалуй, только нашего многострадального крестьянина. Увы, действительно, жизнь наших современных тружеников села можно сравнить лишь с жизнью крестьян в России во времена Н. А. Некрасова: «Я такой стороны не видал, где бы сеятель твой и хранитель, где бы русский мужик не стонал».

Наши медики в труднейшие времена доказали всему миру и нашему обществу свою высокую этику, деонтологию и преданность делу. В условиях краха великой страны, в которую ее ввергли всякие солженицыны, горбачевы, ельцины, шукшевичи и прочие, во времена смуты и хаоса они самоотверженно работали на своем посту, сохранили свою отрасль, не дали ее растащить проходимцам всех мастей. И сегодня медики, находясь на нищенском бюджете, показывают высокие образцы преданности своему делу и долгу.

Сегодня опять-таки от многих членов нашего общества можно услышать, что, мол, врачи стали плохие, непрофессиональные, не умеют лечить и т.д. Да, доля правды в этом, наверное, есть. Действительно, многие наши врачи перестали совершенствовать свои профессиональные знания и умения, повышать образовательную квалификацию, хуже стали относиться к больному человеку. Но разве не таково все наше общество само?

В стране сегодня недоросли и митрофанушки занимают большинство государственных и прочих постов. Управляя огромной, в 1/6 часть всего земного шара, страной, владеющей многими морями и океанами, богатейшими природными ресурсами, наши правители не могут прокормить 140 миллионов человек своего народа. Большая часть населения живет, едва сводя концы с концами, в условиях голодного прожиточного минимума. Опустел еще недавно цветущий советский Север, хищнически эксплуатируются всякими чичиковыми и держимордами природные богатства страны. Выход человека на пенсию стал прямым путем в нищету. Неужели же это от высокого профессионализма наших правителей?

Одним из самых высоких показателей морального климата общества считается то, как оно относится к своим сирым, нищим, старым, немощным и детям. Ныне в России сирые и старые поставлены в условия медленного вымирания. Старым людям, которые своими руками создали все те богатства, что сегодня имеет Россия, выплачивается жалкое подобие пенсии, которая выталкивает их за порог прожиточного минимума, в нищету и унижение.

Непрофессионализмом за версту веет от всей той чехарды противоречащих друг другу или абсолютно не исполняющихся законов, которые принимают наши думцы.

В любом государстве Право и Экономика косвенно приходят на помощь морали. Высокоморальным человек может быть лишь в том обществе, в котором процветают Благоденствие и Законность. Нищета же, как это подметил еще Т. Компанелла, делает людей негодяями, хитрецами, ворами, лжецами и лжесвидетелями. Нищета, - среда, в которой обильно взрастает аморальность.

Примеры аморальных поступков лиц, составляющих наше сегодняшнее общество, можно видеть воочию на каждом шагу. Пример, близкий нам, медикам – массовая фальсификация лекарств и заламывание баснословных цен на них (может ли быть что-то еще более мерзкое и аморальное, чем это!)**. Такие деяния ставят под удар жизнь больных, и немощных, милосердие к которым, как уже говорилось, во все времена было краеугольным камнем морали любого общества.**

И вот в этих условиях некоторые лица нашего общества пытаются говорить о кризисе врачебной этики и деонтологии.

Ну как тут не воскликнуть вместе с древними латинянами: «Socium, cura te ipsum - Общество, излечися само!»

Наши так называемые средства массовой информации (а, пожалуй, справедливее «средства массовой идиотизации»), наши недоросли-журналисты и телевизионщики, да и другие общественные лица безнаказанно уже почти 20 лет планомерно разрушают нашу медицину, ее великие традиции, оскорбляют и унижают врачей, без всяких на то доказательств, без суда и следствия обвиняют врачей и медицину во всех смертных грехах, называя фамилии, обливая их грязью, шельмуя их направо и налево. «Врачи-убийцы» (без всякой доказательной базы) у них – расхожий термин.

Государство к врачам относится ничуть не лучше. Во всех остальных сферах все перешли на капиталистический путь, а врачей хотят оставить в социализме. Сегодня санитарка получает что-то около 4332 рубля в месяц, а начинающий врач - гораздо меньше. Все разговоры о повышении зарплаты один пиар, ибо инфляция намного опережает это «повышение». Врач в городе не имеет никакой перспективы

получить квартиру. Его лишили возможности повышать свою квалификацию, выкинули на свалку гарантированный конституцией право на труд – в России безработных врачей хоть пруд пруди. В условиях мизерного (не доходящего даже до 3% от нашего нищего ВВП {в США – 13%, а при Обаме – 18%}финансирования здравоохранения врач становится заложником таких действий властей – при всем желании он не может лечить всех больных в соответствии с моральным положением о равной доступности и качестве медицинской помощи всем гражданам, независимо от их имущественного положения, цвета кожи, вероисповедания, региона проживания, национальности и т.д. У нас открытое неравноправие больного человека и регионарный эгоизм – гиперэлитные президентские и правительственные медицинские учреждения, элитные ведомственные, получше в столице и крупных городах, а живущим пониже – медучреждения, где делают что могут, где лечат не тем, что нужно, а китайской ЧЕН («что есть в наличии») терапией. И т.д. И т.п.

Поэтому, требовать сегодня от врача, чтобы он был честным, бескорыстным или, по Чехову «чистым нравственно и опрятным физически» не только не серьезно, но даже не смешно. Врач такой же человек, как и все (только, уж если на то пошло, даже в наше время, как это говорил В.В. Вересаев, на голову морально выше, чем лица других профессий) и ему не может быть чуждо то, чем заражено все остальное общество: коррупция, мздоимство, грубость, бестактность, равнодушие, стремление урвать больше, сделать меньше и т.д.

Кстати Бентам, разрабатывая учение о деонтологии, вовсе не имел в виду врачей и медицину. Он говорил о необходимости деонтологических взаимоотношений между всеми людьми. Не только врач должен быть деонтологичен по отношению к обществу (через отношение к больному человеку – члену этого общества), но и само общество обязано должным (деон – должное) образом относиться к врачу. А этого ныне нет и в помине. Кстати, не очень «деон» относится сегодня к врачу и больной человек. Он требует, чтобы врач принес ему здоровье на тарелочке с голубой каемочкой, сам и пальцем не ударяя для своего здоровья. 77% мужиков у нас курят, а еще больше хлещут непомерными дозами алкоголь, бегают только около телевизоров, вместо того, чтобы походить на природе, едят «от пуза» и при этом требуют от врача здоровья. Но, в жизни так не бывает, это не более чем химера.

Поэтому-то и трещит деонтология врача по всем швам. И тыкать сегодня врача лицом в «Клятву Гиппократа» или «Присягу врача России» абсолютно аморально.

И еще одна сторона кризиса этики и деонтологии врача, о которой наши юдины и прочие теоретики, которые, не видев никогда ни одного больного, учат нас, клиницистов, как врач должен справляться с эйтаназией, врачебной тайной, медицинским экспериментом и пр. и пр., предпочитают не говорить. Речь идет о том, что в последние десятилетия XX столетия и первые годы XX1, деонтология потихоньку исчезает из-за действий общества и общественных правовых деятелей.

Речь идет о том, что за указанные выше мной годы практически все важнейшие положения этики и деонтологии из области морали перешли в область права. Сегодня от врача и медицины законодательно, под угрозой уголовной или административной ответственности, требуют исполнения всех основных положений деонтологии врача. Это и информированное согласие на медицинское вмешательство, и врачебная тайна, и медицинский эксперимент, и право на прерывание беременности, и многое другое (см. мой учебник «Биомедицинская этика. М., 2006. – С. 31-32). Таким образом, сегодня все главнейшие позиции этики и деонтологии врача захвачены законом. Оформилась новая отрасль права «Медицинское право» (оно четко отличается от «Судебной медицины», которая рассматривает в законодательном плане ошибки и прочие профессиональные прегрешения врачей). А, если сегодня, все дея-

ния, входившие ранее в понятие этики и деонтологии врача, подпали под понятие права, то о какой деонтологии можно говорить вообще? Вот это и есть одно из самых ярких кризисных явлений в деонтологии.

Такое положение в определенной мере искажает истинную суть этики и деонтологии. Мораль - явление плохо измеримое нормами закона. Ее не измеришь даже европейским адронным колайдером. К морали не приложимы методы точных наук. Это действительно «логия» - учение, явление, традиции. И все это очень резко варьирует от века в век, от общества к обществу, от цивилизации к цивилизации. И попытки надеть на нее ярмо законов аморальны сами.

И, два слова о терминологии. Ныне многие ученые отсылают понятия «этика» и «деонтология» на полку истории и вводят термин «биомедицинская этика». По-видимому, в этом проглядывают черты действия всеобщего «закона Развития». В мире развитию подвержено все – человек, человечество, нации, цивилизации, традиции, законы, научные положения и все, все, все. Этика и деонтология не могут быть здесь исключением.

В общественном регулировании ныне нуждаются не только чисто медицинские деяния. Например, все разновидности ЭКО. Нельзя отрицать, что здесь много и от биологии. Или возникающие ныне проблемы банков спермы, стволовых клеток, генной паспортизации, использования тотипотентных эмбриональных стволовых клеток. Эти и целый ряд других деяний стоят на стыке и биологии и медицины. Поэтому, может быть и правильно, что говорят о биомедицинской этике (не путать с биоэтикой – это гораздо более широкое понятие и биомедицинская этика – лишь ее небольшой раздел).

ВЫВОДЫ. 1. В XXI веке нередко можно услышать из уст разных людей слова о том, что врач в наше время стал чёрствым, корыстным, малограмотным.

2. Не отрицая факта, что такие врачи среди медиков встречаются, следует сказать, что причина этого лежит в самом российском обществе – каково общество, таков и врач. Это подтверждает высказывание крупных отечественных философов «Среда жизни человека (социальная среда), в которой он активно действует, образует содержание его психического мира и тем самым определяет его сознание, существенные личностные черты и функции в том или ином социальном коллективе». (Петленко В. П., Сержантов В. Ж., 1984).

3. Современное российское капиталистическое общество пришло в жесточайший конфликт с врачебной моралью. Экс-президент РАМН В. Покровский говорил: «смешно при рыночной экономике обсуждать такие вопросы как добро, совесть и справедливость».

4. В современном российском обществе исчезло понятие «честь, честность». Это не может не оказать влияния на медицинское сообщество и на отдельно взятых врачей.

5. В стране сегодня недоросли и митрофанушки занимают большинство государственных и прочих постов.

6. Важнейший институт воспитания человека – телевидение в современном российском обществе сутками подряд показывает насилие, убийства, аморализм, мошенничество, разврат, абсолютный конформизм большинства членов общества к людям имеющим деньги, не обращая внимания на их моральный облик.

6. Современное общество плохо относится к своим сирым и старым членам: людям, проработавшим всю жизнь выплачивается пенсия, которая едва-едва позволяет сводить концы с концами по питанию и ЖКХ, и абсолютно не позволяет иметь достойную жизнь.

7. В этих условиях врачи никак не могут оставаться высокоморальными. Этика и деонтология врача даёт сбой. И в этом огромная вина не врача, а самого общества.

Conclusions. 1. In the XXI century, one can often hear from the lips of different people the words that the physician presently became callous, selfish, unlearned.

2. While not denying the fact that such doctors physicians are found, you should ska-ify that the reason for this lies in the Russian society - what is the society, the Cove and the doctor. This confirms the statement of major Russian philosophers, Environment, human life (social environment, in which it is active, forms the content of his mental world and thus defines his consciousness, the essential personality traits and functions in a particular social group». (Petlenko V.P., Sergantov V.G., 1984).

3. Contemporary Russian capitalist society came into severe conflict with medical ethics. Ex-President of Russian Academy of medical Sciences V. Pokrovsky said: «it is ridiculous when market economy discuss issues such as good conscience and justice.

4. In the modern Russian society disappeared the notion of «honour»and " fairness". This cannot but have an impact on the medical community and individual doctors.

5. Today the country's minor and митрофанушки occupy most of the state and other posts.

6. The most important institution of upbringing - TV in the modern Russian society for days in a row shows violence, murder, аморализм, fraud, corruption, absolute conformity of the majority of members of the society to people with money, not paying attention to their moral character.

7. Modern society mistreats his orphans and old member States: people who have worked all life pays a pension, which barely allows us to make ends meet on nutrition and housing, and absolutely does not allow to have a decent life.

8. In these conditions, the doctors cannot remain высокоморальными. Ethics and deontology doctor fails. And a great wine is not a doctor, but the society itself.

ТЕСТЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ УСВОЕНИЯ МАТЕРИАЛА ПО ГЛАВАМ
МОРАЛЬ И ЭТИКА

1.Мораль регулирует поведение человека в обществе на основе:
а) юридических документов (законов);
б) подзаконных актов;
в) через экономические интересы;
г) административное принуждение;
д) нравственных законов.

2.Мораль нужна обществу для:
а) предотвращения войн;
б) предотвращения конфликтов в обществе;
в) достойного поведения людей в обществе;
г) достижения блага для индивидуума;
д) достижения блага для всего общества.

3.Мораль поддерживается в обществе:
а) путем экономических стимулов;
б) духовными мерами;
в) общественными институтами;
в) образовательными мерами.

4.«Должное» морали – это:
а) идеальная сторона морали;
б) ее практическое воплощение в жизнь;
в) ее историческое лицо;
г) философская сущность.

5. «Сущее» морали – это:
а) идеальная сторона морали;
б) воплощение моральных положений в практике;
в) ее историческое лицо;
г) философская сущность.

6.Исторически мораль возникла на основе:
а) развития обрядов, традиций человеческого общества;
б) религиозных обрядов;
в) разработок ученых;
г) всего вышеперечисленного.

7.Мораль пришла во врачевание:
а) в последние века;
б) в нашу эру;
в) задолго до нашей эры;
г) в XX столетии.

8.Термины «мораль» и «этика»:
а) синонимы;
б) этика более широкое понятие, чем мораль;

в) мораль более широкое понятие, чем этика.

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ЭТИКИ, ДЕОНТОЛОГИИ, БИОМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ И МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА

1.Деонтология это учение:
а) о долге одного человека перед другим;
б) о долге человека перед обществом;
в) о долге врача перед пациентом;
г) о долге пациента перед врачом.

2.В.В.Вересаев это:
а) известный врач;
б) известный писатель;
в) один из основоположников этики и деонтологии врача;
г) русский философ.

3. Биомедицинская этика – это понятие:
а) равноценное понятию биоэтика;
б) более широкое, чем биоэтика;
в) часть биоэтики;
г) верно «а» и «б».

4.Положения биомедицинской этики в настоящее время регулируются:
а) законами;
б) нравственностью, моральными положениями;
в) ни то, ни другое;
г) и то, и другое.

5.Медицинское право – это:
а) законы, регулирующие медицинскую деятельность;
б) законы, регулирующие нормы биомедицинской этики;
в) акты, регулирующие медицинский эксперимент;
г) ни одно из вышеуказанного;
д) все вышеуказанное.

6.Конвенция Совета Европы – это:
а) документ этический;
б) документ законодательный;
в) обязательный для России;
г) не обязательный для России.

7.В вопросах биомедицинского вмешательства:
а) права индивидуума выше прав общества;
б) права общества выше прав индивидуума;
в) права равноценны;
г) могут быть компромиссы.

СОВРЕМЕННЫЕ МОДЕЛИ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ВРАЧА И БОЛЬНОГО

1.Выберите рекомендуемые ныне модели взаимоотношений врача и больного:

а) патерналистская;
б) коллегиальная (информированного согласия);
в) инженерная;
г) контрактная.

2.Патерналистская модель- это:
а) современная модель взаимоотношения врача и больного;
б) использовалась еще в глубокой древности;
в) сложилась в XIX столетии;
г) модель давно ушла в историю.

3. Патерналистская модель взаимоотношений врача и больного:
а) одна из лучших моделей;
б) устарела и требует незамедлительной замены;
в) еще долго сохранится в практике врачевания;
г) уйдет в историю в ближайшее время.

4. В патерналистской модели главную роль играет:
а) врач;
б) больной человек;
в) родственники больного;
г) верно «б» и «в».

5.Модель информированного согласия предусматривает:
а) равноправие врача и больного в вопросах обследования и лечения;
б) в вопросах обследования и лечения превалируют права больного;
в) права больного не учитываются;
г) главной фигурой в обследовании и лечении остается врач;
д) могут быть разумные компромиссы.

6.Получение информированного согласия больного на обследование и лечение рекомендовано:
а) Всемирной организацией здравоохранения;
б) Всемирной медицинской ассоциацией;
в) Минздравом РФ;
г) законом РФ;
д) Конвенцией Совета Европы;
е) этическими правилами;
ж) всеми вышеперечисленными.

7.Взаимоотношения врача и больного регулируются:
а) предписаниями ВОЗ;
б) решениями Всемирной медицинской ассоциации;
в) Декларациями ЮНЕСКО;
г) законами государств;
д) всеми вышеуказанными инстанциями и актами.

8.Информированное согласие предполагает:
а) сообщение больному всей правды о его болезни;
б) сокрытие от больного правды о его болезни;

в) согласование с больным вопросов обследования и лечения;
г) согласование вопросов обследования и лечения с родственниками больного.

9.Больному необходимо говорить правду о его болезни, какой-бы трагической она не была, так как это:
а) рекомендует Совет Европы;
б) рекомендует Всемирная медицинская ассоциация;
в) оговорено в законе РФ;
г) рекомендуют все вышеперечисленные структуры;
д) этическая необходимость.

10.Сообщение больному правды о возможном трагическом исходе – это:
а) благо для него;
б) несет в себе угрозу нанесения тяжкой психической травмы;
в) высокоморально;
г) ответ неоднозначен.

ЯТРОГЕНИИ ИЛИ «ПЕРВЫМ ДОЛГОМ НЕ ПОВРЕДИ»

1.Ятрогения – это:
а) полноценное врачевание;
б) неполноценное врачевание;
в) заболевание, связанное с дефектами врачевания;
г) врачебная ошибка.

2. Ятрогении обусловлены:
а) трудностями врачебной профессии;
б) недостаточной профессиональной квалификацией врача;
в) недостаточными моральными качествами врача;
г) дефектами организационного характера.

3. Ятрогении могут быть обусловлены действиями:
а) врача;
б) среднего медработника;
в) младшего медицинского персонала;
г) студентов;
д) всех вышеуказанных лиц.

4.В возникновении ятрогений имеют значение:
а) только действия медицинского персонала;
б) тип нервной системы больного;
в) обстановка в больничном учреждении.

МЕДИЦИНСКИЙ ЭКСПЕРИМЕНТ И ЭТИЧЕСКИЕ КОМИТЕТЫ

1.Медицинский эксперимент – это:
а) опыты над животными;
б) обычное обследование и лечение больного;
в) обследование больного в целях науки;
г) испытание на больном различных лекарственных средств.

2. При проведении медицинского эксперимента с участием больного необходимо:
а) получение добровольного информированного согласия от больного;

б) получение такого же согласия от его родственников;
в) эксперимент может быть проведен без согласия больного.

3.При проведении лечения и научного исследования с привлечением больного:
а) интересы больного должны быть поставлены выше интересов общества;
б) интересы общества и науки выше интересов больного;
в) необходимо индивидуальное решение в каждом отдельном случае.

4. Информированное согласие должно быть получено:
а) устно;
б) письменно;
в) в присутствии нотариуса;
г) в присутствии родственников.

5. Информированное согласие при проведении медицинского эксперимента необходимо для:
а) устранения опасности для здоровья больного;
б) профессиональной защиты врача;
в) государства;
г) юристов;
д) общественности.

6. Наиболее полно вопросы морального обеспечения медицинского эксперимента представлены в:
а) «Основах законодательство РФ об охране здоровья граждан»;
б) решениях ВОЗ;
в) Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации 2000 г.;
г) Конвенции Совета Европы.

7.Этические комитеты – это:
а) законодательные учреждения по выработке документов биомедицинской этики;
б) общественные организации по контролю за всей деятельностью медицинских работников;
в) профессиональные медицинские объединения;
г) профессиональные объединения для защиты профессиональных рисков медработников.

8.Этические комитеты обладают правами:
а) регулирующими;
б) рекомендательными;
в) и теми и другими;
г) права различны в разных странах.

9.Создание этических комитетов в медицинских лечебных и научных учреждениях России:
а) обязательно;
б) обязательность не закреплена законодательно;
в) решается на основе подзаконных актов;
г) вопрос не решен окончательно.

ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА ИЛИ О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ В РАБОТЕ ВРАЧА

1.Врачебная тайна – это получение врачом сведений:
а) о диагнозе болезни;
б) о жизни больного;
в) о результатах обследования больного;
г) о состоянии больного;
д) о прогнозе болезни;
е) все вышеуказанное.

2.Врач обязан соблюдать тайну сведений о больном:
а) во всех случаях без исключения;
б) лишь в отдельных случаях;
в) во всех случаях, но имеются исключения.

3.Соблюдение врачебной тайны – это:
а) инициатива врача;
б) рекомендация Всемирной медицинской ассоциации;
в) рекомендация присяги врача РФ;
г) требование статей закона РФ;
д) этическая необходимость.

4.Сведения, составляющие врачебную тайну:
а) могут быть разглашены врачом без каких-либо условий;
б) не могут быть разглашены;
в) могут быть разглашены врачом при определенных обстоятельствах;
г) правильно «а» и «б».

5.Необходимость сохранения врачебной тайны (конфиденциальности) – это:
а) моральное правило;
б) законодательное положение;
в) и то, и другое;
г) ни то, ни другое.

6.Сведения о болезни и жизни больного:
а) могут быть разглашены, так как болезнь не позор, а несчастье;
б) не могут быть разглашены, потому, что этим можно нанести вред больному;
в) не могут быть разглашены, так как это нарушает автономию пациента;

7.Конфиденциальность по отношению к больному обязаны соблюдать:
а) только врачи;
б) и средний медперсонал;
в) и младший медперсонал;
г) работники медучреждений любого уровня, имеющие доступ к сведениям о больном;
д) верно «а» и «б»;
е) верно все вышеуказанное.

8.Нарушение конфиденциальности допускается в случае, когда к врачу обращается больной:
а) не относящийся к титульной нации;
б) иностранец;
в) бомж;

г) болеющий ВИЧ-инфекцией;
д) во всех вышеуказанных случаях;
е) ни в одном из вышеуказанных случаев.

ЭЙТАНАЗИЯ И ЯТРОТАНАЗИЯ

1.Эйтаназия – это:
а) внезапная смерть;
б) длительная, мучительная смерть;
в) смерть в результате отказа больного от лечения;
г) легкая смерть, связанная с действиями врача или самого больного.

2.Эйтаназия – это:
а) самоубийство тяжелого больного;
б) уход из жизни безнадежного больного через помощь врача;
в) легкая смерть;
г) мучительная смерть.

3.Различают эйтаназию:
а) активную;
б) пассивную;
в) законную;
г) незаконную.

4. Активная эйтаназия – это облегчение и ускорение смерти в результате:
а) действий больного;
б) действий врача;
в) действий родственников больного;
г) бездействия врача.

5.Активная эйтаназия – это оказание:
а) максимально возможной помощи для излечения безнадежного больного;
б) минимальной помощи безнадежному больному;
в) помощи в уходе из жизни безнадежного больного врачом по собственной инициативе;
г) помощи врачом в уходе из жизни безнадежного больного по просьбе последнего.

6. Пассивная эйтаназия – это:
а) ускорение смерти из-за отказа от активных мер продления жизни;
б) ускорение смерти в результате отказа оказания помощи больному;
в) ускорение смерти из-за отказа больного от лечения;
г) верно «б» и «в».

7.Пассивная эйтаназия – это:
а) интенсивное лечение больного;
б) отказ от лечения больного;
в) лечение, направленное лишь на облегчение мучений больного.

8.Выберите действия, подпадающие под понятие активной эйтаназии:
а) введение больному смертельной дозы лекарства врачом по своему решению;
б) введение больному смертельной дозы лекарства по просьбе больного;
в) введение смертельной дозы лекарства больным самому себе при ассистировании врача;

г) все вышеуказанное;
д) ничего из вышеуказанного.

9.Эйтаназия – это:
а) милосердное действие;
б) аморальное действие, разрушающее институт морали общества;
в) действие, отражающее право выбора больного между достойной и недостойной жизнью;
г) деяние, нуждающееся в компромиссном решении, в зависимости от обстоятельств.

10.В настоящее время в ряде государств законодательно разрешена:
а) активная эйтаназия;
б) пассивная эйтаназия;
в) оба вида;
г) ни одна из них.

11.Желание больного умереть легкой смертью (эйтаназия) связано:
а) с тяжкими мучениями из-за болезни;
б) из-за страха потери своей автономии, появления зависимости от окружающих;
в) из-за финансовых трудностей, вызываемых тяжелой болезнью;
г) со всеми этими факторами;
д) с другими причинами.

12.В России законодательно разрешена:
а) активная эйтаназия;
б) пассивная эйтаназия;
в) запрещен любой вид эйтаназии;
г) ответ не очевиден.

13.Милосердны ли действия врачей и общества, отказывающих в эйтаназии тяжко физически страдающему больному неизлечимой болезнью:
а) Да, милосердны, ибо всегда необходимо бороться за жизнь;
б) нет, не милосердны, ибо здесь нарушаются права пациента, приемлющего только достойную жизнь;
в) нет, не милосердны, ибо здесь не учитывается право выбора между жизнью со страданиями и потерей личностных качеств и смертью.

14.Американский врач («доктор смерть») Кеворкян- это:
а) ангел-избавитель от страданий;
б) врач-убийца тяжелых больных, не могущих дать отчет в своих действиях;
в) врач- ассистент, помогающий в самоубийстве больных;
г) сеятель незаконной активной эйтаназии.

15.Пассивная эйтаназия:
а) широко распространена во всех странах мира;
б) широко распространена в России;
в) не практикуется ни в одной стране мира;
г) практикуется в некоторых странах.

16.Паллиативная помощь – это:

а) помощь, оказываемая терминальным онкологическим больным;
б) помощь, оказываемая в хосписах престарелым людям;
в) помощь, оказываемая тяжело больным всеми болезнями;
г) ничего из вышеназванного.

17. Крионирование тяжело больных людей – это:
а) аморальное сознательное убийство людей врачами за большую плату;
б) моральное действие, могущее спасти жизнь человеку с помощью технологий будущего;
в) точный ответ неясен;
г) наука свидетельствует о верности ответа «а».

АБОРТ И РЕПРОДУКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

1. Прерывание беременности по показаниям:
а) несет в себе элемент милосердия;
б) следует отнести к аморальным явлениям;
в) аморально потому, что так считает религиозные деятели;
г) аморально потому, что это ведет к депопуляции.

2. Запрет аборта приводит:
а) ущемлению прав женщины распоряжаться собственным телом;
б) к предпочтению прав плода перед правами взрослой женщины;
в) к возрастанию числа матерей-одиночек;
г) росту популяции;
д) росту морали общества.

3.Суррогатное материнство – это:
а) милосердное деяние, разрешающее ряд проблем бесплодия;
б) явление, могущее повлиять на общественный институт брака;
в) явление, затрагивающее религиозные догмы;
г) явление, ведущее к моральным проблемам для суррогатной матери.

4.В России разрешены следующие репродуктивные технологии:
а) экстракорпоральное оплодотворение;
б) суррогатное материнство;
в) и то, и другое;
г) ни то, ни другое.

5.Репродуктивные технологии допустимы при:
а) исключении материальной заинтересованности участников;
б) соблюдении конфиденциальности;
в) соответствующей оплате доноров половых клеток;
г) исключении опасности передачи наследственных болезней.

6.Научное и практическое использование «лишних» человеческих яйцеклеток (или эмбрионов):
а) морально и допустимо, потому, что несет в себе большое благо для многих людей;
б) не этично, так как это эксперимент над зародышевым материалом, который является потенциальной личностью;
в) не этично, поскольку так считают представители религии;
г) допустимо, потому, что в последующем они все равно должны быть уничтожены.

ГЕНЕТИКА И БИОМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА

1.Геном человека- это
а) общечеловеческое достояние:
б) собственность фирм и институтов, прочитавших его;
в) собственность тех людей, чей материал был использован для исследования;
г) собственность отдельных государств, участников проекта.

2. Клонирование человека – это явление:
а) допустимое с точки зрения этики;
б) не приемлемое с точки зрения этики;
в) нуждающееся в регулировании законом;
г) возможное только теоретически.

3. Клонирование человека- это явление, которое может:
а) фундаментально изменить представления людей о ценностях жизни;
б) обеспечить бессмертие для человека;
в) привести к созданию людей, с опасными для общества качествами;
г) оказать благоприятное воздействие на институт общественной морали.

4.Клонирование человека в мире:
а) запрещено во всех странах на вечные времена;
б) наложен временный мораторий:
в) разрешено в отдельных странах;
г) вопрос изучается.

5.В России клонирование человека:
а) разрешено;
б) запрещено;
в) вопрос изучается;
г) на клонирование наложен мораторий.

6.Протеомика – это наука:
а) изучающая работу генов по синтезу белка;
б) о строении белков;
б) изучающая всю совокупность белков организма человека;
в) изучающая взаимосвязь белков с другими биохимическими продуктами организма.

7.Генетический скрининг – это анализ генетического материала человека с целью выявления:
а) моногенных наследственных болезней;
б) полигенных наследственных болезней;
в) дефектов в геноме, клиническое значение которых пока остается неясным;
г) соматических болезней.

8.Устранение возможных наследственных болезней через посредство генетического скрининга ЭКО зародыша или пренатально взятых клеток:
а) морально, допустимо и желательно;
б) аморально и недопустимо вообще;
в) недопустимо из-за религиозных запретов;

г) соответствует фундаментальному принципу этики «делай добро».

9.Генетический скрининг зародыша и плода с соответствующим вмешательством по устранению дефектов в генетическом материале:
а) несет в себе черты евгеники;
б) не несет в себе черты евгеники:
в) несет в себе черты позитивной евгеники;
г) несет в себе черты негативной евгеники.

10.Генетический скрининг и позитивная евгеника – это:
а) благо для человека;
б) зло для человека;
в) допустимо в практике;
г) недопустимо, так как может привести к тяжелым моральным конфликтам; и нарушению прав личности.

11.Генетический скрининг и негативная евгеника:
а) благо для человека, так как может избавить индивидуума и общество от тяжелого груза генетических болезней;
б) зло для человека, так как допускает возможность манипуляции личностными качествами человека;
в) запрещены из-за позиции церкви;
г) разрешены и используются в практике ряда стран мира.

12.Проведение генетического скрининга возможно:
а) при соблюдении принципа добровольного информированного согласия;
б) без соблюдения принципа добровольного информированного согласия;
в) при соблюдении конфиденциальности о полученных результатах;
г) в нарушение конфиденциальности.

13. Фетальная терапия (использование тканей плода с научными и лечебными целями) возможно:
а) при соблюдении принципа информированного согласия у доноров;
б) не затрагивая принцип информированного согласия;
в) при соблюдении принципа конфиденциальности источника получения материала;
г) без соблюдения конфиденциальности.

14. Фетальная терапия (лечебное применение фетальных тканей или клеток):
а) благо для человека и должна быть разрешена;
б) должна быть запрещена из-за запретов церкви;
в) должна быть запрещена из-за неэффективности;
г) должна быть запрещена, так как может нанести реципиенту вред различного характера;
д) необходимо продолжить экспериментальное изучение вопроса.

15. Генетическая паспортизация – это:
а) расшифровка всего генома конкретного человека;
б) расшифровка небольшой части генома конкретного человека;
в) внесение в паспорт человека различных генетических данных;
г) внесение в паспорт человека различных фенотипических признаков.

16. Генетическая паспортизация:
а) вызывает неприятие из-за моральных проблем;
б) требует строжайшей конфиденциальности из-за возможных злоупотреблений со стороны страховых компаний, работодателей, политиков, националистов;
в) несет в себе положительную моральную черту из-за возможности идентификации преступников;
г) должна широко применяться в каждом обществе;
д) должна быть запрещена.

17. Генетически модифицированные продукты – это растительные или животные продукты:
а) с генетически обусловленными положительными качествами;
б) с генетически измененными качествами, могущие оказать отрицательное действие на организм человека;
в) отрицательное влияние которых на организм человека еще не установлено;
г) отрицательное влияние доказано в многочисленных исследованиях.

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ОРГАНОВ И (ИЛИ) ТКАНЕЙ ЧЕЛОВЕКА

1.Трансплантация: органов несет в себе этические проблемы:
а) моральную проблему очередности из-за дефицита органов;
б) моральные проблемы платности пересадок;
в) проблемы «регионального эгоизма»;
г) все вышесказанные проблемы.

2.Изъятие органов донора:
а) требует строгого выполнения многочисленных, многочасовых и дорогих исследований по установлению «смерти мозга» донора;
б) смерть мозга может быть определена клиническими приемами;
в) требует согласования изъятия органов с родственниками;
г) не требует согласования с родственниками;
д) подзаконные акты оговаривают различные подходы в зависимости от обстоятельств.

3. При изъятии органов у человека следует придерживаться принципов:
а) интересы и благо отдельного человека превалируют над интересами общества или науки;
б) интересы общества или науки превалируют над интересами благом отдельного человека;
в) главными являются права реципиента;
г) фундаментальными являются лишь права донора, у которого собираются изъять органы.

4.При трансплантации органов в России:
а) соблюдаются все положения;
б) имеет место регионарный эгоизм;
в) имеет место дефицит финансирования;
г) имеет место нарушение принципа справедливого распределения ресурсов в медицине.

5.Нарушение принципа справедливого распределения ресурсов в медицине обусловлено:
а) плохим финансированием медицины в России;

б) регионарным эгоизмом;
в) корпоративными интересами;
г) корыстными интересами отдельных ученых-управленцев.

6. Каждый умерший в больнице:
а) подлежит обязательному вскрытию;
б) вскрытие может быть лишь при наличии прижизненно заявленного согласия;
в) при отсутствии такого заявления для вскрытия нужно получить согласие родственников;
г) больной не может быть вскрыт, так как при этом нарушается этический принцип автономии личности.

7. На вскрытие умершего в больнице «бомжа»:
а) нет никаких ограничений;
б) имеется законодательный запрет;
в) имеется моральный запрет, так как это нарушает принцип справедливого отношения к людям любого социального слоя;
г) имеется моральный запрет, так как это нарушает принцип автономии обездоленных людей.

8. Ксенотрансплантация:
а) морально приемлема для любого общества;
б) несет в себе черты милосердного деяния;
в) противоречит человеческой морали и сущности;
г) содержит в себе возможность нанесения вреда человеку из-за возможности заноса инфекции;
д) требует решения проблемы тканевой несовместимости.

9.Терапия эмбриональными стволовыми клетками:
а) может быть широко рекомендована для практики здравоохранения;
б) должна быть запрещена, так как для их получения требуются человеческие эмбрионы;
в) польза от терапии перевешивает моральные запреты;
г) проблема пока находится на стадии решения.

10. Терапия аллогенными «взрослыми» стволовыми клетками:
а) имеет моральные ограничения;
б) не имеет моральных ограничений;
в) имеет законодательные ограничения;
г) не имеет законодательных ограничений;
д) имеет ограничения из-за проблем гистосовместимости.

11. Клеточная терапия на современном этапе:
а) соответствует фундаментальному этическому принципу «делай добро»;
б) нарушает фундаментальный этический принцип «не навреди»;
в) нарушает принцип недопустимости коммерциализации процедуры;

ПРАВА РЕБЕНКА

1.Права ребенка на этическом уровне защищены:
а) Конвенцией ООН;
б) Декларациями ВМА;

в) Международными пактами;
г) законами РФ.

2.Неполноценный в умственном или физическом отношении ребенок:
а) имеет все те же права, что и полноценные дети;
б) права таких детей должны быть ограничены;
в) ограничение прав недопустимо по этическим мотивам;
г) ограничение прав не допускается законом.

3.Права ребенка могут быть ограничены:
а) по национальному признаку;
б) по религиозному признаку;
в) по языковому признаку;
г) не могут ограничиваться ни по какому признаку.

ЭТИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

1.Лица, страдающие психическими заболеваниями:
а) обладают всем правами, что и здоровые лица;
б) их права могут ограничиваться по моральным принципам;
в) их права могут ограничиваться в соответствии с законами РФ.

2.Большинство прав психиатрических больных в настоящее время охраняются:
а) моральными положениями:
б) законодательно;
в) положениями ВМА;
г) судебными инстанциями.

МИЛОСЕРДИЕ ДЛЯ БЕДСТВУЮЩИХ

1.В период катастроф:
а) действуют те же этические нормы, что и обычных условиях;
б) этические нормы имеют свои особенности;
г) этические нормы перестают действовать.

2.Основными этическими правилами для врачей при катастрофах являются:
а) равное оказание помощи всем, без различия степени тяжести травм;
б) предпочтительное оказание помощи пациентам, получившим наиболее тяжелые травмы (безнадежным пациентам);
в) предпочтительное оказание помощи пациентам, которые могут выжить;
г) первоочередное оказание помощи по VIP-принципу.

3.Врач, работающий в тюрьме:
а) имеет право санкционировать или принимать участие в негуманных или унижающих человеческое достоинство деяниях, могущих иметь место в этих учреждениях, по своему усмотрению;
б) имеет такое право в случае указаний вышестоящих органов;
в) имеет такое право в случае решения суда;
г) не имеет такого права, ни при каких обстоятельствах.

4. Врач, оказывающий помощь объявившим голодовку, обязан:

а) соблюдать принцип информированного согласия на вмешательство в любой ситуации;
б) может нарушить этот принцип при возникновении ситуаций, угрожающих жизни объявивших голодовку;
в) соблюдать конфиденциальность;
г) имеет право нарушить конфиденциальность.

5.Врач обязан принимать участие в приведении в исполнение приговора о смертной казни:
а) в соответствии со своими профессиональными обязанностями;
б) по моральным положениям;
в) по приказу сверху;
г) не должен принимать участия ни по каким мотивам.

НАНОТЕХНЛОГИИ И БИОМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА

1. Нанотехнологии – это:
а) новейшие технологии
б) технологии молекулярного уровня
в) технологии будущего
г) технологии XX столетия

2. Возможности нанотехнологий в медицине:
а) лечение местных изменений в сосудах;
б) оживление крионированных людей;
в) клонирование людей;
г) доставка лекарств по месту назначения.

3. Наноустройства в настоящее время могут:
а) доставлять кислород в различные отделы организма;
б) производить анализ ДНК различных тканей;
в) восстанавливать морфологию и функции отдельных тка ней и органов;
г) исправлять мутировавшиеся гены;
д) ничего из перечисленного.

4. Развитие нанотехнологий может:
а) способствовать решению проблемы крионирванных людей;
б) способствовать усугублению проблемы крионированных людей;
в) не влияют на эти проблемы;
г) я не знаю ответа на этот вопрос.

5. При внедрении нанотехнологий в медицину:
а) возникнет проблема их общедоступности
б) такой проблемы не возникнет – они будут общедоступными
в) возникнет проблема справедливого распределения ресурсов в медицине;
г) возникнет проблема коммерциализации технологий.

6. Этические комитеты РФ:
а) не должны вмешиваться в вопросы развития нанотехнологий в медицине;

б) вмешательство комитетов в этот процесс обязательно
в) смогут контролировать этические вопросы распространения нанотехнологий;
г) не смогут этого сделать вследствие отсутствия организационной и функциональной законодательной базы в РФ;

7. Этическими проблемами нанотехнологий являются:
а) возможность их коммерциализации;
б) возможность их монополизации;
в) возможность их теневого неконтролируемого применения;
г) возможность намеренного закрытия разработок нанотехнологий.

XXI ВЕК – ВЕК КРИЗИСА ЭИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ ВРАЧА

1. Свод правил для врачей (этика и деонтология) содержит принципы морали:
а) делай добро;
б) не причиняй вреда;
в) будь справедливым;
г) сторонись пагубных дел;
д) ни одного из этих принципов;
е) все эти принципы.

2. Свод моральных правил для врачей называют:
а) этика врача;
б) этика медика;
в) этика и деонтология врача;
г) биомедицинская этика;
д) биоэтика.

3. Может ли быть высокоморальным врач в современном российском капиталистическом обществе?
а) да, может;
б) нет, не может;
в) трудно, но профессия врача обязывает;
г) в условиях современного российского капиталистического общества мораль в профессии врача не может не нивелироваться.

4. По какой причине в XXI веке этика и деонтология врача даёт трещинку?
а) из-за падения морали всего общества;
б) из-за падения морали олигархической части общества;
в) из-за неуважительного отношения общества к врачу;
г) из-за низкой морали высокоадминистративных лиц нашего общества;
д) по всем этим причинам.

5. Что делает людей аморальными?
а) процветание беззакония в стране;
б) нищета;
в) чрезмерное богатство;

г) процветание коррупции;
д) низкий образовательный ценз.

6. Одной из причин кризиса этики и деонтологии врача в XXI веке является:
а) переход моральных положений в правовое русло;
б) плохое преподавание этики и деонтологии врача в российских медвузах;
в) низкий моральный уровень нынешних врачей;
г) видоизменение понятий этики и деонтологии врача за последние десятилетия.

ЗАДАЧИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ УСВОЕНИЯ МАТЕРИАЛА

(Задачи Международного центра Здоровья, Права и Этики ЮНЕСКО (Хайфа, Израиль)

ЗАДАЧА 1: Женщина 75 лет, посетила лабораторию, чтобы заполнить необходимую (документацию) для того, чтобы стать донором органа тела. Она сообщила, что она одинокий человек, без семьи и хочет поступить так из-за благодарности за то, что несколько лет назад переливание крови спасло ей жизнь.

Она сообщила также, что хочет помочь медицинским исследованиям, став донором своего тела и органов. Она желала, чтобы ее тело было использовано на анатомических уроках для обучения студентов.

ВОПРОС:

1. ДОЛЖНА ЛИ БЫТЬ ЭТА ЖЕНЩИНА ИНФОРМИРОВАНА ОБ ЭТОМ И ОБО ВСЕХ ДРУГИХ, ОТНОСЯЩИХСЯ К МЕСТУ ФАКТАХ.

ПРЕДЛАГАЕМЫЕ АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ ОТВЕТЫ:

1. Нет, так как она дола информированное согласие, став добровольцем по использованию ее тела для медицинских исследований.
2. Да, поскольку она имеет право на информирование о материальных фактах, о целях использования составляющих ее тела.

ЗАДАЧА 2.

М. Т. , мужчина 65 лет, учитель на пенсии. Он пришел в Департамент хирургии по поводу паховой грыжи, которая появилась лет 6 назад. Грыжа не осложнена и причиняет лишь дискомфорт при ее выхождении.

Дежурный распознал паховую грыжу и поместил пациента в элективную хирургию, учитывая возраст пациента. Хирург произвел предоперационное обследование и выявил наличие инфицированности герпес зостер. Хирург хотел произвести исследование и на ВИЧ инфекцию, поскольку он подумал, что герпес может отражать наличие ВИЧ. Хирург взял кровь на предоперационное обследование, не информировав при этом больного о том, что исследование будет включать и ВИЧ-тест.

ВОПРОС: ДОЛЖЕН ЛИ БЫЛ ХИРУРГ СКАЗАТЬ БОЛЬНОМУ, ЧТО ЕМУ БУДЕТ ПРОИЗВЕДЕН И ВИЧ-ТЕСТ?

АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ ОТВЕТЫ:

1. Нет, так как хирург имеет право произвести все, необходимые для предоперационной подготовки, исследования.
1. Да, потому, что пациент имеет право на действия по своему усмотрению, и не должен был быть тестирован без получения его информированного согласия.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ УСВОЕНИЯ ЗНАНИЙ

ПО ТЕСТАМ

МОРАЛЬ И ЭТИКА

1 - а; 2 – в, г, д; 3 – б, в; 4 – а; 5 – б; 6 – г; 7 – в; 8 – а.

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ЭТИКИ, ДЕОНТОЛОГИИ, БИОМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ И МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА

1 – а; 2 – а, б, в; 3 – в; 4 – г; 5 – а, б, в; 6 – б; 7 – г.

СОВРЕМЕННЫЕ МОДЕЛИ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ВРАЧА И БОЛЬНОГО

1 – б; 2 – б; 3 – в; 4 – а; 5 – а; 6 – ж; 7 – д; 8 – а; 9 – а, в; 10 – б.

ЯТРОГЕНИИ ИЛИ «ПЕРВЫМ ДОЛГОМ НЕ ПОВРЕДИ»

1 – в; 2 – в; 3 – д; 4 – а, б.

МЕДИЦИНСКИЙ ЭКСПЕРИМЕНТ И ЭТИЧЕСКИЕ КОМИТЕТЫ

1 – а, в, г; 2 – а; 3 – а; 4 – б; 5 – а; 6 – в; 7 – б; 8 – г; 9 – б.

ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА ИЛИ О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ В РАБОТЕ ВРАЧА

1 – е; 2 – в; 3 – г, д; 4 – в; 5 – в; 6 – б, в; 7 – а, б, в. г; 8 – е.

ЭЙТАНАЗИЯ И ЯТРОТАНАЗИЯ

1 – в; 2 – а, б; 3 – а, б; 4 – а, б; 5 – г; 6 – а; 7 – в; 8 – б, в; 9 – в; 10 – а; 11 – г; 12 – в; 13 – а;14 – б, в, г; 15 – г; 16 – в; 17 – а, г.

АБОРТ И РЕПРОДУКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

1 – а; 2 – а, б, в; 3 – а, в, г; 4 – в; 5 – а, б, г; 6 – г.

ГЕНЕТИКА И БИОМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА

1 – а; 2 – б; 3 – а; 4 – б; 5 – г; 6 – б, в; 7 – а, б, в; 8 – а, г; 9 – г; 10 – г; 11 – а, г; 12 – а, в;13 – а, в; 14 – д; 15 – б; 16 – б; 17 – а, в.

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ОРГАНОВ И (ИЛИ) ТКАНЕЙ ЧЕЛОВЕКА

1 – г; 2 – а, д; 3 – а, г; 4 – б, в, г; 5 – а, б; 6 – б, в; 7 – в, г; 8 – а, б, г, д; 9 – г; 10 – д; 11 – б.

ПРАВА РЕБЕНКА

1 – б, в; 2 – а, в, г; 3 – г.

ЭТИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

1 – а; 2 – а, б.

МИЛОСЕРДИЕ ДЛЯ БЕДСТВУЮЩИХ

1 – б; 2 – в; 3 – г; 4 – а, б; 5 – г.

НАНОТЕХНОЛОГИИ И БИОМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА

1 - б; 2 - а, г; 3 - д; 4 - б; 5 – а, в, г; 6 – г; 7 - а, б, в, г.

XXI ВЕК – ВЕК КРИЗИСА ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ ВРАЧА

1 – е; 2 – в, д; 3 – в; 4 – д); 5 – а, б, в, г; 6 – а, б.

ПО ЗАДАЧЕ 1.

ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ: «ДА». Хотя она стала добровольцем, все же она может не иметь достаточных представлений о том, как будет использоваться в дальнейшем ее тело и органы. Собеседование о том, каким целям будут служить в дальнейшем ее тело и органы позволит дать оценку тому, насколько она осознанно стала добровольцем. Если она не изменит своего решения после посвящения в детали дальнейшего использования ее тела и органов – это будет высоко достоверным фактом добровольности и осознанности ее решения.

ПО ЗАДАЧЕ 2

ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ: Да, потому, что больной в этой ситуации действительно имел право поступить по своему усмотрению, и обследование без получения его информированного согласия было бы нарушением его прав. Учитывая его возраст и состояние здоровья, он не представляет угрозы для общества и, поэтому, имеет неотъемлемое право на самостоятельное решение вопроса об охране своего здоровья и уровне обследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бартко А.Н., Михайловска-Карлова Е.П. Биомедицинская этика. Теория, принципы и проблемы. М.: Изд-во ММСИ, 1999.
2. Биомедицинская этика. Под ред. В.И. Покровского. М.: Медицина, 1997.
3. Биомедицинская этика. Выпуск 2. Под ред. В.И. Покровского, Ю.М. Лопухина. М.: Медицина, 1999.
4. Биомедицинская этика. Под ред. Т.В. Мишаткиной. Минск.: ТетраСистемс, 2003, 318 с.
5. Биоэтика: проблемы и перспективы. Ред. С.М. Малков, А.П. Огурцов. М.: ИФ РАН, 1992.
6. Биоэтика: принципы, правила, проблемы. Под ред. Б.Г. Юдина. М.: Эдиториал УРСС, 1998.
7. Введение в биоэтику. Под ред. Б.Г. Юдина. М.: Прогресс-Традиция, 1998.
8. Вересаев В. В. Записки врача. Собрание сочинений. 1948, том 1.
9. Всеобщая декларация прав человека. В кн. : Действующее международное право. М. , Изд-во Московского независимого института международного права. 1997, том 2, с. 5-10.
10. Гусейнов А. А. Великие моралисты. М. , 1995.
11. Денисов И. Н. , Косарев И. И. Высшее медицинское образование: эволю-ция, проблемы, перспективы. М.: ММСИ, 1998.
12. Егоренков А.И. Формирование навыков системного анализа биоэтических проблем в процессе обучения учащихся и студентов медико-биологических факультетов. Киев : Науковій світ. 2003, 98 с.
13. Иванюшкин А.Я. Профессиональная этика в медицине. М.: Медицина, 1990.
14. Комментарии к семейному кодексу Российской Федерации. М.: Норма, 2001.
15. Конституция Российской Федерации. М. : «Юридическая литература», 1993.
16. Косарев И. И. , Захаров Ф. Г. Врачебная этика и медицинская деонтология. М., 1981.
17. Косарев И. И. , Новодранова В. Ф. Этика врача. М. , 1982.
18. Косарев И. И. Высшее медицинское образование в СССР и за рубежом. Красноярск. Изд-во КГУ, 1991.

19. Косарев И. И. Эволюция врачебной этики в России и ее отражение в учебном процессе медицинского вуза. Методологические и социальные проблемы медицины и биологии. М.: ММСИ, 1994, с. 146-159.
20. Лихтерман Л.Б. Вокруг больного. М.: Антидор, 1996.
21. Лопухин Ю.М. Биоэтика. М.: «ГЭОТАР-МЕД», 2003, 126 с.
22. Малеин М. Н. Человек и медицина в современном праве. М. , 1995.
23. Международное гуманитарное право. В кн.: Действующее международное право. М. , 1997, с. 1-199.
24.Носов С. Д. Вопросы деонтологии в научно-исследовательской работе врача. М.: Медицина, 1975.
25. Основы современной биоэтики. Избранные лекции. В. В. Власов. Саратов. СГМУ, 1998.
26. В.И.Петров, Н. Н.Седова. Практическая биоэтика. Этические комитеты в России. М.: Триумф.2002, 191 с.
27. Пищита А.Н., Стеценко С.Г. Медицинское право. М.,2005, 63 с.
28. Приказ Министра здравоохранения РФ № 301 от 28 декабря 1993 года «О применении метода искусственной инсеминации женщин спермой донора по медицинским показаниям и метода экстракорпорального оплодотворения и перенесения эмбриона в полость матки для лечения женского бесплодия».
29.Рубанов А. А. Генетика и правовые вопросы материнства в законодательстве и судебной практике стран Запада. В кн.: Политические системы, государство и право в буржуазных и развивающихся странах. М. , 1988.
30. Рыков В.А. Медицинское право. Ростов-на-Дону, 2002, 287 с.
31.Сборник нормативных актов по охране здоровья граждан Российской федерации. Ред. Ю. Д. Сергеев. М. , 1995.
32.Семейный кодекс Российской Федерации. В кн.: Полный сборник кодексов Российской Федерации. М. , 2000, с.308-330.
33. Тихоненко В.А., Иванюшкин А.Я., Евтушенко В.Я., Покуленко Т.А. Этика практической психиатрии. Руководство для врачей. Под ред. В.А. Тихоненко. М.: ГНЦС и СП, 1996.
34.Тищенко П.Д. Феномен биоэтики. - Вопросы философии, № 3, 1992, с.104 - 113.
35. Философия биомедицинских исследований: этос науки начала третьего тысячелетия. М., 2004. Под ред. Б.Г.Юдина.
36. Шамов И. А. Искусство врачевания. Махачкала. Дагестанское книжное издательство, 1987.
37. Шамов И. А. Врач и больной. М.: Изд-во УДН, 1986.
38. Шамов И. А. Звонок к врачу. М.: Изд-во « Современный писатель», 1993.
39. Шамов И. А. Биоэтика. М.: Медицина, 2001 и 2002.
40. Шамов И.А., Абусуев С.А. Биоэтика. Учебное пособие по этическим, юридическим документам и нормативным актам. Махачкала, 2001, 358 с.
41. Этические и правовые проблемы клинических испытаний и экспериментов на человеке и животных. М.,РНКБ. ИЧ ИФ РАН, 1994.
42.Этические комитеты: настоящее и будущее. Под ред. С.В. Вековшининой и В.Л. Кулиниченко. Киев: Сфера, 2004.

ИНОСТРАННАЯ

1. AIDS and confidentiality: the doctors dilemma in AIDS// AIDS: a Moral issue/ Ed.B.Almond.-2nd ed. –Lond.: Macmillan, 1996.
2. Allyn L. T, Globalization and Biotechnology: UNESCO and an International Strategy to advance Human Rights and Public Health), 25 Am. J. L. and Med., 1999, №2, p. 479

3. Animal to Human Transplants: The Ethics of Xenotransplantation.- Lond.: Nuffield Council,1996.
4. Annas G.J. Standard of Care: The Law of American Bioethics.- N.E.: Oxford University Press, 1993.
5. Beauchamp T., Childress J. Principles of Biomedical Ethics. – N.Y.: Oxford University Press, 1989.- P. 141-147.
6. Beauchamp T., Wallers L. Contemporary Bioethics. – Belmont:Wadsworth Publishing Company, 1989.
7. Cempbell A., Gillett G., Jones G. Medical Ethics. – Third ed.- Oxford: University Press. (Кемпбелл А., Джиллетт Г., Джонс Г. Медицинская этика. М., 2004. «ГЭОТАР-МЕД». 395 с.).
8. Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with Regard to the Application of Biology and Medicine), 4 апреля 1997, Europ. T. S. No. 164, 36 I. L. M. 817.
9. Coxson A. Coping with the threat of death// AIDS: A Moral Issue/ Ed. B. Almond. – 2nd ed. – Lond.: Macmillan,1990.
10. Extraordinary Procedures of Human Reproduction, the Treatment of Embryos and Gametes, and Their Storage. [30/1998 (VI) 24 NM]. Постановление Венгерского парламента No. CLIV от 1997, и декрет 1998 г. Министерства социального обеспечения «Об особых процедурах содействия деторождению, об обращении с эмбрионами и гаметами и их хранении»
11.Fiandaca S. In Vitro Fertilization and Embryos: The Need for International Guidelines». Alb. L. J. Sci & Tech. 337, 384 (1998).
12. Griffiths J. Assisted suicide in the Netherlands: the Chabot case. Mod. Law Rev.- 1995.- March. – P. 232-248.
13. Hafferty F.W. Into the Valley: Death and the Socialization of Medical Students. – New Haven: Yale University Press, 1991.
14. Law,Ethics and Medicine. – Oxford: Clarendon Press, 1988b.
15. Mc Neill P. Ethics and Politics of Human Experimentation. – Cambredge: Cambredge University Press, 1993.
16. Lenoir N. International Symposium on Law and Science at the Crossroads: Biomedical Technology, Ethics, Public Policy, and the Law: French, European, and International Legislation on Bioethics), 27 Suffolk U. L. Rev 1249 (1993).
17. Lenoir N. Universal Declaration of the Human Genome and Human Rights: The First Legal and Ethical Framework at the Global Level), 30 Colum. Human Rights L. Rev. 537 (1999).
18. Nairne P. Animal to Human Transplants: The Ethics of Xenotransplantation. – Lond.: Nuffield Council of Bioethics, 1996.
19. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. Research on the Fetus. – Washington: Department of Health , Education and Weifare, 1975/
20. Обезболивание при раке и паллиативное лечение. ВОЗ. Женева, 1992.
21. Richardson R. Death, Dissection and the Destitute. – Harmondsworth: Penguin Books, 1988.
22.Ronald M. Green. Stopping Embryo Research), 9 Health Matrix 235, 1999.
23. Royal Society. The Case for Human Embryological Research. – Lond.: Royal Society, 1990.
24. Sandor J. Reproductive Rights in Hungarian Law: A New Right to Assisted Procreation), Здоровье и права человека (Health and Human Rights), 197 (2000).

25. Singer P., Wells D. The Reproductive Revolution: New Weis of Making Babies. Oxford: Oxford University Press, 1984.
26. Speaking for the Dead: Cadavers in Biology and Medicine. Aldershot: Ashgate Publishing, 2000.
27. Stem Cell Research: Medical Progress with Responsibility. – Lond.: Department of Health, 2000.
28. Stern Cell Therapy: The Ethical Issues. - Lond.:Nuffield Council, 2000.
29. Tooley M. Abortion and Infanticide. – Oxford: Clarendon Press, 1983.
30. UNESCO. Universal Declaration on the Human Genome and Human Rights, 1997.
31. Уиклер Д., Брок Д., Каплан Ф. и др. На грани жизни и смерти. Краткий очерк современной биоэтики в США. Пер. с англ. М.: Знание, 1989.
32.Зорза Р. и В. История Джейн Зорза. Путь к смерти. Пер. с англ. М.: Прогресс, 1990.

ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

Аборт 154
- и церковь 162
- законодательство РФ 165
- в различных странах 166
- по медицинским показаниям 165
- противники 161
- сторонники 155

Биоэтика
- определение 25
Биомедицинская этика
- определение 25
- программа учебная 373

Боль
- этическая проблема

Вересаев В. В. 19,23,98,114,327

Взаимоотношения
- больного и врача 89
- врача и больного 6,22,29,56
- - модель 53
- -- инженерная 55
- -- коллегиальная 59
- -- патерналистская 53

ВИЧ
-инфекция 305
- -группы риска 307
-- диагностика 311,312
-- и биоэтика 312
--- проблемы 312
-- и законы 316
-- и медработники 314
-- иммунологическая основа 309
-- клинические проявления 309
-- лечение 315
--- комплаенс 318
--- проблемы 318
--- финансирование 317
--- и дженерики 317
-- и обследование 319
--- проблемы 319
-- и общество 323
-- патогенез 305
-- и просвещение 323
-- пути передачи 306
-- распространенность 313, 314
--- в мире 313
---в России 316
-- стадии 310,311
-- учет 319
--- проблемы 319
-- эпидемиология 307
Вмешательство
- медицинское 30,37, 46

Врач
- зарплата 67
- и общество 325
- материальное положение 158
- и профессиональная ошибка 325

- - страхование 325

Врачебная тайна 112
- закон 28,213
- как охрана частной жизни пациента 113
- разглашение 294
- - допустимость 115,116
- - ответственность 101,116

Вскрытие 244
- законодательство 247
- - и церковь 245
- - умершего 244
Выбор врача 62,63,301

Генетическое тестирование 30,39,212

Геном человека 39,188
- - вмешательство 218
- - расшифровка 210

Деонтология 22

Дискриминация 39

Донорство
- спермы 174
- - оплата 174
- яйцеклетки 171
- - конфиденциальность 47,194
- - этические проблемы 257

Закон РФ
- «О милиции» 284
- «О психиатрической помощи» 277
- «О трансплантации органов и тканей» 377

Здоровье
- популяции 5
- - и индивидуальные факторы 5
- - и наследственность 203
- - и социальные факторы 5

Информация
- о здоровье 47,50
- - правдивая 68
- - предоставление пациенту 44

Информированное согласие
- на медицинское вмешательство 76,78

Клетки
-стволовые 251
--фетальные 257
--тотипотентные 260
--полипотентные
--мультипотентные
--взрослые 252
- CD-4 (см.ВИЧ-инфекция)

Клонирование
- животных 191

- законодательство 195
- и церковь 198
- компания «Клонэйд» 195
- противники 196
- сторонники 196
- суть 191
- терапевтическое 200

Комитеты
- этические 33,90
-- задачи 108
-- законодательства 111

Конвенция
- «О правах ребенка» 183
- Совета Европы 35

Конституция РФ -
- 41 статья 63,336

Лечение –
- бесплатное 226,315
- - статья Конституции 336
- и врачебный долг 112,121
- - рекомендации ВМА 139

Материнство
- суррогатное 169
- - и «Семейный кодекс РФ» 179

Медико-биологическая
- наука 109
-- военная 109

Медицина
- правовая 30

Медицинская помощь
- очередность оказания 297
- равная доступность 337
- специализированная 336
- - иерархия неравноправия 338

Медицинский эксперимент
- см. Эксперимент

Медицинское вмешательство
- добровольное информированное согласие 30

Медицинское право -
см. Право

Милосердие врачебное
- для бедствующих 239
- для пожилых и стариков 300
- при войнах 295
- при голодовках 301, 303
- при катастрофах 304
- при смертной казни 303
- при тюремном заключении 298

Мораль 8
- определение 8
- понятие 9
- категории 9
- потребность 9,10
- специфика 11

- «должное» 12
- «сущее» 12
- персонификация 13
- и религия 16
- буржуазная 14,15
- коммунистическая 15
- и рыночная экономика 16
- и этика 17
- и медицина 18,19
- и Клятва Гиппократа 18
- и право 20
- и биомедицинская этика 27

Научные
-центры по этике 31
Неоморт 128

«Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» (1993, 1998) - 50
- 17 статья 337,338
- 30 статья 62
- 31 статья 64
- 32 статья 64
- 33 статья66
- 35 статья 169,176
- 36 статья 164
- 37 статья 167
- 40 статья 335,336
- 43 статьи 99,111
- 45 статья 133,153
- 47 статья 207,221,227,235
- 48 статья 221, 248
- 61 статья 116, 123
- 63 статья 340
- 131 статья 117,123

Паспортизация
-генетическая 209

Препараты-
- выписка для больного 64

Проблемы -
- генетически модифицированных продуктов 213

Протеомика
-этические проблемы 201

Психиатрическая помощь
- госпитализация больных 281,282
- законодательство РФ 280
- оказание помощи 277
- состояние в РФ 285
- состояние учреждений 287, 293

Пациент
- охрана частной жизни 30,113

Персистирующее вегетативное состояние 129,373
Помощь медицинская 129,373

Права
- врача 64
- пациента 43,44,53
- психических больных
- - нарушение

Право
- медицинское 22,30
-- круг вопросов 31

Ребенок
- выбор пола 39,167
- права 159,262
- - в России 264
- - Конвенция ООН 265
- - страдающих психическими расстройствами 38
Репродуктивные технологии 154
- и выбор пола ребенка 167
- и позиция церкви
- и устранение генетических заболеваний 203
- избыток эмбрионов 28,176
- искусственное оплодотворение 170
- - законодательство РФ 169
- ребенок из пробирки 168,205
- суррогатное материнство 169, 175,177,179
- - права супругов, родителей 181
-суррогатный ребенок 180
- - права 180
- - конфиденциальность 194

Ресурсы в медицине
- справедливое распределение 243

Скрининг
-генетический 74,172,196,202

Смерть
- констатация 129
- мозга 146
- - подтверждающие тесты 231
- - клинические критерии 233
- - констатация 233
- - продолжительность наблюдения 239

Сперма – см. Донорство
СПИД 305
- диагностика 311
- и законы 313
Спидофобия 313

Стерилизация
- половая 166
- законодательство РФ 167

Суррогатный - см. Репродуктивные технологии

Терапия
-клеточная 250
-фетальная 28,31,206,207

Трансплантация
- законодательство РФ 146,207
- - конфиденциальность 208
- - недопустимость продажи органов и тканей 222
- - перечень органов и тканей 223
- - права донора 226

- условия и порядок
- изъятие органов 208, 222
- - у живых доноров 224
- - у трупа 220,224
- - ксенотрансплантация 248
- - дефицит органов 239
- - региональный эгоизм 239
- - справедливое распределение ресурсов 243

Человек
-право на информацию 38,170
- приоритеты 37

Частная жизнь 38
- охрана 113

Эгоизм
- региональный 239

Эйтаназия
- активная 125
- - законодательное разрешение 136
- - противники 138
- - сторонники 134, 137,138,140
- пассивная 125
- - допустимость 127
- причины 134
- закон РФ 133,135

Эксперимент
- медицинский 40
- - интересы и благо человека 261
- испытуемые лица 95
- - защита 95
-Хельсинкская декларация ВМА 92
- - информированное согласие 110
- на животных 150

Экстрокорпоральное оплодотворение (ЭКО) 28
- законодательство 170,181
- и церковь 114

Эмбрион

- и церковь 162
- избыток 169
- исследования 41
- права 159

Этика
- и мораль 17
-и медицина 25
-конфессиальная 24
- православная 28

Этические комитеты 35,51,90
Ятрогении 80,85
Ятротаназия 124

Приложение № 1

АВТОРСКАЯ ПРОГРАММА ПРЕПОДАВАНИЯ БИОМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ В МЕДИЦИСКИХ ВУЗАХ

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

В настоящее время в российских медвузах в соответствии с «Учебным планом», разработанным еще в бывшем Минздраве РФ, биоэтика преподается студентам 1 курса. Такая практика является подражанием тому, как это делается в Америке. Однако слепое копирование чужого опыта едва ли можно считать наилучшим решением вопроса.

Дело в том, что преподавание данного предмета на1-ом курсе встречает целый ряд объективных трудностей. Во-первых, для понимания многих вопросов у студента обязательно должен быть определенный запас как парамедицинских (физиология, эмбриология, биология), так и медицинских знаний. Например, при обсуждении этической проблемы репродуктивных технологий нужно иметь представление о таких понятиях как зигота, бластомер, имплантация и др.; генетического скрининга – понятие о наследственных болезнях (дистрофия Дюшена, муковисцидоз, синдром Дауна и т. д.). То же касается и изложения почти всех остальных вопросов предмета. В-вторых, биомедицинская этика не теоретическая, а, в значительной степени практическая, прикладная наука. Большинство ее тем связано с практическим врачеванием. Усвоение многих из них возможно лишь при наличии достаточно серьезных врачебных знаний и таких понятий, как клиническая смерть, «персистирующее вегетативное состояние», эйтаназия, ятротаназия и пр, и пр. В-третьих, в связи с вышесказанным ясно, что преподавать вопросы биомедицинской этики должен опытный врач, работающий в медицинском учреждении и знакомый с биоэтическими проблемами не понаслышке, что категорически исключено при преподавании этого предмета только на 1-м курсе.

В связи с этим имеется настоятельная необходимость организационных изменений в преподавании биомедицинской этики.

В предмете имеется ряд тем, которые могут быть обсуждены со студентами 1-го курса. Однако большинство тем настоятельно требуют переноса на 6 курс.

Данная программа предусматривает такое преподавание биомедицинской этики на 1-м и на 6-м курсах медвузов.

По количеству часов на курс биоэтики могут быть взяты 2 преподавателя. Один из них должен быть медиком-философом, а второй – опытным клиницистом.

Философ читает свою часть курса лекций и ведет семинарские занятия на 1-м курсе, а клиницист читает свою часть лекций и ведет практические занятия на 6-м курсе. Нет сомнения, что при таком построении курса биоэтики будет иметь место настоящее соединение теории с практикой и врач получит адекватные представления о современной биомедициской этике.

ЛЕКЦИИ

ЛЕКЦИИ, ЧИТАЕМЫЕ НА ПЕРВОМ КУРСЕ

1. ТЕМА: Общая теория морали. Определение, содержание, генезис. Причины потребности общества в морали. Специфика морали. Проблема «должного» и «сущего». Персонификация морали. Мораль и религия. Этика и мораль. Мораль и право. **2 часа**

2. ТЕМА: Этика и деонтология врача. История и сущность. Биоэтика, как дальнейшее развитие учения о медицинской этике. Источники формирования биоэтики- документы, нормативные акты. Всеобщая декларация прав человека (Генеральная Ассамблея ООН, 10 декабря 1948 г.). Конвенция Совета Европы. О защите прав и достоинств человека в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине. Овъедо, 1997. Документы Всемирной медицинской ассоциации. Российские законодательные и другие документы. **2 часа**

ЛЕКЦИИ, ЧИТАЕМЫЕ НА ШЕСТОМ КУРСЕ

3. ТЕМА: Врач и больной. Взаимоотношения врача и больного. Классические (патерналистские) взаимоотношения. Инженерная модель. Коллегиальные взаимоотношения. Охрана частной жизни пациента – врачебная тайна. Ятрогении. Эйтаназия. Ятротаназия. Этические и правовые документы по вопросам эйтаназии. **2 часа**

4. ТЕМА: Медицинское право и медицинский эксперимент. Круг вопросов медицинского права. Этические комитеты. Документы по медицинскому эксперименту. Хельсинкская декларация 2001 года. Российское законодательство по медицинскому эксперименту.

Проблемы трансплантологии. Закон о трансплантации органов и (или) тканей человека (Президент РФ. 22 декабря 1992 г. N 4180-1(Д) - текущая редакция по состоянию на 27 августа 1997 г.). Министерство здравоохранения Российской федерации. Российская академия медицинских наук. Приказ N 100/30 от 02. 04. 2001 об утверждении Инструкции по констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга. **2 часа**

5. ТЕМА: Аборт и медицинская стерилизация. Современные репродуктивные технологии (экстракорпоральное оплодотворения, клонирование). Этические и правовые положения. Позиция различных конфессий по вопросам аборта и репродуктивных технологий. Генетика и биоэтика: расшифровка генома человека, генетический скрининг, генетическая паспортизация **2 часа**

6. ТЕМА: Врач и медицинское право. Права ребенка. Проблемы оказания психиатрической помощи. Милосердие для бедствующих. **2 часа.**

Итого лекций 12 часов.

ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ, ПРОВОДИМЫЕ НА ПЕРВОМ КУРСЕ

1. ТЕМА: Общая теория морали. Определение, содержание, генезис. Причины потребности общества в морали. Специфика морали. Проблема «должного» и «сущего». Персонификация морали. Аудиторное занятие (семинар): 2 академических часа (90 минут).

2. ТЕМА: Этика и мораль. Происхождение терминов и их взаимоотношения. Мораль и религия. Мораль и право. Аудиторное занятие (семинар): 2 академических часа.

3. ТЕМА: Этика и деонтология врачевания и медицины. История, сущность, круг вопросов. Причины объективной необходимости дальнейшего развития учение об этике врачевания. Биоэтика, как этап развития этики врачевания в конце XX столетия. Аудиторное занятие (семинар): 2 академических часа.

4.ТЕМА: Содержание понятия биоэтики. Нормативные документы и акты, на которые опирается биоэтика. Всеобщая декларация прав человека (Генеральная Ассамблея ООН, 10 декабря 1948 г.). Конвенция Совета Европы «О защите прав и достоинств человека в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвен-

ция о правах человека и биомедицине». Овьедо, 1997. Документы Всемирной медицинской ассоциации. Аудиторное занятие (семинар): 2 академических часа
5. ТЕМА: Российские нормативные документы и акты, имеющие прямое отношение к биоэтике. Конституция РФ. «Основы законодательства Российской федерации об охране здоровья граждан (1993 г., текущая редакция по состоянию на 12. 03. 1998 г.). «Закон о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 2. 07. 1992, подтвержденный от 21. 07. 1998 г. Гражданский кодекс. Семейный кодекс. Аудиторное занятие (семинар): 2 академических часа

ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ, ПРОВОДИМЫЕ НА ШЕСТОМ КУРСЕ

1. ТЕМА: Врач и больной. Взаимоотношения врача и больного. Классические (патерналистские) взаимоотношения. Инженерная модель. Коллегиальные взаимоотношения. Охрана частной жизни пациента – врачебная тайна.
Практическое занятие (проводится в клинике).
МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЯ. Продолжительность занятия – 2 академических часа. Организационный момент и программированный опрос – 15 минут. После этого группа студентов разбивается на 3 подгруппы и распределяется по разным палатам. Здесь они ведут собеседование с больными на темы патерналистского, инженерного и коллегиального моделей взаимоотношений в течение 30 минут. После этого возвращаются в учебную комнату, и здесь в течение 40 минут идет разбор темы и полученных результатов собеседования с больными. В конце - оценка занятия, резюме и задание на дом следующей темы – 5 минут.
2. ТЕМА: Ятрогении. Эйтаназия. Ятротаназия. Этические и правовые документы по вопросам эйтаназии. Действие принципа справедливого распределения ресурсов в медицине.
Практическое занятие (проводится в клинике).
МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЯ. Продолжительность занятия – 2 академических часа. Организационный момент и программированный опрос – 15 минут. После этого группа студентов разбивается на 3 подгруппы и распределяется по разным палатам. Здесь они ведут собеседование с больными на темы ятрогений – выясняют возможные ятрогенные явления. Для этого возможно использование анкеты с вопросами на темы ятрогений и отношению больных к эйтаназии в течение 30 минут. После этого возвращаются в учебную комнату, и здесь в течение 40 минут идет разбор темы и полученных результатов собеседования с больными. В конце - оценка занятия, резюме и задание на дом следующей темы – 5 минут.
3. ТЕМА: Медицинское право – как основа теоретической разработки вопросов биоэтики. Этические комитеты – органы практического контроля и внедрения биоэтических положений. Медицинский эксперимент. Документы по медицинскому эксперименту. Хельсинкская декларация 2000 года в новой редакции 2001 года. Российское законодательство по медицинскому эксперименту.
Практическое занятие (проводится в клинике).
МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЯ. Продолжительность занятия – 2 академических часа. Организационный момент и программированный опрос – 15 минут. После этого группа студентов разбивается на 3 подгруппы и распределяется по разным палатам. Здесь они ведут собеседование с больными на темы о том, какие лекарства получают больные, проводил ли врач собеседование на тему назначения новых лекарств. В хирургии выясняют отношение больных к оперативному лечению, получал ли врач у них согласие на операцию, особенно если речь идет о каком-либо новом виде операций. Здесь также возможно использование анонимной анкеты. Длительность самостоятельной работы - 30 минут. После этого студенты возвращаются в учебную комнату, и здесь идет разбор темы и полученных

результатов собеседования с больными в течение 10 минут. После этого за оставшиеся 30 минут проводится семинар на тему:

Проблемы трансплантологии. Закон о трансплантации органов и (или) тканей человека (Президент РФ. 22 декабря 1992 г. N 4180-1(Д) (текущая редакция по состоянию на 27 августа 1997 г.). Министерство здравоохранения российской федерации. Российская академия медицинских наук. ПРИКАЗ N 100/30 от 02. 04. 2001 об утверждении Инструкции по констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга).

4. ТЕМА: Права ребенка. Проблемы оказания психиатрической помощи. Милосердие для бедствующих.

Практическое занятие (проводится в клинике).

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЯ. Продолжительность занятия – 2 академических часа. Организационный момент и программированный опрос – 15 минут. После этого вся группа посещает психиатрическое учреждение и беседует с больными и персоналом в течение 30 минут на темы соответствия оказываемой помощи приказу МЗ РФ об оказании психиатрической помощи. Затем вся группа возвращаются в учебную комнату, и здесь в течение оставшегося времени идет разбор темы и полученных результатов собеседования с больными. В конце - оценка занятия, резюме и задание на дом следующей темы – 5 минут.

5. ТЕМА: Аборт и медицинская стерилизация. Современные репродуктивные технологии (экстракорпоральное оплодотворения, клонирование). Этические и правовые положения. Позиция различных конфессий в вопросах аборта и репродуктивных технологий.

Практическое занятие (проводится в клинике).

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЯ. Продолжительность занятия – 2 академических часа. Организационный момент и программированный опрос – 15 минут. После этого в течение академического часа ведется разбор этических и правовых вопросов аборта, контрацепции, репродуктивных технологий. Затем преподаватель с группой идет в абортарий и знакомится здесь с состоянием вопроса об абортах и развитием контрацептивных технологий в регионе. В конце - оценка занятия, резюме и задание на дом следующей темы – 5 минут.

6. ТЕМА: Генетика и биоэтика (клонирование, генетический скрининг, генетическая паспортизация, генетически модифицированные продукты, фетальная терапия).

Аудиторное занятие (семинар): 2 академических часа.

7. ТЕМА: ВИЧ-инфекция как биоэтическая проблема. Врач и общество в аспекте медицинского права. Социальные установки и здоровье.

Аудиторное занятие (семинар): 2 академических часа.

Общее количество часов по биомедицинской этике – 38

Даже при принятии этой программы ситуация складывается таким образом, что в течение 4 лет (со 2-го по 5-й курс) студенты оказываются оторванными от обсуждения вопросов биомедицинской этики, что едва ли возможно признать адекватным целям обучения. Этот пробел в значительной степени может быть устранен следующим образом.

На 3-м, 4-м и 5 курсах необходимо за счет часов дисциплины предусмотреть чтение ряда лекций на основополагающих кафедрах медицинских вузов, а на практических занятиях предусмотреть обязательное затрагивание вопросов биомедицинской этики при обсуждении тем по специальности. Можно наметить примерно следующий план подобных занятий.

ЛЕКЦИИ

3 КУРС

1. Кафедра пропедевтики внутренних болезней. Внутренние болезни как основополагающая дисциплина подготовки врача. Проблемы биомедицинской этики, имеющие отношение к внутренним болезням. Врач и больной. Этические и правовые вопросы взаимоотношения врача и больного. Информированное согласие больного на врачебное вмешательство. Охрана личной жизни больного, его автономии. Этические и правовые аспекты информированного согласия. Оценка феномена «святой лжи», «лжи во спасение». 2 академических часа.

2. Кафедра общей хирургии. Биомедицинские проблемы, возникающие между хирургом и пациентом. Вопросы согласия больного на хирургическое обследование и лечение. Этические и правовые моменты получения согласия на операцию (письменное, устное, форма и др.). Фетальная терапия в практике хирурга. 2 академических часа.

3. Кафедра патологической анатомии. Биоэтические аспекты вскрытия, похорон трупов и изъятых органов, в том числе для трансплантации. Использование трупов в целях обучения. Проблемы прижизненного «дарения» трупов гражданами научным и образовательным учреждениям. Состояние проблемы в странах Европы и Азии. 2 академических часа.

4 КУРС

4. Кафедра факультетской терапии. Развитие проблемы эйтаназии в конце XX и начале XXI столетий. Оценка законодательного разрешения активной эйтаназии в ряде стран Западной Европы (Голландия, Бельгия) и США (ряд штатов). Эйтаназия и паллиативная помощь в странах Западной и Восточной Европы. Значимость принципа «справедливого распределения ресурсов в медицине» в решении проблемы эйтаназии.

5. Кафедра факультетской хирургии. Медицинский эксперимент. Этические комитеты больничных учреждений. Американский и европейский типы этических комитетов. 2 академических часа.

5 КУРС

6. Кафедра госпитальной терапии. Биомедицинские проблемы современных достижений генетики и молекулярной биологии. Клонирование живых организмов. Терапевтическое клонирование. Закон, отношение ученых и представителей различных конфессий к клонированию. Этические аспекты получения и использования стволовых клеток в лечении болезней. 2 академических часа.

7. Кафедра нервных болезней и медицинской генетики. Геномика, протеомика, генетический скрининг, генетическая паспортизация. 2 академических часа.

8. Кафедра акушерства-гинекологии. Этические проблемы аборта. Права эмбриона и права беременной женщины. Позиция различных конфессий в данном вопросе. Вопросы разграничения прав матери и эмбриона в аспекте положений и законов о правах личности. Возникающие противоречия. Репродуктивные технологии. Эко, суррогатное материнство. Права женщины и закон. Этические, правовые и конфессиональные мнения и их противоречия. Состояние вопроса в странах Европы. 2 академических часа.

9. Кафедра анестезиологии и реаниматологии. Вопросы биомедицинской этики в практике анестизиолога-реаниматолога. «Персистирующие вегетативные состояния». Решение вопроса об отключении аппаратов. Биологическая смерть. Вопросы ее констатации. Состояние вопроса в странах Европы. 2 академических часа.

10. Кафедра онкологии. Проблемы информированного согласия в онкологии. Паллиативная помощь онкологическим больным. Терминальный больной и социально значимая паллиативная помощь. Хосписи, паллиативная помощь на дому. Обучение врачей и среднего медперсонала оказанию достойной паллиативной помощи. Состояние вопроса в странах Западной и Восточной Европы. Практика пассивной эйтаназии при онкологических заболеваниях в различных странах. 2 академических часа.

11. Кафедра госпитальной хирургии. Биомедицинские проблемы пересадки органов от умирающих. Медицинские положения по определению моментов смерти, в том числе «смерти мозга». Законодательства стран Европы и США. Различия в подходах к данному вопросу европейской и азиатской цивилизаций. Мнение различных конфессий. 2 академических часа.

12. Кафедра инфекционных болезней. ВИЧ инфекция и СПИД. Биомедицинские проблемы обследования больных. Конфиденциальность и права человека. Проблемы сбора и хранения информации о заболеваемости в различных учреждениях борьбе со СПИДом. Биомедицинские проблемы адекватного лечения больных ВИЧ-инфекцией. Противоречия закона о правах человека и ряда статей закона об обязательности обследования персонала, работающего в антиСПИД учреждениях, а также положений о превалировании интересов отдельного человека над интересами общества в борьбе с ВИЧ-инфекцией. 2 академических часа.

13. Кафедра судебной медицины. Правовая медицина и медицинское право. Биоэтические и правовые аспекты правовой медицины - судебно-медицинской патологии, токсикологии и серологии. Медицинское право, его аспекты, их развитие в странах Европы и США. 2 академических часа.

14. Кафедра экстремальной медицины. Милосердие для бедствующих. Проблемы очередности оказания помощи пострадавшим при катастрофах как медицинская и этическая проблема. Врач и заключенные. Врач и голодающие. Врач и смертная казнь. Биомедицинские проблемы. 2 академических часа.

15.Кафедра детских болезней. Права ребенка. Биомедицинские проблемы психически неполноценных детей. Проблемы оказания помощи больным детям. Своеобразие проблемы информированного согласия. 2 академических часа.

1. Кафедра психиатрии. Особенности оказания помощи психическим больным. Права психических больных. Современное законодательство по оказанию помощи психическим больным. Этические проблемы. 2 академических часа.

Примечание. Можно видеть, что ряд вопросов, рекомендуемых к изложению в лекциях кафедр 3-5 курсов и читаемых на 6 курсе, совпадают. Однако, во-первых, вышеприведенные вопросы не являются жестко обязательными. Каждая кафедра имеет право расширить или сузить круг вопросов, заменить их в свете новых достижений. Во-вторых, даже по одному и тому же вопросу сегодня имеется такой обширный материал, что его едва ли можно охватить даже в двух лекциях.

Кроме того, это наше видение проблемы обучения биомедицинской этике в медицинском высшем учебном заведении. Мы всегда готовы к доброжелательной дискуссии по данному вопросу.

ОБЪЕМ ДИСЦИПЛИНЫ И ВИДЫ УЧЕБНОЙ РАБОТЫ

Виды учебной работы	**Всего часов**	**Семестр**
Общая трудоемкость дисциплины	**6 8**	
Аудиторные занятия	**68**	
Из них:		
Лекции	**4**	**1**

	8	**11-12**
	32	**5-12**
Практические занятия (семинары)	**10**	**1**
Практические зантия	**10, семинары 4**	**11-14**
Самостоятельная работа		
Вид итогового контроля	**Зачет**	**12**

Ибрагим Ахмедханович Шамов

БИОМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА

Заставки к заголовкам художника Абдулвагаба Муратчаева и автора
Рисунки в тексте художника
Анатолия Шарипова, в ряде случаев в модификации автора

Обложка – макет автора
На обложке – картина художника Ганса Болдунга Грина «Три возраста женщины». 1510 год. Почти пятьсот лет назад художник оставил нам картину, в которой предвосхищены стержневые понятия биоэтики. Ребенок, его проблемы. Женщина, репродуктивный возраст и ее проблемы. Пожилые люди и старики. Смерть и умирание.

Медики в своей работе во все времена руководствовались девизом «Salus aegroti – suprema lex - благо больного – высший закон». Высший закон самой биомедицинской этики – напоминать нам, что сегодня, как никогда, необходимо следовать этому девизу.

ШАМОВ ИБРАГИМ АХМЕДХАНОВИЧ



Вице-президент национальной академии наук Республики Дагестан, Лауреат Государственной премии СССР и РД и им. Н.И.Пирогова по науке, Заслуженный деятель науки РФ и РД, Народный и Заслуженный врач РД, член Союза писателей РФ, член Международного центра Здоровья, Права и Этики ЮНЕСКО, член Всемирного Наблюдательного Совета и эксперт ЮНЕСКО по биоэтике, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней Даггосмедакадемии, доктор медицинских наук, профессор.

Домашний адрес: 367029, Махачкала, Ул.Ш. Руставели, 53а
Тел.: 630081
E- mail: ibragim_shamov@mail.ru

Служебный адрес: 367012, Махачкала, Респ. Клин. больница
Тел.: 550-331 Моб. 92-03-03