



РНИМУ
имени Н. И. ПИРОГОВА

РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ имени Н. И. ПИРОГОВА

И. В. Силуянова

БИОМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА

УЧЕБНИК И ПРАКТИКУМ
ДЛЯ АКАДЕМИЧЕСКОГО БАКАЛАВРИАТА

*Рекомендовано Учебно-методическим отделом
высшего образования в качестве учебника для студентов
высших учебных заведений, обучающихся по естественнонаучным
направлениям и специальностям*

Книга доступна в электронной библиотечной системе
biblio-online.ru

Москва ■ Юрайт ■ 2016

УДК 614.253(075.8)

ББК 87.75я73

С36

Автор:

Силуянова Ирина Васильевна — доктор философских наук, профессор, заведующая кафедрой биоэтики Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н. И. Пирогова.

Рецензенты:

Моисеев В. И. — доктор философских наук, профессор, заведующий кафедрой философии, биомедицики и гуманитарных наук Московского государственного медико-стоматологического университета имени А. И. Евдокимова;

Гребенщикова Е. Г. — доктор философских наук, доцент кафедры биоэтики Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н. И. Пирогова.

Силуянова, И. В.

С36 Биомедицинская этика : учебник и практикум для академического бакалавриата / И. В. Силуянова. — М. : Издательство Юрайт, 2016. — 312 с. — Серия : Бакалавр. Академический курс.

ISBN 978-5-9916-6166-9

В учебнике рассматриваются теоретические основы биомедицинской этики, ее связь с основными положениями международного и отечественного медицинского права, с российскими этическими и медицинскими традициями. Принципы и нормы биомедицинской этики и деонтологии рассматриваются в контексте их применения в различных направлениях современной медицинской практики.

Соответствует актуальным требованиям Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования.

Для студентов высших учебных заведений, обучающихся по естественнонаучным направлениям и специальностям.

УДК 614.253(075.8)

ББК 87.75я73

*Информационно-правовая поддержка
предоставлена компанией «Гарант»*



Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме без письменного разрешения владельцев авторских прав. Правовую поддержку издательства обеспечивает юридическая компания «Дельфи».

ISBN 978-5-9916-6166-9

© Силуянова И. В., 2016

© ООО «Издательство Юрайт», 2016

Оглавление

Предисловие	5
Глава 1. Теоретические основы биомедицинской этики	8
1.1. Что такое этика?	8
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	18
1.2. Что такое биомедицинская этика?	18
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	20
1.3. Биомедицинская этика и медицинское право	21
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	26
1.4. Исторические этапы развития и логические парадигмы биомедицинской этики	27
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	31
<i>Темы рефератов</i>	32
Глава 2. Парадигма Гиппократов и фундаментальные для медицинского сообщества этические документы	33
2.1. «Клятва Гиппократов»	33
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	43
2.2. «Нюрнбергский кодекс»	43
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	49
2.3. Конвенция о правах человека и биомедицине и Основы социальной концепции РПЦ	49
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	53
2.4. Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека	54
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	58
<i>Темы рефератов</i>	59
Глава 3. Парадигма милосердия и медицинская этическая традиция в России	61
3.1. М. Я. Мудров о вопросах «благочестия и нравственных качествах врачей»	61
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	66
3.2. Ф. П. Гааз и проблема «трудных пациентов»	66
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	72
3.3. Вклад Н. И. Пирогова в развитие профессиональной этики врача	73
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	79
3.4. В. В. Вересаев о роли нравственного состояния личности врача	79
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	84
3.5. Е. С. Боткин и проблема доминанты интересов пациента	85
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	91
3.6. Святитель Лука (В. Ф. Войно-Ясенецкий) и проблема доверия пациента врачу	92
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	98
<i>Темы рефератов</i>	99
Глава 4. Деонтологическая парадигма в медицине	100
4.1. Деонтология в терапии	101
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	102

4.2. Деонтология в хирургии	103
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	105
4.3. Деонтология в акушерстве и гинекологии.....	106
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	111
4.4. Деонтология в педиатрии	111
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	119
4.5. Деонтология в психиатрии и наркологии	119
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	125
4.6. Деонтология в стоматологии	126
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	127
4.7. Деонтология в онкологии	127
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	132
<i>Темы рефератов</i>	133
Глава 5. Биоэтика как современная форма профессиональной этики ...	134
5.1. Морально-этические проблемы трансплантации	134
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	148
5.2. Морально-этические проблемы репродукции человека	149
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	184
5.3. Этико-правовые проблемы медицинской генетики	184
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	209
5.4. Эпидемиология и этика. Венерические инфекции, СПИД и морально-этические проблемы	209
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	223
5.5. Морально-этические проблемы клинических исследований	224
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	242
5.6. Морально-этические проблемы эвтаназии.....	242
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	251
5.7. Идея справедливости в здравоохранении и медицине.....	252
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	267
<i>Темы рефератов</i>	268
Рекомендуемая литература	269
Приложение 1. Европейская Конвенция о защите прав человека и достоинства человеческого существа в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине (Совет Европы, Овьедо, 1997 г.)	271
Приложение 2. Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека (ЮНЕСКО, 2005 г.)	277
Приложение 3. Основы социальной концепции Русской Православной Церкви (извлечения)	287
Приложение 4. Кодекс профессиональной этики врача Российской Федерации. Национальная медицинская палата	302
Приложение 5. Кодекс профессиональной этики православного врача	309
Приложение 6. Женевская декларация (Международная клятва врачей)	312

Предисловие

Со времен Гиппократа общепризнанно, что нравственная культура врача — не просто заслуживающее уважение свойство личности, но качество, определяющее его профессионализм.

Профессионализм — отличительный признак специалиста, в известном смысле отделяющий его от остальных людей. Но в отличие от профессии, понятие «профессионализм» фиксирует не только род деятельности. Во-первых, профессионализм — это мера овладения человеком специальными знаниями и практическими навыками, приобретенными в результате специальной подготовки или опыта работы. Во-вторых, качество, своеобразие знаний, относящихся именно к этой профессии, связанных именно с ней и именно ей свойственных. Медицинский профессионализм неразрывно связан с моральным сознанием врача, с пониманием того, что врачевание — это профессия, в основе которой лежат нравственные ценности, которая имеет моральное значение и моральное содержание.

Профессиональная этика врача была и остается традиционной формой знания, относящейся к профессии врача. Освоение ее особенно значимо и актуально в период внедрения новых медицинских технологий, введения новых принципов ориентации на права пациента, доминанты интересов пациента, информированного согласия, права пациента на информацию, нового диагноза смерти человека, стандартизации диагностики и лечения в условиях экономических изменений в отечественном здравоохранении.

К целям и задачам изучения биомедицинской этики относятся ознакомление студентов с социальными условиями и формами профессиональной медицинской деятельности, с этико-правовыми отношениями врача и пациента, медицинского сообщества и государства; изучение теоретических и практических основ профессиональной биомедицинской этики, национальных и международных этических и правовых документов, включая этические документы медицинских ассоциаций и объединений; формирование представлений о принципах и нормах профессиональной биомедицинской этики.

Согласно Государственному образовательному стандарту дисциплина «Биомедицинская этика» является обязательной для высшего медицинского образования. Это соответствует требованиям к медицинскому образованию, предъявляемым в США, Франции, Англии и других европейских странах, а также рекомендациям ЮНЕСКО, данным во «Всеобщей декларации о биоэтике и правах человека», где констатируется необходимость изучения проблем биомедицинской этики всеми работниками практического здравоохранения.

Инновационность данного учебника заключается в том, что здесь решение вопросов профессиональной этики и права в медицине ориентировано на морально-этические традиции отечественной культуры.

Морально-этические традиции отечественной культуры рассматриваются как теоретическое основание решения этических проблем репродуктивных технологий (искусственное оплодотворение), прерывания беременности, контрацепции, стерилизации, фетальной терапии, клонирования, генных технологий, трансплантации, проблем эвтаназии, реанимации, психиатрии и новых подходов к смерти человека, включая проблему ее критериев, и прав пациента на информацию.

Учебник «Биомедицинская этика» не только содержит необходимую информацию для изучения профессиональной этики, но и является фундаментальным обоснованием ценности отечественных традиций врачевания, беречь которую обязывает «Клятва врача России», принятая Государственной Думой Российской Федерации.

В результате изучения дисциплины «Биомедицинская этика» бакалавр должен:

знать

- особенности этики как науки и ее исторические формы;
- принятые в обществе моральные ценности, нормы и правила взаимоотношений людей;
- социально значимые условия осуществления профессиональной медицинской деятельности;
- основные характеристики биомедицинской этики как прикладной формы классического этического знания;
- морально-этические нормы и принципы профессионального врачебного поведения;
- значение нравственной культуры врача для практической медицинской работы;
- теоретические и практические основы профессиональной биомедицинской этики;
- основные этические проблемы современной биомедицинской этики;
- особенности этических традиций отечественной медицины;

уметь

- применять основные этические принципы и моральные нормы в своей профессиональной деятельности;
- оценивать свои действия с нравственной точки зрения и осуществлять моральный выбор в сложных в нравственном отношении ситуациях;
- принимать решения в соответствии с моральными нормами общества и принципами профессиональной биомедицинской этики;
- предотвращать и разрешать конфликтные ситуации с учетом гражданских прав пациентов и нравственных ценностей;
- самостоятельно работать по совершенствованию своей нравственной культуры;
- формировать стратегию поведения и отношений с пациентами на основе этических норм;

- прогнозировать последствия применения новых биомедицинских технологий как для отдельного пациента, так и для общества в целом;
- анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения врачебных ошибок, осознавая при этом дисциплинарную, административную, гражданско-правовую, уголовную ответственность;
- планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного нравственного развития;

владеть

- навыками этического анализа моральных дилемм современной медицинской науки и практики;
- навыками проведения профессионального общения, бесед, консультаций на высоком культурном и этическом уровне;
- навыками публичных выступлений, ведения дискуссий и конференций;
- навыками профилактики и разрешения межличностных и межгрупповых конфликтов;
- навыками изложения, морально-этической аргументации и обоснования своей позиции.

Глава 1

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ БИМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ

Изучив содержание данной главы, бакалавр должен:

знать

- сущность этического знания, его исторические и логические типы;
- связь классической этики с биомедицинской этикой и ее сущность;
- цель, задачи, место дисциплины «Биомедицинская этика» в системе профессионального медицинского знания;
- общность и различие биомедицинской этики и медицинского права;
- исторические этапы развития и логические парадигмы биомедицинской этики;

уметь

- применять основные этические идеи в профессиональной медицинской деятельности;
- различать связь и отличие в содержании понятий «нравственность», «мораль», «этика»;
- определять теоретические основания биомедицинской этики;

владеть

- навыками этического анализа профессиональных проблем медицинской деятельности.
-

1.1. Что такое этика?

Этика — это система знания об отношениях между людьми или о человеческих отношениях. Схематично эти отношения можно представить так:

$$S \leftrightarrow S,$$

где S — действующие субъекты (лица) морально-нравственного отношения или действия, а символ « \leftrightarrow » — собственно человеческие морально-нравственные отношения. Содержание, вкладываемое в символы S и « \leftrightarrow », может быть разным. Субъектами нравственных отношений могут быть отдельные люди (человек \leftrightarrow человек), человек и общество (человек \leftrightarrow общество), человек и природа, общественные объединения и группы людей (общественное объединение \leftrightarrow общественное объединение) и т.п.

Варианты нравственных отношений между людьми также многообразны и различаются в диапазоне от уважения до презрения. Нравственные отношения, как и понятие «нравственность», связаны с многообразием нравов, т.е. характерных особенностей и свойств отношения человека к человеку. К человеческим нравам относятся отзывчивость, грубость, честность, жад-

ность, доброжелательность, верность, преданность, лживость, льстивость, любовь, ненависть и т.д.

Слова «этика», «нравственность» и «мораль» часто употребляются как синонимы. Однако между их значениями существует разница (рис. 1.1).

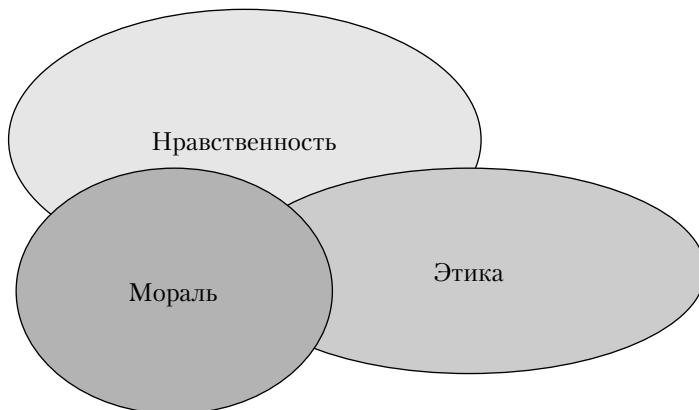


Рис. 1.1. Взаимосвязь этики, морали и нравственности

Понятие «нравственность» фиксирует совокупность нравов, различие эмоционально-психического склада людей, их характеры, которые не всегда оцениваются положительно. Нрав или «норов» человека может быть как мирным, добрым, так и вспыльчивым, угрюмым, жестоким.

Понятие «нравственность» не тождественно понятию «мораль». Различие выявляется, когда поступок человека оценивается как нравственный (человек действовал по своему нраву), но не моральный (человек действовал вопреки нормам общества). Типичным примером несовпадения «нравственности» и «морали» является деятельность врачей нацистской Германии, осужденных Нюрнбергским трибуналом в 1947 г. Многие из них поступали согласно своим интересам, склонностям и характеру, т.е. по своему нраву, но аморально, т.е. вопреки моральным нормам человечества, что и стало основанием международного суда над ними. Этот пример свидетельствует, что за понятием «мораль» закрепилось значение оценки существующих нравов. Мораль осуществляет классификацию нравов на приемлемые для общества (должные, добрые) и неприемлемые (недолжные, злые). За понятием «мораль» закрепилось также значение совокупности принципов и норм поведения людей в обществе.

Схематично каждый поступок человека является результатом взаимодействия (включая противоборство) его нрава (природы, свободы) и моральных норм (долга, обязанности). Многообразие возможных комбинаций и сочетаний в этом взаимодействии определяется многообразием характеров, ситуаций, эмоциональных состояний и составляет реальность нравственных отношений. Исходное многообразие нравственной реальности фиксируется в этике понятием «относительности». Перенос этого понятия на уровень моральных норм и принципов типичен, но не вполне корректен. Вряд ли можно говорить об относительности основных норм

«Клятвы Гиппократата» для врачебного сообщества или библейского Декалога (Десять заповедей Моисея), который существует уже свыше 3000 лет и принят разными народами как основа социального существования. Напротив, социальная устойчивость морали создает представление о ее абсолютном значении для сохранения человеческой жизни. Изучение этого значения морали, определение ее смысла и принципов моральных оценок нравов человека является целью знания, получившего название «этика». Латинское слово *ethica*, восходящее к греческому *ethos*, означает учение о нравственности и систему непротиворечивых суждений об основаниях, смысле и назначении морали. В то же время современное понятие «этика» фиксирует существование целого ряда подходов к решению проблемы о сущности и назначении морали.

В европейской культуре, не говоря уже о мировой, множество этических учений, теорий и школ. Тем не менее данное множество делится на две традиции или парадигмы, т.е. на два типа этических теорий. Они принимали в истории культуры разные формы и назывались по-разному. Первый тип — идеалистическая, или религиозная, или деонтологическая этика. Второй — этика натуралистическая, или прагматическая. Факт существования двух этических традиций не только отражает логику исторического развития этико-философской мысли, но и саму суть морально-нравственного сознания человека, который постоянно находится в ситуации свободного нравственного выбора не только того или иного поступка, но форм его этического осознания.

Натуралистическо-прагматический тип этических теорий

К натуралистическо-прагматическому типу этических теорий можно отнести цинизм и гедонизм в античности, учения о естественности человеческой природы, права, морали в Новое время (Т. Гоббс, Дж. Локк, Д. Юм), социал-дарвинизм, эволюционизм в этике XIX в. (Ч. Дарвин, Г. Спенсер), прагматизм, утилитаризм (И. Бентам, Дж. Ст. Милль), социобиологизм (З. Фрейд, Ф. Ницше и др.) и социоцентризм (О. Конт, К. Маркс, Э. Дюркгейм и др.).

В рамках данной традиции поступки и поведение человека рассматриваются в зависимости от необходимости удовлетворения его естественных, как правило, биофизиологических, потребностей. В рамках этой традиции отрицается существование вечных, неизменных и абсолютных моральных принципов и норм. Считается, как правило, что они относительно, вырастают из насущных потребностей и постоянно изменяются в процессе их удовлетворения. Неизменными остаются только стремление человека к удовлетворению своих потребностей и сопровождающее этот процесс чувство удовольствия. В современной социологии те, кто стремится к удовлетворению своих, как правило, растущих потребностей, образуют специфическое сообщество индивидов, получившее название «общество потребления».

К представителям потребительской морали относился, например, Г. Спенсер. Он видел основной закон жизни в приспособлении живых существ к условиям среды. Этим, по его мнению, достигается не только сохранение индивида и рода, но и полнота жизни, т.е. максимум удоволь-

ствий, что и есть искомое счастье. Какое — правильное или неправильное — поведение соотнобразится с достижением такого счастья, не имеет значения. Счастье — это высшее благо, максимум удовольствия для наибольшего числа людей. Моральные принципы так же, как и виды живущих существ, проходят через сито естественного отбора.

В рамках социоцентристских теорий на первый план выдвигаются не биофизические потребности, а потребности социальные, и прежде всего экономические, товарно-денежные. Экономико-финансовые отношения рассматриваются как основные средства удовлетворения биофизических потребностей. Они составляют ближайший к поступку комплекс мотивов любой человеческой деятельности. Например, в марксизме все человеческие отношения, включая и морально-нравственные, базируются на экономическом фундаменте, на удовлетворении материальных потребностей и на финансовых интересах. Именно они становятся критериями моральности поведения и составляют содержание понятия «польза». Понятие «благо» упрощается, освобождается от какого-либо сверхчувственного содержания и наполняется единственно значимым смыслом, коим является экономическая польза. Элементарная логика и несложные экономические расчеты неизбежно приводят к выводу, что больные, люди с хроническими заболеваниями, пенсионеры, инвалиды, их содержание, лечение, финансовое обеспечение — экономическое бремя для общества. Но несмотря на эту «экономическую» логику теоретики натуралистически-прагматических учений не сбрасывали со счетов проблему справедливости и любви к человеку. О противоречивости подобной логики Вл. Соловьев говорил так: «Человек произошел от обезьяны, поэтому будем любить человека»¹.

Это фундаментальное противоречие устраняет величайший представитель натуралистически-прагматической этики Ф. Ницше (рис. 1.2). В его философии логика натуралистической, прагматической этики представлена наиболее последовательно и непротиворечиво. Он предлагает врачам «новую мораль», реализующую исходные принципы прагматизма. В 36-м фрагменте «Сумерек кумиров» Ницше утверждает: «Мораль для врачей. Больной — паразит общества. В известном состоянии неприлично продолжать жить. Прозябание в трусливой зависимости от врачей и искусственных мер, после того как потерян смысл жизни, право на жизнь, должно бы вызывать глубокое презрение общества. Врачам же следовало бы быть посредниками в этом презрении, — не рецепты, а каждый день новая доза отвращения к своему пациенту... Создать новую ответственность, ответственность врача, для всех случаев, где высший интерес к жизни, восходящей жизни, требует беспощадного подавления и устранения вырождающейся жизни — например, для права на зачатие, для права быть рожденным, для права жить... Общество, что я говорю, сама жизнь имеет от этого большую выгоду, чем от какой-нибудь “жизни” в отречении, бледной немочи и другой добродетели...»²

¹ Соловьев В. С. Идея человечества у Августа Конта // В. С. Соловьев. Соч. в 2 т. М., 1988. Т. 2. С. 579.

² Ницше Ф. Сумерки кумиров. Соч. в 2 т. М., 1990. Т. 2. С. 611—612.

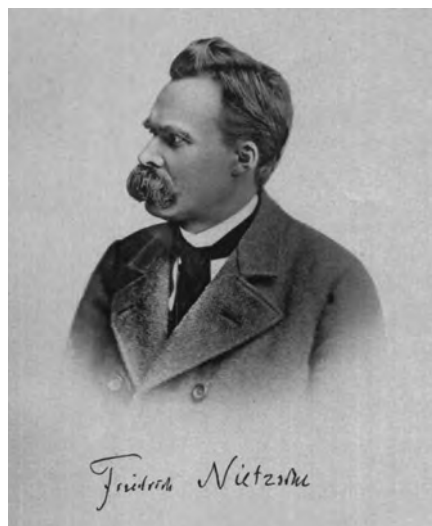


Рис. 1.2. Фридрих Ницше (1844–1900)

Очевидно, что теоретические установки натуралистическо-прагматической этики связаны с современными обоснованиями морально-этической правомерности эвтаназии, экономической и демографической целесообразности прогностического контроля медицинской генетики за «здоровьем населения», рассудочно-бытовой правомерности уничтожения жизни на эмбриональном уровне, превращения здоровья в частную собственность, а медицину — в дело прибыли и дохода.

В рамках данной традиции во второй половине XX в. формируются новые этические стандарты профессиональной деятельности. К ним относятся принципы сторонников эвтаназии: «достойно жить, достойно умереть», «моральность убийства», «моральность отключения жизнеподдерживающей аппаратуры». Критерий «смерти мозга» становится не только медицинской, но и этической санкцией на использование человеческого биоматериала. Технология деторождения (искусственное оплодотворение) становится новым видом медицинского бизнеса. «Рациональное планирование семьи», «генетическая политика», «генетическое наступление» на наследственные заболевания с целью коррекции естественного отбора, пренатальная диагностика с последующим прерыванием проблемной беременности как средство искусственного отбора и борьбы с детской смертностью и т.д. и т.п. Данные этические стандарты преодолевают существующие моральные ограничения, оправдывая и разрешая все, что возможно осуществить с помощью новых биомедицинских технологий и методик. Цель или польза для кого-то оправдывают использование любых новых средств.

Позитивное содержание любой из школ или концепций в рамках данного типа располагается между двумя позициями. Исходной позицией, как правило, является признание первичности природных потребностей или социальных интересов и нужд человека. Именно они служат базисом для череды сменяющихся друг друга моральных норм, ценностей и идеалов.

Конечной же позицией, как правило, становится нигилизм, т.е. отрицание абсолютного значения идеального измерения человеческих отношений, т.е. отрицание морально-этических законов. Понятия «милосердие», «любовь», «забота», «сострадание» лишаются самодостаточности и рассматриваются всего лишь как более или менее удачно используемые средства для достижения целей и удовлетворения потребностей соперничающих воли и интересов.

Для натуралистическо-прагматической традиции характерно признание приоритета биофизиологических потребностей и вытекающих из них естественных прав человека. При этом настораживающим фактом является то, что природные потребности, возведенные в ранг высших ценностей, становятся основанием выхода из природной естественности в режим искусственности. Именно это и происходит в либеральной биоэтике, отстаивающей право искусственно создавать детей, когда этого не дает природа; продолжать жить, даже когда природа забирает это право; умереть легко вопреки природным процессам; изменить пол и половые роли вопреки природе; уничтожить жизнь, когда она даруется природой.

Признание наличия связи либеральной биоэтики с натуралистическо-прагматическим сознанием важно для нравственного самосознания медицинского сообщества, особенно учитывая опыт нацистской медицины, когда прагматические интересы нации и науки были поставлены во главу угла медицинской деятельности.

Ф. Ницше называет натуралистическо-прагматическую позицию имморализмом (от лат. *im* — не и *moralis* — нравственный), что свидетельствует прежде всего о принципиальных отличиях натуралистическо-прагматического и идеалистически-деонтологического типов морально-этического сознания.

Идеалистическо-деонтологическая этика

Идеалистическо-деонтологическая этика — это второй в нашей классификации тип этических учений. К нему относятся: этическая доктрина иудаизма, конфуцианства, этические воззрения Гераклита, Сократа, Платона, Аристотеля, вся христианская традиция, к которой относятся И. Кант, И. Г. Фихте, Р. Г. Лотце, В. Виндельбанд, Г. Риккерт, Э. Кассирер, Э. Гуссерль, М. Шелер, Н. Гартман, этические учения неотомистов, протестантская этика (Р. Бульман, П. Тиллих) и, наконец, русская религиозная философия, представленная в творчестве Ф. М. Достоевского, В. С. Соловьева, С. П. Франка, С. Н. Булгакова, Н. А. Бердяева, Н. О. Лосского, В. Н. Лосского, П. А. Флоренского, В. И. Несмелова и др.

Все перечисленные концепции оригинальны, индивидуальны, внутренне целостны, более того, иногда друг с другом трудно совместимы. Но их можно объединить логически, представив как некую (вторую в нашей классификации) типологическую единицу. Почему? Потому, что в рамках идеалистической этики формируется ответ на вопрос, что такое человек, явно отличающийся от ответов, характерных для натуралистическо-прагматического сознания. В рамках идеалистической этики человек понимается как существо, обладающее способностями. Человек способен не только управ-

лять своими потребностями, но и нравственно совершенствоваться в соответствии с моральными ценностями и законами не только человеческих отношений, но и теми, по которым создан и существует мир. Моральные ценности — это как бы позвоночный столб в организме человеческих отношений. Абсолютное значение моральных ценностей для человека и общества заключается в том, что их несоблюдение ведет в итоге просто к вырождению общества, так же как за разрывом позвоночного спинного мозга неизбежно следуют паралич и смерть. В качестве примера жесткого действия этого закона может быть рассмотрена жизнь человека, аморальность которого сначала разрушает его нравственно и духовно, а затем и физически.

Для этого типа этических теорий опорой для принятия морально-нравственных решений является идеальная самодостаточная реальность морального закона. Данное суждение означает, что моральные нормы — это реальность, несводимая ни к человеческой природе, ни к практическому расчету, ни к экономической выгоде, ни к социальной целесообразности. Напротив, именно моральный закон задает направление и смысл не только нравственному поведению, но и человеческому существованию в целом. В зависимости от различий в понимании сущности морального закона данный тип этических учений может быть назван идеалистическим, или деонтологическим, или религиозным.

Классическим примером идеалистической этики является сакральная этика Ветхого Завета. Она понимается как «закон Бога нашего» (Ис. 1:10) и представляет собой совокупность законов и нравственно-этических постулатов, исходящих от Бога и обращенных к человеку: «В законе Господнем воля Его» (Пс. 1).

Типологически к идеалистической традиции относится и конфуцианство. В классической китайской этической теории этика метафизична и предельно авторитарна. «Ли» — ритуал, совокупность осознанно необходимых и социально санкционированных правил поведения. «Нельзя смотреть на то, что противоречит ли, нельзя слушать то, что противоречит ли, нельзя говорить то, что противоречит ли»¹, — требовал Конфуций. Свод нормативных правил «ли» не допускал ситуационного или какого-либо творческого подхода. Допускалось лишь одно: тщательное их изучение и соблюдение.

Для характеристики античной этики часто используют изречение Гераклита, согласно которому, поскольку человек есть человек, он обитает вблизи Бога. Этой обителью (этосом) и является этика, которая в своем истоке божественна, или, как выражается М. Хайдеггер, фундаментально онтологична².

Особое место среди учений религиозного типа занимает христианская этика. Она существует как многовековая традиция религиозно-этического толкования Откровения, начиная с творений Отцов Церкви, включая богословие Средних веков, Нового времени, вплоть до современного религиозного этического сознания.

¹ Цит. по: *Переломов Л. С.* Конфуцианство и легизм в политической истории Китая. М., 1982. С. 88.

² *Хайдеггер М.* Письмо о гуманизме // *Время и бытие.* М., 1993. С. 21.

Для медицинской культуры христианское этическое учение имело большое значение. Добротодеяние как заданная христианством смыслообразующая цель человеческого существования в мире последовательно реализовывалось в конкретной практической деятельности милосердия и врачевания. Врачебная традиционная профессиональная этика, как никакая другая форма прикладной этики, обнаруживала эту связь.

Медицина и все, что происходит с болеющим и страждущим человеком, всегда находится в центре внимания христианской этики. Врачевание было неотъемлемой частью христианской культуры. В Новом Завете мы не встретим осуждения применения медицинских средств. «Исцеляйте больных», — научает Христос своих учеников (Лк. 10:9). Согласно Священному Преданию один из учеников Христа, апостол Лука, был врачом. Врачевание — одна из профессий первых христиан, святых врачей Антиоха, Космы и Дамиана (III в. н.э.), великомученика Пантелеимона (IV в. н.э.). В истории Церкви немало примеров, когда священники и даже епископы занимались врачеванием не только духовных, но и телесных недугов. Нельзя не упомянуть нашего современника профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого (1877—1961) — святителя Луку — епископа и хирурга, автора известного труда «Очерки гнойной хирургии».

В качестве ключа к пониманию христианской этики можно рассматривать слова Блаженного Августина (IV в. н.э.): «Не знает покоя сердце наше, пока не успокоится в Тебе»¹. Это «успокоение» есть не что иное, как понимание того, что только следование Божественному Закону привносит порядок и гармонизирует нашу жизнь.

В христианской этике мораль открыта каждому человеку в текстах Библии и в «моральном законе внутри нас».

Для Канта, например, этим внутренним законом, т.е. высшей нравственной ценностью, является долг, подчинение которому и составляет собственно моральный поступок. Благодаря Канту слово деонтология (от греч. *deon* — долг, *logos* — закон, учение) становится синонимом нравственной философии. По Канту, отличие человека от любой другой живой твари в том, что он наделен способностью действовать не только по законам естества, но и по законам долга. Закон долга — это моральный закон, который гласит: поступай так, как ты хотел бы, чтобы поступали по отношению к тебе, или не превращай другого человека в средство для реализации своих эгоистических целей.

Согласно И. Канту, способность человека «давать себе закон» и без всякого внешнего принуждения бороться за его соблюдение является одним из основных проявлений личности. Эту способность Кант называет «моральной автономией». «Автономия, — пишет он, — есть основание достоинства человека»².

Моральная автономия человека поднимается Кантом до уровня самостоятельной силы, параллельной и равномошной природе. Эта равномошность фиксируется Кантом в известном заключении к «Критике практического разума»: «Две вещи наполняют мою душу все возрастающим удивлением

¹ *Августин Аврелий*. Исповедь. М., Ренессанс, 1991. С. 53.

² *Кант И.* Основы метафизики нравственности // Соч. в 6 т. М., 1965. Т. 4. Ч. 1. С. 278.

и благоговением, чем больше я вдумываюсь в них: звездное небо надо мной и моральный закон во мне»¹. Человек не растворяется в природе как одно из ее образований, в известном смысле он противостоит ей именно потому и в силу того, что обладает моральным сознанием. В идее моральной автономии утверждается право и ценность духовной свободы человека.

Нельзя недооценивать потенциал идей независимости и автономии и для современного общества. В любой «деспотической ситуации» современный человек уже ориентирован на возможность автономного поведения. Социокультурное признание за каждым человеком его нравственной и интеллектуальной независимости страхует людей от обращения с ними как безвольными объектами научных исследований или социально-политических манипуляций. Принцип моральной автономии пресекает любое посягательство на личность, независимо от того, продиктовано ли оно эгоистическими интересами интеллектуальной элиты или альтруистическими мотивами «всеобщего счастья» и «всеобщего блага», «здоровья нации», «интересов народа», «интересами науки» или «логикой прогресса» и т.п. Поэтому неудивительно, что, пройдя соответствующее осмысление и толкование, протестантская идея моральной автономии превращается в современной биомедицинской этике в два основополагающих и работающих принципа — принцип уважения автономии пациента и принцип профессиональной ответственности врача и ученого.

Для католической биоэтики характерно понимание биоэтики как «антропологии человеческого достоинства», связанной с утверждением неразрывной связи достоинства и богоподобия человека.

В фокусе внимания христианской биоэтики сегодня исследовательская деятельность врача. При изучении человеческих генов, эмбрионов и т.п. и при проведении экспериментов на людях возникает опасность рассматривать человека только как объект для получения знания. Исследователям, противопоставляющим себя другим людям, грозит опасность изменения самосознания. «Познающие» ученые склонны постоянно совершать скрытое исключение для себя стать и быть объектами и средствами достижения целей исследовательской деятельности других. Справедливо ли, законно ли это? Соответствует ли это интересам человека, превращенного в «средство» и «объект» любознательности «познающего» ученого?

Грань между отношением к человеку как к объекту исследования и отношением к человеку как к объекту использования очень тонка. Папа Иоанн Павел II констатировал: «Относиться к другому человеку как объекту использования — значит рассматривать его исключительно как средство для достижения своей цели, как предмет, без учета присущего личности предназначения»². Это присущее личности предназначение никогда не может быть понято с помощью знания «из чего он состоит» и «как он функционирует».

Понятие «личность» обозначает, что человек содержит в себе нечто большее, нежели то, из чего он состоит, а именно: способность к свободе действия, способность к совершенствованию и вере в Бога.

¹ Кант И. Критика практического разума // Соч. в 6 т. М., 1965. Т. 4. Ч. 1. С. 499.

² Иоанн Павел II. Любовь и ответственность. М., 1993. С. 89.

Православие, в отличие от католицизма, не стремится просеивать современную медицинскую практику через сито библейских законов и заповедей. Это неизбежно сбивает на путь суда и осуждения людей. Согласно православной традиции главное не в том, чтобы судить человека по предписанным инструкциям, а в том, чтобы человек был совершенен. Существо христианства не должно подменяться формальным морализмом.

«Человеку нужно не прощение вины, не договор с Богом, который давал бы надежду на подобное прощение, а ... преобразование собственной природы по образу Бога, достижение совершенства»¹. «Будьте совершенны как совершен Отец ваш небесный» (Мф. 5:48). Одно из проявлений совершенства Отца небесного в «неизследной бездне» Его милосердия в Его человеколюбии. Нравственность православия — это нравственность «человеколюбивого сердца».

Смысл человеческой жизни в христианской этике непосредственно связан с человеколюбием, со служением ближнему и «деланием добра». В связи с этим врачевание по сути — одна из уникальных человеческих профессий, смысл и назначение которой максимально совпадает с деланием добра, с христианскими ценностями милосердия, человеколюбия и спасения жизни.

Неслучайно первая модель социального института здравоохранения как деятельного проявления милосердия и человеколюбия была реализована в христианских монастырях.

Глубоко символична красно-крестная символика международной организации медицинской помощи и милосердия, на которую уповают сегодня в каждом неблагополучном районе мира, что в который раз подтверждает слова Иоанна Златоуста: «Такова сила милосердия: оно бессмертно, нетленно и никогда не может погибнуть»².

Типологическая характеристика сосуществующих и принципиально различающихся этических традиций (табл. 1.1) дает необходимые ориентиры для того выбора правил и ценностей, который должен сделать каждый современный врач. Одним из оснований этого выбора является опора на историю и логику развития классической этики и ее связи с профессиональной медицинской этикой.

Таблица 1.1

Идеалистическо-деонтологическая и натуралистическо-прагматическая парадигмы этического сознания

Тип парадигмы	Смысл жизни	Смысл болезни и предсмертных страданий	Тема смерти и посмертия
Идеалистическо-деонтологическая	В совершенствовании человека	Имеют ценность и смысл в перспективе вечности	В фокусе внимания
Натуралистическо-прагматическая	В наслаждении и комфорте	Не имеют смысла, погружают в депрессию, приводят к идее самоубийства	Табуирована

¹ Бердяев Н. Опыт философского оправдания христианства // Несмелов В. И. Наука о человеке. Казань, 1994. С. 35.

² Избранные места из творений св. Иоанна Златоустаго. М., 1897. С. 11.

Контрольные вопросы и задания

1. Что такое нравственность, мораль и этика?
2. Существует ли различие между понятиями «нравственность», «мораль» и «этика»?
3. Может ли нравственность человека вступать в конфликт с моралью общества?
4. Каков моральный критерий классификации нравов?
5. Какова связь между понятиями «нравственность», «мораль» и «этика»?
6. К чему можно отнести заповеди библейского Декалога: к нравственности или к морали?
7. Существует ли различие между моральными правилами и повседневной практикой человеческих отношений? И если да, то почему?
8. Какие моральные качества врача входят в понятие «медицинский профессионализм»?
9. Почему предметом изучения этики являются нравы и мораль?
10. На каких основаниях формируются типы этических теорий? Приведите примеры.
11. Назовите представителей идеалистическо-деонтологической и натуралистическо-прагматической этических традиций.
12. Сколько заповедей и какие включает библейский Декалог?
13. Какими особенностями определяются сущность человека в натуралистическо-прагматических этических теориях?
14. Какими особенностями определяются сущность человека в идеалистическо-деонтологических этических теориях?
15. Какие факторы определяют поведение человека в натуралистическо-прагматических этических теориях?
16. Какие факторы определяют поведение человека в идеалистическо-деонтологических этических теориях?
17. В каких произведениях Ф. М. Достоевского даны классические примеры идеалистически-религиозного решения проблемы соотношения цели и средств поступков человека?
18. Что делает относительным сам принцип относительности ценностей в натуралистическо-прагматических этических теориях?
19. Почему в идеалистическо-деонтологических этических теориях моральные ценности имеют абсолютное значение?

1.2. Что такое биомедицинская этика?

Биомедицинская этика — это общее понятие, включающее многообразие многовекового врачебного нравственного опыта от этики врача Гиппократ до ее современной формы — биоэтики.

Биомедицинская этика — это профессиональная этика всех, кто работает в медицине и здравоохранении. Биомедицинская этика изучает отношения между людьми в системе здравоохранения, а также систему норм, ценностей и обязательств, которую принимает и исполняет врач, оказывая помощь больному человеку.

Исследования ценностного сознания различных культурных сообществ свидетельствуют, что существует фундаментальное единство главных моральных ценностей человечества, а разнообразие культур влияет на отличия лишь в деталях. Согласно современным исследованиям «индивидуумы и культуры не очень глубоко различаются в отношении того, что

они считают конечными этическими ценностями»¹. Это было подтверждено и фундаментальным исследованием Совета Европы, проведенным для выработки рекомендаций по вопросам биоэтики. Его результатом явился сборник норм и правил международного права, этики, католической, протестантской, иудейской, мусульманской и буддистской морали — книга «Медицина и права человека» (1992 г.). Это издание свидетельствует об общности подходов стран Центральной и Восточной Европы к этическим проблемам медицины и здравоохранения. К непреходящим этическим ценностям относятся: милосердие, забота, справедливость, сочувствие, спасение жизни. Именно эти ценности являются определяющими и для профессиональной медицинской морали. Независимо от того, на каком континенте работает врач или в какой стране живет пациент, несмотря на существующие временные и пространственные границы, вопреки культурно-национальным различиям между людьми, ценности жизни и милосердия принимаются всеми врачами и пациентами. Именно поэтому биомедицинская этика является не неким независимым образованием, но формой прикладной этики, для которой характерно приложение, использование классических нормативно-этических теорий к практическим моральным проблемам медицины и здравоохранения.

В силу этого предмет биомедицинской этики — это вопросы: как реализовывать ценности милосердия, заботы, справедливости, сочувствия, спасения жизни, добра и любви в практике врача; как в сложных ситуациях клинической или исследовательской работы поступать врачу морально; каким надо быть, чтобы быть врачом?

На протяжении всей истории медицины важную задачу профессиональной этики врачи видели в умении реализовать и применить моральные ценности в конкретной медицинской практике. Так появляются понятия «моральные нормы», «нравственные принципы». Испытав на практике их регулирующую силу, медицинское сообщество считало нужным периодически формулировать на их основе обязанности врача и рекомендации по их исполнению.

Таким образом, **биомедицинская этика** — это прикладная этика, которая на основе моральных принципов решает задачи установления таких отношений с пациентом, которые обеспечивали бы веру в лечение, доверие к врачу пациента и общества.

Практическое отношение врача к больному и здоровому человеку, изначально ориентированное на заботу, помощь, поддержку, безусловно, является основной чертой врачебной профессии. Гиппократ справедливо отмечал непосредственную зависимость между человеколюбием и результативностью профессиональной медицинской деятельности. Человеколюбие не только служит основополагающим критерием выбора профессии, но и непосредственно влияет на успех лечения, в значительной степени

¹ Синха С. П. Юриспруденция. Философия права. М., 1996. С. 87.

определяя меру врачебного искусства. «Где любовь к людям, — писал Гиппократ, — там и любовь к своему искусству»¹. Умение подчинить себя интересам больного, милосердие и самоотверженность — это не только и не просто заслуживающие уважения свойства личности врача, а свидетельство его профессионализма.

Принципы профессиональной врачебной этики, сформулированные Гиппократом, значительно отличались от влиятельных в античной культуре нравственных обычаев, которые культивировали естественные свойства и индивидуальные потребности человека. Особенности нравственного поведения врача Гиппократ видел прежде всего в том, что оно не должно быть ориентировано на личное индивидуальное благо и поиск путей достижения этого блага (материального, чувственного и т.п.). Деятельность врача, и с точки зрения его внутренних устремлений, и с точки зрения его внешних поступков, должна мотивироваться интересами и благом пациента. «В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, не праведного и пагубного», — писал Гиппократ.

Различия между моральными правилами поведения врача и повседневной практикой человеческих отношений сохраняются и сегодня. Одними из задач биомедицинской этики являются объяснение и обоснование того, почему именно эти правила получают статус основных, какова природа и причина их обязательности. Итак, предмет изучения биомедицинской этики — система морально-нравственных отношений между субъектами медицинской деятельности в взаимоотношениях «врач — пациент», «врач — врач», «врач — общество», включая и внутреннюю нравственную самооценку врача, т.е. отношения «Я — Я».

Контрольные вопросы и задания

1. Какие системы отношений составляют предмет изучения биомедицинской этики?
2. Какие ценности являются определяющими для профессиональной медицинской морали?
3. Относятся ли понятия «честь» и «достоинство» к признакам профессионализма врача?
4. Существует ли связь биомедицинской этики и классических этических теорий или она независимое образование?
5. К какому типу классических этических теорий относится биомедицинская этика?
6. Каков смысл понятия «прикладная этика»?
7. Каково содержание понятий «моральные ценности», «моральные нормы», «моральные принципы»? В чем их связь?
8. В чем моральное основание профессии врача?
9. Назовите отличительные признаки профессионализма врача.
10. Перечислите мотивы, по которым вы выбрали медицинскую профессию.
11. В чем конфликт целей и средств врачевания?

¹ *Гиппократ*. Избранные книги. М., 1936. С. 87–88.

12. Какие моральные качества врача входят в понятие «медицинский профессионализм»?

13. Чем определяется социальное значение профессиональной этики врача?

14. Существуют ли различия между моральными правилами поведения врача и повседневной практикой человеческих отношений?

1.3. Биомедицинская этика и медицинское право

Биомедицинская этика и медицинское право — две основные формы современного регулирования медицинской деятельности. Они, безусловно, связаны между собой. Что их отличает и что объединяет? Почему врачу недостаточно руководствоваться только одним способом регулирования медицинской деятельности: только медицинским правом либо только биомедицинской этикой?

Профессиональная этика — традиционная составляющая врачевания. Понятие же «медицинское право» явление современной культуры, ставшее возможным в условиях утверждения в европейской культуре идеологии «прав человека» и связанного с ней «охранительного» (субъектного) права, призванного охранять личные неимущественные права человека. В России оно начало формироваться в начале 90-х гг. XX в., после принятия в 1993 г. Федерального закона РФ «Основы законодательства об охране здоровья граждан». С 2011 г. медицинская деятельность в России регулируется Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

Число нормативно-правовых документов, регулирующих медицинскую деятельность, растет. Вместе с этим встает и вопрос о соотношении биомедицинской этики и медицинского права, который непосредственно связан с принципиальными различиями, существующими между моралью и правом.

Мораль и право

1. Моральные нормы существуют, как правило, в идеальной форме, т.е. в пространстве сознания и совести каждого человека, «в сердце человеческом». Они прививаются человеку в раннем возрасте, когда он не умеет еще даже писать. При этом нормы права, напротив, легитимны только в письменной форме законодательных документов, санкционируемых государством, законодательной властью, судебными решениями. При этом многие люди могут благополучно существовать, не зная их содержания и сути.

2. Моральные нормы носят всеобщий характер. Библейский Декалог (десять моральных заповедей, данных на горе Синай Моисею Богом) принят многими народами за основу социальной жизни. Правовые нормы носят частный, детализированный характер, что выражается в особенностях и отличиях национальных законодательств разных государств.

3. Моральные нормы максимально устойчивы, тогда как правовые, напротив, изменчивы. Временные параметры существования библейского Декалога — свыше 3000 лет. Замена правовых норм на противоположные, но регулирующие одну и ту же деятельность, может происходить в течение одного-двух десятилетий, соответствуя смене идеологий политических партий и приоритетов государственных администраций. В качестве примера можно привести неоднократные (четыре раза) и прямо

противоположные изменения российского законодательства (запрет и разрешение) в сфере искусственного прерывания беременности в XX в.

4. Принципиальные отличия прослеживаются по результатам нарушения моральных и правовых норм. Нарушение моральных норм имеет своим следствием изменение общественного мнения и существует в форме негативного общественного воздействия. Нарушение моральных требований влечет потерю уважения и доверия к врачу. Как правило, потеря социального доверия к врачу имеет такую силу, что без каких-либо принудительных санкций врач лишается возможности полноценно работать по профессии. Какими бы глубокими познаниями он ни обладал, врач, не признающий и нарушающий моральные нормы в силу равнодушия или агрессивности или просто своей недоброжелательности, лишается доверия. Такой врач неизбежно останется без пациентов и медицинской практики, для этого даже не нужно будет никакого правового или силового воздействия со стороны государства. Нарушения врачом норм права влечет возможность применения к нему различных форм государственного принуждения и наказаний в диапазоне от административных взысканий, штрафов вплоть до многолетнего ограничения свободы.

Вопрос о различии морали и права как форм регулирования медицинской деятельности следует отличать от современной проблемы содержательного соответствия норм права и принципов морали.

Впервые в XX в. на проблему соответствия и несоответствия права и морали обратил внимание немецкий психиатр и философ К. Ясперс. Он утверждал, что человечество в XX в. впервые столкнулось с явлением, названным им «феноменом преступной государственности». Ясперс определил этот феномен как юридическое воплощение морального зла. Так, в 1939 г. в фашистской Германии «Программа эвтаназии» санкционировала убийство психически неполноценных людей. В рамках данной программы осуществлено поправление незыблемых многовековых моральных заповедей, в частности, заповеди «не убий», и в ранг юридического закона было возведено убийство неполноценных больных людей. Ясперс впервые фиксирует внимание на возможность и реальность аморального содержания юридических законов.

Практика регулирования человеческих отношений свидетельствует, что мораль и право, в частности, нормы и принципы биомедицинской этики (БМЭ) и медицинского права (МП) находятся между собой в сложных отношениях, систематизация которых необходима для четкой согласованности между собой требований закона, ведомственных приказов и инструкций, с одной стороны, и требованиями профессиональной этики и морали — с другой.

Все многообразие соотношений требований права и морали можно свести к двум основным формам: содействию и противодействию, или «единству и противоположности». В начале XX в. теоретик права П. И. Новгородцев (1886—1924) обосновывал идею о непосредственной «жизненной» связи «юридических и нравственных норм», которые «вносят мир и порядок во взаимные отношения людей и противопоставляют эгоизму частных стремлений интересы общего блага и требования справедливости»¹.

¹ Новгородцев П. И. Право и нравственность // Правоведение. 1995. № 6. С. 104.

К примерам содействия и содержательного единства норм морали и МП можно отнести соответствие основного принципа профессиональной врачебной этики «не навреди» таким действующим нормам, как статьи Уголовного кодекса Российской Федерации (УК РФ) о «причинении тяжкого или средней тяжести вреда здоровью по неосторожности» (ст. 113), о «незаконном производстве аборта» (ст. 123), о «заражении ВИЧ-инфекцией» (ст. 122), о «незаконном занятии частной медицинской практикой» (ст. 235), о «нарушении санитарно-эпидемиологических правил» (ст. 236), о «причинении смерти по неосторожности» (ст. 109).

Помимо этого очевидна связь морального принципа «не лжесвидетельствуй» с нормами Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» о праве пациента на информацию о состоянии своего здоровья: «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» (ст. 22).

Примером единства морали и права служит и новый правовой принцип «приоритета человека» над интересами общества и науки.

«Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины (Конвенция о правах человека и биомедицине), принятая Советом Европы 4 апреля 1997 г., является документом международного права в области здравоохранения. В качестве основополагающей нормы Конвенции провозглашается «приоритет человека». Именно так называется ст. 2 части I Конвенции. Над чем же устанавливается приоритет человека? На этот вопрос отвечает содержание данной статьи: «Интересы и благо отдельного человека преобладают над интересами общества или науки». Во «Всеобщей декларации о биоэтике и правах человека» (ЮНЕСКО, 2005 г.) в п. 2 ст. 3 говорится: «Интересы и благосостояние отдельного человека должны главенствовать над интересами собственно науки и общества».

Данная международная норма о приоритете интересов человека над интересами общества и науки обнаруживает, что эта юридическая норма основана на моральном законе христианской этики: «Ибо весь закон в одном слове заключается: „люби ближнего твоего как самого себя“» (Гал. 5:14).

То, что принципы морали служат основанием принятия конкретных юридических законов, наиболее ярко проявляется в законодательном запрете эвтаназии в России: ст. 71 «Клятва врача», ст. 45 «Запрет эвтаназии» Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Влияние БМЭ на МП проявляется в рассмотрении принципов БМЭ как критерия корректности принимаемых законов, приводящих к их изменению содержания и даже смене. В качестве примера такого влияния можно

привести легализацию в ФЗ РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» права врача отказаться от производства аборт. Это произошло под влиянием общественных дискуссий в 2010–2011 гг. в Государственной Думе и этической позиции, закрепленной в п. 6 Декларации Всемирной медицинской ассоциации (ВМА) «О медицинских абортах» (Осло, 1983 г.), согласно которой в том случае, «если личные убеждения не позволяют врачу сделать медицинский аборт, он должен перепоручить пациентку компетентному коллеге».

Однако помимо единства можно увидеть и отличия правовых норм от моральных ценностей (рисю. 1.3).



Рис. 1.3. Формы взаимоотношений этики и права

Общество – это сложный организм, который нуждается в систематическом совершенствовании правового регулирования разнообразных интересов и отношений его членов.

Совершенствования и приведения в соответствие с существующими традиционными для общества моральными нормами требуют в настоящее время следующие положения российского законодательства:

1) принцип презумпции согласия в трансплантологии (в США, например, законодательно действует противоположный принцип: презумпция несогласия, означающий, что без юридически оформленного согласия человека после его смерти врач не имеет права производить забор органов и (или) тканей, что исключает любую форму проявления насилия);

2) неограниченное допущение искусственного прерывания беременности;

3) непризнание права на жизнь не родившегося человека;

4) допущение клонирования (терапевтического);

5) допущение использования методов ЭКО (экстракорпорального оплодотворения) для несупружеских пар и одиноких людей;

6) допущение суррогатного материнства за материальное вознаграждение;

7) отсутствие запрета на использование эмбрионов человека для извлечения стволовых клеток.

Ситуации несоответствия юридических и этическим норм характерны не только для российского законодательства. Так, например, Кодекс медицинской этики Американской медицинской ассоциации в ч. 1.02 «Отношения закона и этики» отдельно рассматривает этот вопрос и предписывает,

что «этические обязательства, как правило, важнее правовых» и в случае, «если врачи убеждены, что закон несправедлив, они должны работать, чтобы изменить закон».

История свидетельствует, что задолго до возникновения правового регулирования отношений медика с пациентом они регулировались личными нравами врача и обычаями. Обычай были непосредственно связаны с неписаными моральными мотивами оказания медицинской помощи. Мораль как социальный регулятор медицинской деятельности представляет собой правила поведения, которые устанавливаются в обществе применительно к медицине в соответствии с представлениями людей о добре и зле, справедливости и несправедливости. Нормы морали обеспечиваются и охраняются внутренними убеждениями людей и силой общественного мнения. Весьма долгое время нормы морали были основным, а нередко и единственным регулятором взаимоотношений врачей и их пациентов, а также определяющим мотивом профессиональной деятельности медиков. И сегодня существует мнение о ведущей роли моральных ценностей в оценке профессиональных поступков медиков.

Противопоставление морали и права или преуменьшение роли одного из них представляется необоснованным, так как **норма морали** — это идеальное основание, образец, эталон поведения, в то время как **норма права** — правило поведения, служащее достижению такого образца. Например, уголовная норма о неоказании помощи больному (ст. 124 УК РФ) служит высокому идеалу милосердного медицинского работника. Ценности морали, их внешнее достижение обеспечиваются правовыми средствами: запретами, дозволениями, требованиями и др. (рис. 1.4).



Рис. 1.4. Поступки врача в координатах морали и права

¹ Деликт (от лат. *delictum* — проступок, правонарушение) — частный или гражданско-правовой проступок, влекущий за собой возмещение вреда и ущерба, взыскиваемые в пользу потерпевших.

Для доказательства этого утверждения приведем суждение русского философа Н. А. Бердяева: «“Добро” не знает другого способа победы над “злом”, как через закон и норму»¹.

Необходимо отметить, что соотношение норм права и морали в структуре социальной регуляции медицинской деятельности должно существовать в непротиворечивом взаимодействии. Это определяет, что этическая экспертиза — это обязательное основание разработки новых законопроектов, принятия и действия законов, регулирующих медицинскую деятельность.

БМЭ и МП — две основные формы регулирования отношений в системе здравоохранения. Гармоничное соотношение БМЭ и МП — одно из условий обеспечения нравственного здоровья общества.

Контрольные вопросы и задания

1. Что общего у морали и права и в чем их отличие?
2. Что отличает и что объединяет биомедицинскую этику и медицинское право?
3. Почему врачу недостаточно руководствоваться только одним способом регулирования медицинской деятельности — только медицинским правом либо только биомедицинской этикой?
4. Перечислите основные права пациентов по ФЗ РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
5. Чем отличаются моральная и правовая регуляции медицинской деятельности?
6. В чем заключается проблема соответствия и несоответствия права и морали?
7. Где и как конкретно проявляется «юридическое воплощение морального зла» по К. Ясперсу?
8. Каковы характеристики «феномена преступной государственности» по К. Ясперсу?
9. Приведите примеры содержательного соответствия основного принципа профессиональной врачебной этики «не навреди» действующим нормам УК РФ.
10. Существует ли связь морального принципа «не лжесвидетельствуй» с нормой ФЗ РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» о праве пациента на информацию о состоянии своего здоровья?
11. Почему правовой принцип «приоритета человека» над интересами общества и науки является примером единства морали и права?
12. В чем заключается единство принципов морали и законодательного запрета эвтаназии в России?
13. Можно ли утверждать, что принципы БМЭ служат критериями корректности юридических законов, регулирующих здравоохранение?
14. Можно ли утверждать, что именно моральные принципы привели к легализации права врача отказаться от производства аборт в ФЗ РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»?
15. Какие позиции в российском законодательстве требуют в настоящее время совершенствования и приведения в соответствие с существующими традиционными для общества моральными нормами?
16. Какие позиции в российском законодательстве свидетельствуют о несоответствии юридических и этическим норм?

¹ Бердяев Н. А. О назначении человека. Опыт парадоксальной этики (Происхождение добра и зла). М.: АСТ, 2003.

17. Перечислите основные противоречия норм ФЗ РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» с традиционными моральными ценностями.

18. Какие существуют структуры в обществе для разрешения этических и юридических противоречий в здравоохранении?

1.4. Исторические этапы развития и логические парадигмы биомедицинской этики

Более 25 веков в европейской культуре формировались, сменяли друг друга различные морально-этические принципы, правила, рекомендации, сопровождавшие медицину на протяжении всей ее истории. Понятие «биомедицинская этика» суммирует многообразие многовекового врачебного правственного опыта и включает четыре парадигмы или модели: модель Гиппократов, модель Парацельса – Войно-Ясенецкого, деонтологию и биоэтику. Теоретические особенности и морально-этические принципы каждой из них являются реальными элементами целостной системы профессионально-этического знания и составляют ценностно-нормативное содержание современной профессиональной биомедицинской этики.

Исторически первой формой врачебной этики были моральные принципы врачевания Гиппократов (460–377 гг. до н.э.), изложенные им в «Клятве», а также в книгах «О законе», «О врачах» и др.

Становление греческой светской медицины было связано не только с влиянием рационального знания и накоплением опыта врачевания, но и с принципами демократической жизни городов-государств Древней Греции. Освященные и необсуждаемые права врачующих жрецов постепенно, но неизбежно сменялись профессиональными моральными обязательствами лекарей перед пациентами и гарантиями им. Так, в «Клятве Гиппократов» были впервые сформулированы и выписаны именно обязанности врача по отношению к больным и коллегам.

Нормы и принципы поведения врача, определенные Гиппократом, не просто отражают специфические отношения в конкретно-исторической эпохе. Их содержание обусловлено целями и задачами врачевания, независимо от места и времени их реализации.

На основе «Клятвы Гиппократов» в начале XIX в. создается «Факультетское обещание» российских врачей, оканчивающих медицинский факультет Московского университета.

Факультетское обещание

«Принимая с глубокой признательностью даруемые мне наукой права врача и постигая всю важность обязанностей, возлагаемых на меня сим знанием, я даю обещание в течение всей своей жизни ничем не помрачать чести сословия, в которое ныне вступаю. Обещаю во всякое время помогать, по лучшему моему разумению, прибегающим к моему пособию страждущим, свято хранить вверяемые мне семейные тайны и не употреблять во зло оказываемого мне доверия. Обещаю продолжать изучать врачебную науку и способствовать всеми силами ее процветанию, сообщая ученому свету все, что открою. Обещаю не заниматься приготовлением и продажей тайных средств. Обещаю быть справедливым к своим сотоварищам-врачам

и не оскорблять их личности; однако же, если бы того потребовала польза больного, говорить правду прямо и без лицемерия. В важных случаях обещаю прибегать к советам врачей, более меня сведущих и опытных; когда же сам буду призван на совещание, буду по совести отдавать справедливость их заслугам и стараниям»¹.

Логика и содержание обязательств «Клятвы Гиппократата», несколько изменяясь, сохраняются и сегодня, приобретая лишь в том или ином современном этическом документе свой стиль, особую форму выражения.

Модель Гиппократата — часть медицинской этики, которая рассматривает взаимоотношения врача и пациента под углом зрения социальных гарантий и профессиональных обязательств медицинского сообщества.

Вторая историческая форма врачебной этики — модель Парацельса — Войно-Ясенецкого формировалась с первых веков нашей эры вплоть до современности. Данный период европейской истории — время распространения и влияния нравственной антропологии христианства. Поэтому неслучайно, что акцент на внешние, социальные обязательства смещается в сторону внутренних особенностей отношения к болеющему человеку, а именно на практическое отношение врача к больному, ориентированное на заботу, помощь, поддержку и совпадающее с нормой отношения человека к человеку в христианской этике: «люби ближнего своего как самого себя», «любите врагов ваших» (Мф. 5:44).

Парацельсу (1493—1541) — родоначальнику в области создания химических лекарств — удалось выразить эту норму особенно четко. Он учил своих учеников: «Сила врача — в его сердце, работа его должна руководствоваться Богом и освещаться естественным светом и опытом; важнейшая основа лекарства — любовь»². Но любовь, о которой говорил Парацельс, не просто одно из приятных нравственных отношений между людьми, у нее есть глубокий профессиональный смысл.

Именно такое нравственное отношение врача к личности пациента служит одним из важных факторов эффективности его лечебной деятельности.

Профессор Войно-Ясенецкий утверждает, что «доверие или недоверие врачу... глубоко определяет исход болезни»³. Он разделяет многовековое мнение врачебного сообщества, согласно которому успешность лечения во многом определяется верой пациента во врача: «Тот, кто больше верит, излечивается лучше»⁴.

Модель Парацельса — Войно-Ясенецкого — это такая форма врачебной этики, в рамках которой нравственное отношение к пациенту понимается как одна из важнейших составляющих стратегии терапевтического поведения врача. Именно в рамках этой модели врачевание получает смысл служения делу любви и милосердия. Врачевание превращается в служение, которое, как ни какое другое (за исключением священства), предоставляет

¹ Силуянова И. В. М. Я. Мудров о вопросах «благочестия и нравственных качествах врача» // История медицины. 2014. № 2. С. 89.

² Корженяц Б. Парацельс // Мир огненный. 1994. № 5. С. 86—87.

³ Архиепископ Лука (Войно-Ясенецкий). Дух, душа и тело. Изд-во Симферопольской и Крымской епархии, 2000. С. 85.

⁴ Gorton D. E. History of Medicine. New York ; London : G. P. Putmans's Sons, 1910. P. 205.

врачу неограниченные возможности для проявления любви к болеющему и страждущему человеку.

Если в гиппократовской модели, прежде всего, завоевывается социальное доверие к врачу, то в модели Парацельса — Войно-Ясенецкого делается акцент на учет нравственного отношения врача к личности пациента, на признании важности личностных контактов и включенности таких контактов в лечебный процесс.

Третья форма профессиональной медицинской этики — деонтология — еще больше углубляется в особенности нравственного отношения врача к личности пациента, связывая их с особенностями тех или иных заболеваний человека.

Соответствие поведения врача определенным особенностям патологии пациента составляет существенную часть медицинской этики. Это ее деонтологический уровень, или деонтологическая модель.

Термин «деонтология» образован от двух греческих слов: *deontos* (должное) и *logos* (закон). Он был введен в советскую медицинскую науку в 40-х гг. XX в. профессором Н. Н. Петровым. Основы представлений о значении должного для человека уходят корнями в религиозно-нравственную традицию. Для религиозного сознания характерно постоянное сопоставление должного не только с целями действий человека, но и со средствами их достижения.

Деонтологическая модель врачебной этики — это совокупность «должных» правил, соответствующих той или иной специальной области медицинской практики, будь то терапия, педиатрия, акушерство и т.д. Например, особенности хирургической деонтологии детально раскрываются профессором Н. Н. Петровым в работе «Вопросы хирургической деонтологии»¹.

Еще один пример норм деонтологической модели — правила относительно интимных связей между врачом и пациентом, разработанные Комитетом по этическим и правовым вопросам при Американской медицинской ассоциации:

«интимные контакты между врачом и пациентом, возникающие в период лечения, аморальны;

интимная связь с бывшим пациентом может в определенных ситуациях признаваться неэтичной;

вопрос об интимных отношениях между доктором и пациентом следует включить в программу обучения всех медицинских работников;

врачи должны непременно докладывать о нарушении врачебной этики своими коллегами».

Нарушение данных рекомендаций влечет за собой определенные дисциплинарные и правовые последствия для врачей, которых объединяет Американская медицинская ассоциация.

Принцип соблюдения долга — основной для деонтологической модели. Примером значения идеи долга для медицинского сообщества является **Кодекс профессиональной этики врача Российской Федерации**, раз-

¹ Петров Н. Н. Вопросы хирургической деонтологии. Л., 1956.

работанный Национальной медицинской палатой и принятый Первым национальным съездом врачей Российской Федерации (г. Москва, 5 октября 2012 г.). Из 53 статей Кодекса 28 включают понятие «врач должен» и 15 — «врач обязан»¹.

Принцип «соблюдения долга» соответствует требованиям, которые предъявляются врачу со стороны медицинского сообщества и общества в целом. «Врач должен...» — это своеобразный критерий соответствия избранной человеком профессии. Если такого соответствия нет, то это свидетельство профессионального несоответствия, с возможными отрицательными последствиями и для самого человека, и для врачебного профессионального сообщества, и для пациентов.

Биоэтика — это современная форма профессиональной этики врача. Возникновение биоэтики непосредственно связано с внедрением в медицинскую практику новейших биомедицинских технологий: трансплантации, методов искусственного оплодотворения, клинической генетики, нового диагноза смерти мозга, методов регенеративной (восстановительной) медицины. Особенность новейших биомедицинских технологий заключается в том, что их использование требует четкого этико-правового регулирования. Оно необходимо, так как новые медицинские технологии могут принести как пользу, так и значительный вред не только отдельному человеку, но и обществу в целом. Так, например, внедрение методов искусственного оплодотворения как новых способов размножения неизбежно влечет за собой деформацию традиционных семейно-родственных отношений. Эта жесткая связь методов искусственного оплодотворения с разрушением семьи была обоснована и убедительно выявлена в романе О. Хаксли «О дивный новый мир».

В современной медицине речь идет уже не только о помощи больному, но и о возможностях управления процессами патологии, зачатия и умирания с весьма проблематичными последствиями для человеческой популяции в целом.

Основным моральным принципом биоэтики становится принцип уважения прав и достоинства человека. Под влиянием этого принципа основной вопрос медицинской этики — вопрос об отношениях врача и пациента — расширяется до вопроса об отношениях «врач — общество», «врач — человеческая популяция», «врач — человеческая культура». А обсуждение этих вопросов все чаще выносится за узкие профессиональные рамки, они становятся предметом социальных дискуссий, которые приобретают национальные масштабы.

В медицинской этике на уровне деонтологической модели (например в акушерстве и гинекологии) речь идет об «осторожности в высказываниях при пациентках», «о завоевании доверия», «о ровном, спокойном, разумном поведении врача, сочетаемом с заботливым и внимательным отношением к пациентке». А в биоэтике основным становится конфликт прав, например права плода на жизнь с правом женщины на аборт. Причем решение этого конфликта выносится на уровень принятия определенных законов, кото-

¹ См. Приложение 4.

рые в свою очередь могут подвергаться критике со стороны общественности в случае их этической некорректности. Еще одним примером может служить отношение к эвтаназии. Либеральное «право пациента на достойную смерть» вступает в противоречие с правом врача не только следовать профессиональному принципу «не навреди», но и исполнить заповедь «не убий». Неудивительно поэтому, что биоэтика в настоящее время существует в двух формах – либеральной и консервативной – в зависимости от того, что берется за основание при решении того или иного вопроса: ничем не ограниченные (произвольные) права или достоинство человека.

Конфликт прав, принципов, ценностей, а по сути человеческих жизней и судеб культуры – реальность современного плюралистического общества. Тем не менее именно в биоэтике во главу угла ставится ценность достоинства как способности и воли человека к достижению нравственного совершенствования. При этом даже при отсутствии желаемого результата само наличие такого стремления – безусловное свидетельство достоинства человека, идет ли речь о пациенте или о враче.

Несмотря на различия между ее историческими формами, биомедицинская этика уникальна, прежде всего, тем, что логически целостна. Так, очевидно, что такие ее формы, как модель Гиппократова и модель Парацельса – Войно-Ясенецкого, формировались в диаметрально противоположных мировоззренческих культурах: языческой и христианской, но даже они теснейшим образом связаны между собой. Десять обязательств «Клятвы Гиппократова» логически сопряжены с ценностями христианской этики: любовью, милосердием и состраданием (рис. 1.5).



Рис. 1.5. Исторические и логические модели биомедицинской этики

Теоретические особенности и морально-этические принципы каждой из перечисленных исторических моделей являются реальными элементами целостной системы профессионально-этического знания и составляют ценностно-нормативное содержание профессиональной современной биомедицинской этики.

Контрольные вопросы и задания

1. Из каких исторических и логических моделей (форм) профессиональной этики складывается содержание биомедицинской этики?
2. Кому дает обязательства Гиппократ в своей «Клятве»?

3. Есть ли противоречие между «Клятвой» Гиппократата и «Факультетским обещанием» российских врачей XIX в.?
4. Почему часть медицинской этики, которая рассматривает взаимоотношения врача и пациента под углом зрения социальных гарантий и профессиональных обязательств медицинского сообщества, названа «модель Гиппократата»?
5. Существует ли содержательная и логическая связь «Клятвы Гиппократата» и Клятвы врача России?
6. Является ли моральный характер отношений между врачом и пациентом элементом терапевтической стратегии врача? Почему?
7. Какой тип отношений врача к пациенту характерен для модели Парацельса – Войно-Ясенецкого?
8. Какой тип отношений врача к пациенту формирует доверие пациента к врачу по Войно-Ясенецкому?
9. Кто был первым разработчиком деонтологической модели врачебной этики в России?
10. В чем особенность этических документов деонтологической модели – в наличии узкоспециализированных рекомендаций для конкретных специальностей (хирургия, педиатрия, акушерство и т.д.) или правил общего характера?
11. В каких двух формах существует биоэтика? Какую из них предпочитаете вы?
12. Какие факторы определили возникновение биоэтики как современной формы профессиональной этики врача?
13. Какой ключевой этический принцип отличает биоэтику?
14. В чем отличие «консервативной» и «либеральной» биоэтик?

Темы рефератов

1. Предмет, задачи и теоретические основы биомедицинской этики.
2. Профессионализм и нравственная культура врача.
3. Моральные основания и мотивы выбора профессии врача.
4. Анализ понятий «нравственность», «мораль», «этика».
5. Почему я выбрал профессию врача?
6. Понимание сущности человека как критерий различия типов этических теорий.
7. Значение ветхозаветного Декалога для христианской и профессиональной медицинской этики.
8. Феномен русской этики: «Оправдание добра» Вл. Соловьева и «О призвании врача» И. А. Ильина.
9. Релятивизм – основа натуралистическо-прагматической этической традиции.
10. Ф. Ницше: аморализм как «мораль для врачей».
11. Мораль и право как формы регуляции медицинской деятельности.
12. Структура Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
13. Сравнительный анализ «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» и Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» с этической точки зрения.
14. К. Ясперс о преступной государственности как феномене XX в.
15. Права человека и права пациента.
16. Права и достоинство человека: сходство и отличия понятий.

Глава 2

ПАРАДИГМА ГИППОКРАТА И ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОГО СООБЩЕСТВА ЭТИЧЕСКИЕ ДОКУМЕНТЫ

Изучив содержание данной главы, бакалавр должен:

знать

- содержание первой исторической и логической формы биомедицинской этики — «парадигмы Гиппократата»;
- десять этических принципов врача Гиппократата;
- содержание фундаментальных для медицинского сообщества международных и отечественных этических документов;
- всеобщие принципы биомедицинской этики;

уметь

- применять основные этические принципы фундаментальных для медицинского сообщества документов в профессиональной медицинской деятельности;
- различать связь фундаментальных для медицинского сообщества этических документов и их отличия;

владеть

- навыками применения этических принципов в профессиональной медицинской деятельности;
 - навыками этического анализа в ситуации решения моральных дилемм современной медицинской науки и практики.
-

2.1. «Клятва Гиппократата»

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

ведного и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами.

Что бы при лечении — а также и без лечения — я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной»¹.

«Клятва Гиппократов» (V—IV вв. до н.э.), несмотря на свой внушительный возраст, свидетельствует о демократической форме организации общества того времени, что предполагало наличие гарантий и моральных обязательств профессиональных сообществ перед гражданами, в данном случае врачей перед нуждающимися в медицинской помощи. Медицина в этот период только выходила из различного рода жреческих форм своего существования. Как известно, в древних культурах — вавилонской, египетской, иудейской, персидской, индийской, греческой — способность врачевать свидетельствовала о божественной избранности человека и определяла его привилегированное, как правило, жреческое положение в обществе. Например, вавилонские врачи были жрецами, а основными средствами лечения у них были обряды и магия. Первый египетский целитель Имхотеп — жрец, который впоследствии был обожествлен (около 2850 г. до н.э.), и храм в его честь в Мемфисе был одновременно и госпиталем, и медицинской школой. Медицинская практика была исключительным правом магов Персии и брахманов Древней Индии. Исследователи предполагают, что отец Гиппократов был одним из жрецов Асклепия — бога врачевания у древних греков. Врачи, не относящиеся к жреческому сословию, были лишены необсуждаемых и освященных прав исцелять и завоевывали доверие мастерством и моральными обязательствами перед пациентами и коллегами. Гиппократ впервые формулирует и выписывает именно эти обязательства.

Несомненно, что текст «Клятвы Гиппократов» — документ языческой культуры. Свидетельство тому начало текста: «Клянусь Аполлоном врачом, Асклепием, Гигией и Панаксеей и всеми богами и богинями, беря их в свидетели...»

Стиль текстов античной эпохи весьма своеобразен по сравнению с общепринятыми сегодня способами выражения мысли. Как же можно сформулировать на современном языке обязательства Гиппократов? Прежде всего надо отметить, что этих обязательств, или этических принципов, десять. В современном виде их можно представить так:

- 1) принцип профессиональной солидарности (обязательства перед учителями, коллегами и учениками);
- 2) принцип заботы о пользе больного и доминанты интересов больного;
- 3) принцип непричинения вреда;
- 4) принцип справедливости;
- 5) принцип уважения к жизни и отрицательного отношения к эвтаназии;
- 6) принцип уважения к жизни и отрицательного отношения к абортам;
- 7) обязательство об отказе от интимных связей с пациентами;

¹ *Гиппократ*. Избранные книги. М., 1936. С. 87–88.

- 8) обязательство личного совершенствования;
- 9) обязательства оказывать больному компетентную помощь (принцип соблюдения профессиональной компетентности);
- 10) обязательство сохранять врачебную тайну (принцип конфиденциальности).

Гиппократ обязуется *считать научившего меня врачебному искусству наравне с родителями, делиться с ним недостатками и в случае надобности помогать ему в его нуждах; его потомство считать своими братьями, и это искусство, если они захотят его изучать, преподавать им безвозмездно и без всякого договора; наставления, устные уроки и все остальное в учении сообщать своим сыновьям, сыновьям своего учителя и ученикам, связанным обязательством и клятвой по закону медицинскому, по никакому другому.* Данное обязательство соответствует современному **принципу профессиональной солидарности (обязательства перед учителями, коллегами и учениками).**

Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости. Данный фрагмент содержит три принципиальных моральных принципа. Остановимся последовательно на каждом.

...Я направлю режим больных..., воздерживаясь от причинения всякого вреда...

Ни в других известных текстах Гиппократа, ни в книгах «О законе», «О врачах» и др., нигде более мы не найдем выражения, ставшего самым известным моральным принципом врачебной этики. Именно в этом фрагменте «Клятвы» содержится ставшая известной всему миру моральная максима **«не навреди».**

Со времен Гиппократа **принцип непричинения вреда** превращается в основополагающее обязательство профессиональной этики врача. Именно этот принцип определяет содержание понятий «гуманность» и «врачебный долг», именно он фиксирует главную задачу врача: «посвятить свои знания и умения предупреждению и лечению заболеваний, сохранению и укреплению здоровья человека». Принцип «не навреди» фокусирует гражданское кредо врачебного сословия. Он содержит исходную моральную профессиональную гарантию, которая рассматривается как условие и основание признания врачебного сословия не только обществом в целом, но и каждым человеком, который доверяет врачу ни много ни мало — свою жизнь.

Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением... Данная формулировка равнозначна современному **принципу доминанты интересов больного и заботы о пользе больного.**

Каждое предложение гиппократовской «Клятвы» самодостаточно и уникально по содержанию. Но через шесть предложений после заверения «*Я направлю режим больных к их выгоде*» следует: «*...В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, неправедного и пагубного...*» Это практически повтор одной и той же позиции. И этот повтор не случаен, он — метод привлечения внимания, средство удержать и *подчеркнуть главное.*

По сути именно в этих двух практически равных по содержанию предложениях суть профессиональной этики врача, ее принципиальное отличие от других возможных форм профессиональных этик. Рассмотрим это отличие на примере своеобразия этики торговца, будь то торговец товаром или деньгами (банкир). Торговец или банкир вступает с вами в отношения и помогает вам удовлетворить вашу потребность в товаре или в деньгах. Но он никогда не направит свое действие к вашей выгоде, но только к своей, которая всегда реализуется в том проценте прибыли, которую он заработает на вас и которая составляет содержание его, а не вашей выгоды. Представитель торгово-денежных работников в принципе не может подчинить свой интерес вашему, ибо иначе он не профессионал. Врач же не может не подчинить свой интерес вашему, ибо иначе он не врач. Ради вашего интереса, т.е. выгоды больного, он будет смирять своей интерес: не спать ночами, жертвовать личным временем, даже здоровьем, достатком и т.п. Готовность и умение так поступать — основная составляющая профессионализма врача. Без этого нет врача-профессионала.

Для сохранения логики нашего анализа мы объединяем два предложения и констатируем их прямую связь с принципом доминанты интересов больного и заботы о пользе больного.

...Я направляю режим больных..., воздерживаясь от причинения несправедливости...

В этом суждении вводится **принцип справедливости** через обязательство непричинения несправедливости. Безусловно, античной культуре была известна проблема справедливости. Но великие моралисты Древней Греции рассуждали о справедливости как проблеме взаимоотношения между свободными гражданами, не распространяя рассмотрения этой проблемы на рабов. Гиппократ объединяет свободных людей и рабов в категорию: больные. Справедливость действий врача и заключается в объединении и равенстве больных и страдающих, нуждающихся во врачебной помощи. Именно помощи и выгоде этой категории людей Гиппократ обещает подчинить свои силы и интересы.

...Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла...

Это выражение — старейшая формулировка проблемы эвтаназии, которая многие века сохраняет значение и обладает по сути сквозной временной актуальностью. Этот исторический факт говорит о многом. Значит, именно **принцип уважения к жизни и отрицательного отношения к эвтаназии** содержит нечто очень важное для каждого человека. Например, для христиан именно здесь пролегает водораздел между спасением или гибелью человека в вечности.

В рассматриваемом суждении Гиппократ по сути формулирует и предлагает моральное решение врачом проблемы эвтаназии. Нельзя при этом не отметить, что его решение было воистину революционным для античной культуры. Ведь для древних эллинов самоубийство — законное выражение и проявление воли человека. Самоубийство в античности — еще не форма экстремального и аномального поведения или свидетельство психической патологии личности. Еще не смертельный грех, а норма поведения. Так уxo-

дили из жизни за дружеским ужином многие патриции. Самоубийство в те времена даже свидетельствовало о достоинстве человека, как было в случае, когда вслед за отказом поклониться императору придворный историограф Александра Македонского покончил собой. Но несмотря и вопреки существующим нормам Гиппократ не допускает применения и использования врачом своих знаний для совершения самоубийства. Это буквально вызов языческой культуре и прямое обозначение исключительного призвания врача — спасать и сохранять человеческую жизнь.

...Точно так же я не вручу никакой женщине abortивного пессария.

Памятники античной культуры свидетельствуют, что самым обычным делом в древних обществах были не только abortивные методики, но и выбрасывание рожденных детей в мусорные ямы, если они были не нужны родителям. Так же как и самоубийство, это были естественные поступки людей. Разве кто-либо в трагедии Софокла «Царь Эдип» осуждает родителей Эдипа за их решение избавиться от младенца? Слуга оставляет Эдипа живым, жалея младенца, но не подвергает сомнению решение Лая и Иокасты. Весьма распространен был и прием abortивного пессария (настоя сбора трав) женщиной, не желающей обременять себя беременностью. Позиция Гиппократа бросает еще один революционный вызов языческой культуре и прямо обозначает исключительное призвание врача — спасать и сохранять человеческую жизнь, а не уничтожать ее, особенно в самом ее начале. Гиппократ не оговаривает какие-то условия и обстоятельства, показания и интересы, при которых можно было бы это действие допустить. Это свидетельство подлинно метафизического, сакрального понимания сущности жизни. Гиппократ как бы оберегает собратьев по ремеслу от совершения несправедливого действия. Здесь нельзя не вспомнить слова Соломона о шести вещах, «что ненавидит Господь», одна из которых «руки, проливающие кровь невинную» (Притч. 6:16–17). Именно эта позиция подчеркивает, что одно из предназначений врачебной этики — защита врача от возможных неправильных решений и действий.

Но если быть точными, то у Гиппократа идет речь не о непосредственном уничтожении младенцев руками врача. По-видимому, он даже не допускает подобной мысли, не говоря уже о действии. Гиппократ говорит о, казалось бы, нейтральном поступке — вручении женщине abortивного пессария, что аналогично назначению врачом контрацептивов. Позиция Гиппократа находится в противоречии с современной медицинской практикой. Тем не менее **принцип уважения к жизни и отрицательного отношения к абортам** соответствует моральному отношению к абортам и контрацепции многих врачей во всем мире.

...Чисто и непорочно буду проводить я свою жизнь и свое искусство...

Нельзя не признать, что именно это утверждение максимально этично по сути. Ибо нравственное самосовершенствование человека — основная задача этического знания. Смысл существования человека в преодолении своего несовершенства. Нравственное несовершенство проявляется, прежде всего, в отношении к людям. Совершенство же заключается в доброжелательности и любви к людям вплоть до самопожертвования.

Поставить перед собой цель и взять обязательство «чисто и непорочно проводить свою жизнь» означает признать важность нравственного совершенства человека.

Как свидетельствуют опросы студенческой молодежи, эта позиция встречает, как правило, несогласие с Гиппократом со стороны студентов-медиков. У них часто доминирует желание жить так же, как живут все, не брать на себя лишних обязательств. Они не желают, чтобы общество предъявляло к ним повышенные нравственные требования. Такая позиция — серьезная врачебная ошибка. Почему? Потому, что общество и отдельный человек должны доверять врачу, ибо вверяют ему самое важное: свою жизнь и здоровье, жизнь и здоровье своих детей, близких и родных людей. Чтобы человек обратился к врачу, необходимо доверие, которое, с одной стороны, надо обеспечить, а с другой — получить. Ведь уважение не врожденное чувство, оно заслуживается, приобретается в общении. Как этого достичь? Человеческая культура знает только один путь завоевания уважения к врачу и социального доверия к врачебному сообществу. Это путь «чистой и непорочной жизни». Поэтому стремление к нравственному совершенству — основное условие достижения уважения и, следовательно, доверия к врачу. **Обязательство личного совершенства** — важнейший элемент профессионализма врача, не менее значимый, чем стремление приобретать медицинские знания. Если врач — носитель сугубо специальной медицинской информации, он полуврач. Врач, обладающий высокой нравственной культурой и медицинскими знаниями, — настоящий профессионал.

...Я ни в коем случае не буду делать сечения у страдающих каменной болезнью, предоставив это людям, занимающимся этим делом...

В данном высказывании речь идет о специализации в медицине, непосредственно связанной с уровнем профессионализма врача и пониманием ответственности за выполняемые действия. Это предостережение от переоценки своих возможностей. В современном контексте это обязательство врача направить пациента к коллеге, который специализируется на изучении и лечении именно той патологии, которая характерна для пациента. В ситуации платности медицинских услуг выполнение этого принципа — защита от искушения подчиниться финансовым, а не профессиональным мотивам.

Такая позиция имеет значение не только для врача, но и для всего общества в связи с распространенностью шарлатанства. Феномен шарлатанства живуч во все времена. Целители, шаманы, колдуны, экстрасенсы и прочие «врачеватели» не владеют медицинским искусством и не имеют медицинского образования, но, тем не менее, берутся за все и обещают излечить все болезни. Очевидно, что «облегчение», которое приносят некоторые представители этой касты, необратимо чревато тяжелыми осложнениями.

...В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, несправедного и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами...

Можно допустить, что этот тезис связан с особенностями античной культуры, которая, как известно, не отличалась целомудрием. Но реалии XX в.

заставляют усомниться в том, что Гиппократ выделяет эту нравственную норму и предлагает данное обязательство только из-за сексуальной вседозволенности античности. Комитет по этическим и правовым вопросам при Американской медицинской ассоциации разрабатывает специальные правила относительно интимных связей между врачом и пациентом (см. параграф 1.4).

Возможность интимных связей между врачом и пациентом возникает не по причине распушенности нравов, но, как это ни странно, из-за заботливого и милосердного отношения врача к пациенту. Другими словами, подобные отношения – это обратная сторона профессиональной любви и заботы врача о своем пациенте. Редкий человек способен не ответить благодарностью за помощь, внимание и заботу о себе. Но реальное чувство благодарности у некоторых пациентов превращается в эмоциональную привязанность и влюбленность во врача. Врач обязан знать о различных видах человеческих отношений и понимать, в чем состоит и из чего складывается это различие. Профессионал, который не понимает этой диалектики превращений человеческих чувств, обречен на совершение неправильных поступков. Защитой от возможных ошибок может быть только нравственная культура врача, которая, в свою очередь, является следствием обучения, образования, овладения этическим знанием, которое оценивается Гиппократом как «медицинский закон».

Что бы при лечении — а также и без лечения — я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной...

Обязательство сохранять врачебную тайну — один из важных принципов врачебной этики. Если мы проанализируем все известные европейской культуре этические документы медицинских сообществ, то верность принципу конфиденциальности (это современное название обязательства сохранять врачебную тайну) прослеживается на протяжении всех эпох. За одним исключением. Это исключение — ранний период советской власти. «Мы держим курс на полное уничтожение врачебной тайны. Врачебной тайны не должно быть», — утверждал руководитель Наркомздрава Н. А. Семашко¹. Отсутствие понятия «врачебная тайна» в первом советском издании Медицинской энциклопедии — свидетельство отрицания традиционной медицинской нравственной нормы. «Листок нетрудоспособности» с указанием диагноза заболевания гражданина также рассматривался как элемент общественной целесообразности, контроля за человеком со стороны общества и власти. При этом основным аргументом в защиту данной позиции был принцип: «болезнь не позор, а несчастье». Данная формулировка заключала в себе подмену причинно-следственной связи между болезнью и ее причиной. Вряд кто-либо будет отрицать, что болезнь для человека — несчастье, но, как правило, она связана с образом жизни, с неправильными действиями человека, осознанными или неосознанными ошибками, однократными или систематическими и т.д. Каждое недомогание или болезнь помимо физиологических проявлений имеет

¹ Вересаев В. В. Записки врача // Собр. соч. в 4 т. М., 1985. Т. 1. С. 218.

мета-физиологическое значение для судьбы человека. Врач должен владеть полнотой информации для того, чтобы верно поставить диагноз, назначить правильное лечение. Сохранение врачебной тайны — важнейшая норма отношения между врачом и пациентом, так как больной будет говорить врачу о себе полную правду, необходимую для лечения болезни, только при полной уверенности в сохранении его тайны.

Понятие «врачебная тайна» обладает глубоким моральным смыслом. Принцип сохранения врачебной тайны можно рассматривать как необходимое условие формирования доверия пациента к врачу и не совершения врачом ошибок при постановке диагноза и выборе лечения. Нельзя при этом не отметить, что законодательства современных цивилизованных стран допускают возможность для врача при определенных условиях нарушить врачебную тайну.

Вот как, например, законодательно регулируется соблюдение врачебной тайны в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Статья 13. Соблюдение врачебной тайны

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.

Детальный анализ содержания принципов «Клятвы Гиппократата», безусловно, поможет нам ответить на вопрос о причинах более чем 25-векового влияния и авторитета данного документа, его буквально общечеловеческого признания тысячами поколениями врачей и пациентов. Первая причина сохранения присяги врача Гиппократата, в частности в европейской культуре средневекового периода, заключается в удивительном соответствии принципов «Клятвы» христианским представлениям о человеческих взаимоотношениях. В значительной степени именно этим можно объяснить не только профессиональное признание значения «Клятвы Гиппократата» врачами-христианами, но и ее общечеловеческое признание. Вторая причина связана с тем, что принципы поведения врача, определенные Гиппократом, наполнены содержанием, обусловленным целями и задачами врачевания, независимо от места и времени их реализации.

В силу этого они соблюдаются и сегодня, несколько изменяясь и приобретая в том или ином этическом документе, будь то декларация, присяга и т.п. свой стиль, особую форму выражения.

Примером документа, выстроенного по логике Гиппократата, служит «Клятва врача», изложенная в ст. 71 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Статья 71. Клятва врача

1. Лица, завершившие освоение основной образовательной программы высшего медицинского образования, при получении документа о высшем профессиональном образовании дают клятву врача следующего содержания:

«Получая высокое звание врача и приступая к профессиональной деятельности, я торжественно клянусь:

честно исполнять свой врачебный долг, посвятить свои знания и умения предупреждению и лечению заболеваний, сохранению и укреплению здоровья человека;

быть всегда готовым оказать медицинскую помощь, хранить врачебную тайну, внимательно и заботливо относиться к пациенту, действовать исключительно в его интересах независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств;

проявлять высочайшее уважение к жизни человека, никогда не прибегать к осуществлению эвтаназии;

хранить благодарность и уважение к своим учителям, быть требовательным и справедливым к своим ученикам, способствовать их профессиональному росту;

доброжелательно относиться к коллегам, обращаться к ним за помощью и советом, если этого требуют интересы пациента, и самому никогда не отказывать коллегам в помощи и совете;

постоянно совершенствовать свое профессиональное мастерство, беречь и развивать благородные традиции медицины».

Этот документ содержит семь принципов «Клятвы Гиппократ»:

- 1) принцип непричинения вреда;
 - 2) обязательство о сохранении врачебной тайны;
 - 3) принцип заботы о пользе больного и доминанты интересов больного;
 - 4) обязательства проявления справедливости;
 - 5) принцип уважения к жизни и отрицательного отношения к эвтаназии;
 - 6) принцип профессиональной солидарности (обязательства перед учителями, коллегами и учениками);
 - 7) обязательство профессионального личного совершенствования.
-

К важнейшим документам относится Женевская декларация Всемирной медицинской ассоциации, принятая в 1948 г. и дополненная 22-й Всемирной Медицинской Ассамблеей (Сидней, 1968 г.). 35-й Всемирной Медицинской Ассамблеей (Венеция, 1983 г.), 46-й Всемирной Медицинской Ассамблеей (Стокгольм, 1994 г.):

«Вступая в члены медицинского сообщества:

— я торжественно обязуюсь посвятить свою жизнь служению идеалам гуманности;

— я буду отдавать моим учителям дань уважения и благодарности, которую они заслуживают;

— я буду исполнять мой профессиональный долг по совести и с достоинством;

— здоровье моего пациента будет моим первейшим вознаграждением;

— я буду уважать доверенные мне секреты даже после смерти моего пациента;

— я буду поддерживать всеми моими силами честь и благородные традиции медицинского сообщества;

— мои коллеги станут моими братьями и сестрами;

— я не позволю соображениям пола или возраста, болезни и недееспособности, вероисповедания, этнической или национальной клановости, партийно-политической идеологии, расовой принадлежности, сексуальной ориентации или социального положения встать между выполнением моего долга и моим пациентом;

— я буду проявлять высочайшее уважение к человеческой жизни с момента ее зачатия и никогда, даже под угрозой, не использую свои медицинские знания в ущерб нормам гуманности;

— я принимаю на себя эти обязательства торжественно, свободно и честно».¹

Вряд ли можно обнаружить и в этом документе международного медицинского сообщества принципы, противоречащие принципам «Клятвы Гип-

¹ Bulletin of Medical Ethics. 1994, № 101. P. 3.

пократа». Она оказала и оказывает до сих пор огромное нравственно-просветительское влияние не только на самосознание врачей, но и на мораль общества. Гиппократ, его ученики и последователи сформировали традицию понимания нравственного самосознания врача как основы врачебной профессии. Гиппократово обязательство остается выражением нравственной сущности врачевания и поэтому сохраняет значение для последующих поколений врачей.

Контрольные вопросы и задания

1. В какую историческую эпоху была создана «Клятва Гиппократа»?
2. Кому дает обязательства Гиппократ в своей «Клятве»?
3. Сколько моральных принципов содержит «Клятва Гиппократа»? Перечислите их.
4. Какие позиции объединяют «Клятву Гиппократа» и «Клятву врача России»?
5. Какое профессиональное обязательство присутствует в «Клятве Гиппократа» в отличие от «Клятвы врача России»?
6. Какой из принципов «Клятвы Гиппократа» регулирует не отношение врача к больному, а образ жизни самого врача?
7. В чем заключается моральная сущность принципа «не навреди»? Почему он трудно выполним?
8. Сопоставьте содержание «Клятвы Гиппократа» с христианскими заповедями (библейский Декалог).
9. Что такое профессиональная компетентность и специализация врача?
10. Над чьими интересами устанавливается приоритет интересов пациента в этическом принципе доминанты интересов пациента?
11. Перечислите принципы «Клятвы врача России».
12. Что лежит в основе принципа справедливости в профессиональной этике врача?

2.2. «Нюрнбергский кодекс»

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

1. Абсолютно необходимым условием проведения эксперимента на человеке является добровольное согласие последнего.

Это означает, что лицо, вовлекаемое в эксперимент в качестве испытуемого, должно иметь законное право давать такое согласие; иметь возможность осуществлять свободный выбор и не испытывать на себе влияние каких-либо элементов насилия, обмана, мошенничества, хитрости или других скрытых форм давления или принуждения; обладать знаниями, достаточными для того, чтобы понять суть эксперимента и принять осознанное решение. Последнее требует, чтобы до принятия утвердительного решения о возможности своего участия в том или ином эксперименте испытуемый был информирован

о характере, продолжительности и цели данного эксперимента; о методах и способах его проведения; обо всех предполагаемых неудобствах и опасностях, связанных с проведением эксперимента, и, наконец, возможных последствиях для физического или психического здоровья испытуемого, могущих возникнуть в результате его участия в эксперименте.

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

2. Эксперимент должен приносить обществу положительные результаты, недостижимые другими методами или способами исследования; он не должен носить случайный, необязательный по своей сути характер.

3. Эксперимент должен основываться на данных, полученных в лабораторных исследованиях на животных, знании истории развития данного заболевания или других изучаемых проблем. Его проведение должно быть так организовано, чтобы ожидаемые результаты оправдывали сам факт его проведения.

4. При проведении эксперимента необходимо избегать всех излишних физических и психических страданий и повреждений.

5. Ни один эксперимент не должен проводиться в случае, если *a priori* есть основания предполагать возможность смерти или инвалидизирующего ранения испытуемого; исключением, возможно, могут являться случаи, когда врачи-исследователи выступают в качестве испытуемых при проведении своих экспериментов.

6. Степень риска, связанного с проведением эксперимента, никогда не должна превышать гуманитарной важности проблемы, на решение которой направлен данный эксперимент.

7. Эксперименту должна предшествовать соответствующая подготовка, и его проведение должно быть обеспечено оборудованием, необходимым для защиты испытуемого от малейшей возможности ранения, инвалидности или смерти.

8. Эксперимент должен проводиться только лицами, имеющими научную квалификацию. На всех стадиях эксперимента от тех, кто проводит его или занят в нем, требуется максимум внимания и профессионализма.

9. В ходе проведения эксперимента испытуемый должен иметь возможность остановить его, если, по его мнению, его физическое или психическое состояние делает невозможным продолжение эксперимента.

10. В ходе эксперимента исследователь, отвечающий за его проведение, должен быть готов прекратить его на любой стадии, если профессиональные соображения, добросовестность и осторожность в суждениях, требуемые от него, дают основания полагать, что продолжение эксперимента может привести к ранению, инвалидности или смерти испытуемого».

На протяжении веков человек, познавая мир, развивал чувство ответственности, совести и любви, совершенствовал способность различать добро и зло. К началу XX в., опираясь на медико-биологическое знание и такие ценности, как святость жизни и милосердие, врачебное сообщество получило эффективные средства борьбы с угрожающими человечеству эпидемиями и инфекционными заболеваниями. Достижения медицинской науки помогали снижать детскую смертность, исцелять болезни и исторгали из когтей смерти ее преждевременные жертвы. То, что было недостижимым, становилось доступным для понимания и действия. Медицина последовательно идет этим сложным путем и решает множество задач.

Но нельзя закрывать глаза и на известные падения на этом пути, которые, как правило, связаны с потерей моральных ориентиров. К одному из таких падений относится экспериментальная нацистская медицина.

Детальный анализ этого явления был дан на известном Нюрнбергском процессе (1946–1947 гг.), который вскрыл факты чудовищных по своей жестокости и размаху медицинских экспериментов на людях, когда огромное число узников концентрационных лагерей, в основном негерманского происхождения, использовались для научно-исследовательских целей и медицинских опытов. Именно эти «исследования» и «опыты» вошли неотъемлемой частью в понятие «преступление против человечности».

Нюрнбергский процесс — это международный судебный процесс, организованный по договоренности с союзниками и по приказу американской администрации в Германии. Он проходил с 9 декабря 1946 г. по 20 августа 1947 г. в Нюрнберге. Международный суд над нацистскими врачами вынес приговор, включавший раздел «Допустимые медицинские эксперименты», который получил название «Нюрнбергский кодекс». Этот документ впервые в истории человечества зафиксировал моральный принцип преобладания (доминанты) интересов и прав человека над интересами науки и общества.

«Нюрнбергский кодекс» — первый в истории международный свод правил о проведении экспериментов на людях, который возник в результате осознания вопиющего несоответствия медицинских экспериментов на людях этическим принципам медицинской профессии и человеческой морали. «Нюрнбергский кодекс» в настоящее время справедливо рассматривается многими как своеобразный символ нравственной чистоты медицины в цивилизованном мире.

К международному суду было привлечено 23 врача (другим удалось скрыться, а три профессора покончили жизнь самоубийством до начала процесса). В ходе слушаний было доказано их добровольное участие в преступных опытах на людях. Семь человек были приговорены к смертной казни, пять — к пожизненному заключению, остальные — к различным срокам тюремного заключения.

Какие же конкретно медицинские «исследования» проводились нацистскими врачами над заключенными концентрационных лагерей Бухенвальд, Освенцим, Равенсбрюк, Дахау?

В ходе судебного разбирательства было собрано множество документов, в том числе протоколы о проведении медицинских экспериментов над людьми с целью исследования влияния на человеческий организм низких температур и пониженного атмосферного давления; употребления соленой воды вместо пресной, различных ядов и разработки антидотов (противоядия) для отравляющих химических веществ, сопровождавшихся смертью испытуемых. Проводились многочисленные испытания действия химических препаратов по заказам немецких фармацевтических фирм. Миллионы людей специально заражали малярией, инфекционной желтухой, сыпным тифом, и «при минимальных затратах времени и усилий» исследовались методы лечения и достижения иммунитета к интересующим экспериментаторов болезням. Всему миру стали известны эксперименты по реге-

нерации костей, мышц, нервной ткани, по пересадке костей и т.п. К гинекологическим «исследованиям» относились массовые ампутации маток, испытания различных веществ для рентгенографии матки и труб, разработка методов стерилизации женщин.

Что было основанием организации таких исследований и участия нацистских врачей в них? Почему врачи шли на эксперименты, которые носили калечащий характер и приводили к массовой гибели подопытных людей?

Согласно документам судебного процесса медики, оправдывая свое участие в преступных исследованиях, приводили три группы аргументов: научную ценность проводимых исследований, значение полученных данных для лечебной практики, роль простых исполнителей.

Данные аргументы свидетельствуют, что ученый, в том числе и врач, всегда находится в неких границах понимания смысла своей деятельности. Научная деятельность не может быть только объективной, «чистой», она всегда в той или иной форме субъективна, функциональна, т.е. зависима, в том числе и от человеческих взаимоотношений, моральных ценностей или от их отрицания, а значит, неразрывно связана с решением моральных проблем.

Смыслы исследовательской деятельности нацистских врачей напрямую были связаны с легитимными в фашистской Германии антигуманными мировоззренческими идеями, связанными с теориями расовой гигиены, с философией морального нигилизма Ф. Ницше и т.п. Роковую роль сыграло распространение и влияние натуралистического прагматизма, упор в государственной политике на «общественной пользе» и «интересах нации», нежели на задачах совершенствования лечения каждого конкретного человека.

Застраховано ли общество от повторения явлений «преступной медицины» в условиях нелегитимности нацизма? Американские психологи Стенли Милгрэм, Филипп Зимбардо в результате исследований пришли к выводу о неких устойчивых свойствах психики человека, которые обнаруживают себя в определенных условиях. Это свойства «подчинения авторитету» и «эффект Люцифера», который заключается в возможности насилия одной группы психически нормальных людей над другой группой общества, что часто проявляется, например, в ситуациях гражданского противостояния. Гражданское противостояние типично для человеческой истории и может принимать различные формы. К одной из них, например, относятся и факты проявления цинизма в отношении врачей к пациентам. В начале XX в. их детально описывает в своей книге «Записки врача» врач-ординатор Боткинской больницы в Петербурге Викентий Смидович (литературный псевдоним В. Вересаев), описывая медицинские эксперименты, когда врачи забывают «о различии между людьми и морскими свинками»¹.

«Прочтите “Записки врача” и вас невольно охватит холодный ужас, — писали в одной из российских газет начала века. — Совершенно спокойно доктор, пользуясь своим положением, прививает больным различные

¹ Вересаев В. Записки врача. СПб., 1902. С. 150.

болезни и с любовью следит за их развитием. Казалось, убедившись, что прививка удалась, он должен был бы торопиться уничтожить содеянное им зло, но этого нет. Он дает болезни развиваться, и до такой степени, что она уже угрожает опасностью самой жизни, но зато ею могли полюбоваться его коллеги, которым он давал возможность изучать столь интересный и редкий пример болезни. Хорошо это или нет? Зачастую опыты делаются без всякого смысла и основания, так, чтобы сделать опыт... Другой вопрос — довольна ли его жертва, которой он причинил страдание?.. Но это ему решительно все равно. А что же больные? — спросите вы. — Они обыкновенно умирают. — Как, и ничего? — Ничего. Они умирают во славу науки, потому что сам Бильрот¹ еще говорил, что медицина добивается успехов через гору трупов»².

Значимым для «революционной науки» был и экспериментальный проект по искусственной случке людей с обезьянами. В отчете 1928 г., представленном в Совнарком СССР председателю комиссии по содействию работам Академии наук СССР, говорилось: «Серьезным тормозом для постановки этой экспериментальной работы являлись также предрасудки религиозного и морального характера. В дореволюционной России было совершенно невозможно не только что-либо сделать, но и писать в этом направлении». В основе решения Совнаркома СССР о поддержке чудовищных практических опытов по получению «новогибридного человека» путем скрещивания людей с антропоморфными обезьянами действительно отсутствовали представления религиозного и морального характера: доминировали интересы «объективной» науки и революционного общества³.

Эти факты говорят о том, что принцип «во славу науки и вопреки милосердию» может объединять некоторых представителей разных поколений и сообществ, что существует возможность нравственного несовершенства людей, чья деятельность приводит к явлению нравственной неполноты науки, которое Ф. М. Достоевский назвал феноменом «полунауки»⁴. К сожалению, полунаука не чужда и современной культуре. Современный методолог науки П. Фейерабенд называет явление нравственной неполноты науки «рациофашизмом».

Периодически общественность той или страны узнает, что под предлогами научной рациональности и практической целесообразности проводится то экспериментальное вживление раковых клеток в здоровый организм человека, то клинические испытания новых лекарственных препаратов больных без их согласия, то оправдывается отказ от лечения больного и т.п. К сожалению, к перечню подобных случаев добавляются вопросы о социокультурных последствиях применения новейших биомедицинских технологий. Например, насколько социально безопасно рас-

¹ Теодор Бильрот (1829—1894) — выдающийся хирург XIX в.

² Не пора ли? // Русское слово. № 39, 9 февраля 1901 г.

³ О советских экспериментах по скрещиванию человека с обезьяной // Вечерняя Москва. № 34. 25 августа 1994 г.

⁴ Достоевский Ф. М. Бесы. Собр. соч. в 15 т. Л.: Наука, 1990. Т. 7. С. 239.

пространение генетического тестирования или вмешательство в геном человека? Насколько этически допустима заготовка запасных зигот и их последующее уничтожение как условие искусственного оплодотворения, или использование пренатальной диагностики как основания для искусственного прерывания жизни, или превращение человеческих зародышей в фармацевтическое сырье для фетальной терапии и современных «восстановительных» технологий? Эти вопросы выходят далеко за узкие рамки внутринаучной области и требуют согласия уже не только отдельного пациента, но и социального согласия, одобрения общества в целом.

Современная биомедицина остается зоной реального риска появления «полу-ученых» и развития «полунауки», отрицающей, вольно или невольно, сознательно или по незнанию нравственные императивы человеческих отношений. Можно ли создать адекватную систему защиты от явлений подобного ряда? В качестве системы защиты современное цивилизованное общество предлагает международное этическое и правовое регулирование биомедицинских исследований и биомедицинской практики.

«Нюрнбергский кодекс» стал первым документом, в котором проблема этической и социальной ответственности ученых поставлена на уровень социально-значимых общецивилизационных проблем, а также впервые сформулированы десять этических принципов исследовательской медицинской деятельности.

В 1997 г. международное европейское сообщество вновь обращается к этой проблеме: «Отдавая себе отчет во все нарастающем прогрессе в области биологии и медицины;

будучи убеждены в необходимости уважения человека как индивида и как представителя биологического вида, а также признавая важность вопроса об обеспечении уважения его достоинства;

отдавая себе отчет в том, что неправильное использование достижений биологии и медицины может повлечь за собой угрозу достоинству человека;

подтверждая убежденность в том, что прогресс в области биологии и медицины должен быть использован на благо нынешнего и будущего поколений людей;

подчеркивая необходимость международного сотрудничества во имя того, чтобы все люди на Земле могли пользоваться благами, предоставляемыми достижениями в биологии и медицине;

признавая важность расширения широкого общественного обсуждения проблем, связанных с использованием достижений биологии и медицины, а также важность результатов такого обсуждения;

стремясь напомнить всем членам общества об имеющихся у них правах и обязанностях;

будучи преисполнены решимости предпринять меры, необходимые для защиты достоинства, а также основных прав и свобод человека в области использования достижений биологии и медицины», более 20 государств, являющихся членами Совета Европы, подписали «Конвенцию о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине» (1997 г.).

Контрольные вопросы и задания

1. Каков статус Нюрнбергского процесса? Это был национально-государственный или международный судебный процесс?
2. Что входит в содержание понятия «преступление против человечества»?
3. Как назывался раздел приговора международного судебного процесса, который получил название «Нюрнбергский кодекс»?
4. Какой документ международного права впервые в истории человечества зафиксировал моральный принцип преобладания (доминанты) интересов и прав человека над интересами науки и общества?
5. Что привело к появлению «Нюрнбергского кодекса» – первого в истории международного свода правил о проведении экспериментов на людях?
6. Сколько врачей было привлечено к международному суду и каковы были приговоры?
7. Какие медицинские «исследования» проводились нацистскими врачами над заключенными концентрационных лагерей Бухенвальд, Освенцим, Равенсбрюк, Дахау?
8. Какими идеями руководствовались нацистские врачи при организации и проведении медицинских экспериментов на людях?
9. Какие «ценности» мотивировали врачей на исследования, которые носили калечащий характер и приводили к массовой гибели подопытных людей?
10. Дайте характеристику основного закона нравственности о соотношении целей человеческой деятельности и средств их достижения.
11. Назовите три группы аргументов, опираясь на которые, медики оправдывали свое участие в преступных исследованиях, согласно документам судебного процесса.
12. Является ли научная ценность медицинских исследований на людях моральной ценностью?
13. При каких условиях ученый, в том числе и врач, не может быть простым исполнителем получения данных для лечебной практики?
14. Как связаны цели исследовательской деятельности нацистских врачей и философия морального нигилизма Ф. Ницше?
15. Раскройте связь натуралистического прагматизма с нацистской политикой доминанты общественной пользы и интересов нации.
16. Застраховано ли общество от повторения явлений «преступной медицины» в условиях нелегитимности нацизма?
17. Какова связь феномена «полунауки» с явлением «рациофашизма»?
18. Перечислите десять этических принципов исследовательской медицинской деятельности.

2.3. Конвенция о правах человека и биомедицине и Основы социальной концепции РПЦ¹

Тесная связь врачевания с моральной культурой человека и общества с особой остротой ставит сегодня вопрос о новых методах медицинского воздействия, которые принципиально отличаются от тех, которые применялись вплоть до середины XX в.

Со второй половины XX в. изменения в медицинской теории и практике принимают принципиальный характер. Новые возможности связаны

¹ Тексты «Конвенции о правах человека и биомедицине» (СЕ, 1997 г.) и «Основ социальной концепции РПЦ» даны в Приложении.

не только с лечением, но и с управлением человеческой жизнью. Современная медицина получает реальную возможность давать жизнь (искусственное оплодотворение), определять и изменять ее качественные параметры (генная инженерия, транссексуальная хирургия), отодвигать время смерти (реанимация, трансплантация, геронтология).

Согласуется ли новая медицинская практика с традиционными ценностями европейской культуры? Являются ли проблемой современной социальной политики в конце XX в. медицина и все, что происходит с болеющим и страждущим современным человеком? Появление «Конвенции о защите прав человека и достоинства человеческого существа в связи с использованием достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине» (далее — Конвенция) связано с необходимостью ответить на нетрадиционные для общества вопросы, вызванные развитием биомедицинских технологий.

Данный документ представляет позицию светского общества на этические проблемы. Возникает вопрос, может ли в связи с этим возникнуть ситуация ножниц, т.е. расхождения принципов Конвенции с практической жизнью людей, которая во многом определяется традиционными, в том числе и религиозными представлениями? Для ответа на этот вопрос целесообразно сравнить два документа: во-первых, Конвенцию и, во-вторых, «Основы социальной концепции Русской Православной Церкви», принятые в 2000 г. (далее — ОСК РПЦ), имеющий принципиальное значение именно для России, культура которой традиционно связана с православием.

В ОСК РПЦ в разд. XII «Проблемы биоэтики» выражается глубокая озабоченность возможностью отрицательных духовно-нравственных и социальных последствий применения биомедицинских технологий для жизни современного человека. Биоэтика в связи с этим рассматривается как система знания о границах допустимого манипулирования жизнью и смертью человека. Выверка этих границ светом христианской нравственности значима для государства, где большинство населения относит себя к православной культуре. Применение новых биомедицинских технологий в России с каждым годом расширяется и вопрос об этическом самосознании врачей и ученых-исследователей и моральной ответственности пациентов за согласие на принятие той или иной методики лечения приобретает в настоящее время особую остроту. Нравственные убеждения людей важны для регулирования применения новых биомедицинских технологий и защиты общества от их разрушительных последствий.

Согласуется ли главный международный документ, регулирующий практику современной биомедицины «Конвенция о защите прав человека и достоинства человеческого существа в связи с использованием достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине», и ОСК РПЦ? Для получения конкретного ответа на поставленный вопрос сравним два документа.

В ст. 1 Конвенции говорится: *«В области использования достижений современной биологии и медицины Стороны обязуются защищать достоинство и индивидуальную целостность каждого человека, гарантировать*

всем без исключения уважение личности, основных прав и свобод». Вряд ли можно утверждать, что данная позиция находится в противоречии с основными принципами отношения к человеку, изложенными в п. 1 разд. XII ОСК РПЦ: «*Формулируя свое отношение к широко обсуждаемым в современном мире проблемам биоэтики, в первую очередь к тем из них, которые связаны с непосредственным воздействием на человека, Церковь исходит из основанных на Божественном Откровении представлений о жизни как бесценном даре Божиим, о неотъемлемой свободе и богоподобном достоинстве человеческой личности...*»¹.

Статья 2 Конвенции утверждает, что «*интересы и благо человеческого существа должны иметь преимущество перед интересами общества и науки*». А ОСК РПЦ устанавливает: «*Взаимоотношения врача и пациента должны строиться на уважении целостности, свободного выбора и достоинства личности. Недопустима манипуляция человеком даже ради самых благих целей*»².

Статья 3 Конвенции гласит, что «*Стороны обязуются предпринять необходимые меры в целях обеспечения равной доступности медицинской помощи надлежащего качества для всех членов общества*». В ОСК РПЦ констатируется, что «*Церковь призвана в сотрудничестве с государственными структурами и заинтересованными общественными кругами участвовать в выработке такого понимания охраны здоровья нации, при котором каждый человек мог бы осуществить свое право на духовное, физическое, психическое здоровье и социальное благополучие при максимальной продолжительности жизни*»³.

Статья 4 Конвенции утверждает: «*В сфере здравоохранения всякое вмешательство, включая вмешательство с исследовательскими целями, должно осуществляться в соответствии с существующими профессиональными требованиями и стандартами*». ОСК РПЦ заявляет, что «*Церковь предостерегает от попыток абсолютизации любых медицинских теорий, напоминая о важности сохранения духовных приоритетов в человеческой жизни. Исходя из своего многовекового опыта Церковь предупреждает и об опасности внедрения под прикрытием "альтернативной медицины" оккультно-магической практики, подвергающей волю и сознание людей воздействию демонических сил. Каждый человек должен иметь право и реальную возможность не принимать тех методов воздействия на свой организм, которые противоречат его религиозным убеждениям*»⁴.

Помимо установочных положений нельзя не отметить общность взглядов, изложенных в обоих документах, и по конкретным позициям. Часть IV Конвенции «Геном человека» запрещает любую форму дискриминации по признаку генетического наследия (ст. 11), ограничивает проведение тестирования только в целях охраны здоровья (ст. 12), запрещает вмеша-

¹ Основы социальной концепции Русской Православной Церкви // Информационный бюллетень ОВЦС МП, № 8, 2000. С. 73.

² Там же. С. 69.

³ Там же.

⁴ Там же. С. 70.

тельство в геном человека с целью изменения генома наследников данного человека (ст. 13), вводит запрет на выбор пола (ст. 14). В ОСК Церковь предупреждает, что *«целью генетического вмешательства не должно быть искусственное “усовершенствование” человеческого рода и вторжение в Божий план о человеке. Поэтому генная терапия может осуществляться только с согласия пациента или его законных представителей и исключительно по медицинским показаниям»*. Вмешательство в геном человека крайне опасно, ведь такая модификация, *«связана с изменением генома (совокупности наследственных особенностей) в ряду поколений, что может повлечь непредсказуемые последствия в виде новых мутаций и дестабилизации равновесия между человеческим сообществом и окружающей средой»*. В ОСК РПЦ предложено и решение проблемы генетического тестирования: *«Успехи в расшифровке генетического кода создают реальные предпосылки для широкого генетического тестирования с целью выявления информации о природной уникальности каждого человека, а также его предрасположенности к определенным заболеваниям. Создание “генетического паспорта” при разумном использовании полученных сведений помогло бы своевременно корректировать развитие возможных для конкретного человека заболеваний. Однако имеется реальная опасность злоупотребления генетическими сведениями, при котором они могут послужить различным формам дискриминации. Кроме того, обладание информацией о наследственной предрасположенности к тяжким заболеваниям может стать непосильным душевным грузом. Поэтому генетическая идентификация и генетическое тестирование могут осуществляться лишь на основе уважения свободы личности»*¹.

ОСК РПЦ и Конвенцию объединяет позиция о недопустимости купли-продажи человеческих органов и тканей. *«Тело человека и его части не должны в качестве таковых являться источником получения финансовой выгоды»*, — говорит ст. 21 Конвенции. *«Церковь считает, что органы человека не могут рассматриваться как объект купли и продажи»*. И не только. *«Потенциальный донор должен быть полностью информирован о возможных последствиях эксплантации органа для его здоровья. Морально недопустима эксплантация, прямо угрожающая жизни донора. Наиболее распространена практика изъятия органов у только что скончавшихся людей. В таких случаях должна быть исключена неясность в определении момента смерти. Неприемлемо сокращение жизни одного человека, в том числе через отказ от жизнеподдерживающих процедур, с целью продления жизни другого»*². Нельзя не обратить внимания еще на одну принципиальную позицию, которая объединяет европейское сообщество и Русскую Православную Церковь. Это отношение к изъятию органов у лиц, не способных дать на это согласие. И именно в оппозиции к принципу презумпции согласия (не полученного, а предполагаемого) как основе закона РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека» 1992 г. находитесь РПЦ в союзе с рядом европейских государств, подписавших Конвенцию. Конвенция утверждает в ст. 20: *«Запрещается изымать органы или ткани*

¹ Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. С. 78.

² Там же. С. 80.

у человека, который не в состоянии дать на это согласие». Церковь полагает, что «в случае, если волеизъявление потенциального донора неизвестно врачам, они должны выяснить волю умирающего или умершего человека, обратившись при необходимости к его родственникам. Так называемую презумпцию согласия потенциального донора на изъятие органов и тканей его тела, закрепленную в законодательстве ряда стран, Церковь считает недопустимым нарушением свободы человека»¹.

Статья 18 Конвенции: «Запрещается создание эмбрионов человека в исследовательских целях». «Нравственно недопустимыми с православной точки зрения являются также все разновидности экстракорпорального (внетелесного) оплодотворения, предполагающие заготовление, консервацию и намеренное разрушение “избыточных” эмбрионов»². Моральная оценка репродуктивных технологий и исследований *in vitro* основана именно на признании человеческого достоинства даже за эмбрионом человека.

Однако у этих двух документов есть не только общее, но и определенные отличия. Вне внимания Конвенции остались проблемы уничтожения человеческой жизни в начале ее возникновения (аборты), проблемы фетальной терапии (использование человеческих эмбрионов для изготовления лекарств), репродуктивных (вспомогательных) технологий, клонирования (искусственного создания человека с заданными параметрами), эвтаназии (умерщвление человека с помощью медицинских средств), оценка которых, напротив, дана в ОСК РПЦ.

Сравнительный анализ двух документов — Конвенции Совета Европы и ОСК РПЦ — приводит к следующим выводам:

- позиция РПЦ близка к европейским принципам, которые исторически связаны с христианством и его моральными ценностями. ОСК РПЦ вносят значительный вклад в политический процесс объединения России и современного европейского культурного пространства;
- отношение к этическим проблемам применения биомедицинских технологий в российском обществе соответствует моральным религиозным представлениям, которые широко распространены в европейском сообществе;
- выявленная общность позиций, выраженных в документах, является основанием широкого социального признания предлагаемых регламентаций и социального значения данных документов.

Контрольные вопросы и задания

1. Почему проблема этической и социальной ответственности ученых поставлена сегодня на уровень социально-значимых общецивилизационных проблем?
2. Чем принципиально отличаются новые методы медицинского воздействия от тех, которые применялись вплоть до второй половины XX в.?
3. Связано ли появление «Конвенции о защите прав человека и достоинства человеческого существа в связи с использованием достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине» с необходимостью ответить на вопросы, вызванные развитием биомедицинских технологий?

¹ Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. С. 80.

² Там же. С. 77.

4. Согласуется ли новая медицинская практика с традиционными ценностями европейской культуры? В чем расхождение современной медицины с традиционными, в том числе и религиозными представлениями о человеке?

5. Почему в конце XX в. достижения современной медицины становятся проблемой международной социальной политики?

6. Почему именно для России значим такой документ, как «Основы социальной концепции РПЦ»?

7. Как в ОСК РПЦ в разд. XII «Проблемы биоэтики» определяется биоэтика?

8. Как и почему нравственные убеждения людей регулируют применение новых биомедицинских технологий и защищают общество от их разрушительных последствий?

9. По каким позициям согласуются Конвенция и раздел «Проблемы биоэтики» ОСК РПЦ?

10. Является ли ценность достоинства человеческой личности одной из основных и для Конвенции, и для ОСК РПЦ?

11. Опишите, как решается проблема соотношения интересов и блага человеческого существа с интересами общества и науки в Конвенции и ОСК РПЦ.

12. Допустима ли манипуляция человеком даже ради самых благих целей в Конвенции и ОСК РПЦ?

13. В чем разница между Конвенцией и положениями раздела «Проблемы биоэтики» ОСК РПЦ?

14. Может ли единство основных положений таких разных документов, как Конвенция и раздел «Проблемы биоэтики» ОСК РПЦ, свидетельствовать о правильности предлагаемых норм регулирования применения современных достижений медицины?

2.4. Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека¹

Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека, принятая на 33-й сессии Генеральной конференции ЮНЕСКО в октябре 2005 г., уникальна тем, что практически универсальна, т.е. регламентирует все стороны медицинской деятельности и научных исследований, касающихся человека. Этот документ также доказывает возможность преодоления относительных различий между народами, нациями, культурами, религиями и принятия и признания общих принципов биомедицинской этики, несмотря на различия признающих их сообществ.

Основная часть декларации ЮНЕСКО — это принципы, касающиеся медицины, наук о жизни и связанных с ними технологий, применительно к человеку.

В декларации 16 основных этических принципов:

1) человеческого достоинства и прав человека;

2) доминанты интересов отдельного человека над интересами науки или общества;

3) блага и непричинения вреда;

4) самостоятельности (автономии) и индивидуальной ответственности;

5) согласия;

6) согласия для лиц, не обладающих правоспособностью давать согласие;

¹ Текст декларации см. Приложение 2.

7) признания уязвимости человека и уважение неприкосновенности личности;

8) неприкосновенности частной жизни и конфиденциальности;

9) равенства, справедливости и равноправия;

10) недопущения дискриминации и стигматизации;

11) уважения культурного разнообразия и плюрализма;

12) солидарности и сотрудничества;

13) социальной ответственности;

14) совместного использования благ;

15) защиты будущих поколений;

16) защиты окружающей среды, биосферы и биоразнообразия.

Цель декларации, как указано в ст. 2, — обеспечить и предложить универсальный комплекс принципов, которым могут руководствоваться государства при выработке законодательных норм. С этой точки зрения будет полезно сравнить принципы декларации с принципами «Клятвы врача» России, которые составляют содержание ст. 71 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В статье восемь этических принципов и обязательств:

1) принцип выполнения врачебного долга (предупреждение и лечение заболеваний);

2) принцип оказания помощи больному (принцип милосердия);

3) принцип сохранения врачебной тайны (принцип конфиденциальности);

4) принцип заботы о пользе больного и доминанты интересов больного;

5) принцип соблюдения справедливости;

6) принцип уважения к жизни и отрицательного отношения к эвтаназии;

7) обязательства перед учителями, коллегами и учениками;

8) принцип профессионального совершенствования.

Количество принципов в статье ФЗ значительно меньше, но главное, что между предлагаемыми принципами международной общественности и обязательствами российского медицинского сообщества противоречий нет.

Нет противоречий между Декларацией ЮНЕСКО и 10 этическими принципами, или обязательствами, «Клятвы Гиппократата»:

1) обязательства перед учителями, коллегами и учениками;

2) принцип непричинения вреда;

3) принцип заботы о пользе больного и доминанты интересов больного;

4) обязательства проявления справедливости;

5) принцип уважения к жизни и отрицательного отношения к эвтаназии;

6) принцип уважения к жизни и отрицательного отношения к абортам;

7) обязательство об отказе от интимных связей с пациентами;

8) обязательство личного совершенствования;

9) обязательства оказания компетентной помощи больному (принцип соблюдения профессиональной компетентности);

10) обязательство сохранять врачебную тайну (принцип конфиденциальности).

Принципы, представляющие собой содержание трех документов, представляют собой, с одной стороны, совокупность социальных гарантий

и профессиональных обязательств медицинского сообщества, а с другой — совокупность рекомендаций, которые принимает общество, осознавая особую включенность медицины в общественную жизнь (табл. 2.1).

Таблица 2.1

Этические принципы

Принцип	«Клятва Гиппократата»	«Клятва врача» России	Декларация ЮНЕСКО
Уважение человеческого достоинства	+	+	+
Справедливость	+	+	+
Конфиденциальность	+	+	+
Солидарность и сотрудничество	+	+	+
Личное совершенствование	+	—	—
Отказ от интимных связей с пациентами	+	—	—
Отказ от производства аборт	+	—	—
Автономия и личная ответственность	—	—	+
Информированное согласие	—	—	+
Социальной ответственности	—	—	+
Распределение благ	—	—	+
Ответственность по отношению к биосфере	—	—	+
Сохранение традиций	—	+	—

«Клятва Гиппократата», «Клятва врача» России и «Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека» — это документы, которые разделяет время, тип государств, культура, религии.

Тем не менее сравнительный анализ всех перечисленных в них позиций (см. табл. 2.1) выявляет общие принципы, которые могут объективно оцениваться как универсальные и принципиально значимые по своему историческому и социальному содержанию.

Это четыре принципа, которые принимаются множеством поколений людей разных вероисповеданий и национальностей и сохраняют абсолютное значение на протяжении 25 веков существования европейской культуры. К принципам, объединяющим три документа, относятся: принцип уважения человеческого достоинства, принцип справедливости, принцип невмешательства в личную жизнь и конфиденциальность, принцип солидарности и сотрудничества.

1. Принцип уважения человеческого достоинства объединяет принцип уважения к жизни и отрицательного отношения к эвтаназии, принцип уважения к жизни и отрицательного отношения к аборт («Клятва Гиппократата»), принцип уважения к жизни и отрицательного отношения к эвтаназии («Клятва врача» России) и принцип уважения человеческого достоинства (Декларации ЮНЕСКО).

2. **Принцип справедливости** предполагает соблюдение равноправия, равенства, уважения культурных различий и плюрализма, недопущения дискриминации и стигматизации («Клятва Гиппократата», «Клятва врача» России, Декларация ЮНЕСКО).

3. **Принцип невмешательства в личную жизнь и конфиденциальность**, или принцип соблюдения врачебной тайны, равнозначен и для «Клятвы Гиппократата», и для «Клятвы врача» России, и для Декларации ЮНЕСКО. С ним непосредственно связан и принцип согласия личности на медицинское вмешательство в Декларации.

4. **Принцип непричинения вреда** содержится в «Клятве Гиппократата», провозглашается в Декларации ЮНЕСКО и раскрывает свое содержание как принцип заботы о пользе больного и исполнение врачебного долга (предупреждение и лечение заболеваний) в «Клятве врача» России.

Перечисленные принципы, безусловно, могут быть определены как всеобщие профессиональные обязательства.

Наш сравнительный анализ помогает понять, почему теория о принципах биомедицинской этики, предложенная известными американскими философами Томом Бичампом и теологом Джеймсом Чилдрессом, получила широкое признание среди специалистов. Она включает четыре основополагающих принципа: принцип уважения автономии пациента, принцип «не навреди», принцип справедливости, принцип «делай благо» (*beneficence*).

Между принципами, предлагаемыми американскими учеными и выявленными нами, существует прямое соответствие.

Принцип уважения автономии пациента непосредственно связан с принципом уважения человеческого достоинства и правами человека, так как опирается на представление, что человеческая личность самоценна независимо от каких бы то ни было условий и обстоятельств. Этот принцип находится в прямой зависимости от фундаментального положения классической этики о сущности человека. В формулировке Канта, лежащей сегодня в основе всех этических кодексов, регулирующих моральную и юридическую сторону медицинских вмешательств в физическое и психическое существование человека, это означает, что каждый человек, в отличие от предметов окружающего мира, — самоцель и не должен рассматриваться как средство для осуществления каких бы то ни было задач, хотя бы это были задачи всеобщего блага. Эта позиция характерна и для отечественной нравственной философии, которую Ф. М. Достоевский в «Братьях Карамазовых» выразил в известных словах, что всеобщее счастье невозможно, если во имя его пролита хотя бы одна слезинка ребенка.

Принцип «не навреди» фундаментален и в настоящее время может быть сформулирован по-разному. Например, в российском законодательстве он равнозначен понятию «ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей». Диапазон смыслов, включенных в понятие «не навреди», весьма широк: это и исключение из сознания медицинского работника злых или корыстных умыслов и недобросовестности; минимизация ущерба, наносимого пациенту при медицинском вмешательстве; недопустимость отказа в медицинской помощи и вреда, вызванного неверными или неквалифици-

цированными действиями или сообщением врачом информации о данном пациенте третьим лицам, т.е. нарушение конфиденциальности.

Принцип справедливости отражает реальность неравенства между людьми и предполагает необходимость равного отношения врача к пациентам независимо от их экономического положения, пола, расы, социального положения, характера заболевания, религиозных и политических убеждений, независимо от личной симпатии или антипатии врача.

Принцип справедливости в здравоохранении сегодня непосредственно связан как с проблемой справедливого распределения ресурсов, которые в системе здравоохранения всегда ограничены, так и с правом человека на охрану здоровья в рамках социального института здравоохранения, что является основанием для оценки уровня социальной защиты человека в данном обществе. Конституция РФ в ст. 41 утверждает: «Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений».

Принцип «делай благо», или «твори добро», созвучен словам «милосердие», «благодетельность», «благотворительность». Он выполняет функцию объединения содержания всех принципов, представленных в этических документах. Медицинская деятельность, согласно всем перечисленным принципам осуществляющая активные положительные действия для улучшения состояния не только отдельного пациента, но и общества в целом, в итоге означает «благо». Так, по деонтологической этике Канта, делая добро другим, каждый врач способствует тому, чтобы делание добра было всеобщей моральной нормой человеческих отношений.

Содержание основных документов — «Клятвы Гиппократата», «Клятва врача» России и «Всеобщей декларации о биоэтике и правах человека» — представляет собой совокупность норм и принципов, регулирующих медицинскую деятельность. Такая форма регуляции биомедицинской практики и применения достижений современной биомедицины получила название «принципализм». Для принципализма характерно:

- признание регулирующего значения общих принципов;
- признание приоритета моральных принципов и ценностей над ситуативными интересами человека;
- ориентация на традицию признания божественной природы моральных законов, ценностей и заповедей;
- признание, что ориентация медика на высшие моральные ценности, составляющие основу биоэтических принципов, обеспечивают благо пациента;
- признание, что знание этих принципов и следование им в практической деятельности гарантирует выполнение верного действия, совершение правильного поступка и принятие верного решения.

Контрольные вопросы и задания

1. В чем уникальность «Всеобщей декларации о биоэтике и правах человека» (далее — Декларация)?

2. Имеет ли Декларация непреходящее значение для признания всеобщих принципов биомедицинской этики, несмотря на различия признающих их государств и сообществ?
3. Перечислите 16 основных этических принципов и обязательств Декларации.
4. Почему Декларация может рассматриваться как руководство для государств при выработке законодательных норм?
5. Сравните принципы Декларации и принципы «Клятвы врача» России.
6. Перечислите восемь этических принципов и обязательств «Клятвы врача» России.
7. Существуют ли противоречия между обязательствами Декларации и российского медицинского сообщества?
8. Перечислите 10 этических принципов или обязательств «Клятвы Гиппократата».
9. Существуют ли противоречия между принципами Декларации и принципами «Клятвы Гиппократата»?
10. Перечислите четыре общих принципа «Клятвы Гиппократата», «Клятвы врача» России и Декларации.
11. Могут ли четыре общих принципа объективно оцениваться как абсолютные, универсальные и принципиально значимые по своему социальному содержанию? И если да, то, почему?
12. Перечислите четыре основополагающих принципа биомедицинской этики, предложенные Томом Бичампом и Джеймсом Чилдрессом.
13. Какова связь между принципами, предлагаемыми американскими специалистами, и четырьмя всеобщими принципами «Клятвы Гиппократата», «Клятвы врача» России и Декларации?
14. Как соотносится принцип уважения автономии пациента с принципом уважения человеческого достоинства и правами человека?
15. В каких формулировках и понятиях выражен принцип «не навреди» в российском законодательстве?
16. Как принцип справедливости в здравоохранении выражен в Конституции РФ?
17. Как доказывается равнозначность принципа «делай благо», или «твори добро», моральным ценностям милосердия и благодеяния?

Темы рефератов

1. «Клятва Гиппократата» и «Клятва врача» России: сравнительный анализ.
2. «Клятва Гиппократата» и христианская этика.
3. Феномен христианской биоэтики и общество православных врачей России (ОПВР).
4. «Клятва Гиппократата» и современные этические кодексы: что изменилось?
5. «Декларация о всеобщих нормах биоэтики» и «Клятва врача» России: сравнение этических принципов.
6. Принцип справедливости в профессиональной этике врача.
7. Моральный смысл обязательства сохранения врачебной тайны.
8. Причины временной и пространственной универсальности принципов «Клятвы Гиппократата».
9. Роль «Нюрнбергского кодекса» в процессе выработки нормативно-правовых актов в области биомедицины.
10. Границы и меры соотношений понятий «преступление против человечности» и «медицинские эксперименты над человеком».
11. Психология «преступной медицины» и «эффект Люцифера» (С. Милгрэм, Ф. Зимбардо).

12. В. Вересаев о медицинских экспериментах в «Записках врача».
13. Сравнительный анализ феноменов «полунауки» (Ф. М. Достоевский) и «рациофашизма» (П. Фейерабенд).
14. Общность и различия решения проблем биоэтики в «Конвенции о правах человека и биомедицине» и «Основах социальной концепции РПЦ».
15. Принципиализм – форма регуляции применения достижений современной биомедицины.

Глава 3

ПАРАДИГМА МИЛОСЕРДИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИЧЕСКАЯ ТРАДИЦИЯ В РОССИИ

Изучив содержание данной главы, бакалавр должен:

знать

- содержание второй исторической и логической формы биомедицинской этики — «парадигмы милосердия»;
- особенности медицинской этической традиции в России;
- персоналии отечественной медицинской этической традиции и их вклад в биомедицинскую этику;

уметь

- оценить актуальность и значение решения моральных проблем классиками отечественной медицины;
- применять опыт отечественных врачей в профессиональной медицинской деятельности;
- определять связь отечественной и фундаментальной этической традиции медицинской практики;

владеть

- навыками использования морального опыта отечественных врачей в профессиональной медицинской деятельности;
 - навыками применения принципа милосердия в проблемных ситуациях современной медицинской практики.
-

3.1. М. Я. Мудров о вопросах «благочестия и нравственных качествах врача»

В России на развитие врачебной этики большое влияние оказал Матвей Яковлевич Мудров (рис. 3.1). Он был первым переводчиком «Клятвы Гиппократова» с древнегреческого на русский язык с целью утвердить в молодых врачах представление о «нравственных качествах врача и в особенности о его благочестии», сделать врачей «достойными сего важного служения»¹. На основе идей М. Я. Мудрова было создано «Факультетское обещание» русских врачей, которое до 1917 г. принимали отечественные медики.

Основные принципы его понимания врачебной этики нашли отражение в работах: «Слово о благочестии и нравственных качествах Гиппократова врача», «Слово о способе учить и учиться медицине практической или деятельному врачебному искусству при постелях больных», «Слово о пользе

¹ Мудров М. Я. Избранные произведения. Деятели отечественной медицины / под ред. А. Г. Гукасян. М. : Изд-во АМН СССР, 1949. С. 167 – 168.

и предметах военной гигиены, или науке охранять здоровье военнослужащих», «Закон Гиппократов», «Врач гиппократов и полковой лекарь», «О врачебном искусстве» и др.



Рис. 3.1. М. Я. Мудров (1776–1831)

Все перечисленные тексты — прямое обращение Мудрова к студентам медицинского факультета Московского государственного университета (МГУ). Как известно, МГУ был образован в 1755 г. и состоял из трех факультетов: философского, медицинского и юридического. М. Я. Мудров с 1808 г. до самой смерти был деканом медицинского факультета. Самый трудный период для становления медицинского образования в нашей стране выпал на годы после вторжения в 1812 г. в Россию наполеоновской армии. Во время пребывания французских войск в Москве здания университета практически полностью сгорели. Погибли библиотека, научное оборудование и т.п. По свидетельствам современников, у самого Мудрова была большая уникальная библиотека. Когда Москва пылала в пожарах, он бросил все свое богатство, по его выражению, «ученую роскошь», и спас только 40 томов «скорбных листов», написанных им «при самих постелях больных». В этих 40 рукописных книгах был сконцентрирован огромный и неповторимый опыт крупнейшего клинициста, основателя отечественной терапевтической школы, врача в самом высоком понимании этого слова.

Матвей Яковлевич Мудров — врач-исследователь и врач-учитель. Он был новатором в разработке многих узловых проблем медицины. К ним он относил медицинскую этику, или, как он выражался, вопросы о «благочестии и нравственных качествах врача». В кругу его современников о его личной правдивости и профессиональной честности ходили легенды. Его этические работы представляют огромную ценность и в наши дни.

Матвей Яковлевич Мудров умел четко и ярко выражать свои мысли. Совпадение фамилии Мудров и его понимания медицины столь гармо-

нично, что его суждения быстро превращались в афоризмы и до сих пор не теряют значения для медицинской практики: «посредственный врач скорее вреден, чем полезен»; «легче предохранять от болезней, нежели их лечить»; «и душевные лекарства врачуют тело»; «аптека врача — вся природа»; «надо лечить больного, а не болезнь»; «нет двух одинаковых больных»; «бедным — покой, добрая пища и средства крепительные, богатым — труд, воздержание, средства очищающие». Около дома Мудрова постоянно обитали толпы больных и нищих, приходивших за помощью. Матвей Яковлевич лечил бедных, не требуя денег, но от богатых принимал высокие гонорары. М. Я. Мудров погиб в расцвете творческих сил, заразившись от больного во время эпидемии холеры в России. Его похоронили на одном из холерных кладбищ на Выборгской стороне в Петербурге. На памятнике М. Я. Мудрова было написано, что он скончался в 1831 г. «на подвиге подавания помощи зараженным холерою в Санкт-Петербурге и пал оной жертвою своего усердия. Полезного житья его было 55 лет».

Этическое наследие М. Я. Мудрова содержит определенную совокупность правил, «каковых следует вам держаться во всю жизнь вашу у одра больных». Каждое из них выверено его личным врачебным опытом и соотнесено с «учением великого Гипократа», сторонником и убежденным пропагандистом этических принципов которого он был и труды которого именно им с «неимоверной трудностью» были впервые в России переведены с древнегреческого языка.

Призвание

Мудров обращает внимание на важность выбора профессии врача. Не любой человек способен стать врачом, и приобретение врачебной профессии должно быть делом не случая, а призвания. Каждый выбирающий путь служения медицине должен соотнести свои способности, свои человеческие нравственные качества с теми требованиями, которые возлагает общество на представителей этой благородной профессии. Нужно иметь врожденную способность, без которой тщетны все усилия. Мудров говорил, что «медицина подобна хлебопашеству, природная способность есть поле, правила учителей — семена, учение от юности — сеяние, которому в благоприятное время семена предаются земле, место учения — окружающий воздух, дающий пищу спеющим, а тщательность есть земледелие, наконец, время венчает спелость и труды».

«Человек должен быть достоин служению врача». Это правило вытекало из его признания особой нравственной ответственности медицинской профессии. Он писал, что посредственный врач приносит больше вреда, чем пользы: больные, оставленные без медицинской помощи, могут выздороветь, а пользовавшиеся этим врачом — умрут.

Подобно принципу платоновской академии «не знающий математики сюда не входи», можно утверждать о врачебной профессии — «не знающий сострадания к людям, сюда не входи». Мудров предупреждает, что каждый вступающий на путь врачевания должен готовиться не к легкой жизни, а «к понесению тяжких трудов на будущем поприще вашем и не искать ничего, кроме строгого исполнения священных должностей

ваших», «достижения гражданского благосостояния и получения благородного имени», какие бы препятствия не вставали на этом пути.

Правило постоянства образования

«Склонность ко благу» лежит в основании стремления к получению медицинского образования. Но дело получения медицинского образования требует беспрестанного учения до конца жизни врача или «долговременную тщательность». Мудров часто употребляет русскую поговорку «Век живи, век учись» и постоянно ссылается на Гиппократ, который учил: «Наука наша так длинна, что целая жизнь для нее коротка».

Нравственные качества врача и их совершенствование

Профессиональные знания по убеждению Мудрова должны быть соединены с мудростью. При этом он, как и Гиппократ, говорит здесь о нравственной мудрости, а не о мудрованиях отвлеченной философии, кои, по его словам, не приносят никакой пользы. Для врача требуются определенные нравственные качества, которые, так же как и медицинское знание, должны постоянно совершенствоваться. Не забывайте о врачевании душевных свойств ваших, призывал своих учеников Мудров. Среди душевных свойств и нравственных качеств врача первое место занимает любовь к ближнему. Именно любовь к ближнему лежит в основе главных врачебных добродетелей.

В «Слове о способе учить и учиться медицине» к ним он относит: услужливость; готовность к помощи во всякое время — и днем, и ночью; бескорыстие; снисхождение к погрешности больных; кроткую строгость к их непослушанию, целомудрие, скромность и стыдливость во всяком случае.

Эти нравственные внутренние качества должны находить проявление и в свойствах внешних, наружных. К ним относятся приветливость; способность сохранять спокойствие лица и духа при опасностях больного и веселость без смеха и шуток при счастливом ходе болезни; чистоплотность во всем и прежде всего в одежде; умеренность в пище. Мудров соглашается с Гиппократом в том, что для получения к себе доверия врач должен иметь свежий цвет лица и здоровое крепкое тело, ибо о болезненном и вялом думают, что он ни себе, ни другим помочь не в силах. Врач может не пренебрегать в меру и благовониями, «сим образом он будет приятен для больных». Врач должен уметь ограничивать разговор только нужным и полезным; отвечать на вопросы осмысленно, терпеливо и проявлять терпимость к мнениям, в споры не вступать, эмоции сдерживать, совершенствовать способность убеждения другого «с приятностью».

Правила отношения к коллегам

Мудров понимал всю важность характера взаимоотношений между коллегами. Прежде всего, поддерживая Гиппократ, к несомненной добродетели молодых врачей он относил благодарность своим учителям. Значима для врача и благодарность за добрый совет коллеги и способность к решительному отклонению вредных предложений и советов. Неприемлемыми для Мудрова были угодничество, чиновничество и лицемерие: «Есть ли

кто из врачей соглашается с человеком слепым, того надобно бегать, как чудовища, а потому нужно избегать и благосклонности и неприличной врачу любезности, которая часто портит единство лечения в пустую угодность дурным советникам». Высоко ценит и отстаивает Мудров принцип коллегиальности, взаимоуважения медиков: «...умный и благомыслящий врач не будет из зависти поносить другого; в противном случае он тем самым докажет свое слабоумие. Сие делают только площадные торгаши, которые ищут прибýtка». Мудров признавал и опасность конкуренции между медиками. Он призывал врачей развивать между собой отношения товарищества, не пренебрегать советами других, подавлять в себе низменное чувство зависти.

Правило «хранения тайны»

Понятие Мудрова о врачебной тайне соответствовало времени и было весьма кратким. Оно сводилось к двум позициям. Во-первых, к необходимости скрытности врача «при болезнях предосудительных» и хранении тайны о них. И во-вторых, к способности врача хранить «молчание о виденных или слышанных семейных беспорядках...»

Правило об «удаления от суеверий»

Именно потому, что М. Я. Мудров был человеком глубоко верующим, христианское вероучение было доступно всем, а православие было культурообразующим основанием жизнеустройства в России, он в своих работах детально не останавливался на раскрытии значения этого правила для врача. Гарантией «удаления от суеверия» было «Богочитание внутреннее и наружное», т.е. личная вера и церковная жизнь. Тем не менее неоднократно содержание понятия «мудрость», которую врачу должно соединять с медициной, он трактовал «как покорение самого себя и поручение врачевания власти Божией».

Правило «о получении наград и бескорыстии»

М. Я. Мудров учил своих учеников бескорыстию. Под бескорыстием он понимал способность врача оказывать помощь нуждающемуся в ней без предварительных условий о награде.

Он давал ученикам такой совет относительно вознаграждений: «Условие о награде неприлично, когда больной страждет, наипаче острою болезнию; ибо быстрота болезни, не позволяющая оставлять больного без помощи, запрещает доброму врачу отказываться от лечения, но более заставляет его здесь искать не пользы своей, но чести и уважения, потому лучше по выздоровлении сделать выговор неблагодарному больному, нежели у лежащего на смертном одре вынуждать плату; ибо кто истинный есть врач, тот, ей Богу! верю более, нежели жестокостью, в лечении пользуется. И в самом начале узнавши болезнь, должно предписать нужные пособия, больного до окончания болезни пользоваться, никак его не оставлять». В его понимании бесчестен врач, не оказывающий помощи тому, кто не в состоянии заплатить за нее. Тем не менее Мудров не отрицал права врача на вознаграждение и получал большие гонорары от состоятельных пациен-

тов. Несмотря на это он считал, что для врача прежде всего важны честь и уважение. «В лечении больных не поставляй любостязание и награды целью, но усовершенствование науки ее распространение. Итак, советую иметь человеколюбие и не терять из виду продовольствия и богатства. Иногда лечи даром на счет будущей благодарности, или, как говорится: не из барыша, была бы слава хороша. Есть ли случится подать помощь больному, то наипаче чужестранцу и бедному ты помогать должен, ибо кто человеколюбив и милосерд, тот есть истинный любитель и любимец науки. Многие больные чувствуют опасность своей болезни; но уверены, будучи в человеколюбии врача, уверенными остаются и в своем выздоровлении».

Соблюдение моральных правил врачевания для Мудрова, безусловно, было необходимым условием профессионализма и достижения результатов лечения. И, что немаловажно, утверждал Мудров, врач «быв истинно таким, будет важен и любим всеми».

Контрольные вопросы и задания

1. Как связаны «Клятва Гиппократата» и «Факультетское обещание» русских врачей?
2. В каких работах М. Я. Мудрова были разработаны узловые проблемы медицинской этики?
3. Какие нравственные качества М. Я. Мудров относил к необходимым для врача?
4. Какие идеи М. Я. Мудрова стали афоризмами, значимыми и для современного врача?
5. При выполнении какой работы погиб М. Я. Мудров?
6. Кто был первым переводчиком с древнегреческого языка на русский трудов Гиппократата в России?
7. Любой ли человек, по М. Я. Мудрову, способен стать врачом?
8. Почему посредственный врач приносит больше вреда, чем пользы?
9. Связано ли призвание врача с нравственным качеством сострадания и готовностью служения людям?
10. Почему нравственные качества врача требуют постоянной работы по их совершенствованию?
11. Каким должен быть врач для получения к себе доверия больного?
12. В чем заключается отношение товарищества как практика взаимоотношений между врачами?
13. Назовите содержание понятия о врачебной тайне.
14. Сохраняет ли сегодня значение правило М. Я. Мудрова об «удаления от суетверий»?
15. Раскройте содержание правила М. Я. Мудрова «о получении наград и бескорыстии».

3.2. Ф. П. Гааз и проблема «трудных пациентов»

Общей тенденцией настоящего времени стало мощное внедрение технических средств в современную медицинскую практику и достижение эффективных результатов в медицине. Однако технический арсенал современной медицины, к сожалению, становится своеобразным препятствием для полноценных отношений «врач – пациент». В настоящее время усиливается опасность дегуманизации медицины и утраты «клиницизма», что

наиболее ярко проявляется в отношениях «врач — пациент». Сложности этих отношений сегодня фиксируются, в частности, понятием «трудный пациент», становясь общей клинической проблемой. Понятие «трудный пациент» в настоящее время включает в себя ряд смыслов.

- Во-первых, каждый пациент по-своему труден для врача. Каждый больной отличается социальным, материальным, семейным положением и индивидуально реагирует на болезнь, страдания, на врача и лечение.

- Во-вторых, понятие «трудный пациент» включает трудности диагностики редких заболеваний и синдромов.

- В-третьих, понятие включает атипично протекающие заболевания.

- В-четвертых, еще один смысл, в связи с которым пациент может оказаться трудным, — это особенности условий лечения заболевания.

- В-пятых, «трудный пациент» — это личность с особенностями характера, поступков и поведения, нередко связанных с морально-правовыми проблемами. К «трудным» относятся пациенты, преступившие общепринятые правовые и моральные нормы и составляющие слои социальных изгоев, бомжей, членов преступного мира и т.п.

Отношение врача и врачебного сообщества к «трудным пациентам» последнего ряда особенно проблематично. С одной стороны, они по справедливости вызывают и вызывали в обществе осуждение, презрение, заслуженные наказания, изоляцию за свои преступления. В истории, в частности европейской, вплоть до XX в.¹ это находило выражение в жесточайших условиях в тюрьмах и в практически полном отсутствии организации врачебной помощи данной категории пациентов. Заключение почти во всех тюрьмах Европы и России из века в век находилось в ужасающем положении. При этом узниками становились не только разного рода преступники, но и бродяги, нищие, просто дерзкие люди. В тюрьмах женщины, мужчины, дети содержались вместе; пища давалась скудная, обыкновенно лишь хлеб и вода. Тюремными помещениями служили узкие, низкие клетки без достаточного света и воздуха. Как правило, переполненные тюрьмы были очагами разврата и заразных болезней.

Ужасающая реальность мест лишения свободы, с другой стороны, обостряла проблему человеческого отношения к падшему больному человеку, по отношению к которому объективно трудно проявлять заботу, милосердие и сострадание. Но именно такое отношение было нормой профессиональной врачебной деятельности доктора Гааза.

Доктор **Федор Петрович** (Фридрих Иосиф) **Гааз** (рис. 3.2) — русский врач немецкого происхождения². Он получил медицинское образование в Европе. С 1806 г. начинает свое служение в качестве врача в России. Во время Отечественной войны 1812 г. он работал в качестве хирурга в русской армии. Несмотря на неоднократные возможности вернуться в Германию, жил и работал в Москве.

¹ В 1955 г. I конгрессом ООН по предупреждению преступности и обращению с правонарушителями были приняты «Минимальные стандартные правила обращения с заключенными».

² В Римской-католической церкви идет процесс беатификации (причисления к лику святых) доктора Гааза.



Рис. 3.2. Фридрих Гааз (1780–1853)

Его врачебные советы и наставления бывали обычно просты: «Спокойствие души и тела, чистота души и тела, тепло для души и для тела». Он требовал, чтобы помещения, где находятся больные, проветривались, но были теплыми, при всех заболеваниях рекомендовал теплые ванны и легкую пищу. Прописывал он только простые испытанные лекарства: мед, ромашку, ревень, малину, каломель, некоторые травы.

Вклад доктора Гааза в медицинскую науку невелик. К нему относится исследование и описание минеральных источников Кавказа и рекомендации их лечебного использования для оздоровления больных. За эту работу он был награжден Александром I орденом Святого Владимира IV степени. Несмотря на то, что он исповедовал католицизм, этот знак отличия Гааз очень ценил и неизменно носил его.

В начале карьеры он был преуспевающим состоятельным чиновником — статским советником, известным врачом ученых, профессоров, аристократов, многих именитых москвичей. Затем, став членом Московского тюремного комитета и главным врачом московских тюрем, посвятил все свои знания и силы, свое состояние и буквально всего себя беднейшим из бедняков: «несчастливым», так называли тогда в России арестантов, нищим, бродягам, часто преступным, униженным и оскорбленным, бесправным.

Столь крутой поворот в жизни Гааза стал результатом столкновения его моральных убеждений со страшным миром страданий «несчастливых» в тюрьмах и пересылках, для которых он стал заботливым, безотказным врачом, советником, наставником, заступником. Доктор Гааз был и остается конкретным реальным воплощением этического идеала профессионального врачебного служения.

Именно поэтому о нем писали с любовью и уважением люди самых разных взглядов: и либералы, единомышленники Герцена, и убежденные консерваторы. А. Кони, И. Киреевский, Ф. Достоевский, А. Чехов, М. Горький, Б. Окуджава — никто не сомневался, что основанием его человеколюбия была его христианская вера, воплотившаяся в убеждениях, в его профессиональной деятельности, в спасении страждущих людей независимо от их происхождения, национальности, религии. Среди спасенных им людей православные, лютеране, мусульмане, раскольники, иудеи...

В «Дневнике писателя» Ф. Достоевский посвящает памяти Федора Петровича Гааза главу «Похороны общечеловека». Называя его «общечеловеком», Достоевский не сомневался, что «его имя перейдет в потомство, о нем сложились легенды, весь простой народ звал его отцом, любил, обожал и только с его смертью понял, что он

потерял в этом человеке. Когда он еще стоял в гробу (в церкви), то не было, кажется, ни одного человека, который бы не пошел поплакать над ним и целовать его ноги... Над его могилой держали речь пастор и еврейский раввин, и оба плакали, а он себе лежал в стареньком, истертом вице-мундире...»

На его похороны собралось до двадцати тысяч человек, и гроб на руках несли до Введенского кладбища. Католика Гааза решил отпевать и поминать в православных храмах ныне причисленный к лику святых митрополит Филарет¹.

В работе «*Appel aux femmes*» Гааз писал: «Торопитесь делать добро! Умейте прощать, желайте примирения, побеждайте зло добром. Не стесняйтесь малым размером помощи, которую вы можете оказать в том или другом случае. Пусть она выразится подачею стакана свежей воды, дружеским приветом, словом утешения, сочувствия, сострадания — и то хорошо... Старайтесь поднять упавшего, смягчить озлобленного, исправить нравственно-разрушенное»².

Значимы и его рассуждения о болезнях и преступлениях. Гааз полагал, что необходимо понимать, что существует постоянная связь между преступлением, несчастием и болезнью. Немало преступлений совершается из-за болезней. Явные или скрытые телесные и душевные болезни подавляют или возбуждают нрав человека, ослепляют или расслабляют его так, что он становится послушным орудием в руках злодеев, невольным исполнителем зла. Болезни бывают причинами преступлений, но еще чаще становятся их последствиями. Арестант, подавленный сознанием греха и телесно угнетенный строгим наказанием — ударами кнута, клеймами на лице, кандалами, голодом, всеми тяготами тюремной жизни, — легко становится жертвой любой болезни. Другая значительная часть преступлений совершается от несчастья: от несчастных случайных обстоятельств, при которых подавляются совесть и разум человека, одержимого гневом, ревностью, мстостью, либо от долгого тягостного несчастья, изнуряющего душу человека, преследуемого несправедливостью, унижениями, бедностью; такое изнурение души еще более опасно, чем случайный мгновенный порыв страсти.

Не только врачи, но и все благополучные и здоровые люди должны помнить об этой связи между преступлением, несчастием и болезнью. Необходимо справедливое, без напрасной жестокости отношение к виноватому, деятельное сострадание к несчастному и забота о больных...

«Нужно внимать нуждам людей, заботиться о них, не бояться труда, помогая им советом и делом, словом, любить их, причем, чем чаще проявлять эту любовь, тем сильнее она будет становиться...»³

Необходимо обратить внимание на то, что это призыв любить не только добродетельных и благополучных людей, но прежде всего именно «трудных пациентов», «несчастных», во всем спектре реальных жизненных трудностей и несчастий. Именно эта любовь питала борьбу Гааза за отмену

¹ Сяйнас Б. Общий человек // Взор, 2001. № 5.

² Гааз Ф. П. Призыв к женщинам. URL: kemenkiri.narod.ru/gaaz/prisyv.htm (дата обращения: 29.09.2015).

³ URL: http://www.liveinternet.ru/users/iryna_gitis/post103767931 (дата обращения: 29.09.2015).

для заключенных так называемого «прута» — фактически калечащего орудия пытки, которое использовали для предупреждения побегов идущих по этапу. Прикованные по десять человек к железному пруту, сдирающему до крови руки, шли, ели, справляли нужду больные и здоровые, старики и дети, мужчины и женщины. Тех, кто падал от изнеможения, и умерших волокли остальные. Благодаря Федору Петровичу, калечащий прут для идущих по этапу через Москву заменялся облегченными, так называемыми «гаазовскими» кандалами. Эти кандалы он изобрел сам, испытывал на себе, надев их и проходя дома 5—6 верст. В тех губерниях, где прут сохранялся, по его настоянию наручники стали обшиваться кожей или сукном. Он добился, чтобы от кандалов освобождали стариков и больных. Всем идущим по этапу ссыльным брилась половина головы, Гааз же добился отмены поголовного бритья, которое осталось обязательным только для каторжных. По его инициативе были открыты тюремная больница и школа для детей арестантов.

Спасая во время эпидемий холерных больных и ободряя молодых врачей, боявшихся заразы, доктор Гааз приветствовал холерных больных поцелуями. Этим он хотел доказать, что холера не передается от человека к человеку, что у нее «другие пути». Рискуя жизнью, ходил по Москве, шел на площади, где шумели толпы, возбужденные слухами, будто «начальство и лекари пускают холеру», беседовал с людьми, учил, как вести себя, чтобы уменьшить вероятность заражения. И этим спас тысячи людей. Из уст в уста, из поколения в поколение передается история о крестьянской одиннадцатилетней девочке, умиравшей в больнице от волчанки. Язва на ее лице была настолько уродлива и зловонна, что родная мать с трудом к ней приближалась. Но Гааз ежедневно подолгу сидел у постели девочки, целовал ее, читал ей сказки, не отходил, пока она не умерла. Словом и делом доказывал он, что врач должен облегчать страдания даже безнадежно больного, что «спокойствие души, необходимое для исцеления, должно исходить прежде всего от врача».

Как же достичь этого спокойствия для врача, особенно работающего с «трудными» больными? Как достигал его сам Гааз? Анализ его трудов и профессиональной врачебной деятельности приводит к выводу, что опирался он для достижения этой цели на три основополагающие истины, превратив их в три великих принципа профессиональной врачебной этики.

- Необходимое условие для врача творить все дела в духе милосердия, ибо *«нет больше той любви, как если кто положит душу свою за друзей своих»* (Иоанн 15:13).

- Способом достижения милосердия является снисходительность к недостаткам и ошибкам человека, ибо, как правило, человек не обладает всеобъемлющим знанием о себе и мире, и, как правило, люди не понимают, *«не знают, что делают»* (Лк. 23:34).

- Милосердие и снисхождение к ближнему приближает нас к совершенству и способности благотворить даже «трудным» и несовершенным пациентам, ибо *«он повелевает солнцу Своему восходить над злыми и добрыми и посылает дождь на праведных и неправедных»* (Матф. 5:45).

Данные положения безусловно являются базовым основанием двух международных документов: «Афинской клятвы» 1979 г. и «Принципов медицинской этики, относящихся к роли работников здравоохранения, в особенности врачей, в защите заключенных или задержанных лиц от пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания», принятых резолюцией 37/194 Генеральной Ассамблеи ООН 18 декабря 1982 г.

Афинская клятва

Международный совет тюремной медицинской службы

Мы, профессиональные работники здравоохранения, работающие в тюрьмах, собравшиеся 10 сентября 1979 г. в Афинах, даем торжественное обещание в соответствии с клятвой Гиппократов, что приложим все усилия для обеспечения возможно лучшего медицинского обслуживания для всех лиц, заключенных в тюрьмах по каким бы то ни было причинам, без предрассудков и в рамках нашей профессиональной этики.

Мы признаем право заключенных получать качественную профессиональную медицинскую помощь.

Мы обязуемся:

- Воздерживаться от санкционирования или одобрения физического наказания.
- Воздерживаться от участия в каких бы то ни было формах пыток.
- Не проводить никаких экспериментов с заключенными без их согласия.
- Уважать конфиденциальность любой информации, полученной в ходе наших профессиональных отношений с заключенными пациентами.
- Что наши медицинские заключения должны основываться на нуждах наших пациентов и иметь приоритет над другими не медицинскими факторами.¹

К принципам медицинской этики, относящимся к работникам здравоохранения, в особенности к врачам, в защите заключенных или задержанных лиц от пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания, относятся:

Принцип 1. Работники здравоохранения, в особенности врачи, обеспечивающие медицинское обслуживание заключенных или задержанных лиц, обязаны охранять их физическое и психическое здоровье и обеспечивать лечение заболеваний такого же качества и уровня, какое обеспечивается лицам, не являющимся заключенными или задержанными.

Принцип 2. Работники здравоохранения, в особенности врачи, совершают грубое нарушение медицинской этики, а также преступление в соответствии с действующими международными документами, если они занимаются активно или пассивно действиями, которые представляют собой участие или соучастие в пытках или других жестоких, бесчеловечных или унижающих человеческое достоинство видах обращения и наказания, или подстрекательство к их совершению, или попытки совершить их.

Принцип 3. Работники здравоохранения, в особенности врачи, совершают нарушение медицинской этики, если они вовлечены в любые другие профессиональные отношения с заключенными или задержанными лицами, целью которых не является исключительно обследование, охрана или улучшение их физического или психического здоровья.

Принцип 4. Работники здравоохранения, в особенности врачи, совершают нарушение медицинской этики, если они:

- а) применяют свои знания и опыт для содействия проведению допроса заключенных и задержанных лиц таким образом, что это может отрицательно повлиять на физи-

¹ Биомедицинская этика. Сборник нормативно-правовых документов в области прав человека в контексте биомедицинских исследований / под ред. И. В. Силуяновой и В. Н. Дюмидовой. Москва – Чебоксары, 2014. С. 120.

ческое или психическое здоровье или состояние таких заключенных или задержанных лиц и не согласуется с соответствующими международными документами;

b) удостоверяют или участвуют в удостоверении того, что состояние здоровья заключенных или задержанных лиц позволяет подвергать их любой форме обращения или наказания, которое может оказать отрицательное воздействие на их физическое или психическое здоровье и которое не согласуется с соответствующими международными документами, или в любой другой форме участвуют в применении любого такого обращения или наказания, которое не согласуется с соответствующими международными документами.

Принцип 5. Участие работников здравоохранения, в особенности врачей, в любой процедуре смиренного характера в отношении заключенного или задержанного лица является нарушением медицинской этики, если только оно не продиктовано сугубо медицинскими критериям как необходимое для охраны физического или психического здоровья или безопасности самого заключенного или задержанного лица, других заключенных или задержанных лиц или персонала охраны и не создает угрозы его физическому или психическому здоровью.

Принцип 6. Не может быть никаких отклонений от вышеизложенных принципов ни на каких основаниях, включая чрезвычайное положение¹.

Принятие данных современных международных документов предполагает признание не только исторического значения трудов доктора Гааза, но и значения медицинского долга сохранения человеческой жизни и готовности к оказанию помощи любому, в ней нуждающемуся, как бы трудно не было бы оказание медицинской помощи.

Контрольные вопросы и задания

1. Почему технический прогресс в медицине влияет на полноценность отношений «врач – пациент»?
2. Как связаны клиницизм и гуманизм медицины в отношениях «врач – пациент»?
3. Перечислите смыслы понятия «трудный пациент» в современной медицине.
4. Можно ли отнести к «трудным» пациентов, преступивших общепринятые правовые и моральные нормы и почему?
5. К какой категории пациентов вы отнесли бы представителей таких слоев общества, как «социальные изгой», «бомжи», «преступники»?
6. Чем объяснялось практическое отсутствие организации врачебной помощи в тюрьмах вплоть до XVIII века?
7. Когда в истории европейской культуры появилось понятие «тюремный врач»?
8. Каковы особенности жизненного пути доктора Ф. П. Гааза?
9. Каков вклад Ф. П. Гааза в медицинскую науку?
10. Почему доктор Гааз был и остается конкретным реальным воплощением этического идеала профессионального врачебного служения?
11. Что имел в виду Ф. Достоевский, называя Ф. П. Гааза «общечеловеком»?
12. Раскройте содержание призыва Ф. П. Гааза: «Торопитесь делать добро».
13. Как Гааз понимал связь между преступлением, несчастием и болезнью?
14. Что такое «гаазовские» кацдалы?

¹ Биомедицинская этика. Сборник нормативно-правовых документов в области прав человека в контексте биомедицинских исследований. С.131–133.

15. Раскройте содержание трех великих принципов профессиональной врачебной этики Ф. П. Гааза.

16. Перечислите шесть принципов «Афинской клятвы» Международного совета тюремной медицинской службы.

3.3. Вклад Н. И. Пирогова в развитие профессиональной этики врача

Н. И. Пирогов (1810–1881) занимает в истории русской медицины исключительное место (рис. 3.3). Советский патологоанатом И. В. Давыдовский утверждал, что ответить на вопрос, кто был Н. И. Пирогов по специальности, непросто, потому что тот был и анатомом, и хирургом, и патологом, и организатором. Но «прежде всего, Пирогов был широко образованный врач»¹. Действительно, Пирогов был создателем топографической анатомии, основоположником военно-полевой хирургии и реконструктивной травматологии опорно-двигательного аппарата. В то же время весьма значителен вклад Н. И. Пирогова и в развитие профессиональной этики врача, где он достойно развивал идеи своего учителя М. Я. Мудрова.



Рис. 3.3. И. Репин. Портрет хирурга (Пирогов). Фрагмент

С самого начала работы Пирогов понимал, «какую громадную ответственность перед обществом и самим собой принимает на себя тот, кто с дипломом врача получает некоторое право на жизнь и смерть другого...»²

Н. И. Пирогов не только воплощает «Факультетское обещание» в реальную практику своего медицинского служения. Он вносит существенный вклад в дальнейшее развитие профессиональной этики врача, центральной проблемой которой именно благодаря Пирогову становится проблема врачебных ошибок.

К сожалению, стремление к благой цели исцеления страждущих не всегда приводит к желаемому результату. Ошибки — неизбежные спутники профессиональной деятельности врача. Какому врачу не известно,

¹ Микиртичан Г. Л. Николай Иванович Пирогов / Церковь и медицина. 2010. № 5. С. 85.

² Там же. С. 86.

что врачебные ошибки нередко наносят больший вред человеку, чем его болезнь.

Как и у любого медика ошибки были и у хирурга Пирогова. Заслуга Пирогова заключалась в том, что он в корне меняет отношение к своим неудачам, разрушая, таким образом, общепринятое отношение к профессиональным ошибкам, которое на современном языке можно определить как форму своеобразной «моральной коррупции» в медицине.

В то время в медицинском сообществе было принято публично сообщать только об успехах и достижениях. Врачебный кодекс тех лет включал негласное правило: «ошибки и смертельные случаи скрывай». Во время учебы и практики за границей Пирогов убедился, что выявление научной истины далеко не всегда является главной целью даже известных клиницистов и хирургов. Нередко знаменитые клинические заведения Европы принимали меры не для открытия, а, наоборот, для сокрытия научной истины с целью утаить свои оплошности и грубые ошибки.

Понимая все это, Пирогов, напротив, принимает для себя правило ничего не скрывать от коллег и учеников, и «если не сейчас же, то потом и немедленно открывать перед ними сделанную мною ошибку, — будет ли она в диагнозе или в лечении болезни»¹. Пирогов одним из первых в современной ему медицине стал не только говорить о своих врачебных ошибках, но и выявил важнейшее методологическое значение анализа врачебных ошибок для развития научного медицинского знания.

Именно с анализа врачебной ошибки знаменитого английского врача Астли Купера началась исследовательская деятельность Николая Ивановича в науке и формирование его этической позиции по отношению к врачебным ошибкам. Его докторская диссертация «Является ли перевязка брюшной аорты при аневризме паховой области легко выполнимым и безопасным вмешательством» (1831 г.) была посвящена доказательству того, что смерть пациента, описанная английским врачом, была следствием не болезни, а результатом самой операции, неверно проведенной хирургом. Купер по принятой тогда методике пережал один из сосудов, чтобы прекратить кровоснабжение злокачественного образования. На основе проведенных многочисленных экспериментов на животных Пирогов доказал, что по этому сосуду кровь поступала в жизненно важные органы и зажим надо было делать в другом месте.

Ошибка Астли Купера стала для Пирогова началом признания необходимости не только «обучения на чужих ошибках», но и необходимости признания каждым врачом своих ошибок, значения их разбора и анализа для развития медицинской науки.

Пирогов последовательно реализует свою этическую позицию и в «Анналах хирургического отделения клиники Дерптского университета» (первое издание 1837 г.), которые произвели огромное впечатление и получили широкий общественный резонанс в том числе и потому, что содержали честный анализ профессиональных ошибок автора.

¹ Пирогов Н. И. Севастопольские письма и воспоминания. М.: Изд-во АН СССР, 1950.

В предисловии к первому тому «Анналов» он писал: «Я считаю священной обязанностью добросовестного преподавателя немедленно обнародовать свои ошибки и их последствия для предостережения и назидания других, еще менее опытных, от подобных заблуждений»¹. Критический подход к собственной работе и анализ своих ошибок Пирогов рассматривал как важнейшее условие успешного развития медицинской науки и практики.

Что было основанием формирования такого нового, поистине революционного подхода к врачебным ошибкам? В значительной степени это определялось двумя обстоятельствами.

- Во-первых, тем, о чем говорил И. В. Давыдовский: «Пирогов был широко образованный врач». Это образование включало продуманные гносеологические позиции.

Когда, вскоре после выхода в свет первого тома «Анналов» (1837—1839 гг.), студенты поднесли Пирогову его литографированный портрет, он сделал под ним надпись со словами: «Цель моя будет достигнута лишь тогда, когда они [мои ученики] будут убеждены, что я действую последовательно; действую ли я правильно, это другое дело, которое выяснится временем и опытом»².

Именно относительность медицинского знания, его зависимость от «времени и опыта» и сегодня лежит в основе признания объективного характера врачебных ошибок, т.е. их определенной независимости от субъективных личностных факторов.

Не думайте, что сущность истины для нас ясна... Что кажется обыкновенному уму чрезвычайно простым, ясным и отчетливым, еще не истина. Когда одни ее слабые проблески до нас доходят отрывками; когда одним высоким умам, и то в часы высокого вдохновения, удаётся иногда постигнуть тот или иной отрывок проявления истины в мире материальном, — то можем ли мы ожидать, чтобы мы могли получить ясные сведения о скрытом в глубине ее источнике?»³

Обоснование объективности врачебных ошибок, связанной с естественной ограниченностью человеческого познания истины, в значительной степени до сих пор защищает врача от индивидуальной правовой ответственности за вред, нанесенный больному.

- Во-вторых, в значительной степени формирование учения Н. И. Пирогова о врачебных ошибках определялось вхождением православия «в самую сущность практической медицины»⁴, что составляло особенность «прочной и сознательной русской медицинской традиции»⁵. Русский философ С. Л. Франк (1877—1950) утверждал, что «Пирогов — редкий, едва ли не единственный в России тип мыслителя, который в одинаковой мере одушевлен и пафосом научного познания, и пафосом религиозной

¹ Пирогов Н. И. Собрание сочинений в восьми томах. М., 1957—1962.

² Там же.

³ Пирогов Н. И. Вопросы жизни // Душа моя — храм разоренный. М.: Русский Хронограф, 2005. С. 202.

⁴ Ильин И. А. Путь к очевидности. О призвании врача. Собр. соч. М.: Русская книга, 1994. Т. 3. С. 474.

⁵ Там же.

мысли»¹. Пирогов писал: «Существование Верховного Разума, а следовательно, Верховной творческой воли я считаю необходимым и неминуемым требованием моего собственного разума, так что если бы даже я хотел не признавать существование Бога, то не мог бы этого сделать, не сойдя с ума»².

Но если для России «сознательную русскую медицинскую традицию» определяло православие, то для европейской медицины эту традицию формировали католицизм и протестантизм. Тенденция, характерная для европейской хирургии, тщательно скрывать, если смерть пациента произошла от врачебной ошибки, формировалась не только под влиянием прагматического страха потери клиентуры. Эта тенденция была связана с вероучительными особенностями как католицизма, так и протестантизма. Уже с XII в. (окончательно в 1439 г. на Флорентийском соборе) католицизм снижает порог покаяния принятием догмата о чистилище — рассудочной программе посмертного очищения и загробного прощения ошибок и грехов. Протестантизм и вовсе обесценивает церковные таинства, в том числе и таинство покаяния, упраздняя Церковь. Православие же с ветхозаветных времен оставалось и остается «в долине плача покаянного» (Пс. 83:7). Признание врачом своих ошибок — это превращение христианского покаяния в принцип профессиональной этики врача.

Осознание, раскрытие и признание своей ошибки имеет большое значение, во-первых, для духовно-душевного состояния конкретного врача, как правило, болезненно переживающего происходящее. Во-вторых, признание врачом своих ошибок формирует доверительное, прощающее-понимающее моральное отношение к врачу в обществе.

Именно такая традиция понимания и признания врачебных ошибок формировала квалификацию врачебной ошибки как действия «ненаказуемого». Эта традиция долго сохранялась в России даже на уровне законодательства, в котором, как правило, не было оговорено преследование врача за совершенную врачебную ошибку. Врачебная ошибка квалифицировалась как «ненаказуемое добросовестное заблуждение при отсутствии небрежности и халатности»³. До сих пор в России врачебная ошибка рассматривается как обстоятельство, смягчающее ответственность врача. Иные подходы традиционны для западной культуры, погруженной в поток судебных процессов над врачами. Неудивительно, что «информированное согласие» — феномен именно западной (в частности американской) культуры, возникает как превращенная форма защиты врача от постоянной угрозы юридического наказания. В связи с переходом здравоохранения в России к рыночным отношениям, ситуация с юридическим отношением к врачебным ошибкам начинает меняться и у нас. Если здравоохранение включает платную медицину, если между врачом и пациентом встают

¹ Франк С. Пирогов как религиозный мыслитель // Русское мировоззрение. СПб., 1996. С. 344.

² Пирогов Н. И. Вопросы жизни. С. 169.

³ Савицкая А. Н. Возмещение ущерба, причиненного ненадлежащим лечением. Л., 1982. С. 186–194.

деньги, то будут разрушаться и доверительные моральные отношения. Врачебные ошибки в настоящее время относятся к видам дефектов оказания медицинских услуг, а гражданско-правовая ответственность врача растет.

В 1854 г. «Военно-медицинский журнал» опубликовал статью Н. И. Пирогова «О трудностях распознавания хирургических болезней и о счастье в хирургии», также построенную, главным образом, на анализе собственных врачебных ошибок. Этот подход к самокритике как эффективному оружию в борьбе за подлинную науку характерен для Пирогова во все периоды его разносторонней деятельности.

Вот, например, что он написал в дневнике об осмотре все тех же госпиталей в Петербурге: «По осмотре госпиталя я нашел множество больных, требовавших разных операций, особенно ампутаций и резекций, вскрытия глубоких фистул, извлечения секвестров и т.п. Это были все застарелые, залежавшиеся в худом госпитале больные, зараженные уже пиэмией или пораженные цингою от худого содержания. Я сделал огромный промах и грубую ошибку, сильно отразившуюся потом на моей практической деятельности. Еще более, чем промах, был проступок против нравственности»¹. Промач и проступок состояли в том, что усилия максимально быстро помочь как можно большему числу пациентов обернулись ростом смертельных случаев. Пирогов упрекает себя за то, что проведенные операции были недостаточно рассмотрены и проанализированы с научной и нравственной сторон. Такой подход лег в основу современного понимания субъективных врачебных ошибок. Сегодня в биоэтической этике к субъективным врачебным ошибкам относятся: неполноценный осмотр и обследование больного, невнимательное отношение к больному, самоуверенность врача, отказ от совета коллег и проведения консилиума. Обобщая современные статистические данные, ряд исследователей (В. В. Томилин, Ю. И. Соседко) приходят к выводу, что и сегодня 1/3 случаев неблагоприятного исхода лечения происходит от неполноценного обследования больных и невнимательного к ним отношения.

В понятие «врачебная ошибка» Пирогов вкладывал конкретный нравственно-этический смысл. Он считал, что умение признавать собственные ошибки — дело совести, которая есть естественный закон Божественного устройства человека.

Он говорил о себе: «...с самого начала моего врачебного поприща я принял за правило: не скрывать ни моих заблуждений, ни моих неудач, и я доказал это, обнародовав все мои ошибки и неудачи, и, чистый перед судом моей совести, я смело вызываю каждого мне показать: когда и где я утаил хотя бы одну мою ошибку, хотя бы одну мою неудачу»².

В этой позиции пристального внимания к каждой своей профессиональной ошибке содержится глубочайший духовный и этический смысл. Эгоистические стремления скрыть, утаить, оправдать себя в каждом конкретном случае попирают совесть, что влечет за собой потерю ориентации в том, что мы должны делать, но не делаем, в том, что мы не должны делать, но делаем. Именно поэтому эгоистические инстинкты должны оцениваться

¹ Пирогов Н. И. Севастопольские письма и воспоминания.

² Микиртчан Г. Л. Николай Иванович Пирогов. С. 86.

ниже морально-нравственной целесообразности. Такая этическая позиция, с точки зрения Пирогова, может хоть в какой-то степени искупить случающиеся просчеты в медицинской работе, ведь иногда ценой врачебной ошибки бывает человеческая жизнь.

Признавая врачебные ошибки, Н. И. Пирогов выступал против этической капитуляции, против признания безвыходности их последствий, считая это безнравственным и недостойным высокого призвания врача. «Пусть же каждый из нас решит с убеждением этот столбовой вопрос жизни: жить совершенствуясь»¹. Оптимистическая, жизнеутверждающая этика Пирогова не примиряется со злом врачебных ошибок. Врач, и как человек, и как профессионал, призван к совершенствованию, он должен извлекать максимум поучительного из своих ошибок, обогащая покаянием себя, собственный профессиональный опыт и совокупный опыт медицины. Лишь такая жизненная позиция может возместить (искупить) «зло врачебных ошибок». Встать на такой путь предлагает Пирогов: «... иди, — на благородное призвание сочувствием утешать участь, для будущего жить в борьбе, взаимной жертвою одушевлять готовность жертвовать собой...»².

Способность жертвовать своими эгоистическими интересами, быть честным перед самим собой и людьми Пирогов рассматривал не как героизм и исключительность, а как профессиональную этическую норму врача. Только беспристрастная самокритика, раскаяние и борьба со своими ошибками может стать адекватной расплатой за их высокую цену.

Не все врачи разделяли подобные взгляды Пирогова, подобная самокритичность была необычным явлением для того времени. Но были люди, и среди них известные и заслуженные, которые видели в позиции хирурга Пирогова смелый шаг, дающий возможность последующего многостороннего анализа сложных ситуаций, накопления совокупного опыта медицины. Таким был профессор Т. Эндельгардт, который прочтя «Анналы хирургического отделения клиники Дерптского университета», пришел к Пирогову и с волнением обнял его и сказал: «*Ich respektiere Sie!*»³

Не для всех врачей и сегодня позиция Николая Ивановича Пирогова бесспорна теоретически и выполнима практически. Тем не менее эта позиция — ценнейшее достояние не только отечественной врачебной этики.

После Н. И. Пирогова отношение к профессиональным ошибкам стало критерием морального отношения к профессии для каждого врача, в какой бы стране он ни трудился. Отношение Пирогова к врачебным ошибкам, безусловно, стало основанием одного из принципов современной биомедицинской этики, который в 2011 г. был законодательно закреплен в России: «...постоянно совершенствовать свое профессиональное мастерство, беречь и развивать благородные традиции медицины»⁴.

¹ Пирогов Н. И. Вопросы жизни. С. 224.

² Там же. С. 254.

³ Я вас уважаю! (нем.)

⁴ «Клятва врача России» // ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». 2011. Ст. 71.

Контрольные вопросы и задания

1. Чем, с точки зрения Н. И. Пирогова, определяется ответственность врача перед пациентом, обществом и самим собой?
2. Какая проблема профессиональной этики врача является центральной именно для Н. И. Пирогова?
3. Какое отношение к профессиональным ошибкам может формировать «моральную коррупцию» в медицине?
4. В чем состоит методологическое значение анализа врачебных ошибок для развития научного медицинского знания?
5. Что лежало в основе революционного подхода Н. И. Пирогова к врачебным ошибкам?
6. Назовите гносеологические основания учения Н. И. Пирогова о врачебных ошибках.
7. В чем заключается объективный характер врачебных ошибок, т.е. их определенная независимость от субъективных личностных факторов?
8. Какие принципы православия определяли учение Н. И. Пирогова о врачебных ошибках?
9. Какая моральная традиция понимания и признания врачебных ошибок формировала квалификацию врачебной ошибки как действия «ненаказуемого»?
10. Связан ли принцип «информированного согласия» с особенностями западной культуры, традиционно погруженной в поток судебных процессов над врачами?
11. В чем для врача нравственный смысл осознания каждой своей профессиональной ошибки?
12. Каковы моральные и юридические аспекты врачебных ошибок?
13. Адекватно ли юридическое понятие «дефект оказания медицинской услуги» и полностью ли оно заменяет понятие «врачебная ошибка»? Чем отличаются эти понятия?
14. Понимание врачебной ошибки как «ненаказуемого добросовестного заблуждения при отсутствии небрежности и халатности» рассматривалось в России в XX в. как обстоятельство смягчающее или ужесточающее ответственность врача?

3.4. В. В. Вересаев о роли нравственного состояния личности врача

Викентий Викентиевич Вересаев (рис. 3.4) — псевдоним Викентия Викентиевича Смидовича — врача и писателя, лауреата Сталинской премии первой степени (1943 г.). Его известная работа «Записки врача» впервые вышла в свет в журнале «Мир Божий» в 1901 г.¹ В центре внимания данной работы исключительно вопросы врачебной этики, причем самые сложные ее вопросы, которые не являлись предметом официальной позиции и публичных обсуждений, но которые «...бьют в глаза каждому врачу, ими мучится каждый врач...»²

«Нет ни одной науки, — писал Вересаев, — которая приходила бы в такое непосредственно-близкое и многообразное соприкосновение с человеком,

¹ Впоследствии она неоднократно переиздавалась. Уже при жизни Вересаева она переиздавалась 14 раз. Вскоре после первой публикации она была переведена на английский, французский, немецкий языки, выдерживая неоднократные зарубежные издания и вызывая каждый раз бурное обсуждение как в среде профессионалов-медиков, так и в обществе.

² *Вересаев В. В. По поводу «Записок врача» // Вересаев В. В. Соч. в 4 т. Т. 1. С. 212.*

как медицина... Реальный, живой человек все время, так сказать, заполняет собою все поле врачебной науки. Он является главнейшим учебным материалом для студента и начинающего врача, он служит непосредственным предметом изучения и опытов врача-исследователя; конечное, практическое применение нашей науки опять-таки сплетается с массой самых разнообразных интересов того же живого человека. Словом, от человека медицина исходит, через него идет и к нему же приходит. ...Интересы медицины как науки постоянно сталкиваются с интересами живого человека как ее объекта; то, что важно и необходимо для науки, т.е. для блага человечества, сплошь да рядом оказывается крайне тяжелым, вредным или губительным для отдельного человека. Из этого истекает целый ряд чрезвычайно сложных, запутанных противоречий...»¹



Рис. 3.4. В. В. Вересаев (1867–1945)

Данные сложные противоречия группируются у Вересаева в пять трудных («проклятых») вопроса врачебной этики:

- 1) в вопрос о врачебных ошибках и качестве лечения начинающих врачей;
- 2) о применении новых лекарств на детях;
- 3) о медицинских экспериментах на людях;
- 4) о врачебной тайне;
- 5) о равнодушии и профессиональном цинизме.

Каждый из этих вопросов рассматривается Вересаевым на множестве примеров из медицинской практики, при этом они, безусловно, связаны между собой. Вопрос о качестве лечения начинающих врачей и вопрос применения новых лекарств на детях являются частными относительно более общего вопроса о медицинских экспериментах на людях. Но, в конце концов, логически все упирается в вопрос о внутреннем равнодушии и цинизме, который тысячами нитей связан с перечисленными вопросами, но существование которого замалчивалось в официальной врачебной

¹ Вересаев В. В. По поводу «Записок врача». С. 411.

этике, сводившейся исключительно к вопросам внешних отношений врача к пациенту и врачей между собой.

Проблема цинизма — это не только вопрос профессиональной медицинской этики, но и одна из фундаментальных проблем культуры. Она связана с тем, что среди многочисленных человеческих нравов именно цинизм уже со времен древнегреческого общества сопровождается различными рациональными обоснованиями в виде «философий» и «мировоззрений», превращаясь в своеобразный «феномен». Одна из первых таких философских школ Европы была основана Антисфеном в IV в. до н.э. Циники (лат. версия древнегреч. *kynosartes* — киники) свой образ жизни обосновывали рационально, детально анализируя особенности естественных потребностей человека. Именно их наследие стало основанием цинизма как крайней формы аморализма, что в современной культуре означает презрение к общепринятым нормам поведения, надругательство над достижениями культуры, глумление над нравственными принципами, осмеяние идеалов, попрание человеческого достоинства.

Практически с момента возникновения цинизм получил отрицательную социальную моральную оценку, что отразилось в самом названии (одно из значений слова «киники» — собаки). Одновременно формировались школы и теории как рациональные формы преодоления этого феномена. Не будет преувеличением полагать, что знаменитая «Клятва Гиппократата» — это одна из первых попыток преодолеть цинизм в профессиональной деятельности врача. «Чисто и непорочно буду проводить я свою жизнь и свое искусство» — это обязательство Гиппократата стало принципом внутреннего личного совершенствования — одного из десяти принципов его «Клятвы»¹.

Современное содержание профессионального цинизма в медицине хоть и связано с традиционными смыслами, но все же имеет свою уникальную специфику. Профессиональный цинизм в медицине проявляется, прежде всего:

- в скептицизме, критическом отношении к возможностям медицинской науки и к своим профессиональным возможностям;
- обесцениванию ценности человека по «естественному» основанию;
- безразличию и равнодушию к пациентам.

В. В. Вересаев оставил беспрецедентные по откровенности характеристики этих состояний. О своем скептицизме он писал: «Преодо мною все шире развертывалась... медицина — немощная, бессильная, ошибающаяся и лживая, берущаяся лечить болезни, которых не может определить... которых заранее не может вылечить...»² В «Записках врача» он приводил переживания подобного рода и других врачей. Типичным в этом отношении было и откровение С. П. Боткина, которым он делился в письме к своему коллеге. Лечебную работу «тянешь как ляжку, прописывая массу ни к чему не ведущих лекарств. Это не фраза и дает тебе понять, почему практическая деятельность в моей поликлинике так тяготит меня. Имея громадный

¹ *Гиппократ. Избранные книги. С. 87–88.*

² *Вересаев В. В. Записки врача // Собр. сочинений. Т. 1. С. 240.*

материал хроников, я начинаю вырабатывать грустное убеждение о бессилии наших терапевтических средств...»¹

Не менее откровенны у Вересаева и описания процесса формирования презрения к человеку и обесценивания ценности человека по «естественному» основанию: «Взгляд мой на человека удивительно упростился... он стал для меня не более, как живым трупом...»²

Равнодушие и безразличие к человеку, «очерствление» души не заставили себя долго ждать: «Я все больше начинал привыкать к страданиям больных... Это привыкание дает мне возможность жить и дышать, не быть постоянно под впечатлением мрачного и тяжелого, но такое привыкание врача в то же время возмущает и пугает меня, особенно тогда, когда я вижу его обращенным на самого себя...»³

Данное высказывание весьма информативно. Во-первых, оно обнаруживает, что «соскок» врача в цинизм — распространенное явление. Во-вторых, становится очевидно, что у врача, оказавшегося в таком состоянии, есть два пути: или остаться в нем и принять его как «возможность жить и дышать», или предпринять все необходимое, чтобы из него выйти.

Действительно, существуют объективные причины формирования профессионального цинизма: ежедневная атмосфера страданий и привыкание к ним; объективная ограниченность знаний и умений врача; вынужденное попрание элементарной гуманности (насилие в психиатрии, преодоление стыдливости, эксперименты, вскрытия); неблагодарность больных, их несправедливость и даже ненависть в ряде случаев. Несмотря на это, для врача чрезвычайно опасно выбирать путь принятия цинизма как выхода из данной реальности. Конечно же, есть люди, исповедующие цинизм на протяжении многих лет. Им кажется, что они, таким образом, создают себе психологическую защиту и уже ничто не может их уязвить. Они думают, что с ними все в порядке, но в реальности это весьма сомнительно. Ведь по закону психологической проекции человек начинает верить, что к нему относятся так же, как и он к людям, и это уже путь к различным невротическим состояниям. Они проявляются в таких чертах, как устойчивая мрачность, бесчувственность даже в особенно тяжелых ситуациях, пресыщенность, равнодушие при обличении, насмешливость (например, в анатомичке, при виде мертвых, в сложных ситуациях). В христианской психотерапии это состояние называется «окамененное нечувствие». Для многих это путь в депрессию, уже не только как в некое настроение, душевную, нравственную склонность, но как в патофизиологическое состояние.

Известно, что депрессия опасна тем, что способна привести к самоубийству. В. В. Вересаев приводит следующую статистику самоубийств среди врачей. За 1889—1892 гг. самоубийства составляли 3,4% смертей врачей вообще, при этом 10% — смертей земских врачей. В возрасте от 25—35 лет самоубийства врачей составляли 10% обычной смертности (т.е. из 10 умерших врачей,

¹ Вересаев В. В. Записки врача. С. 334.

² Там же. С. 223.

³ Там же. С. 375.

один — самоубийца). Вересаев приводит и утверждение проф. Сикорского, что «...врачи имеют печальную привилегию занимать первое место (относительно других профессий) по числу самоубийств»¹. Эти тенденции рубежа XIX—XX вв. сохраняются и в настоящее время. Онлайн-издание *Business Insider*, основываясь на результатах исследования Национального института профессиональной безопасности и здоровья США (NIOSH), назвало 19 профессий, представители которых чаще всего совершают самоубийства. Изучив более 11 млн свидетельств о смерти по всему миру, ученые выяснили, что количество самоубийств среди врачей в два раза выше, чем среди представителей остальных профессий. Причем, женщины-врачи совершают самоубийства в три раза чаще, чем представители других профессий в среднем.

Такие данные неудивительны. Опыт, на который опирается христианская психотерапия и нравственное богословие, свидетельствует, что там, где воцаряется равнодушие, начинается болезнь души. Более того, цинизм и равнодушие для человека могут быть опаснее вражды и ненависти. Даже ослепленный враждой человек воспринимает врага всерьез, и потому за враждой и ненавистью могут последовать примирение, воссоединение и обновление.

Такая оценка равнодушия характерна для идеалистически-религиозной этической традиции, которая имела господствующее влияние много веков и была распространена в России. С этой традицией были связаны и ответы на вопрос, как преодолеть эту профессиональную опасность. Эта одна из почти забытых в нашей культуре традиций, предлагающих свой способ преодоления такого состояния и тому, кто уже имел подобный опыт, и тому, кто хотел бы его не иметь.

Эта традиция связана с интерпретацией Нагорной проповеди Христа (Мф. 5:3—12)² под углом зрения обсуждаемой проблемы. Здесь говорится о реальных людях — «нищих духом», «плачущих и скорбящих», кротких, алчущих и жаждущих правды, милостивых, чистых сердцем, миротворцев, изгнанных за правду, поносимых и гонимых. Но в эти образы вполне вписываются и врачи, осознающие неполноту (нищету) своих знаний и умений, жаждущие знания и «правды», скорбящие в ежедневной атмосфере страданий, милостивые, «поносимые» неблагодарностью, «алчущие» справедливости. Необходимо понимать, что перечисленные и переживаемые состояния непосредственно связаны с «благом». «Блаженны» (от греч. *makarios* — счастливый) те, кто осознает, что именно переживание в земной жизни перечисленных состояний максимально

¹ Вересаев В. В. Записки врача. С. 391.

² «Блаженны нищие духом, ибо их есть Царство Небесное. Блаженны плачущие, ибо они утешатся. Блаженны кроткие, ибо они наследуют землю. Блаженны алчущие и жаждущие правды, ибо они насытятся. Блаженны милостивые, ибо они помилованы будут. Блаженны чистые сердцем, ибо они Бога узрят. Блаженны миротворцы, ибо они будут наречены сынами Божиими. Блаженны изгнанные за правду, ибо их есть Царство Небесное. Блаженны вы, когда будут поносить вас и гнать, и всячески неправедно злословить за Меня. Радуйтесь и веселитесь, ибо велика ваша награда на небесах: так гнали и пророков, бывших прежде вас. Радуйтесь!» (Мф. 5:3—11)

приближает к жизни вечной. И понимание этого должно быть основанием душевного мира, а не депрессии, радости, а не уныния. В силу этого, такие состояния врача, как осознание ограниченности знаний и умений, переживание страданий и привыкание к ним, непрекращающаяся тревога за состояние больных, неблагодарность и несправедливость пациентов, не должны с механической необходимостью приводить к цинизму. Человек биологически не запрограммирован на цинизм, он нравственно свободен для добра и даже для «умного» страдания. Несмотря на то, что вся деятельность врача состоит из трудных моментов, все же она, как ни парадоксально, дарит радость. Перед врачом встает задача понимания и принятия всех трудностей, сохранения сочувствия, сопереживания, милосердия через постижение **противоположности и единства «скорбей и радости»**. В идеалистически-религиозной традиции для развития этого чувства и его индивидуального поддерживания необходима связь с первоисточником этой свободы и радости — Христом. Самое главное в Христе — его человеколюбие как основание того, что и мы призваны и можем принять в свое сердце каждого страдающего человека, избежать равнодушия и отсутствия любви к другим. Связь с Богом должна быть постоянной, творческой, осознанной. Это, безусловно, непросто и требует определенной и непрекращающейся работы по совершенствованию себя. Неслучайно Н. И. Пирогов советует коллегам: «Пусть же каждый из нас решит с убеждением этот столбовой вопрос жизни — жить, совершенствуясь»¹.

В фокусе внимания современной профессиональной этики врача находятся многие вопросы: соотношение этики врача и новых законов, регулирующих медицинскую деятельность; этические вопросы применения новых биомедицинских технологий; этика финансовых отношений с больным; допустимость эвтаназии; объем новых прав пациентов и т.п. Важен и вопрос о роли и качестве психоэмоционального и нравственного состояния врача, ведь биомедицинская этика — это уникальная форма защиты личности врача, в том числе и от неблагоприятных воздействий медицинской практики.

Контрольные вопросы и задания

1. Чем объясняются многократные переиздания и переводы на английский, французский, немецкий языки работы В. В. Вересаева «Записки врача»?
2. В чем основной конфликт между интересами медицины как науки и интересами живого человека как ее объекта?
3. Перечислите пять трудных («проклятых») вопроса врачебной этики по Вересаеву.
4. Как связаны между собой вопросы о медицинских экспериментах на людях, врачебной тайне и профессиональном цинизме?
5. На каких принципах строилась аргументация естественности цинизма в различных философских школах?
6. Аргументируйте тезис, что «Клятва Гипократа» — одна из первых форм преодоления цинизма в профессиональной деятельности врача.

¹ Пирогов Н. И. Вопросы жизни. С. 224.

7. В каких формах проявляется профессиональный цинизм в медицине?
8. Перечислите объективные причины формирования профессионального цинизма.
9. Какие выходы и формы преодоления профессионального цинизма предлагает культура?
10. Запрограммирован ли на цинизм человек биологически?
11. В чем заключается диалектика противоположности и единства «скорбей и радости» в профессиональной практике врача?
12. Относится ли вопрос о нравственном состоянии врача к проблемам биомедицинской этики?
13. Можно ли рассматривать равнодушие по отношению к пациентам, безразличие к своим обязанностям, игнорирование мнений коллег, неудовлетворенность работой как проявления профессиональной нравственной несостоятельности?

3.5. Е. С. Боткин и проблема доминанты интересов пациента¹

Евгений Сергеевич Боткин родился 27 мая 1865 г. в Царском Селе (ныне г. Пушкин) в семье известного русского врача-терапевта Сергея Петровича Боткина.

После окончания гимназии в 1882 г. он поступил на физико-математический факультет Петербургского университета. Однако авторитет отца — основателя экспериментального направления отечественной терапевтической школы — и увлечение медициной оказались сильнее, и в 1883 г. Боткин поступает в Военно-медицинскую академию.

Первая должность Е. С. Боткина — врач-ассистент Мариинской больницы для бедных. С самого начала врачебной практики он уделял большое внимание больному не только как носителю определенного диагноза, но, прежде всего, как личности, т.е. пациенту с его духовными и душевными проблемами. Более того, он считал, что врач у постели больного должен сначала выяснить его духовные проблемы, постараться помочь решить их, а уже потом приступать к лечению. Или делать это одновременно. Его подход к лечению — облегчить течение болезни даже вопреки возражениям, которые ему часто приходилось выслушивать от коллег: «дело безнадежное, а статистику портит». Для Евгения Сергеевича не существовало других аргументов, кроме главного — помочь страждущему человеку с его болью. В конце 1890 г. на собственные средства он уезжает за границу для знакомства с устройством берлинских больниц и работой ведущих европейских ученых. Через три года он возвращается к работе в Мариинской больнице в качестве сверхштатного ординатора.

Одновременно с клинической практикой Е. С. Боткин занимался и научными исследованиями, основными направлениями которых были вопросы иммунологии, сущности процесса лейкоцитоза, защитных свойств форменных элементов крови. Диссертацию на соискание степени доктора медицины «К вопросу о влиянии альбумоз и пептонов на некоторые

¹ Автор выражает благодарность академику РАМН А. Г. Чучалину за выявление вклада наследия Е. С. Боткина в развитие отечественной медицины и значения подвига страсто-терпца Евгения (Боткина) для профессиональной этики врача.

функции животного организма» он защищает в Военно-морской академии в 1893 г. Официальным оппонентом на защите был И. П. Павлов. В 1897 г. Е. С. Боткин был избран приват-доцентом Академии. Подход к пациентам, который характеризовал его отношение к больным, Боткин настоятельно разъяснял на своих лекциях студентам: «Раз приобретенное вами доверие больных переходит в искреннюю привязанность к вам, когда они убеждаются в вашем неизменно сердечном к ним отношении. Когда вы входите в палату, вас встречает радостное и приветливое настроение — драгоценное и сильное лекарство, которым вы нередко гораздо больше поможете, чем микстурами и порошками... Только сердце для этого нужно, только искреннее сердечное участие к больному человеку. Так не скупитесь же, приучайтесь широкой рукой давать его тому, кому оно нужно. Так, пойдем с любовью к больному человеку, чтобы вместе учиться, как ему быть полезным».

В 1904 г. начинается Русско-японская война. Евгений Сергеевич добровольно вступает в действующую армию. Занимая высокую должность заведующего медицинской частью Российского общества Красного Креста в Маньчжурской армии, он участвовал и в боях на передовых позициях, заменяя раненых фельдшеров.

О значении для него участия в войне Евгений Сергеевич высказался в изданной в 1908 г. книге «Свет и тени Русско-японской войны 1904—1905 гг.: Из писем к жене»: «За себя я не боялся: никогда еще не ощущал в такой мере силу своей веры. Я был совершенно убежден, что как ни велик риск, которому я подвергался, я не буду убит, если Бог того не пожелает».

Еще в действующей армии он узнает, что назначен почетным лейб-медиком императорской семьи. Вплотную приступая к своим обязанностям в 1908 г., Евгений Сергеевич Боткин продолжает традиции отца, бывшего лейб-медиком двух русских царей (Александра II и Александра III).

С начала своего служения он занимал особое место среди большого штата врачей, среди которых были титулованные хирурги, окулисты, акушеры, дантисты. Его отличали талант клинического мышления и чувство искренней любви к детям царской семьи, переболевших многими детскими инфекциями.

Однако главным пациентом Евгения Сергеевича был царевич Алексей, страдавший гемофилией. При угрожающих жизни цесаревича состояниях Боткин днями и ночами не отходил от постели больного мальчика, используя все медицинские средства и окружая его заботой. Ребенок чувствовал искреннее отношение и писал ему в одном из писем: «Я Вас люблю всем своим маленьким сердцем».

Во время Первой мировой войны лейб-медик Боткин помогал царской семье организовывать госпитали во дворцах: Зимнем в Петербурге, Екатерининском в Царском Селе. В 1916 г. из-за громадного наплыва раненых в Екатерининском дворцовом госпитале будет катастрофически не хватать медицинского персонала и 16-летняя дочь Боткина пойдет туда служить сестрой милосердия. Даже в своем доме в Царском Селе на Садовой улице, 4, Евгений Сергеевич организовал небольшой лазарет.

В феврале 1917 г. в России был совершен государственный переворот. Временным правительством было принято решение о направлении низло-

женной царской семьи в Тобольск. Приближенным бывшего императора было предложено покинуть семью. Кто-то сделал это. Евгений Сергеевич Боткин принимает решение не покидать своих пациентов. На вопрос царя, как же он оставит своих детей (Татьяну и Глеба), доктор ответил, что для него нет ничего выше, чем выполнение долга врача.

В Тобольске Боткину выделили две комнаты в доме купца Корнилова. В них он начал проводить прием больных из местного населения и солдат охраны. Об оказании медицинской помощи жителям Тобольска и солдатам охраны Евгений Сергеевич напишет в письме: «Их доверие меня особенно трогало, и меня радовала их уверенность, которая их никогда не обманывала, что я приму их с тем же вниманием и лаской, как всякого другого больного и не только как равного себе, но и в качестве больного, имеющего все права на все мои заботы и услуги».

В сентябре 1917 г. в Тобольск прибыли дети Боткина, Татьяна и Глеб, и разместились в комнатах, отведенных их отцу.

Иоганн Мейер, австрийский солдат, попавший в русский плен в годы Первой мировой войны и перешедший на сторону большевиков в Екатеринбурге, написал воспоминания «Как погибла царская семья». В книге он сообщает о сделанном большевиками предложении доктору Боткину оставить царскую семью и выбрать себе место работы, например, где-нибудь в московской клинике. Очевидно, Боткин знал о скорой казни. Знал и, имея возможность выбора, предпочел спасению верность присяге врача и данному царю обещанию. Вот как это описывает И. Мейер: «Видите ли, я дал царю честное слово оставаться при нем до тех пор, пока он жив. Для человека моего положения невозможно не сдержать такого слова. Я также не могу оставить наследника одного. Как могу я это совместить со своей совестью? Вы все должны это понять, — сказал врач».

Данный факт созвучен содержанию документа, хранящегося в Государственном архиве Российской Федерации. Этот документ — последнее, неоконченное письмо Евгения Сергеевича, датированное 9 июля 1918 г. Так как в письме он часто обращается к «принципам выпуска 1889 г.», т.е. выпуска студентов-медиков Военно-медицинской академии, вероятно, оно было адресовано неизвестному другу-сокурснику. Вот выдержки из этого письма:

«...Надеждой себя не балую, иллюзиями не убаюкиваюсь и неприкрашенной действительности смотрю прямо в глаза...»

«Меня поддерживает убеждение, что “претерпевший до конца, тот и спасется”, и сознание, что я остаюсь верным принципам выпуска 1889-го года».

«Вообще, если “вера без дел мертва есть”, то “дела” без веры могут существовать, и если кому из нас к делам присоединится и вера, то это лишь по особой к нему милости Божьей».

«Это оправдывает и последнее мое решение, когда я не поколебался покинуть своих детей круглыми сиротами, чтобы исполнить свой врачебный долг до конца, как Авраам не поколебался по требованию Бога принести ему в жертву своего единственного сына».

Письмо Боткина свидетельствует, что все убитые в доме Ипатьева были к смерти готовы и встретили ее достойно. Это установленные факты. Евгений Сергеевич Боткин в 1981 г. был причислен Русской Православной Церковью Заграницей к лику святых (рис. 3.5).



Рис. 3.5. Икона страстотерпца Евгения Боткина

Последний лейб-медик последнего русского императора — пример героического служения людям, верности моральным принципам медицинской профессии, в частности одному из них, известному как принцип доминанты интересов больного.

Принцип приоритета всегда предполагает раскрытие содержания того, над чем устанавливается приоритет в отношениях между сравниваемыми явлениями, состояниями, объектами или субъектами. Служение Е. С. Боткина — пример верности и исполнения принципа приоритета пациента над личными интересами врача. История медицины полна яркими примерами выполнения врачами этого принципа. Каждый практикующий врач может привести тысячи подобных примеров, начиная от отказа врачом от житейских личных планов ради пациента до различных вариантов ситуации, которую можно условно назвать «последней операцией хирурга». Один из примеров: опытный врач-хирург, будучи сам больным, инвалидом по болезни сердца, откликается на просьбу коллег и больного, оперирует и спасает тяжелобольного пациента. Но выйдя из операционной, тут же умирает от упадка сердечной деятельности.

Сегодня принцип доминанты интересов пациента над интересами врача дополняется принципом «приоритета человека» над интересами общества и науки.

В «Конвенции о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины: конвенция о правах человека

и биомедицине» (далее — Конвенция) Совета Европы в качестве основополагающей нормы провозглашается «приоритет человека». Именно так называется ст. 2 ч. I Конвенции. Понятие «приоритет» предполагает ответ на вопрос, над чем устанавливается приоритет человека? Согласно данной статье, «интересы и благо отдельного человека превалируют над интересами общества или науки»¹. Конвенция — документ международного права в области здравоохранения. В Конституции РФ (1993 г.) в ст. 15 (п. 4) утверждается, что «общепризнанные принципы и нормы международного права и международные договоры Российской Федерации являются составной частью ее правовой системы»². К сожалению, установленный международным правом приоритет не соответствует действующему Федеральному закону «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в котором нет упоминания о том, что «интересы и благо отдельного человека превалируют над интересами общества или науки».

Весьма показательны, что и в преамбуле «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», принятых в июле 1993 г., законодатели Российской Федерации, «стремясь к совершенствованию правового регулирования и закрепляя приоритет прав и свобод человека и гражданина в области охраны здоровья», не помещают логически и грамматически необходимую формулировку того, над чем закрепляется этот приоритет.

В чем причина сложившейся в России ситуации непризнания того, что «интересы и благо отдельного человека превалируют над интересами общества или науки»? Причина кроется в идеологии, которая десятки лет господствовала в СССР и основными принципами которой были коллективизм и сциентизм. Принцип коллективизма заключал в себе приоритет общественных интересов над личными. Признание данного приоритета трактовалось идеологами марксизма-ленинизма как ее отличительная особенность: «Социалистический коллективизм в корне противоположен буржуазному индивидуализму»³. Названный приоритет базировался на концепции так называемой социальной сущности человека: в самом человеке нет ничего кроме черт его общественной природы; сущность человека заключается в «совокупности всех общественных отношений»⁴. Сциентизм господствующей идеологии заключался в принципе, согласно которому наука представляет собой основную производительную силу, непосредственно определяющую материальное благополучие общества. Идеология марксизма-ленинизма, провозгласившая сама себя наукой, превращала науку в некий культ, высшую ценность. Неудивительно, что интересы науки, безусловно, доминировали не только над индивидуальными интересами, но даже и над интересами коллективов разного уровня (производство, село, город и т.д.).

¹ См. Биомедицинская этика. Сб. статей / под ред. президента РАМН В. Покровского. М., 1998.

² Конституция Российской Федерации. 1993. Ст. 15. П. 4.

³ Коллективизм / Словарь по этике. М.: Изд-во политической литературы, 1970. С. 117.

⁴ Маркс К., Энгельс Ф. ПСС. Т. 3. С. 3.

Расставленные приоритеты международного права не соответствуют принципам, имеющим до сих пор влияние в России.

Но возникают вопросы: какое идеологическое основание имеют международные приоритеты? Каково их происхождение? На какой этике они базируются? Совместима ли она с духовно-нравственными особенностями России? В какой культурной традиции они формируются?

Предпринятые исследования¹ обнаруживают, что этой культурной традицией является христианская этика. Приоритет человека в христианской этической традиции обусловлен, как минимум, тремя факторами. Во-первых, признанием того, что человек сотворен по образу и подобию Божию, т.е. теоцентризм христианской этики защищает человека от различных форм социотризма и сциентизма. Богочеловеческая природа Христа Спасителя является основанием прав на свободу, честь и достоинство человеческой жизни. Во-вторых, тем, что человек призван к совершенствованию и к Богообщению (теозису — обожению, в терминах христианской теологии). В-третьих, приоритет человека в христианской этической традиции обусловлен тем, что «совокупность совершенства» есть любовь к ближнему, «ибо весь закон в одном слове заключается: “люби ближнего твоего как самого себя”» (Гал. 5:14).

Такое понимание человека лежит в основе отечественной нравственной традиции. В русской религиозной философии великий спор о приоритетах, спор о том, что важнее — социальная польза или христианская любовь к человеку, начал Ф. М. Достоевский. Он спрашивал: что дороже — слезы ребенка или весь мир познания? «Скажи мне сам прямо, я зову тебя — отвечай: представь, что это ты сам возводишь здание судьбы человеческой с целью в финале осчастливить людей, дать им, наконец, мир и покой, но для этого необходимо и неминуемо предстояло бы замучить всего лишь одно только крохотное созданыце, ...ребеночка... и на неотомщенных слезках его основать это здание, согласился ли бы ты быть архитектором на этих условиях, скажи и не лги.” “Нет, не согласился бы”, — тихо проговорил Алеша»².

Ф. М. Достоевский стоит у истоков русской религиозной нравственной философии, каждый представитель которой вслед за Алешей Карамазовым говорит «нет, не согласен», и каждый удивительно гармонично дополняет друг друга в разработке неопровержимой аргументации и в обосновании того, что «светлое будущее» человечества не может быть куплено ценою «слез ребенка», что любовь и сострадание к конкретному человеку «здесь и сейчас» дороже радужных перспектив научно-технического прогресса.

Безнравственную науку, игнорирующую ценность человеческой жизни, Ф. М. Достоевский называл «полунаукой»: «...Полунаука, самый страшный бич человечества, хуже мора, голода и войны, не известный до нынешнего столетия. Полунаука — это деспот, каких еще не приходило до сих пор никогда. Деспот, имеющий своих жрецов и рабов, деспот, перед которым

¹ См.: *Силуянова И. В.* В фокусе внимания — современная медицина / Конвенция о защите прав и достоинства человека русского православия. М.: Республика, 2002. С. 156—172.

² *Достоевский Ф. М.* Братья Карамазовы // Собр. соч. в 10 т. М., 1958. Т. 9. С. 308.

все преклонилось с любовью и с суеверием, до сих пор немислимым, перед которым трепещет даже сама наука и постыдно потекает ему»¹.

Именно в условиях распространения полунатуки и стал возможен феномен безнравственной науки, легализованный в нацистской Германии.

Нюрнбергский процесс 1946–1947 гг. вскрыл чудовищную реальность зверств нацистской «науки». «Во славу науки» — как известно — это основной аргумент, выдвигавшийся на Нюрнбергском процессе в защиту нацистских «врачей».

Спор о приоритетах, начатый Достоевским в XIX в., до сих пор не окончен и не утихает. Идеологический штамп о недопустимости ограничений прогрессивного развития науки весьма влиятелен и распространен в постсоветском обществе. Тем не менее согласно ст. 4 Федерального Закона «О науке и государственной научно-технической политике» (1996): «Научный работник имеет право на: мотивированный отказ от участия в научных исследованиях, оказывающих негативное воздействие на человека, общество и окружающую природную среду» (п. 6). «Научный работник обязан: осуществлять научную, научно-техническую деятельность и (или) экспериментальные разработки, не нарушая права и свободы человека, не причиняя вреда его жизни и здоровью, а также окружающей природной среде» (п. 7). В 2002 г. был принят Федеральный закон «О временном запрете на клонирование человека». Этот запрет был продлен Федеральным законом «О введении временного запрета на клонирование человека» в 2010 г. на неопределенный срок — до вступления в силу закона, устанавливающего порядок применения биотехнологий в этой области. Само название законов свидетельствует о допустимости в современной России «удовлетворения справедливых требований морали» (ст. 29 Всеобщей декларации прав человека, 1948 г.), в данном случае приоритета интересов человека над интересами науки и перспектив научно-технического прогресса.

Контрольные вопросы и задания

1. Что отличало отношение к больному Е. С. Боткина — молодого врача-ассистента Мариинской больницы для бедных?
2. Что было главным для Боткина в пациенте: определенный диагноз или личность, т.е. пациент с его духовными и душевными проблемами?
3. Каково главное средство обретения доверия больных врачу по Е. С. Боткину?
4. В чем видел свой долг врача по отношению к императорской семье Е. С. Боткин в 1917 г. после государственного переворота в России?
5. Как Е. С. Боткин осуществлял принцип справедливости врачебной этики по отношению к жителям Тобольска?
6. Какое значение имела религиозная вера для врачебного дела Е. С. Боткина?
7. Являет ли собой служение Е. С. Боткина пример верности и исполнения принципа приоритета пациента над личными интересами врача?
8. В чем сходство и отличие принципов доминанты интересов пациента над интересами врача и принципом приоритета человека над интересами общества и науки?
9. Чему отдан приоритет между интересами человека и интересами общества и науки в сциентизме и коллективизме?

¹ Достоевский Ф. М. Бесы // Собр. соч. в 10 т. М., 1957. Т. 7. С. 266.

10. В какой классической этической традиции формируется принцип доминанты интересов пациента над интересами врача и принцип приоритета человека над интересами общества и науки?

11. Назовите три фактора, связывающие принцип доминанты интересов пациента над интересами врача и принцип приоритета человека над интересами общества и науки с идеалистической и религиозной этической традицией.

12. Каковы подходы и аргументы натуралистическо-прагматической этики к проблеме доминанты интересов?

13. Каково содержание архетипа «слеза ребенка» в русской религиозной нравственной философии? Почему «светлое будущее» человечества не может быть куплено такой ценою?

14. В чем суть феномена «полунауки» по Ф. М. Достоевскому?

3.6. Святитель Лука (В. Ф. Войно-Ясенецкий) и проблема доверия пациента врачу

Целостность личности святителя Луки как основа этической позиции

Личность святителя Луки (Войно-Ясенецкого) — архиепископа, ученого, профессора и хирурга — поистине уникальна. Святитель Лука отличался многогранностью способностей и разносторонностью деятельности. Тем не менее эти многогранность и разносторонность были основаны на одном принципиальном качестве. Именно оно превращает ученого, священника, врача в человека, суждения которого о морали и о профессиональной врачебной этике представляют собой не голословное теоретизирование, а практический опыт. Это качество — целостность личности.

Очень часто врач, старающийся быть внимательным и сострадательным к больному, как правило, не знает о терапевтическом и религиозном значении сострадания и милосердия. Профессор Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий, архиепископ Русской Православной Церкви, знал и использовал это знание в единстве слов и дел. Его жизнь — удивительный пример целостности личности, гармонично соединявшей веру христианина и знание ученого, богословие и науку, этику и медицину.

Профессор Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий (рис. 3.6) родился 27 апреля 1877 г. в Керчи, в семье провизора. С детства он мечтал быть художником и юношей собирался поступить в Академию художеств, но желание приносить непосредственную пользу людям пересилило, и он изменил свои планы. В 1903 г. он с отличием окончил медицинский факультет Киевского университета. В 1904 г. во время войны с Японией был направлен с госпиталем Красного Креста на Дальний Восток и работал в Чите заведующим хирургического отделения госпиталя. С 1905 по 1917 г. В. Ф. Войно-Ясенецкий работал земским врачом в больницах Симбирской, Курской, Саратовской и Владимирской губерний, проходил практику в московских клиниках. За это время он сделал множество операций на мозге, органах зрения, сердце, желудке, кишечнике, желчных путях, почках, позвоночнике, суставах и т.д. и внес много нового в технику операций. В 1916 г. В. Ф. Войно-Ясенецкий защитил в Москве диссертацию на тему «Регионарная анестезия» и получил степень доктора медицины.

В 1917 г. он уезжает в Ташкент, получив по конкурсу место главного врача и хирурга Ташкентской больницы. Войно-Ясенецкий был одним из инициаторов организации Ташкентского университета и с 1920 г. избран там профессором топографи-

ческой анатомии и оперативной хирургии. Врачебное искусство, а с ним и известность профессора Войно-Ясенецкого возрастали с каждым годом. В разного рода сложных операциях он изыскивал и первым применял методы, затем повсеместно признанные. Бывшие ученики рассказывали чудеса о его хирургической технике. На амбулаторные приемы к нему больные шли непрерывным потоком.



Рис. 3.6. Святитель Лука (В. Ф. Войно-Ясенецкий)

На вершине славы выдающегося ученого и крупного хирурга профессор Войно-Ясенецкий начинает путь христианского проповедника. В 1921 г. Войно-Ясенецкий был рукоположен в сан священника и начинает служить в Ташкентском кафедральном соборе, оставаясь и профессором университета. В 1923 г. отец Валентин принял пострижение в монашество с именем Луки в честь евангелиста Луки – апостола, врача и художника. В том же году он становится епископом Ташкентским и Туркестанским. Неделию спустя после тайного рукоположения в епископы его арестовали по стандартному подозрению в «контрреволюционной деятельности». Это стало началом 11 лет тюрем и ссылок. Епископа Луку ссылали на Север трижды, но везде он продолжал работать по своей медицинской специальности. С 1927 г. живет в Красноярском крае, затем в городе Красноярске, где служил в местном храме и работал врачом в городской больнице. Самая жестокая и далекая ссылка епископа Луки – за 200 км от Полярного круга. Во время третьего ареста, в 1937 г., к нему применили жесточайшую пытку – 13-дневный «допрос конвейером». Во время этого допроса сменяются следователи, арестанта же днем и ночью держат практически без сна и отдыха. Епископа Луку били сапогами, сажали в карцер, содержали в ужасающих условиях.

Несмотря на трагические события в жизни он не оставляет научную и практическую деятельность по хирургии, и все время, в какие бы условия ни попадал, он везде продолжал эту работу. В 1934 г. вышла в свет его книга «Очерки гнойной хирургии», ставшая настольной книгой хирургов, в которой был воплощен не только уникальный опыт автора, но и основной принцип врачебной этики – любовь к страдающему человеку. «Для хирурга не должно быть “случаев”, а только живой, страдающий человек», – утверждал епископ Лука. В начале Великой Отечественной войны, осенью 1942 г., он был возведен в сан архиепископа. С первых же дней войны до конца 1943 г. епископ Лука работал главным хирургом и консультантом Красноярского эвакогоспиталя для тяжелораненых. В конце 1943 г. вышло 2-е издание «Очерков гнойной хирургии», переработанное и увеличенное почти вдвое, а в 1944 г. – книга «Поздние резекции инфицированных огнестрельных ранений суставов». За эти два труда архиепископу Луке была присуждена Сталинская премия I степени. В конце 1943 г. он переезжает в Тамбов и, хотя у него начало заметно ухудшаться зрение, ведет активную работу в эвакогоспиталях, выступает с докладами, читает лекции для врачей, учит их и словом, и делом. В мае 1946 г. он был назначен архиепископом Симферопольским и Крымским. В Симферополе он публикует три новые медицинские работы, но катастрофически теряет зрение. В 1956 г. архиепископ Лука полно-

стью ослеп, но продолжает принимать больных, молясь об их выздоровлении, и его молитвы творили чудеса. В последние годы жизни он только слушал, что ему читают, и диктовал свои работы и письма. Святитель скончался в Симферополе рано утром 11 июня 1961 г. В 2000 г. Архиерейский Собор Русской Православной Церкви прославил священноисповедника Луку в сонме святых новомучеников и исповедников российских XX в.

Патернализм как классический тип взаимоотношения между врачом и пациентом

Идеи и позиция святителя по вопросам профессиональной этики чрезвычайно актуальны и значимы, особенно в связи с тенденциями изменения фундаментального типа взаимоотношения между врачом и пациентом, известного как патернализм.

В профессиональной врачебной этике на протяжении более двадцати столетий абсолютным признанием пользовались ценности милосердия, сострадания, заботы, помощи, которые составляли краеугольное основание морально-нравственного отношения врача к больному, страдающему человеку. Это отношение получило название патернализм (от лат. *pater* – отец): врач, как отец, заботящийся о своем ребенке, сострадает больному, помогает ему, берет ответственность за принимаемые решения о его лечении.

Ни для кого не секрет, что патернализм как норма отношений «врач – пациент» укоренен в христианской культуре. В христианстве роль отца, которую призван выполнить врач, включает не кровнородственный смысл, а религиозный. Врач играет роль исполнителя и проводника любви и милосердия, воли Бога Отца Вседержителя.

В конце XX в. в медицинском сообществе стали набирать силу антипатерналистские тенденции. Все чаще стали появляться суждения о крахе патернализма. Вместо него стали разрабатываться и внедряться новые модели взаимоотношения врача и пациента, такие как совещательная, информационная, техническая, контрактная и т.п. Разработка этих моделей активно осуществлялась в США и странах Западной Европы. В чем суть, например, научной, или технической, модели? С точки зрения сторонников этой модели, медицина сегодня – это наука, а врач – ученый-исследователь. Но в таком случае он должен опираться только на объективные факты и быть беспристрастным, т.е. свободным от каких-либо моральных ценностей. И если, например, фетальная терапия или регенеративные (восстановительные) технологии стволовыми эмбриональными клетками выходят на уровень статистической эффективности, то их применение не должно быть ограничено никакими ценностными барьерами ни в индивидуальном сознании врача, ни в общественном сознании. «Не должно» с точки зрения «технической модели», но «должно», например, с точки зрения категорического императива Канта, не допускающего превращения человека (в данном случае на ранней стадии развития) в средство для достижения «эффективной» цели.

К новым предложениям относится и информационная модель по Е. Эсмануэль и Л. Эсмануэль (США). «В соответствии с ней от врача требуется

предоставление больному всей информации, касающейся заболевания. В задачи пациента входит выбор медицинского вмешательства по своему усмотрению, на врача возлагается обязанность лишь осуществить выбранное лечение»¹. В новых моделях четко разграничиваются объективные факты и пожелания больного. При этом врач меняет роль отца на роль или консультанта, или советчика, или компетентного эксперта-профессионала. Что это означает? Прежде всего, что при расхождении мнения пациента о предстоящем лечении с объективными медицинскими данными врач должен отдавать предпочтение мнению и решению пациента.

В каждой из этих моделей есть рациональное зерно. Но можно ли соглашаться с их антипатернализмом? Основной упрек патернализму сводится к главному: он ограничивает свободу пациента. Действительно, патернализм не согласуется с основными установками либерализма. В первую очередь, это относится к пониманию свободы, которая превращается в форму своеволия человека, которую никто и ничто не имеет право ограничивать. Как должно относиться к этим тенденциям медицинское сообщество? Можно ли с этим согласиться? И согласился бы с этим святитель Лука?

Основания классического патернализма святителя Луки

В работе «Дух, душа и тело», которую В. Ф. Войно-Ясенецкий начал в 1920-х гг., будучи только врачом, доктором медицинских наук, а закончил в 1947 г. уже архиепископом Крымским и Симферопольским, св. Лука обосновывает именно патерналистские отношения между врачом и пациентом. Его обоснование включает три аргумента.

Первый аргумент раскрывает значение патернализма как основу формирования доверия врачу.

Уже в XVI в. четко осмысливается значение веры человека в излечение и во врача. Врачебное сообщество убеждается, что успешность лечения во многом определяется верой пациента: «Тот, кто больше верит, излечивается лучше»². В середине XX в. святитель Лука подтверждает, что «доверие или недоверие врачу... глубоко определяет исход болезни»³. Понимание доверия больного к врачу как элемента терапии непосредственно связано с пониманием веры в христианстве. «Вера... есть осуществление ожидаемого» (Евр. 11:1). Сформировать у больного и укрепить доверие может и даже обязан врач, именно потому «...доверие или недоверие врачу... глубоко определяет исход болезни».

Второй аргумент связан с вопросом, как же формировать это доверие, т.е. посвящена раскрытию механизма его формирования. Для ответа на этот вопрос св. Лука прибегает к учению о центральной нервной системе. Святитель пишет: «Физиологи вполне выяснили зависимость психических актов и состояний от нормальных процессов или патологических функ-

¹ Эсмануэль Е., Эсмануэль Л. Четыре модели взаимоотношений врача и больного // JAMA. Журнал Американской Медицинской Ассоциации. 1992, октябрь.

² Gorton D. F. History of Medicine. P. 205.

³ Архиепископ Лука (Войно-Ясенецкий). Дух, душа и тело. С. 85.

ций нервной системы вообще»¹. Причем «центральная нервная система главенствует над всеми соматическими процессами, определяет и направляет работу всех органов, их рост и трофическое состояние, могущественно воздействует на течение физиологических процессов»². При этом головному мозгу приписываются психические функции. Разделение же низших и высших функций лишь фиксируют господство последних над всеми прочими. «Поэтому мы вправе считать все воздействия центральной нервной системы на органы и ткани психическими воздействиями»³. И самая главная мысль: «...если несомненно, что соматические процессы в значительной степени определяют течение психических процессов, то столь же несомненно, что необходимо признать и психическое воздействие на все соматические процессы в организме»⁴.

Практический опыт врача убеждает святителя Луку в «могущественном влиянии психики больного на течение болезни». Надежда на исцеление или психическая депрессия влияют на исход болезни. И эту надежду, веру в исцеление способен и даже обязан формировать врач. Он же может «неосторожными разговорами в присутствии больного о серьезности его болезни» определить ее потерю.

Логикой безукоризненного рассуждения святитель корректирует материалистическое утверждение о соматической зависимости психики, меняя вектор этой зависимости. В итоге святитель обнаруживает полную гармонию с христианским богословием, где понимание человека связано с его целостностью в духе, душе и теле. В христианской антропологии способности духа и души относятся к более высокому уровню, чем телесность, и намного превосходят ее возможности. Для христианской антропологии типично сравнение тела человека с домом, истинный хозяин которого — дух человека и его душа. Христианское понимание устройства человека способствовало становлению суггестивной терапии (терапии внушения). Выдающийся христианский врач XVI в. Дж. Кардано рассматривал ее как необходимую и эффективную составляющую любого терапевтического воздействия.

Святитель Лука в свою очередь пишет: «Психотерапия, состоящая в словесном, вернее, духовном воздействии врача на больного, — общепризнанный, часто дающий прекрасные результаты метод лечения многих болезней»⁵.

Обратим внимание на это утверждение, ибо с ним связан третий аргумент в поддержку патернализма, отвечающий на вопрос, кто именно должен формировать доверие пациента? Сегодня эту функцию зачастую передают психологам, лишая врача возможности выполнять ее. Правильно ли это? И что полагает по этому вопросу св. Лука? Обратимся еще раз к цитате: «Психотерапия, состоящая в словесном, вернее, духовном воздействии

¹ *Архиепископ Лука (Войно-Ясенецкий)*. Дух, душа и тело. С. 84.

² Там же. С. 84–85.

³ Там же. С. 85.

⁴ Там же.

⁵ Там же.

врача на больного, — общепризнанный, часто дающий прекрасные результаты метод лечения многих болезней»¹. Данный текст свидетельствует, что святитель говорит именно и исключительно о враче, а не о психологе, хотя нельзя не обратить внимание, что ко времени написания работы психология как наука уже существует более 70 лет². Тем не менее св. Лука полагает, что психотерапевтическая задача — функция врача. Почему же именно врача? Потому что врач — особенная профессия, ее отличие от других в том, что она моральна по сути. Другими словами, появление этой профессии было вызвано не экономическими мотивами, или финансовыми потребностями, или чисто познавательными интересами, а определено необходимостью помогать людям в немощном, нездоровом состоянии. Профессию врача отличает от любой другой возможность постоянного проявления заботы, оказания помощи нуждающемуся человеку, т.е. возможность реально творить добро. Врачевание — это целенаправленное, организованное осуществление добра³. В Святом Писании говорится: «Всякое даяние доброе... исходит свыше от Отца светов» (Иак. 1:17).

В середине XX в. св. Лука продолжал развивать патерналистские традиции врачебной этики, раскрывая религиозные основания взаимоотношения врача и пациента. Его понятие «духовного воздействия» было результатом осмысления сложных отношений между врачом и пациентом в лечебной практике. Святитель Лука констатировал «целебный» характер соучастия и личной включенности врача в лечебный процесс. Труды св. Луки, его жизнь демонстрируют результаты этого соучастия, эффективность которого уникальна при ясном осознании задач лечебной деятельности, сущности и смысла болезней (рис. 3.7). Отказываясь от патерналистских традиций, мы в значительной степени ограничиваем возможности медицины и лишаем больного человека ряда важнейших вспомогательных факторов выздоровления и исцеления.

Биомедицинское знание и практика сегодня, так же как и в предшествующие эпохи, неразрывно связаны с этическим знанием, которое в пространстве европейской и российской культуры неотделимо от христианских традиций. Пренебречь, сознательно или бессознательно, связью медицины, этики и религии или исказить ее — значит неизбежно исказить сущность и назначение каждого из этих жизненно важных способов человеческого существования. Творческое наследие св. Луки помогает осознать, что отрыв врачевания от этики и морали может привести к потере достоинства, свободы и милосердия в делах медицины. Не расчет пользы, благ или интересов, к которому призывает прагматическая этика, а понимание сущности,

¹ *Архиетископ Лука (Войно-Ясенецкий)*. Дух, душа и тело. С. 85.

² Историки психологии полагают, что историческое и логическое начало научной психологии было положено книгами Г. Т. Фехнера «Элементы психофизики» (1860 г.) и В. Вундта «Основы физиологической психологии» (1873–1874 гг.).

³ Необходимо заметить, что все ведущие психологи, ставя перед собой задачу изучить поведение человека, исключают (и это главное) его морально-этическую мотивацию. Весьма характерно в этом отношении определение предметного пространства психологии, которое было дано Б. Ф. Скиннером в названии его психологического бестселлера «По ту сторону свободы и достоинства» (1971 г.).

устройства и предназначения человека, будь то врач или пациент, остается краеугольным камнем понимания врачебной этики.



Рис. 3.7. Понимание сущности и причин болезни

Биомедицинская этика — это сокровищница профессиональной мудрости. Овладение же этой мудростью способно умножить духовное, душевное и телесное здоровье человека.

Контрольные вопросы и задания

1. Что доказывает возможность гармоничного соединения знания ученого и веры христианина, богословия и науки, этики и медицины?
2. Чем объясняется в наши дни популярность среди профессионалов книги профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого «Очерки гнойной хирургии»: уникальным врачебным опытом или воплощением принципа любви к страдающему человеку?
3. Какие ценности профессиональной врачебной этики на протяжении более двадцати столетий пользуются абсолютным признанием?
4. Раскройте содержание такого морально-нравственного отношения врача к больному страдающему человеку, как патернализм.
5. Какие смыслы понятия *pater* вы знаете?
6. Существует ли связь патернализма как нормы отношений «врач — пациент» с христианской культурой и в чем она проявляется?
7. Перечислите антипатерналистские тенденции в медицинском сообществе в конце XX в.
8. Перечислите варианты новых американских моделей взаимоотношения врача и пациента.
9. В чем достоинства и недостатки научной, или технической, модели взаимоотношения врача и пациента?
10. В чем суть информационной модели по Е. Эсмануэль и Л. Эсмануэль?
11. К чему сводится основной упрек патернализму со стороны либерализма?
12. Равнозначны ли понятия «свобода» и «своеволие» человека?
13. Каковы основания классического патернализма святителя Луки (Войно-Ясенецкого)?

14. Можно ли рассматривать доверие больного к врачу как элемент терапии? Почему?

15. Назовите основной способ формирования доверия больного к врачу.

Темы рефератов

1. М. Я. Мудров как первый переводчик «Клятвы Гиппократата».
2. «Клятва Гиппократата» и «Факультетское обещание» русских врачей.
3. Принципы и правила врачебной этики М. Я. Мудрова.
4. Учитель и ученик: М. Я. Мудров и Н. И. Пирогов.
5. Вклад Н. И. Пирогова в развитие профессиональной этики врача.
6. Проблема врачебных ошибок и феномен «моральной коррупции» в медицине.
7. Врачебное правило «ошибки и смертельные случаи скрывай» в прошлом и настоящем.
8. Методологическое значение анализа врачебных ошибок для развития научного медицинского знания.
9. Особенности «прочной и сознательной русской медицинской традиции» (И. Ильин).
10. В. В. Вересаев о конфликте интересов медицины как науки с интересами человека как ее объекта.
11. «Философия цинизма» в философских школах Европы.
12. Обязательство Гиппократата: «Чисто и непорочно буду проводить я свою жизнь и свое искусство».
13. Цинизм и нравственное содержание синдрома профессионального выгорания.
14. Е. С. Боткин как семейный врач царской семьи.
15. Профессиональный долг врача Е. С. Боткина и принцип доминанты интересов больного.
16. Служение святителя Луки (Войно-Ясенецкого) как воплощение принципа «вера без дел мертва».
17. Классический патернализма святителя Луки.

Глава 4

ДЕОНТОЛОГИЧЕСКАЯ ПАРАДИГМА В МЕДИЦИНЕ¹

Изучив содержание данной главы, бакалавр должен:

знать

- содержание деонтологической формы биомедицинской этики;
- причины формирования деонтологических отличий по направлениям в медицине XX в.;
- содержание медицинской деонтологии в разных областях медицинской практики;

уметь

- определять значение соблюдения деонтологических норм для повышения качества и эффективности медицинской помощи;
- различать общее и особенное в деонтологии разных медицинских специальностей;
- применять деонтологические рекомендации в профессиональной медицинской деятельности;
- определять связь медицинской деонтологии с основными парадигмами биомедицинской этики;

владеть

- навыками использования деонтологических норм в профессиональной медицинской деятельности.
-

Медицинская деонтология — это совокупность правил межличностных отношений и ответственных взаимодействий, соответствующих конкретной области медицинской практики, будь то терапия, педиатрия, акушерство и т.д.

Соответствие поведения врача той или иной медицинской специальности определенным этическим нормативам составляет деонтологический уровень медицинской этики, ее деонтологическую парадигму или часть.

Профессор Н. Н. Петров первым в советской медицинской науке начинает использовать термин «деонтология». Этим термином он обозначал реально существующую область медицинской практики — врачебную этику, которую в России пытались отменить после переворота 1917 г. за связь с идеалистической и религиозной культурой. Но уйти от этой связи исторически и логически невозможно. Основы представлений о долге и должном лежат в религиозной этике. Основоположителем этической деонтологии принято считать И. Канта (1724–1804). Его позиция состояла в отрица-

¹ Автор выражает благодарность академику РАМН П. И. Сидорову за возможность использовать материалы его труда. См.: Сидоров П. И., Парняков А. В. Клиническая психология. М., 2008.

нии необходимости учитывать мотивы, цели и последствия того или иного поступка для квалификации его как морального. Для Канта моральность поступка определяется исключительно выполнением или невыполнением долга, а не тем, ради чего действие совершается и к каким результатам приводит. Этим утверждением деонтология противостоит гедонизму, утилитаризму и другим концепциям, в которых моральность действия определяется полезностью его результата, а не соответствием действий человека с долгом не только по *целям действия*, но и по *средствам* их достижения.

Принцип соблюдения долга — основной для деонтологической модели. Соблюдать долг — значит выполнять определенные требования. **Недолжный поступок** — тот, который противоречит требованиям, предъявляемым врачу со стороны медицинского сообщества, общества и его собственных воли и разума. Когда правила поведения открыты и точно сформулированы для каждой медицинской специальности, принцип соблюдения долга не признает оправданий при уклонении от его выполнения, в том числе аргументы от «приятного и неприятного», «полезного и бесполезного» и т.п. Идея долга является определяющим, необходимым и достаточным основанием действий врача. Если человек способен действовать по безусловному требованию долга, то соответствует избранной им профессии, если нет — то должен покинуть профессиональное сообщество.

Своды точно сформулированных правил поведения разработаны практически для каждой медицинской специальности. Многочисленные советские издания по медицинской деонтологии периода 1960—1980-х гг. содержат подробный перечень и описание этих правил практически по всем медицинским областям.

4.1. Деонтология в терапии

Терапевтический профиль врачевания обладает рядом особенностей отношения врача-терапевта к пациенту. Они концентрируются на двух этапах: поисково-диагностическом и лечебно-реабилитационном. В стадии определения диагноза чрезвычайно значим расспрос пациента. Важен не только учет характера жалоб, но и внимание к особенностям личности больного, индивидуальным чертам, национальности, образу жизни и мировоззрению, к оценке пациента происходящих и происшедших событий его жизни, включая конфликты общения, степень фиксации на них и мера уязвленности ими. Такой «анамнез жизни» важен и для лечебно-реабилитационного процесса, для того, чтобы пациент осознал связь своей соматической болезни с внешней и внутренней историей своей жизни. Врач-терапевт должен достичь максимального доверия, которое одно способно дать врачу полноценное представление о заболевании пациента. Одно из средств достижения доверия заключается в том, что врач должен избегать каких-либо оценок тех жизненных принципов, которые исповедует пациент, характера сложившихся у того социальных отношений и т.п. Врач должен ставить перед собой задачу войти в доверие к пациенту, позволить ему выговориться, что подчас имеет определяющее значение для постановки правиль-

ного диагноза и достижения адекватной самооценки себя пациентом. Эти данные становятся важны на лечебно-реабилитационной стадии, особенно в случае необходимости преодоления больным определенных патогенных привычек, особенностей поведения и отношения к себе, близким и окружающим. В терапевтической практике в полной мере должен реализовываться принцип лечения не болезни, а больного, личность которого в значительной степени определяет особенности болезни, что предполагает и специфику назначаемого и проводимого врачом лечения. Врач использует различные методы воздействия на пациента с целью коррекции нарушенных установок, изменения взглядов больного на свое состояние и социальное окружение и пересмотра уровня притязаний. При выборе методов влияния при лечении терапевтических расстройств основной акцент делается не столько на болезнь, сколько на личность пациента и его ситуацию.

В терапевтической практике важны психологическая совместимость врача и больного и особенности их взаимоотношений.

Формы взаимодействия врача и больного при лечении терапевтических заболеваний различны в острый период и в фазе выздоровления. В острый период врач должен активно работать с пациентом, определять и ставить диагноз. В это время больной обеспокоен своим состоянием, тревожен и с обостренным вниманием воспринимает каждое слово врача. Например, при сердечно-сосудистых заболеваниях часто проявляет себя феномен, который назван «социокультурной символикой сердца», связанный с тем значением, которое придает человек сердцу. Врачу надо особенно внимательно следить за своими словами. Как правило, на этом этапе обосновано патерналистское отношение к больному. Однако на последующих этапах лечения его желательно корректировать в зависимости от локализации патологического процесса, длительности заболевания, выраженности болевого синдрома и других факторов. К моменту выписки и на этапах амбулаторного лечения отношения «врач — больной» должны приобретать характер сотрудничества.

При лечении психосоматических заболеваний роль взаимодействия врача и больного возрастает. Необходимо попытаться сформировать у больного представление о причинах заболевания и предложить адекватные способы реагирования на особенности клинических проявлений изменений его состояния.

Контрольные вопросы и задания

1. Что такое медицинская деонтология?
2. Чем различаются медицинская и философская деонтологии?
3. Чем определяется моральность поступка для Канта: выполнением или невыполнением долга, целью действия или полезностью его результата?
4. Раскройте содержание принципа «соблюдение долга».
5. Каковы особенности отношения врача-терапевта к пациенту на поисково-диагностическом этапе?
6. Каковы особенности отношения врача-терапевта к пациенту на лечебно-реабилитационном этапе?

7. Должен ли врач-терапевт стремиться достичь максимального доверия пациента, которое способно дать полноценное представление о заболевании?
8. Перечислите способы и средства достижения врачом доверия пациента.
9. Можно ли в терапевтической практике достичь единства принципов «лечения не болезни, а больного» и стандартизации в оказании услуг?
10. Как проявляется в терапии патерналистское отношение к больному?

4.2. Деонтология в хирургии

Отношения «хирург — пациент» связаны с особенностями *хирургического больного*, которые включают, как правило, типичную реакцию пациентов на необходимость хирургического вмешательства — боязнь и страх. Такая реакция определяется двумя основными объективными факторами:

- постоянным присутствием операционного риска (в той или иной степени);
- отсутствием абсолютной гарантии успеха операционного вмешательства.

Страхи больного, боязнь операционного вмешательства порождаются объективными факторами. В силу этого основная задача врача-хирурга — преодолеть эти эмоциональные состояния больного. Хирургических пациентов нужно специально, порой длительно готовить к операции, используя различные методы, включая беседы, внушение, медикаменты. Эта задача чрезвычайно важная, так как от ее решения в значительной степени зависит исход всего лечения. Многолетний опыт детских врачей-хирургов свидетельствует, что детей, боящихся хирургического вмешательства, ни в коем случае нельзя оперировать¹.

Доктор А. В. Гуляев полагает: «Со страхом больного перед операцией, когда он не превосходит определенных норм, можно было бы помириться, если бы дело ограничивалось самочувствием. Но многочисленные исследования по физиологии эмоций свидетельствуют о далеко идущих пертурбациях во всех физиологических системах под влиянием страха. При этом еще вопрос, у какого больного более гладко проходит операционный период: у трусливого, который не сдерживает своих эмоций, или у храброго, который их не проявляет и силой воли глубоко прячет. Мы опасаемся больных последней категории, конденсирующих свои эмоции без их разрядки»².

Замечено, что легче успокоить больных, когда их страх отчетливо проявляется в поведении. Значительно труднее это бывает в отношении людей хладнокровных, рассудительных, дисциплинированных. Страхи у таких больных могут проявляться в виде кризов, коллапса, шока или в неожиданных и необычных психопатологических симптомах. Не следует жалеть время на психологическую подготовку таких больных к операции. Среди врачей-хирургов распространено мнение, что психологическая подготовка

¹ Долецкий С. Я. Деонтология в педиатрии // Деонтология в медицине: в 2 т. М.: Медицина, 1988. Т. 2. С. 71.

² Гуляев А. В. Вопросы деонтологии в медицине // Первая всесоюзная конференция по проблемам медицинской деонтологии. М.: Медицина, 1970. С. 71–81.

к операции должна проводиться столь же тщательно, как и подготовка операционного поля.

В отечественной хирургической деонтологии сложилась устойчивая позиция, согласно которой хирург должен не только знакомить больного с характером хирургического вмешательства, в сдержанно-тактичной форме касаясь описания риска операции, но главное опираться на внушение надежды на положительный исход. Об этом пишут такие хирурги, как Н. Н. Петров, Б. В. Петровский и др.¹

На эту позицию необходимо обратить внимание, так как она входит в противоречие с требованиями юридической модели «информированного согласия», предполагающей объективное изложение, т.е. информирование обо всех деталях и рисках операции. Симптоматично, что, с точки зрения Н. Н. Петрова, «информирование» должно включать не столько «адекватную информацию», сколько внушение «незначительности риска в сравнении с вероятной пользой операции»². Такая позиция, например в ходе судебного процесса о нанесенном вреде пациенту, с точки зрения прокурора будет оценена как заинтересованная и недопустимая манипуляция больным. Но с точки зрения адвоката хирурга именно эта профессиональная форма общения включает необходимый элемент успешного исхода оперативного вмешательства.

Решению задачи преодоления страхов и боязни больного подчинено следующее правило профессиональной этики хирурга, сформулированное Н. Н. Петровым: *«Для душевного покоя больных необходимы посещения хирурга накануне операции и несколько раз в самый день операции как до нее, так и после»*.

К сожалению, это правило может не соблюдаться в условиях жесткого лимита времени в предоперационный период. Это правило может быть подвергнуто сомнению и под влиянием низкого профессионализма врача или особенностей оперативного вмешательства. Например, по воспоминаниям сотрудников известного хирурга-трансплантолога В. И. Шумакова, он лично с пациентами не знакомился и не посещал их до операции. Эта привычка хирурга не может рассматриваться как правило. Скорее всего, это была индивидуальная особенность В. И. Шумакова, которая объясняется тем, что трансплантация, которой он занимался, в годы его активной деятельности только внедрялась, что неизбежно сопровождалось высоким уровнем смертности и инвалидности пациентов. Такой привычкой хирург как бы защищал себя от эмоциональных травм и переживаний, связанных с характером его деятельности.

Тем не менее тенденция некоторого отрыва хирурга от больного в последнее время усиливается. Это связано с практикой конвейерной схемы вмешательств, с многопрофильным характером подготовки больного и проведения операции. Такая тенденция негативно оценивается специали-

¹ Петров Н. Н. Вопросы хирургической деонтологии. Л. : Медгиз, 1956 ; Петровский Б. В., Соколов В. И. Деонтология в современной хирургии // Деонтология в медицине: в 2 т. М. : Медицина, 1988. Т. 2. С. 3–38.

² Петров Н. Н. Вопросы хирургической деонтологии. С. 51.

стами как растворяющая личную ответственность врача-хирурга за жизнь больного и обезличивающая результат лечения. Отрицательным тенденциям «бригадного метода», часто неизбежного в современной хирургии (например при сверхдлительных микрохирургических операциях), должно противостоять ясное осознание значения коллективного начала в профессии, атмосфера сотрудничества и общей ответственности.

Посещения больного хирургом как до операции, так и после (включая реанимационное отделение) необходимо для создания у больного доверия к врачу, для мобилизации желания и веры пациента в излечение — важнейших субъективных факторов достижения положительных результатов лечения. Этой цели служит и такой прием, как помещение пациента в одну палату с выздоравливающими пациентами: их опыт и состояние служат формированию психической стабильности пациента.

К основным этическим принципам лечения хирургического больного Н. Н. Петров в работе «Вопросы хирургической деонтологии» относил и следующие правила:

- хирургия для больных, а не больные для хирургии;
- делай и советуй делать больному только такую операцию, на которую ты согласился бы при наличной обстановке для самого себя или для самого близкого тебе человека;
- идеалом большой хирургии является работа с действительно полным устранением не только всякой физической боли, но и всякого душевного волнения больного.

Контрольные вопросы и задания

1. Что относится к особенностям хирургического больного?
2. Назовите объективные факторы повышенной степени страха и боязни у хирургического больного.
3. Какие есть методы преодоления эмоциональных состояний хирургических пациентов?
4. Кто — врач-хирург или клинический психолог — должен обеспечивать мобилизацию желания выздороветь и веры пациента в излечение, что является важнейшим субъективным фактором достижения положительных результатов лечения?
5. В чем расходятся тактика знакомства больного с характером хирургического вмешательства у таких хирургов, как Н. Н. Петров, Б. В. Петровский, и требования юридической модели «информированного согласия»?
6. По какому этическому вопросу расходились позиции хирурга-трансплантолога В. И. Шумакова и хирурга Н. Н. Петрова?
7. Какие существуют этические оценки и опасности практики конвейерной схемы вмешательств, многопрофильного характера подготовки больного и проведения различных вариантов «бригадного метода» операций?
8. Перечислите основные этические правила лечения хирургического больного по работе Н. Н. Петрова «Вопросы хирургической деонтологии».
9. В чем этичность принципа «хирургия для больных, а не больные для хирургии»?
10. Как соотносится этическая максима «люби ближнего как самого себя» и правило хирурга Н. Н. Петрова: «Делай и советуй делать больному только такую операцию, на которую ты согласился бы при наличной обстановке для самого себя или для самого близкого тебе человека»?

4.3. Деонтология в акушерстве и гинекологии

Акушерство — самая древняя область медицины. В течение многих веков вырабатывались нормы поведения, которые определяли и определяют отношения между врачом, с одной стороны, и беременной, роженицей, родильницей, больной и ее родственниками — с другой. Они закреплялись в письменных трактатах, а также передавались из уст в уста от поколения к поколению. Те из них, которые многократно выверены жизнью, приобрели форму ценностей, нарушение которых считается предосудительным. К ним относится, например, принцип доминанты интересов матери, ребенка и их родственников. В современном обществе нормы взаимоотношений в акушерстве и гинекологии закрепляются юридически.

Особенности медицинской деонтологии в акушерстве и гинекологии непосредственно связаны с особенностями нравственных переживаний женщин-пациенток. Гинекологическая практика, в ходе которой возникает ряд проблем нравственного и социального характера, требует высокой морально-этической культуры медицинских работников.

— При гинекологическом обследовании проявление стыдливости у женщин совершенно естественно, и к этому нравственному явлению нужно относиться с должным уважением. Для установления хорошего контакта с больными необходимы тактичность и осторожность при беседе и обследовании. Тактичность врача предполагает сдержанную и спокойную реакцию на получаемую в ходе беседы информацию. При проведении манипуляций важно, чтобы медицинская сестра помогала врачу-гинекологу, особенно, если врач — мужчина.

Важная задача в акушерско-гинекологической практике связана с преодолением ***страха перед беременностью***. Внимание молодых женщин следует обратить на естественное природное предназначение женщины и ценность материнства. Следует объяснить возможные неблагоприятные последствия от применения противозачаточных средств и предупредить о вероятности побочных явлений от приема противозачаточных таблеток (тошнота, угнетение аппетита, неприятный вкус во рту, нежелательная полнота и др.).

Беременность и роды являются одними из значительных событий в жизни женщины. При зачатии возникают опасения за судьбу будущего ребенка: будет ли он здоров, не смогут ли возникнуть какие-либо аномалии в его физическом и психическом развитии и др. К концу беременности возникает тревога, связанная с предстоящими родами (страх боли, опасения смерти от различных осложнений, боязнь возможных разрывов промежности и др.). Течение беременности зависит от многих факторов: от свойств личности женщины, социального положения, отношений в семье, социально-бытовых условий и др., о которых врач и медицинская сестра женской консультации должны иметь определенное представление и учитывать в ходе общения с пациентками.

В основе этичности взаимоотношений медицинского персонала с беременной женщиной лежат:

— готовность оказать помощь и проявить заботу и интерес к пациентке;

— уважение к ценностным ориентациям беременной женщины, к ее восприятию жизни; умение принимать другие взгляды, понимать нежелательные или отрицательные формы поведения с выделением положительных тенденций;

— умение сопереживать, т.е. умение поставить себя на место беременной женщины, так как сопереживание имеет решающее значение для установления доверительных отношений;

— умение слушать и концентрировать внимание на том, что говорит пациентка.

Принципы этикета общения предполагают:

1) умение перенести внимание с себя на говорящего пациента, во время беседы не перебивать его вопросами, комментариями, интерпретациями, а терпеливо слушать, ожидая паузу или окончание высказывания;

2) устранение отвлекающих факторов: звонков, других людей, шума, работы, действий с какими-либо предметами (ручкой, бумагой), так как внимание должно быть сосредоточено на говорящем пациенте;

3) открытый взгляд (но не пристальное рассматривание) на пациента, что позволит тому понять, что он значим и то, что он говорит, важно;

4) стремление понять основной смысл слов пациента, его эмоции и чувства, не спешить с суждениями (поспешные выводы могут быть ошибочными и даже опасными);

5) необходимость понимания, о чем человек избегает говорить: в этом часто и заключается болезненная проблема;

6) старание не проявлять эмоциональные реакции (удивление, гнев, печаль), которые являются помехой в достижении доверия врачу.

Акушерка, медицинская сестра или врач должны учитывать чувства беременной женщины. Это имеет решающее значение для предотвращения конфликтов, обид и упреков в невнимательности со стороны персонала.

Типичной ошибкой гинеколога на первом приеме является вопрос врача: «Вам направление на аборт?» — без предварительной беседы о состоянии и намерениях женщины при факте установления беременности. Из бесед с большим числом беременных и рожениц установлено, что радость в связи с подтверждением беременности омрачается воспоминаниями об этом вопросе на приеме у гинеколога.

Каждой женщине с первых минут установления факта беременности необходима доброжелательная, заинтересованная поддержка, способствующая вынашиванию беременности и рождению здорового ребенка.

Еще совсем недавно в нашей стране присутствие мужа при родах у жены считалось недопустимым. Однако сегодня действующий Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в ст. 21 предусматривает, что «отцу ребенка или иному члену семьи предоставляется право при наличии согласия женщины с учетом состояния ее здоровья присутствовать при рождении ребенка»¹. Практика показывает,

¹ Биомедицинская этика. Сборник нормативно-правовых документов в области прав человека в контексте биомедицинских исследований. С. 611.

что привлечение отца ребенка к поддержке беременной как в период подготовки ее к родам, так и в процессе самих родов позволяет более успешно создавать атмосферу уверенности в благоприятном завершении беременности, помогает управлять родами, способствует консолидации семьи.

Сложные нравственные переживания возникают у женщин, беременных от внебрачной связи (страх осуждения, проблема воспитания ребенка без отца и др.). Эти женщины требуют особого внимания работников женской консультации. Необходимо учитывать все причины, по которым женщина может быть замкнута и не проявлять открытость: нежелание говорить о себе и своем положении, боязнь осуждения со стороны персонала, чувства стыда и вины. В таких случаях важно научиться понимать проявляемые и скрываемые чувства.

Формирование веры в благоприятный исход беременности, родов и дальнейшей жизни — задача врача и акушерки женской консультации и родильного дома.

В связи с этим особое внимание должно уделяться одной из сложных проблем акушерства — **боли в процессе родов**. В 1920—1930 гг. в нашей стране были разработаны приемы по профилактике родовых болей. Психопрофилактическая подготовка к безболезненным родам строится на принципах учения И. П. Павлова.

В целях устранения у беременных женщин опасений, связанных с предстоящими родами, читаются лекции, проводятся курсовые, индивидуальные или групповые собеседования, демонстрируются кинофильмы о родах и т.д., показываются гимнастические упражнения по нормализации дыхания, способствующие расслаблению мышц. Необходимо разъяснить женщине, что существенную помощь при родах она окажет себе сама, если будет выполнять все указания врача и акушерки.

К классическим этическим проблемам медицинской практики относится общение с женщиной, потерявшей ребенка. Медицинский персонал так же, как матери и родственники роженицы, настроен на благополучное разрешение родов, поэтому в трагических ситуациях и врачи, и медицинские сестры в той или иной степени тоже испытывают чувство вины, досады, печали, боли, подавленности и дискомфорта. Часто медицинский персонал старается не показывать своих эмоций, медики скрывают, что испытывают чувство вины и подавленности. Однако необходимо, чтобы женщина видела, что окружающие и заботящиеся о ней люди понимают ее и сочувствуют ее горю.

В это время исключительно важно проявлять внимание к физическому состоянию пациентки, так как она пережила роды, но женщине чрезвычайно необходима и нравственная поддержка.

Медицинскому персоналу не всегда легко общаться с женщиной, только что потерявшей ребенка: трудно найти слова, но простыми действиями, например, пожатием руки или легким объятием, можно сказать очень многое. Во время общения нужно просто терпеливо слушать роженицу, а если она замыкается, побуждать рассказывать о своих переживаниях, какими бы болезненными и противоестественными те не были.

К традиционным этическим проблемам гинекологии относится **искусственное прерывание беременности**. В настоящее время в законодательствах большинстве стран мира ограничено применение этой медицинской манипуляции. А в таких странах, как Израиль, Польша и ряде других, производство аборта запрещено.

В России производство абортов разрешено по желанию женщины до 12 нед. беременности, по социальным показаниям — до 22 нед. и по медицинским показаниям — до конца срока беременности. Тем не менее в действующем Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» исключен статус аборта как права женщины, введено «время тишины», т.е. временные ограничения для производства аборта (ст. 56) и узаконено права врача на отказ от проведения аборта (ст. 70, п. 3).

В условиях демографического кризиса в стране врач должен действовать по принципу презумпции деторождения и естественных законов природы. Это означает, что при беседе с беременной женщиной врач должен предложить родить и не принуждать ее к аборту. Женщину необходимо предупредить о возможных отрицательных последствиях аборта и предложить заполнить бланк документа «Информированное согласие на операцию — хирургический аборт». Принцип профессиональной солидарности и сотрудничества как основной принцип биомедицинской этики предполагает знание российским врачом подходов мирового медицинского сообщества к регулированию этических проблем аборта, которые выражены в специальном документе — Декларации Всемирной медицинской ассоциации «О медицинских абортах».

О медицинских абортах (1983 г.)

1. Основопологающий моральный принцип врача — уважение к человеческой жизни с момента ее зачатия.
2. Обстоятельства, противопологающие интересы потенциальной матери интересам ее неродившегося ребенка, ставят врача перед необходимостью выбора: сохранить беременность или преднамеренно ее прервать.
3. Неоднозначность выбора определяется разными религиозными и нравственными позициями, причем любое из решений требует уважения.
4. Определение отношения к этому вопросу и правил его решения в данном государстве или общине лежит вне компетенции медицины; врачи должны лишь обеспечить защиту своим пациентам и отстаивать собственные права в обществе.
5. В тех странах, где медицинские аборт разрешены законом, компетентные специалисты могут делать их на легальном основании.
6. Если личные убеждения не позволяют врачу рекомендовать или сделать медицинский аборт, он должен перепоручить пациентку компетентному коллеге.

Помимо традиционных проблем перед врачом встают современные биоэтические проблемы, связанные с внедрением в медицинскую практику новых технологий.

Современные методы **генноинженерной диагностики** позволяют более чем у 90% беременных установить пол плода при исследовании клеток амниотической жидкости или хориона с помощью хромосомоспецифиче-

ских зондов на X и Y хромосомы. Это важно для оценки степени риска наследственных заболеваний, сцепленных с полом (гемофилия, прогрессирующая мышечная дистрофия и др.), и решения вопроса о сохранении или прерывании беременности по медицинским показаниям. С биоэтических позиций определение пола плода с целью регулирования рождаемости по желанию семьи необоснованно, так как означает вмешательство в природу человека и может привести общество к демографическим сдвигам и социальным проблемам.

Генная терапия (трансплантация генов) — введение нормального гена в клетки человека, страдающего наследственным заболеванием, — пока сложный клинический эксперимент, хотя многие специалисты связывают будущее медицины с этим методом лечения. Однако если поиски методов генной терапии наследственных болезней и допустимы, то они должны быть ограничены использованием соматических клеток (лейкоцитов, культуры других клеток) с запретом манипуляций над половыми клетками, чтобы сохранить неприкосновенным генный аппарат человека.

С точки зрения биоэтики существует ряд нерешенных проблем при оценке методов **вспомогательных репродуктивных технологий** (ВРТ). Моральный и юридический статус эмбриона и плода вступают в противоречие с практикой массовой гибели человеческих эмбрионов при экстракорпоральном оплодотворении и имплантации эмбрионов. Требуется серьезных научных исследований вопрос о состоянии здоровья «пробирочных детей», так как по последним данным 75% рожденных таким методом подвержены серьезным заболеваниям. Внедрение новых технологий репродукции человека ставит вопросы о социальных и моральных критериях их недопустимого применения для одиноких женщин, одиноких мужчин, лиц с девиантным сексуальным поведением. Проблематичными остаются и вопрос подсадки оплодотворенной яйцеклетки другой женщине — суррогатной матери, и вопросы купли-продажи донорских половых клеток и т.п. Недопустимы в этическом отношении попытки улучшения генофонда человечества путем искусственного оплодотворения женщин спермой гениальных людей, что предполагается рядом исследователей, отстаивающих принципы евгеники, как формы решения ряда социальных проблем.

Морально недопустимо **репродуктивное клонирование** и эксперименты с трансплантацией клеточного ядра соматической клетки матери в ее же яйцеклетку. Это может представлять интерес для животноводства, но неприменимо в отношении человека, так как, по сути, в данном случае речь идет о селекции однотипных индивидуумов. В этом же смысле неприемлем и партеногенез — искусственное активирование неоплодотворенной яйцеклетки с последующим развитием зародыша.

Внедрение новых биомедицинских технологий требует внимательного анализа социальных прогнозов, морально-нравственного выбора и морально корректного регулирования применения технологий, связанных с репродукцией человека.

Контрольные вопросы и задания

1. Что относится к особенностям медицинской деонтологии в акушерстве и гинекологии?
2. Почему необходима тактичность и осторожность при беседе и обследовании в акушерстве и гинекологии? Какие нравственные чувства пациенток нужно учитывать?
3. Из чего складывается тактичность врача?
4. В чем естественное предназначение женщины?
5. Почему у женщин возникает страх перед беременностью?
6. Какие факторы должны лечь в основу этичности взаимоотношений медицинского персонала с беременной женщиной?
7. Перечислите принципы этикета общения.
8. Предусматривает ли действующий Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» присутствие мужа при родах у жены?
9. В чем аморальность искусственного прерывания беременности?
10. Назовите основополагающий моральный принцип врача по декларации Всемирной медицинской ассоциации «О медицинских абортах».
11. Почему считается необоснованным регулирование рождаемости по желанию семьи?
12. Допустимо ли в России морально и законодательно репродуктивное клонирование?

4.4. Деонтология в педиатрии

Деонтология в педиатрии – совокупность этических рекомендаций, которые должны учитываться врачом, так как выверены клиническим опытом и поэтому необходимы и достаточны для действий врача.

Деонтология в педиатрии предполагает наличие медицинских знаний; информированность об особенностях возрастной патологии и возрастной физиологии, без которых трудно выявить ранние патологические отклонения; владение специальными навыками общения с детьми, основанными на знании их возрастных особенностей; а также систему знаний о моральных отношениях «врач – родители – больной ребенок».

Деятельность педиатра основана не только на прямом контакте с детьми, но и на общении с ближайшими родственниками с их характерологическими особенностями восприятия состояния здоровья своего ребенка. Без четкого представления об этических особенностях отношений «врач – родители – больной ребенок» нельзя гарантировать безопасность детей при получении ими медицинской помощи. Умение врача успокоить, объективно информировать родителей о методах диагностики, организации медицинской помощи ребенку, развитии возможных осложнений и при этом получить согласия на лечение, ободрить и настроить на активную помощь является обязательной морально-этической составляющей работы врача-педиатра.

В качестве деонтологических норм, требующих особого внимания при организации и оказании медицинской помощи детям, можно выделить принцип конфиденциальности (или сохранения врачебной тайны) и принцип информированного согласия.

Принцип конфиденциальности, или сохранения врачебной тайны

В настоящее время к понятию *врачебной тайны, или права пациента на конфиденциальность*, относится запрет медицинскому работнику сообщать третьим лицам информацию о состоянии здоровья пациента, диагнозе, результатах обследования, самом факте обращения за медицинской помощью и сведений о личной жизни, полученных при обследовании и лечении. Однако необходимо отметить, что третьими лицами в педиатрии являются родители больного ребенка, несовершеннолетие которого является основанием для разглашения сведений, касающихся состояния здоровья их детей, и получения согласия на медицинское вмешательство. При этом нельзя не учитывать, что сами родители часто стремятся сохранить в тайне пороки развития ребенка, наследственные заболевания, умственную отсталость, психические заболевания у членов семьи. Особого внимания проблема сохранения врачебной тайны требует в ситуации, когда подросток (особенно девушка) сообщает врачу о начале половой жизни, не поставив об этом в известность родителей. В детских лечебных учреждениях нередко истории болезни хранятся ненадлежащим образом и могут быть доступны посторонним лицам, эпикризы зачастую печатаются техническими сотрудниками, которые получают доступ к медицинским заключениям. Разглашение врачебной тайны сопряжено с вмешательством посторонних людей в жизнь семьи и личную жизнь ее членов.

От врачей и медицинского персонала особая тактичность требуется по отношению к родителям и ребенку, инфицированному ВИЧ. Сохранение врачебной тайны в этом случае проблематично с этической точки зрения, так как окружающие и сверстники видят в ребенке заразного больного. Это вынуждает родителей тщательно скрывать наличие ВИЧ-инфекции у ребенка, что лишь осложняет ситуацию и лишает их медицинской и социальной поддержки. Медицинским персоналом должна проводиться просветительская работа об особенностях распространения ВИЧ-инфекции. Хотя дети с ВИЧ-инфекцией не представляют опасности для окружающих, в ряде случаев приходится ограничивать контакты таких пациентов со сверстниками. Это необходимо, если ребенок болен гемофилией, страдает носовыми кровотечениями, мокнущей экземой и т.п.

Принцип информированного согласия

Концепция информированного согласия на медицинское вмешательство в ее современном виде восходит к «Нюрнбергскому кодексу» и находит развитие в отечественном законодательстве.

Согласно Федеральному закону «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», «необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина или его законного представителя» (ст. 20)¹. В объем понятия «информация», согласно ст. 20, входят:

- доступная форма полной информации;
- информация о целях лечения;

¹ Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

- информация о методах оказания медицинской помощи и связанных с ними рисках;
- информация о возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях;
- информация о предлагаемых результатах оказания медицинской помощи¹.

Получение информированного согласия в педиатрии всегда проблематично, так как, как правило, дети — некомпетентные пациенты, т.е. не в состоянии адекватно понять то, что им сообщают. Поэтому интересы детей до 15 лет представляют доверенные лица, как правило, родители. Информация должна быть предоставлена им, и они должны дать согласие на медицинское вмешательство. Тем не менее именно в педиатрии сохраняет значение традиционный патерналистский принцип действий врача, который всю ответственность за лечение и исход заболевания ребенка берет на себя и, обязуясь действовать во благо ребенка, сам определяет, в чем это благо заключается. Патернализм в педиатрии обусловлен и оправдан следующими типичными обстоятельствами оказания медицинской помощи:

1) ограниченное время контакта врача и родителей при возникновении неотложных состояний;

2) отказ родителей от диагностики или лечения по религиозным или этическим соображениям, из-за недостаточной компетентности и др.;

3) негативное влияние некомпетентных советчиков (родственники, родители других детей, экстрасенсы, знахари, СМИ, публикующие необоснованные медицинские сведения) на решения, принимаемые родителями больного ребенка;

4) отсутствие общественных организаций (ассоциации излеченных пациентов, информирующих родителей о течении и исходе того или иного заболевания), больничных и региональных этико-правовых комитетов;

5) невозможность матери заботиться о ребенке или отлучение ребенка от матери в случаях серьезных заболеваний матери или ее смерти;

6) невозможность матери заботиться о ребенке из-за юного возраста, очень низкого уровня культуры, неудовлетворительного социально-экономического положения или тяжелых пороков или травм у ребенка;

7) отказ матери и родственников ухаживать за ребенком.

Педиатр контактирует с детьми, родителями и родственниками больного ребенка. Каждая из этих категорий требует особого подхода. В настоящее время у родителей и их родственников большой запас сведений о заболеваниях детского возраста, почерпнутых из специальной, просветительской литературы и СМИ и в результате увлечения различными модными средствами и методами лечения, рекламируемыми порой самими медиками, что может создавать затруднения при контакте врачей с близкими ребенка. Информирование родителей о болезни ребенка должно быть исчерпывающим и правдивым. Нецелесообразно успокаивать обеспокоенных родителей, упрощая ситуацию, или заверять их в благополучном исходе там,

¹ Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

где врач в нем не уверен. При неблагоприятном исходе благие намерения врача могут обернуться против него самого. Он может услышать: «Вы говорили, что все будет хорошо, но так не произошло, значит, вы ошиблись или что-то сделали не так». Это порождает жалобы, судебные или иные разбирательства.

В современной клинической практике к стандартным ситуациям, требующим *этической компетентности врача*, относят следующие ситуации.

1. Отказ родителей от профилактических, диагностических и лечебных процедур.

Согласно современному законодательству «гражданин, один из родителей или иной законный представитель лица... имеют право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения»¹. Отказ родителей от профилактических, диагностических и лечебных процедур всегда ставит врача в затруднительное положение. Родители все чаще используют идеологию «прав человека» и «прав пациента», распространяя на ребенка свои права, рассматривая его как собственность, с которой они могут поступать как им угодно. Стремясь защитить ребенка от возможно ошибочных, по их мнению, агрессивных процедур, они выдвигают собственные, далеко не всегда правомерные и адекватные требования, не задумываясь о последствиях своих решений. Особенно это относится к молодым родителям, не имеющим жизненного опыта. В качестве примера можно привести отказ от профилактических прививок, что способствует росту заболеваемости дифтерией, корью, туберкулезом, а также эпидемическим вспышкам коклюша и т.п. Конечно (и это признано во всем мире), небольшой процент вакцинаций сопровождается осложнениями, однако вред, наносимый отказом от прививок, существенно превышает риск побочных реакций.

Важно учитывать, что родители больного ребенка часто находятся в стрессовом состоянии, поэтому сообщать о развитии тяжелого осложнения или возможном неблагоприятном исходе заболевания нужно крайне осторожно и поэтапно. Более подробную информацию предоставляют по прошествии некоторого времени, когда родители смогут воспринять ее более спокойно. Родители или опекуны могут и должны участвовать в решении вопросов организации диагностических и лечебных мероприятий. Исключение составляют особые случаи, когда нельзя своевременно сообщить родителям о предстоящем хирургическом вмешательстве ввиду внезапного ухудшения состояния ребенка и необходимости оказать неотложную медицинскую помощь.

При отказе родителей от медицинской помощи, необходимой для спасения жизни ребенка, медицинские организации имеют право обратиться в органы опеки, попечительства или в суд для защиты прав ребенка. Как правило, в этом случае врачи продолжают лечение, если оно предписано ребенку по жизненным показаниям. Однако этот вопрос до конца не уре-

¹ Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Ст. 20.

гулирован и остается серьезной этико-правовой дилеммой, требующей разрешения. Именно здесь необходимы влияние и помощь больничных или региональных этических комитетов, имеющих юридический статус.

2. Госпитализация ребенка.

Госпитализация – серьезное испытание для семьи и ребенка. Первая обязанность врача или медицинской сестры при поступлении ребенка в клинику – успокоить его, так как детям страшно оставаться среди чужих людей без мамы. Необходимо убедить его в том, что он любим и дорог, при этом нельзя забывать, что убедить ребенка можно только в том случае, если в словах нет фальши, если вы действительно добры и терпимы по отношению к нему. К сожалению, отсутствие условий для госпитализации ребенка с матерью – не вина, а беда врачей. Клиническая практика свидетельствует, что лечение оказывается более эффективным, если мать участвует в уходе за ребенком в больнице.

Больного ребенка никогда не следует обманывать. Обманутый однажды, он больше не поверит вам.

Врачу и медицинской сестре нельзя не считаться с чувством стыда у ребенка – у него тоже есть и самолюбие, и чувство достоинства. Поэтому не следует проводить так называемые стыдные процедуры и манипуляции (ректальный осмотр, катетеризацию мочевого пузыря и др.) в палате в присутствии других детей. Увиденное может стать предметом насмешек над ребенком.

Неверно, что дети не понимают смысла разговоров врачей о тяжести их заболевания и прогнозе. Дети с серьезными заболеваниями, лишенные возможности принимать участие в подвижных играх, обычно много читают, размышляют и потому не по возрасту умны, подчас становятся набожными. Они очень внимательно прислушиваются к разговорам врачей и по-своему остро, иногда глубже, чем взрослые, их переживают. Поэтому на обходах лучше всего обсуждать у постели ребенка только то, что хорошо для него, а проблемные ситуации должны обсуждаться без присутствия детей.

В детских клиниках или дома, как правило, более сложными бывают не взаимоотношения врачей с детьми, а взаимоотношения детей с родителями.

3. Проблема жестокого обращения с детьми.

Особое значение приобретает проблема взаимоотношения детей с родителями в связи с жестоким обращением родителей с детьми. В Международной классификации болезней (МКБ) 10-го пересмотра официально утвержден термин «синдром жестокого обращения с ребенком».

Синдром жестокого обращения с ребенком – любая форма плохого обращения с ребенком в возрасте до 18 лет, допускаемая родителями, опекунами, воспитателями или другими людьми, ответственными за благополучие ребенка. В настоящее время к жестокому обращению с ребенком относят не только физическое и сексуальное, но и психическое и эмоциональное насилие, грубое обращение с детьми, многочисленные виды запущенности или небрежного отношения к потребностям ребенка.

Профилактика и раннее выявление фактов пренебрежения родительским долгом и жестокого обращения с детьми, а также всесторонняя помощь детям — обязанность медицинского сообщества.

Рост статистических данных о распространении насилия над детьми был основанием принятия ВМА «Заявления о пренебрежении родительским долгом и жестоким обращении с детьми»¹, в котором утверждается, что врачи призваны сыграть особую роль в помощи страдающим детям и их неблагополучным семьям.

4. Диагностика наследственных заболеваний.

Распознавание, предупреждение и лечение наследственных, хромосомных заболеваний, а также болезней с наследственным предрасположением ставит множество проблем этического характера. Важнейшим элементом в диагностике наследственных заболеваний служит анализ родословной больного, требующий соблюдения осторожности и такта, ибо само подозрение на наследственный характер болезни нередко вызывает у родителей и родственников настороженность, доходящую до недоверия, отрицания и даже необоснованных подозрений.

Введение **скрининг-программ** массового обследования новорожденных на фенилкетонурию, муковисцидоз и другие заболевания также связано с этическими проблемами. Как правило, в этом возрасте у детей нет фенотипических проявлений наследственной или врожденной болезни, которые возникают позже. Серьезной ошибкой является скоропалительное информирование родителей о том, что у ребенка выявлено наследственное заболевание, так как нередко положительный скрининг-тест не подтверждается при углубленном обследовании — обязательном условии всех диагностических программ.

5. Сообщение о неблагоприятном диагнозе.

Ранее в отечественной деонтологии существовало правило о необходимости сокрытия от пациента неблагоприятного диагноза, например о наличии злокачественной опухоли. Современное законодательство и биоэтика отстаивают право граждан на информацию о состоянии своего здоровья². Информация о состоянии здоровья детей, не достигших возраста 15 лет, предоставляется их законным представителям, родственникам и родителям.

Всегда очень трудно сообщать родителям о поражении центральной нервной системы (ЦНС) и риске глубокой умственной отсталости у ребенка, однако сделать это необходимо как можно раньше. Если диагноз установлен при рождении, родители должны знать об этом на первой неделе жизни младенца. По возможности заключение о болезни должно быть доведено до сведения обоих родителей одновременно.

Нельзя скрывать от родителей и ребенка наличие у него серьезного заболевания (злокачественной опухоли, лейкоза). Ранее в отечествен-

¹ Принято 36-й Ассамблеей ВМА, Сингапур, октябрь 1984 г., дополнено 41-й Ассамблеей ВМА, Гонконг, сентябрь 1989 г., 42-й Ассамблеей ВМА, Ранчо Мираж, Калифорния, США, октябрь 1990 г. и 44-й Ассамблеей ВМА, Марбэлла, Испания, сентябрь, 1992 г.

² Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Ст. 22.

ной педиатрии преобладало стремление защитить маленьких пациентов от информации о серьезном диагнозе, тем не менее, многие дети догадывались или уже были осведомлены о природе своей болезни, что порождало недоверие к врачу и медицинским работникам. В настоящее время преобладающей становится позиция, согласно которой ребенок должен быть информирован о заболевании. Как правило, эту миссию должен выполнить педиатр, естественно, с выражением надежды на результативность лечения и внушением веры в исцеление. Нельзя обманывать ребенка, тем самым врач теряет его доверие. В то же время при сообщении информации необходимо в полной мере учитывать особенности психики ребенка и главное обладать способностью «окружить больного любовью и разумным утешением».

Деонтология в перинатологии

Перинатология включает исследование состояния здоровья и лечение человека на всех периодах внутриутробного развития, начиная с процессов оплодотворения до 7 дней после рождения (постнатальный период). В древнем языческом мире младенцы не имели гражданских прав, включая право на жизнь. Прежде всего, это имело отношение к младенцам с патологией, наличие которой исключало их потенциальную ценность для общества и было основанием их уничтожить. Под тысячелетним влиянием гуманистических ценностей христианства формируется общественное мнение о необходимости оказания помощи всем жизнеспособным детям и развиваются медицинские технологии выхаживания новорожденных, что приводит к появлению шансов на выживание и сохранение жизни у детей, считавшихся ранее бесперспективными.

Проблема оказания помощи и выхаживания всех новорожденных — важная этическая проблема в современной культуре.

На Международном семинаре по биоэтике и правам ребенка (Монако, 2000 г.), организованном Всемирной ассоциацией друзей детей (АМАДЕ) и ЮНЕСКО, было отмечено, что:

- каждый ребенок является особым новым существом;
- при использовании данных генетики и фетальной медицины должен соблюдаться принцип не дискриминации и недопущения сокращения или ликвидации человеческого разнообразия или присущих жизни элементов случайности;
- жизнь ребенка не должна рассматриваться как вред, какова бы ни была степень его неполноценности;
- в тех случаях, когда ребенок страдает какой-либо формой неполноценности, защита его прав должна усиливаться. Научные достижения и их практическое применение, в частности в области профилактики и лечения, должны использоваться в интересах неполноценных детей, причем это никогда не должно приводить к их отчуждению или маргинализации;
- общество должно, в частности, поощрять исследования в области редких заболеваний и разработку эффективных методов их лечения.

Такая позиция обуславливает повышение степени уважения достоинства плода и защиты прав эмбриона с первых дней его жизни.

Одна из форм защиты плода – развитие фетальной хирургии¹.

Фетальная хирургия – раздел хирургии, объектом которого является плод в утробе матери. Операции на плодах проводятся в случаях, когда антенатальная коррекция состояния может улучшить исходы для здоровья и жизни новорожденных.

Решение о проведении фетальной хирургии принимают на основе комплексной оценки интересов плода и беременной женщины.

Когда плод появляется на свет, новорожденный продолжает оставаться абсолютно зависимым пациентом. Права новорожденного ребенка делегируются матери или опекуну.

Сложное взаимодействие этически полярных точек зрения окружает рождение ребенка с патологией.

В случаях рождения детей с тяжелыми отклонениями особенно трудно принять решение о сохранении им жизни, оно зависит от того, кто и на основании каких ценностей его принимает. Возможные варианты решений опираются на основные, хотя и различные, моральные ценности. Первая из них – **ценность качества жизни**, которое определяется степенью тягот, доставляемых родителям и обществу при сохранении жизни ребенку. При этом качество жизни определяют пять рациональных критериев:

- 1) способность в будущем общаться вербально и невербально;
- 2) способность обслуживать себя;
- 3) степень зависимости от медицинской поддержки;
- 4) степень страдания в настоящий момент и в будущем;
- 5) ожидаемая продолжительность жизни.

¹ Не путать с *фетальной терапией*, в основе которой лежит изъятие и использование тканей человеческих эмбрионов и плодов (лат. *fetus* – плод), жизнь которых искусственно прерывают на разных сроках беременности (чаще всего на 15–22 нед.) для введения фетальных (зародышевых клеток) в организм людям для «оптимизации веса, омоложения внешнего вида, повышения либидо и потенции, замедления старения, восстановления умственных способностей». Согласно патенту № 2160112 от 10 декабря 2000 г. академика Г. Т. Сухих [RU (11)2160112(13)C1 «Способ приготовления клеточного трансплантата фетальных тканей»], метод приготовления «лечебных взвесей» для упомянутой «оптимизации» из абортированных детей заключается в следующем: «Для приготовления трансплантата необходимы абортивные плоды 17–21 нед. внутриутробного развития весом 150–450 г... В работу принимаются плоды без генетических аномалий и без нарушений целостности кожных покровов... Плод тщательно обрабатывают раствором детергента и отмывают дистиллированной водой... Затем забирают следующие органы: тимус, сердце, легкие, печень, селезенку, брыжейку, спинной мозг, щитовидную железу, глаза. Кроме того... снимается кожа с живота и спины... Органы измельчают...».

Фетальная терапия вызывает резкие протесты общественности. Она недвусмысленно названа «разновидностью людоедства» (каннибализма). Под влиянием общественной критики происходит отказ от употребления термина «фетальная терапия» (получившего в народе дурную славу). Вместо выражения «фетальная терапия» в настоящее время чаще используют словосочетание «трансплантация фетальных аллогенных стволовых клеток». Несмотря на изменение терминологии подобная терапия остается аморальной, более того в Европе действует следующее положение Резолюции Совета Европы № 327/88, п. 36: «Коммерческие сделки и эксперименты с эмбрионами запрещаются под страхом судебного расследования».

Данные критерии не предусматривают оценку интересов ребенка с тяжелыми отклонениями и лежит в основании отказов продолжать поддерживающее лечение.

Вторая основная ценность – *ценность священности жизни*, которая рассматривает жизнь как высшее благо. Принятие этой ценности предполагает признание того, что долг сохранения человеческой жизни и готовность к оказанию неотложной помощи любому, в ней нуждающемуся, не ограничены возрастом пациента, поэтому любому больному живорожденному младенцу должна быть оказана необходимая помощь. Жизнь даже самого тяжело больного человека может быть наполнена смыслом, если семья и общество принимают его.

Укрепление здоровья населения, начиная с детского возраста, – важнейшая комплексная задача здравоохранения, выполнение которой невозможно вне контекста моральных отношений и этических ценностей милосердия, сострадания, помощи и заботы.

Контрольные вопросы и задания

1. С кем выстраиваются моральные отношения у врача-педиатра?
2. Перечислите особенности сохранения в педиатрии врачебной тайны.
3. Каковы особенности выполнения в педиатрии правила информированного согласия?
4. Почему именно в педиатрии сохраняет значение традиционный патернализм?
5. Какова сущность патерналистского принципа действий врача-педиатра?
6. В чем этико-правовая дилемма при отказе родителей от медицинской помощи, необходимой для спасения жизни ребенка?
7. Какие права имеют медицинские организации при отказе родителей от медицинской помощи, необходимой для спасения жизни ребенка?
8. Перечислите основные этические аспекты, которые необходимо учитывать при госпитализации ребенка.
9. Что входит в понятие «синдром жестокого обращения с ребенком»?
10. Какой алгоритм сообщения врача о неблагоприятном диагнозе родителям и ребенку?
11. Какие основные моральные ценности влияют на проблему оказания помощи всем новорожденным и их выхаживания?

4.5. Деонтология в психиатрии и наркологии

Этические принципы, нормы и правила, разработанные применительно к психиатрии, составляют содержание как международных актов психиатрической этики: Гавайская (1977, 1983 гг.) и Мадридская (1996 г.) декларации, принятые Всемирной психиатрической ассоциацией, нормативный документ ООН «Принципы защиты лиц, страдающих психическими заболеваниями, и улучшения здравоохранения в области психиатрии» (1991 г.), так и отечественных документов: Федеральный закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (1992 г.) и «Кодекс

профессиональной этики психиатра» (1994 г.). Они адресованы не только пациенту, но и психиатру, так как исполнение этих принципов является условием надежной защиты не только пациента, но и врача.

Моральная парадигма медицины традиционно основана на том, что общество должно, а государство обязано оказывать помощь, проявлять заботу, внедрять различные формы социальной защиты, реализуя принципы милосердия, гуманности и справедливости. В полной мере эти принципы отражены в законе «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», а именно в ст. 5 «Права лиц, страдающих психическими расстройствами», где говорится: «Лица, страдающие психическими расстройствами, обладают всеми правами и свободами граждан, предусмотренными Конституцией РФ и федеральными законами... Все лица, страдающие психическими расстройствами, при оказании им психиатрической помощи имеют право на уважительное и гуманное отношение, исключаящее унижение человеческого достоинства; получение информации о своих правах».

В условиях интенсивного развития психиатрии, изменчивости клинических подходов и расширения диапазона психической патологии (пограничная психиатрия) возрастает ответственность врача за постановку диагноза. Врач должен уметь исключить влияние различных факторов, включая социальные или субъективные, например, предпочтение тех или иных теорий, морально-мировоззренческие особенности самого врача-психиатра. Врач должен учитывать, что, как правило, даже сама постановка диагноза вызывает активное несогласие и возражения пациента.

Психиатрические заболевания, как никакие другие, требуют особого этического отношения врача к пациенту. Из чего складываются и в чем состоят особенности деонтологии в психиатрии?

1. В силу того, что в психиатрии используются меры принуждения и насилия — существенный травмирующий фактор как для пациента, так и для самого врача — врач должен быть максимально подготовлен к разнообразным ответным реакциям и со стороны пациента и его родственников, и со стороны общественности (например прессы).

Недобровольный характер оказания помощи больному в психиатрии делает особенно значимым принцип информированного согласия как основного условия проведения медицинских мероприятий, регламентирующих отношения «врач — пациент». Отечественная психиатрия, традиционно работающая с пациентом в условиях ограничения его свободы, юридически декларирует принятие данного принципа в ст. 4: «Психиатрическая помощь оказывается при добровольном обращении лица или с его согласия». Даже в случае несовершеннолетия (до 15 лет) или недееспособности пациента «психиатрическая помощь оказывается по просьбе или с согласия их законных представителей».

Тем не менее, на съезде Российского общества психиатров (РОП) 1995 г. в центральном докладе И. Я. Гуровича констатировалась почти стопроцентная фальсификация добровольной госпитализации¹.

¹ Савенко Ю. Кризис — это опасность и возможность. О XII съезде РОП и новой ситуации в российской психиатрии / Экспресс-хроника, № 2(437). С. 2.

Статья 11, регламентирующая порядок предоставления информации психически больному, называется «Согласие на лечение», без использования понятия «информированное согласие». Согласно ч. 2 данной статьи «врач обязан предоставить лицу, 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». Однако все ли категории лиц способны адекватно воспринять информацию? Понятие «согласие на лечение» является особенностью реализации принципа «информированного согласия» в психиатрии, работающей в диапазоне от тяжелых нарушений психики до пограничных психических расстройств.

2. Ряд психиатрических пациентов (слабоумие, острые психозы) не в состоянии самостоятельно выражать и защищать свои интересы. Такие пациенты в полной мере беззащитны и могут быть подвергнуты различным манипуляциям даже со стороны своих законных представителей. В этих случаях врач должен уметь брать на себя защиту интересов пациента. Здесь в полной мере должен осуществиться классический принцип профессиональной этики врача о доминанте интересов пациента. Когда сам пациент не может разумно контролировать соблюдение этого принципа, способность реализовать этот принцип и избежать возможных отклонений от него должна быть осознана врачом как профессиональный долг.

С точки зрения профессора Т. Дмитриевой, для больных с психозами и слабоумием, которые не только не могут защитить, но и выразить свои интересы, «адекватной является патерналистская модель, которая оставляет за врачом последнее слово в выборе методов оказания психиатрической помощи и ограничивает участие пациента в принятии решения»¹.

3. Долг, готовность и умение врача-психиатра защищать интересы пациента должны соответствовать конкретным обстоятельствам. В практике врача-психиатра нередки случаи, когда поступки и поведение пациента противоречат интересам других людей, общества в целом. В этих условиях врач должен уметь соблюсти баланс интересов пациента и общества. Это особенно значимо при проведении испытаний медицинских средств и методов в исследовательских целях на душевнобольных или без их согласия, или с согласием, полученным манипулятивно. Распространенность этически некорректного прагматического целеполагания клинических испытаний на душевнобольных стало основанием принятия ст. 11 «Согласие на лечение», в которой говорится, что для трех категорий лиц: (1) представляющих реальную опасность для себя или окружающих; (2) беспомощных, т.е. неспособных самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности; (3) находящихся в поло-

¹ Дмитриева Т. Б. Психиатрия как объект этического регулирования // Биомедицинская этика. Сб. статей под ред. В. И. Покровского и Ю. М. Лопухина. М., 2002. С. 141.

жении ухудшения психического состояния, если больной будет оставлен без помощи, «применение для лечения психических расстройств хирургических и других методов, вызывающих необратимые последствия, а также проведение испытаний медицинских средств и методов, не допускается».

Перечисленные особенности определяют и специальные требования к психиатру, который должен обладать рядом нравственных личных качеств. О необходимости этих качеств для врача-психиатра говорил еще в начале XX в. известный отечественный психиатр П. И. Ковалевский (1849—1923) в «Руководстве к правильному уходу за душевными больными»: «Обращение с больными в больнице должно быть всегда человеколюбивое, мягкое, кроткое и терпеливое. Прежде всего, необходимо приобрести доверие своих больных; а приобретают его только теплым участием, терпением, ласковым обращением, исполнением разумных желаний, готовностью оказать добро и строгую справедливость по отношению ко всем больным. Ложь, обман и хитрость не имеют место в обращении с этими больными. Они слишком чутки даже к искусственности и очень не любят человека, который только прикидывается добрым»¹.

Уже в первом российском Уставе правил отношения к душевнобольным 1832 г. говорилось: «Имея сожаление к ближнему твоему, потерявшему драгоценнейшее для человека — рассудок, не отказывай подать ему руку благодательной помощи и страшись не признать его себе подобным»².

Феномен «палаты № 6»³, т.е. возможность в любой момент потерять свой статус и оказаться на месте пациента — надежный ориентир для сохранения толерантности и милосердия медицинского персонала к больным с психическими отклонениями.

Тем не менее, нельзя закрывать глаза на то, что невроты пациентов, психозы, слабоумие и безумие, особенно в агрессивных формах, вряд способны вызвать симпатию. Например, в нравственном христианском богословии существует позиция, согласно которой симпатия и любовь к личности по причине ее объективных достоинств есть своеобразная форма зависимости, в частности, зависимости симпатии и уважения одного человека от достоинств другого. Но в «милости к падшим» такая зависимость отсутствует. «Милость к падшим» — это проявление подлинной свободы, которая проявляется и в «любви к врагам» как высшему критерию нравственного совершенства. Нельзя забывать, что нравственное совершенство признавалось основанием врачебного профессионализма со времен Гипократа. От личности психиатра, его нравственной культуры, честности, независимости, ответственности, толерантности, милосердия в значительной степени зависят качество и результаты психиатрической помощи.

¹ Цит. по: *Петрюк П. Т.* Профессор Павел Иванович Ковалевский — выдающийся отечественный ученый, психиатр, психолог, публицист и бывший сабурянин (к 160-летию со дня рождения) // *Психічне здоров'я*. 2009. № 3. С. 77—87.

² Цит. по: *Греблювский М. Я.* Трудовая терапия психических больных (развитие, состояние, перспективы). М., 1966. С. 312.

³ *Чехов А. П.* Палата № 6. Собр. соч. в 18 т. Т. 8. М., 1986. С. 72—127.

Деонтология в наркологии

У наркологии есть ряд отличий от других медицинских специальностей:

- наркологи имеют дело, как правило, с больными с социально деформированным, асоциальным и (или) антисоциальным поведением;
- общество относится к пациентам наркологов настороженно, предвзято, а часто — нетерпимо и жестоко;
- в арсенале лечебно-профилактических средств нарколога есть и такие меры, как принуждение, прямое или косвенное, и насилие, полный отказ от которых невозможен в связи со спецификой психической патологии.

Работа психиатра-нарколога, как любая медицинская деятельность, включает в себя оценку с точки зрения морали пациента, его образа жизни и поведения, разделение явлений на две категории: хорошие и плохие. Наркологические больные, по сравнению с соматическими или неврологическими, особенно подвержены таким оценкам.

Объективный факт, что не все пациенты с химической зависимостью милые и приятные. Напротив, они очень часто бывают агрессивны и лживы, общение с ними может быть чрезвычайно трудным, особенно если они в депрессивном состоянии. Несмотря на это, необходимо избегать приемов, дискриминирующих как больных, так и их родственников. Достижение такого уровня общения с пациентами возможно с учетом этических принципов и правил.

С точки зрения морали подобные заболевания непосредственно связаны с аморальностью поведения самих больных. Очень часто такая логика приводит к тому, что хотя алкоголик или наркоман признается больным, но не обычным, а больным «второго сорта». Справедливо ли это? Должны ли изменяться профессиональные этические нормы отношения врача к подобным больным?

На самом деле зависимость состояния здоровья человека от морально-нравственных особенностей личности давно известна. Уже в библейские времена констатировали: «Смердят и гноятся раны мои от безумия моего» (Пс. 37:7). При этом под «безумием» понималась не конкретная психиатрическая патология, а морально-нравственная поврежденность сознания и поведения человека. Феномен «моральной обусловленности заболеваний человека» — это признание связи состояния здоровья со способностью человека существовать в соответствии с моральными, социально значимыми ценностями и нормами культуры. Эта связь проявляется практически по всему спектру заболеваний человека. Психиатрические и наркологические больные в этом отношении не отличаются от других больных. Тем не менее, именно по отношению к ним в обществе господствуют устойчивые отрицательные представления, которые формируют такое явление, как стигматизация.

Проблема стигматизации

Стигматизация — чрезвычайно серьезное явление как в психиатрии, так и в наркологии. Под стигматизацией (от греч. *stigma* — клеймо) понимается приписывание, «наклеивание ярлыков», благодаря которым поведение людей оценивается как ненормальное.

Стигматизация выражается в форме социального или индивидуального пренебрежения и недоверия к человеку. Стигма наркомании и психического расстройства становится негативной характеристикой личности во всех социальных отношениях.

По своим причинам и проявлениям стигматизация неоднородна. С одной стороны, в стигматизации отражаются защитные механизмы общества, стремление людей обезопасить себя от наркоманов и алкоголиков. С другой стороны, в стигматизации выражены механизмы психологической защиты самих людей с зависимостью, желание больных выделиться из толпы. Часть наркоманов ведет довольно замкнутый или корпоративно ограниченный образ жизни, не афишируя и, тем более, не навязывая его другим. Считается, что именно такое поведение типично для наркоманов, поскольку оно в большей мере способствует реализации их представлений о собственной значимости, может быть, даже избранности, и презрения ко всем остальным.

Последствия стигмы весьма серьезны. Больной и его близкие находятся в ситуации сильного морального и психологического напряжения, в результате чего начинают чувствовать себя не такими как все, плохими, постоянно испытывают чувство вины, вынуждены отрицать или скрывать факт болезни, опасаясь разоблачения. Утаивание болезни препятствует лечению. Пациентам стыдно признаваться в наличии у них симптомов психического расстройства, что мешает выявлению и лечению болезни на всех стадиях. Таким образом, в отличие от соматического заболевания, когда мобилизуются доступные социальные ресурсы, люди с психическими заболеваниями остаются в стороне от источников возможной поддержки.

Большинство людей чувствуют себя неловко в присутствии психически больных. Если со стороны общества те или иные формы стигматизации могут быть оправданы, то со стороны врачебного сообщества они вряд ли допустимы. В фундаменте деонтологического отношения врача-нарколога к пациенту лежат традиционные моральные ценности: сострадание, жалость к человеку, понимание и приятие, эмпатия.

Тактичное отношение врача способствует максимально верной интерпретации поведения отдельного пациента, поиску объяснения поступков личности, прогнозированию его поведения, развитию форм и методов лечения и влияния на пациента.

К свойствам личности, особенно необходимым психиатрам и наркологам, традиционно относят:

1) нравственную культуру как необходимое условие понимания других и навыка взаимодействия с разными пациентами;

2) жизненный опыт как следствие процесса накопления, систематизации знаний о других людях и оперирование ими с целью достижения максимального соответствия суждений, оценок, представлений о человеке его объективно существующим чертам, свойствам, мотивам;

3) интеллектуальные способности как средство оценки пациентов, различения «сущности» и «видимости», т.е. понимания людей такими, какие они есть. Именно интеллект помогает уяснить связь между тем, что человек

есть на самом деле, и тем, что он делал и говорил вчера и сегодня; между мимикой, экспрессией и искренностью; между характером и жизненными ситуациями.

Проблема стигматизации психиатрических больных имеет еще один важный аспект. Недооценка или игнорирование этических форм отношения врача к пациентам часто приводят к печальным последствиям. С каждым годом отмечается рост числа пациентов, предпочитающих обследоваться и лечиться у разного рода знахарей и экстрасенсов, а нередко и просто шарлатанов, где пресловутое клеймо «сумасшедшего», алкоголика, наркомана и т.д. не так явно приклеивается или вообще отсутствует, где чаще умеют не только слушать, но и слышать, и где хорошо учитывают особенности личности пациента.

Предмет наркологии — человек, его система ценностей, мотивация поведения, структура личности. Этим в значительной степени определяется ответственность врача, для которого важно учитывать требования деонтологии в наркологии.

Специфика психиатрии и наркологии вызывает необходимость разработки механизма этического саморегулирования профессионального сообщества врачей-психиатров и психиатров-наркологов. В ряде стран таким механизмом этического саморегулирования служат этические кодексы профессионального сообщества, призванные свести к минимуму риск совершения этических ошибок. В России действует «Кодекс профессиональной этики психиатров», принятый Российским обществом психиатров.

Контрольные вопросы и задания

1. Распространяется ли моральная парадигма медицины на психиатрических больных?
2. Должны ли быть сохранены за психически больными все права и свободы граждан? Или они должны быть ограничены?
3. Почему этический принцип независимости врача имеет принципиальное значение для психиатрии?
4. Какова цена врачебной ошибки психиатра?
5. Объясните, почему стигматизация психически больных является одной из актуальных этических проблем не только современной психиатрии, но и всего общества.
6. При каких условиях допустимы принудительная госпитализация и меры физического стеснения, изоляции больного?
7. Должен ли распространяться принцип информированного согласия на психиатрическое освидетельствование или госпитализацию лиц с деформированным сознанием и пораженной волей?
8. Должен ли быть защищен врач от негативных последствий оказываемой психиатрической помощи и как?
9. Почему работа врача-психиатра оценивается как «работа в особо опасных для здоровья и тяжелых условиях труда»?
10. Почему психиатры больше врачей других специальностей обречены на нарушение заповеди «не навреди»?
11. Почему отношение психиатрии к самой себе, к своим методам лечения является одной из этических проблем психиатрии?

4.6. Деонтология в стоматологии

Стоматология связана с работой врача в зоне рта и губ, которая относится к интимным зонам человеческого организма. Работа в этой зоне непосредственно связана с положительными или отрицательными чувствами и аффектами пациентов. Действия в полости рта и близкий контакт лицом к лицу могут вызывать чувство вмешательства в особенно чувствительную зону личности, что определяет значение этичности поведения стоматолога.

Визит к зубному врачу, как правило, является стрессом для больного, связанным со страхом ожидания боли, напряженностью и вегетативной дистонией, а стоматологическое лечение, несмотря на столь широкие сегодняшние возможности аналгезии, все еще воспринимается некоторыми пациентами как болезненное и даже агрессивное. Инструментально обусловленные трудности вербальной коммуникации и физическая близость к врачу вызывают чувство незащитности и беспомощности.

Необходимо учитывать, что больной приходит к стоматологу с чувством страха. Этот страх может выражаться в разных формах, например, в отказе от лечения или откладывании консультации, в агрессии по отношению к врачу (физическом сопротивлении, укусах).

Первый контакт и первый разговор между стоматологом и больным могут оказаться решающими для дальнейшего поведения больного и хода терапии. Пациент ожидает при входе в кабинет эмоционального отклика врача, который должен предложить ему помощь и поддержку. При этом врач должен знать, что страх на переднем плане является нормальной, здоровой реакцией.

Тем не менее необходимо учитывать, что есть группы больных, нуждающиеся в повышенном внимании врача. К ним относятся:

- дети и подростки с их возрастной лабильностью и ранимостью;
- пожилые больные и инвалиды, в силу своего социального положения возлагающие дополнительные обязанности на стоматолога;
- нестабильные больные, мечущиеся от одного зубного врача к другому в поисках того, кому они согласны доверять;
- претенциозные больные, категорично настаивающие на проведении определенных методов лечения;
- невротики с их неосознаваемыми страхами и конфликтами.

Последняя категория трудных больных, которых отличает невротический страх, представлена четырьмя различными группами.

1. Больные с **истерической** структурой личности, страх у которых легко переходит в соматические состояния, например обмороки. На них хорошо действует спокойная, деловая, благожелательная, но твердая позиция стоматолога, особенно, если она сочетается с теплотой, сердечностью и юмором.

2. Пациенты с **обсессивными чертами** закрепощенные, зажатые, полные сомнений и робости. Страх у больных проявляется в таких соматических формах, как бледность кожи, тахикардия. Для них показан контроль сердечно-сосудистой системы.

3. Больные с **депрессивной структурой**, с готовностью подчиняющиеся указаниям врача, что, однако, не должно вводить в заблуждение. Зубы

для них имеют повышенное символическое содержание, в связи с чем они трагичнее, чем обычный больной, воспринимают их дефект или потерю, всю ситуацию лечения в целом. При общении с ними важно, чтобы больной чувствовал, что он воспринимается как личность.

4. **Шизоидные** больные, проявляющие недоверие, ведущее к враждебности и даже провокациям в адрес зубного врача. Они представляют собой наиболее трудную группу для врача в стоматологической практике. С ними важно проявлять спокойное, доброжелательное, эмпатическое отношение и деловитость.

Контрольные вопросы и задания

1. Что определяет значимость этичности поведения стоматолога по отношению к пациенту?
2. Какие чувства вызывает у пациентов посещение стоматолога?
3. Какие группы больных нуждаются в повышенном внимании врача-стоматолога?
4. Перечислите формы нравственного отношения врача-стоматолога к трудным пациентам.

4.7. Деонтология в онкологии

Онкология — область медицины, где особое и одинаково важное значение имеют как высокая профессиональная подготовка врача, так и его нравственная культура.

Особенности отношения врача и пациента в онкологии в первую очередь связаны с тяжелейшим моральным фоном. Для онкологического больного характерны не просто страх или боязнь, как для хирургического больного, но состояние отчаяния. Оно вызвано двумя причинами: убеждением большинства людей в неизлечимости рака и ожиданием неизбежности невыносимых страданий, сопровождающих это заболевание. При этом угнетенное состояние психики, страх, депрессия, неадекватное поведение оказываются не особенностями характера пациента, а формами проявления болезни и, в свою очередь, требуют адекватного отношения врача.

Глубочайшие переживания онкологических больных не могут не отражаться на врачах, которые испытывают ежедневное моральное и эмоциональное перенапряжение. Специалистами фиксируются две крайние формы отношения врачей-онкологов к пациентам.

Первая форма: активное сопереживание, потеря хладнокровия, переживание состояния «перехлеста эмоций». Типичной в этом случае является ситуация совместных рыданий. По последним данным, слезы врачей не редкость в медицинской среде, особенно это относится к молодым специалистам. Например, по данным опроса, проведенного в Гарвардской медицинской школе, 69% студентов-медиков и 79% интернов признались, что плакали во время медицинской практики¹.

¹ Сострадая и врачуя: материалы зарубежной прессы // Медицинский вестник. 2008. № 28–29 (455–456). С. 20.

Вторая форма: появление равнодушия и как результат — соскок в безразличие даже по отношению к летальным исходам выполненных операций. Врач-онколог должен уметь предохранить себя от перечисленных двух крайностей. К сожалению, в процессе обучения медики досконально изучают симптомы рака, но будущих врачей не обучают навыкам профессионального морально-эмоционального управления своими чувствами. Так, врач должен уметь избежать двух ошибочных форм общения с пациентами. Первая связана с навязчивым оптимизмом, т.е. с настойчивыми попытками внушить возможность непрямого излечения больного. Вторая — с пессимизмом и запугиванием пациента. Правильное отношение врача к пациенту: ориентировка на серьезность положения, необходимость обследований и длительное лечение. Врач-онколог должен настроить себя на доброжелательную и терпеливую заботу, уметь взять на себя решение двух задач: сопротивление не только соматическим, но и морально-психическим недугам пациента.

В основе работы врача с онкологическим больным должно всегда лежать стремление наилучшим образом помочь.

Онкология сегодня — комплексное направление современной медицины, где взаимодействуют врачи разных специальностей: хирурги, радиологи, терапевты, рентгенологи, иммунологи, анестезиологи, представители фундаментальных наук: физики, химии, биологии и т.д. Онкология включает клинические экспериментальные исследования, эксперименты на животных, испытания новых методов лечения. Работа с инкурабельными (от лат. *in* — не и *curabilis* — излечимый) больными и больными, нуждающимися только в симптоматической помощи, также имеет прямое отношение к этике и деонтологии. Врачам всех специальностей надо стремиться избегать стигматизации инкурабельных больных, при которой гибель больного может произойти не от онкологического, а от любого другого соматического заболевания, лечение которого игнорируется под влиянием стигмы онкологической безнадежности.

Вопросы деонтологии в онкологии действительно касаются всех врачей, ведь первые диагнозы формируются в кабинетах терапевта, хирурга, гинеколога, отоларинголога, стоматолога и представителей многих других специальностей. Должен ли врач, заподозривший злокачественную опухоль, сообщать больному о своих подозрениях? Должен ли он информировать больного, когда диагноз уже установлен? Должен ли врач сообщать о характере заболевания пациента его родственникам или сослуживцам? Следует ли посвящать больного в детали выполненной операции и сообщать сведения о прогнозе?

Решение вопроса о том, насколько детально врачу следует информировать больного, добиваться понимания пациентом полученной информации, а также нужно ли достигать согласия по поводу лечения, во многом зависит от характера пациента и сложившейся ситуации. Как правило, каждый пациент может быть отнесен к одной из трех основных групп. Онкологические больные первой группы, приходя к врачу, уже предполагают характер своего заболевания, со страхом и надеждой смотрят на врача и готовы согласиться на любые предложенные методы обследования и лечения. Ко

второй группе относятся пациенты, которые еще ничего не знают о своем заболевании. Третьи готовы отказаться от любых вмешательств, ввиду осознания их бесперспективности.

Современная мировая практика основана на том, что предоставляемая больному информация должна быть полной и всесторонней. Тем не менее долгое время в медицине существовала другая традиция. Обязанность «лжесвидетельства» во имя обеспечения права смертельно больного человека на неведение составляла особенность профессиональной врачебной этики в сравнении с общечеловеческой моралью. В поддержку такой тактики выдвигались достаточно серьезные аргументы. Один из них — роль психоэмоционального фактора веры в возможность выздоровления, борьбы за жизнь, недопущение тяжелого душевного отчаяния.

Известно, что «лжесвидетельство» по отношению к неизлечимым и умирающим больным было деонтологической нормой советской медицины. «В вопросах жизни и смерти советская медицина допускает единственный принцип: борьба за жизнь больного не прекращается до последней минуты. Долг каждого медицинского работника — свято выполнять этот гуманный принцип», — наставляли учебники по медицинской деонтологии¹. Поскольку считалось, что страх смерти ее приближает, ослабляя организм в его борьбе с болезнью, то сообщение истинного диагноза заболевания рассматривалось равнозначным смертному приговору. Однако известны случаи, когда «святая ложь» приносила больше вреда, чем пользы. Объективные сомнения в благополучном исходе болезни вызывают у больного тревогу и недоверие к врачу, что является отрицательными психологическими факторами. Отношение к болезни и реакция на нее у больных различны, они зависят от эмоционально-психологического склада и от ценностно-мировоззренческой культуры пациента. Известно, что, когда З. Фрейд узнал от врача, что у него рак, он прошептал: «Кто вам дал право говорить мне об этом?»

Считалось, что ложь врачей и близких пациенту, якобы, защищает его. Но рано или поздно, практически каждый онкологический больной узнает более или менее точно свой диагноз и неблагоприятный прогноз. Поэтому «спасительная ложь», по сути, означает отказ окружающих, в том числе и медиков, от общения с пациентом на столь болезненную тему. В результате больной оказывался один на один со своей бедой.

Вопросы: можно ли открыть больному или родным пациента диагноз или надо сохранять его в тайне и сообщать менее травмирующий диагноз, т.е. выбор «лжесвидетельства» — на практике связаны не столько с жалостью и состраданием к больному, сколько с нежеланием и неумением общаться с больным человеком и понимать смысл смерти и смертельной болезни. Эти нежелание и неумение характерны и для больных, и для их близких, и для медиков. С этой точки зрения важен опыт представителей хосписного движения, активистов добровольных ассоциаций, объединяющих онкологических больных, которые учатся сами и обучают сообщество трудному правдивому общению с людьми, оказавшимися в столь крити-

¹ Грандо А. А. Врачебная этика и медицинская деонтология. Киев, 1982. С. 84.

ческом состоянии. Говорить правдиво с умирающим или онкологическим больным означает умение и готовность разделить с ним бремя тяжелейшего душевного страдания и тем самым оказать ему необходимую помощь, в том числе и профессиональную помощь врача, медицинской сестры и священника.

В настоящее время специалистам доступны многочисленные исследования психологии терминальных больных. Обращают на себя внимание работы доктора Элизабет Кюблер-Росс. Исследуя состояние пациентов, узнавших о своем смертельном недуге, доктор Кюблер-Росс и ее коллеги пришли к созданию концепции «смерти как стадии роста». Схематично она представлена пятью стадиями, через которые проходит умирающий (как правило, неверующий). Первая стадия — стадия отрицания («Нет, не я, это не рак»); вторая — стадия протеста («Почему я?»); третья — стадия «просьбы об отсрочке» («Еще не сейчас, еще немного»); четвертая — стадия депрессии («Да, это я умираю»), и, наконец, пятая, последняя стадия, — стадия принятия («Пусть будет!»). Примечательна стадия принятия. По мнению специалистов, эмоционально-психологическое состояние больного на этой стадии принципиально меняется. К ее характеристикам можно отнести такие высказывания некогда благополучных людей: «За последние три месяца я жила больше и лучше, чем за всю жизнь».

Хирург Роберт Мак, больной неоперабельным раком легкого, описывая свои переживания — испуг, растерянность, отчаяние, в конце утверждает: «Я счастливее, чем когда-либо был раньше. Эти дни теперь на самом деле самые хорошие дни моей жизни»¹. Один протестантский священник, описывая терминальную стадию своей болезни, называет ее «счастливейшим временем моей жизни».

Подводя итоги своего исследования, доктор Э. Кюблер-Росс пишет, что «хотела бы, чтобы причиной ее смерти был рак; она не хочет лишиться периода роста личности, который приносит с собой терминальная болезнь»². Эта позиция — результат осознания экзистенциальной драмы человеческого существования: только когда он умирает, человеку раскрывается подлинный смысл жизни и смерти.

Результаты медико-психологических исследований оказываются созвучны христианскому отношению к умирающему человеку. В Православии ложь умирающим верующим людям «лишает личность решающего итогового момента прожитой жизни и тем самым изменяет *condition humaine* не только жизни во времени, но и в вечности»³.

В рамках христианского миропонимания, смерть — это дверь в пространство вечности. Смертельная болезнь — чрезвычайно значимое событие в жизни, это подготовка к смерти и примирение с нею, возможность покаяния, углубление в себя, интенсивная духовная и молитвенная работа,

¹ Калиновский П. Переход. Последняя болезнь, смерть и после. Екатеринбург, 1994. С. 125.

² Там же. С. 125.

³ Гальцева Р. Христианство перед лицом современной цивилизации // Новая Европа. 1994. № 5. С. 10.

выход души в определенное качественное состояние, которое фиксируется в вечности. «Соккрытие от пациента информации о тяжелом состоянии под предлогом сохранения его душевного комфорта нередко лишает умирающего возможности сознательного приуготовления к кончине и духовного утешения, обретаемого через участие в Таинствах Церкви, а также омрачает недоверием его отношения с близкими и врачами»¹.

При сообщении диагноза и прогноза лечения болезни врач должен считаться с личностью пациента, с его индивидуальными, в том числе и мировоззренческими, особенностями, учитывать его положение, окружающую обстановку. Врач должен осознать, что моральный принцип врачевания «не навреди» имеет не только физический, но и духовный смысл.

В действующем ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в ст. 22 устанавливается право пациента знать правду о диагнозе, прогнозе и методах лечения своего заболевания. Право врача сообщать пациенту информацию о состоянии его здоровья ограничивается требованием передавать ее в доступной форме. Право на применение принципа правдивости в современной медицине, как и любое средство, предполагает умение им пользоваться. Слово может быть и целительным, и губительным, вызывать тяжелейшие психосоматические расстройства. Поэтому важно, чтобы врачи умели пользоваться словами с наибольшей пользой для своих пациентов. Так, например, врач должен избегать безапелляционных суждений о продолжительности оставшейся жизни для конкретного больного, так как может лишь с определенной вероятностью предполагать, сколько тот или иной пациент, находящийся в тяжелом состоянии, например в терминальной стадии ракового заболевания, может еще прожить. Врач должен осознавать, что, не обладая полнотой истины, может дать только вероятностный, предположительный прогноз.

Применение принципа правдивости в современной медицине не отменяет значения принципа конфиденциальности и сохранения врачебной тайны. Меры по защите и сохранению конфиденциальности необходимы, иначе пациенты могут оказаться в уязвимом социальном положении, в социальном вакууме, превратиться в изгоев общества. Во многих случаях физическое или психическое состояние онкологических больных еще позволяет им плодотворно трудиться. Несоблюдение медицинскими работниками принципа конфиденциальности может обернуться для больного невозможностью устроиться на работу или продолжить образование, получить продвижение по службе и т.д. Онкологический диагноз не должен вести к стигматизации, т.е. блокированию исполнения желаний, надежд, интересов, ожиданий, стремлений к определенным жизненным достижениям. Несоблюдение принципа конфиденциальности (врачебной тайны) означает нанесение вреда пациенту не в физическом, а в социальном смысле и возлагает на врача ответственность за изъятие человека из процесса социальной жизни.

Вопрос предоставления пациенту информации о состоянии его здоровья, диагнозе, ходе лечения и прогнозе — важнейший вопрос этико-

¹ Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. С. 82.

правовых отношений в медицине. Контроль использования информации и ее раскрытия больному является частью профессиональной ответственности врачей и медсестер. Отказ сообщить пациенту важную информацию о его здоровье может повлиять на способность последнего принимать серьезные решения. На практике ситуация может усложняться вмешательством близких умирающего, требующих правды для достижения своих интересов. Вовлеченные стороны могут вступать в болезненный конфликт прав, выгод и обязанностей. Каждая конкретная ситуация требует ответственности, внимания и доверия в отношениях пациентов, их родственников и врачей. Следует отметить, что не все пациенты обеспокоены желанием знать подробности о предстоящих методах лечения и о связанном с ними риске, доверяя выбор своему лечащему врачу. Следует уважать мнение пациента и не навязывать ему ту информацию, которую он не желает знать, что также зафиксировано в действующем законодательстве. В ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в п. 3 ст. 22 констатируется, что «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 супруге (супругу), 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»¹.

Умение врача правильно выстроить отношения с больным, его родственниками, друзьями способно облегчить ситуацию переживания онкологического заболевания.

Контрольные вопросы и задания

1. Являются ли угнетенное состояние психики, страх, депрессия, неадекватное поведение особенностями характера онкологического пациента или формами проявления болезни?
2. Дайте характеристику двух крайних форм отношения врачей-онкологов к пациентам.
3. Назовите две ошибочные и одну правильную формы общения врача-онколога с пациентами.
4. В чем заключается стигматизация инкурабельных больных со стороны врачей неонкологической специализации?
5. Должен ли врач общей практики, заподозривший злокачественную опухоль, сообщать больному о своих подозрениях?
6. Должен ли врач сообщать о характере заболевания пациента его родственникам или сослуживцам?
7. Следует ли посвящать больного в детали выполненной операции и сообщать прогноз?
8. Каковы аргументы сторонников обязанности «лжесвидетельства» врача?

¹ Биомедицинская этика / под ред. И. В. Силуяновой, В. Н. Диомидовой. С. 586–587.

9. Каковы моральные, религиозные и правовые основания несостоятельности «лжесвидетельства» врача в профессиональной врачебной этике?
10. Перечислите пять стадий умирания в концепции «смерти как стадии роста» доктора Э. Кюблер-Росс.
11. Устанавливается ли в действующем Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» право пациента знать правду о диагнозе, прогнозе и методах лечения своего заболевания?
12. Как соотносятся применения принципа правдивости в современной медицине и принципа конфиденциальности и сохранения врачебной тайны в онкологии?

Темы рефератов

1. Деонтология Канта и медицинская деонтология.
2. Деонтология и утилитаризм: болевые точки противостояния.
3. Принцип «лечение не болезни, а больного» и стандартизация в терапии.
4. Сердце: социокультурная символика и терапевтическая диагностика.
5. Деонтологические правила хирургов: Н. Н. Петров и В. И. Шумаков.
6. Юридическая модель «информированного согласия» в хирургии.
7. Естественное предназначение женщины и его искусственное преодоление.
8. Врач — родители — больной ребенок: особенности моральных отношений в педиатрии.
9. Причины болезни и прогнозы судеб детей с ВИЧ-инфекцией.
10. Противоречия нравственности и рациональности в перинатологии.
11. Фетальная хирургия: не путать с фетальной терапией.
12. «Кодекс профессиональной этики психиатра» Российской Федерации.
13. Патернализм в психиатрии.
14. Стигматизация в медицине.
15. Применение принципа правдивости и принципа конфиденциальности в онкологии.

Глава 5

БИОЭТИКА КАК СОВРЕМЕННАЯ ФОРМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭТИКИ

Изучив содержание данной главы, бакалавр должен:

знать

- содержание биоэтики как современной формы профессиональной этики;
- причины формирования биоэтики во второй половине XX в.;
- содержание основных биоэтических проблем в современных направлениях медицинской практики;
- теоретические и практические основания различных подходов к решению биоэтических проблем;
- социальные последствия применения новейших достижений медицины без учета принятых в обществе этических и правовых регламентаций их использования;

уметь

- давать этическую оценку новейших достижений биомедицины;
- определять значение биоэтики для формирования социального доверия к современной медицине;
- различать правовое регулирование и моральный смысл новых биомедицинских технологий;
- применять новые биомедицинские технологии с учетом ценностей достоинства и прав человека;
- определять связь биоэтики с историческими формами врачебной этики;

владеть

- навыками применения новых биомедицинских технологий в непосредственной связи с этическими принципами и правилами биоэтики.
 - навыками защиты гражданских прав врачей и пациентов различного возраста и социального положения.
-

5.1. Морально-этические проблемы трансплантации

Одно из центральных мест в современной биомедицинской этике занимает комплекс этико-правовых вопросов трансплантологии как системы знания, изучающей проблемы трансплантации.

Трансплантация (от лат. *transplantatio* — пересаживание) означает замену необратимо поврежденных тканей или органов человека собственными тканями либо органами (тканями), взятыми от другого человека (или организма).

Трансплантация органов и тканей — одно из интенсивно развивающихся направлений современной медицины. В настоящее время наиболее распространена *аутотрансплантация*, при которой пациент становится донором для самого себя. В клинической трансплантологии широко применяется аутотрансплантация кожи, костного мозга или гемопоэтических стволовых клеток, вен, крови, волос. Аутотрансплантация применяется активнее других видов трансплантации, так как при этом виде пересадок не проявляется тканевая несовместимость донора и реципиента, становящаяся камнем преткновения для других видов трансплантации.

Тканевая несовместимость является основной проблемой для *аллотрансплантации* (от греч. *allos* — другой, иной), или гомотрансплантации, когда пациентом (реципиентом) используется трансплантат (органы или ткани) донора — генетически и иммунологически другого человека. В клинической аллотрансплантации число пересаживаемых органов ограничено, в экспериментальной аллотрансплантации производят пересадку всех тканей и органов, даже головного мозга.

К экспериментальной трансплантации относится и *ксенотрансплантация*, или межвидовая трансплантация, — трансплантация человеку органов от животного. Правда, все известные попытки трансплантации жизненно важных органов людям от человекообразных обезьян закончились неудачно. В клинической практике используют в основном специально обработанную свиную кожу, бычьи артерии, свиные клапаны сердца и клетки поджелудочной железы.

Когда трансплантологические операции исчислялись единицами и носили экспериментальный характер, они вызывали удивление и одобрение. В 1967 г. К. Барнардом была произведена первая в мире пересадка сердца. Вслед за ней в течение 1968 г. была произведена еще 101 подобная операция. Эти годы называют временем «трансплантационной эйфории». Но она была вызвана не только уникальностью подобных операций, но и разнообразием футуристических социальных проектов. Выход трансплантации на уровень практического здравоохранения и сегодня сопровождается как узкоспециальными и частными медицинскими вопросами, так и серьезными социальными и этическими проблемами.

Внедрение в практику таких выдающихся открытий, как изобретение шприца и игл, использования рентгеновского излучения, достижения микробиологии и бактериологии и даже формирование «эры антибиотиков», не влекли за собой создания и принятия законодательных актов, регулирующих их применение. Стремительный выход трансплантации на уровень массовой практики сопровождается столь же стремительным ростом документов этического характера различных профессиональных ассоциаций, а также инструкций и новых законов, которые принимают современные государства Европы и Америки, Азии и Африки. В 1992 г. в России также начинает действовать специально разработанный Закон РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека» от 22 декабря 1992 г. № 4180-1. Этико-правовые проблемы становятся составной частью трансплантологии и современной профессиональной биомедицинской этики.

Основные этические проблемы трансплантации органов и тканей человека

Основные этические проблемы в трансплантологии можно сгруппировать в три блока:

- 1) проблемы источников органов и тканей для трансплантации;
- 2) проблемы доверия к службам, обеспечивающим изъятие органов (констатация смерти человека по критериям смерти мозга, распределение органов и (или) тканей реципиентам);
- 3) проблемы коммерциализации.

Этические проблемы источников органов и тканей для трансплантации

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), сегодня в мире ежегодно проводится около 70 тыс. пересадок цельных органов (из них 50 тыс. – почек) и миллионы пересадок тканей. Только в США в 1995 г. было пересажено 2361 сердце. Потребность в донорских органах возрастает с каждым годом. По данным Московского координационного центра органного донорства, в России ежегодно нуждается в операциях по пересадке органов 5 тыс. россиян. Каковы же источники органов и тканей для трансплантации?

К источникам органов и тканей для трансплантации относятся: трупы, живые доноры, искусственные органы и их части, стволовые клетки пуповинной крови и костного мозга, животные, фетальные ткани, эмбриональные стволовые клетки. Перечисленные источники не равнозначны между собой по критерию их соответствия или не соответствия существующим медицинским и этическим критериям.

Острота обсуждения этических проблем относительно источников органов и тканей с годами не снижается, а возрастает, о чем свидетельствует большое число международных конференций, публикаций, общественных дискуссий по данной теме. К источникам, не удовлетворяющим медицинским и моральным критериям, относятся ксенотрансплантаты (органы животных), фетальные ткани, эмбриональные стволовые клетки (ЭСК), т.е. стволовые клетки человеческих эмбрионов (абортированных; полученных при терапевтическом клонировании; «лишних», полученных методом экстракорпорального оплодотворения (ЭКО)). Использование стволовых клеток, полученных из пуповинной крови и тканей взрослого организма, не вызывает этических возражений и медицинских опасений.

К источникам, при определенных ограничениях удовлетворяющим медицинским и моральным критериям, можно отнести трупное донорство, прижизненное донорство, искусственные части органов и ткани, стволовые клетки, полученные из пуповинной крови и тканей взрослого организма.

Использование органов от умерших людей

Основным источником органов и тканей для трансплантации служит трупное донорство (75–90%). Существует три формы юридического регулирования изъятия органов у умершего человека: рутинное изъятие, презумпция согласия (предполагаемое согласие) и презумпция несогласия.

Рутинное изъятие соответствует принципу соблюдения интересов государства и потребностей науки. Согласно этому принципу тело после смерти человека становится собственностью государства. Такая модель имела место в советской системе здравоохранения с 1937 г. и сохранялась до 1992 г. В 1980 г. историки медицины констатировали: «Широкое применение в клинической практике кадаверных (трупных – *И. С.*) тканей и органов составляет неоспоримый приоритет советской медицины»¹. Этот «приоритет» основывался на отрицании права человека распоряжаться своим телом после смерти. Согласно этой позиции, со смертью человека теряют силу и все его права, так как он перестает быть субъектом воли, права и требований. Напротив, основная позиция ВОЗ по вопросу о праве человека на свое тело после смерти сводится к признанию этого права по аналогии права человека распоряжаться своей собственностью после смерти.

Авторитет и влияние ВОЗ привели к тому, что рутинное изъятие утратило свою правомерность в цивилизованном обществе, в котором максимальное распространение получили два основных принципа: принцип презумпции согласия и принцип презумпции несогласия. Презумпция согласия действует в России, Австрии, Бельгии, Испании, Чехии и Венгрии и ряде других стран. Презумпция несогласия закреплена в законодательствах США, Канады, Германии, Франции, Португалии, Голландии и фактически действует в Польше.

Принципы презумпции согласия и несогласия

Презумпция согласия – предполагаемое согласие, неиспрошенное согласие. Слово «презумпция» (от лат. *praesumptio*) означает предположение о чем-либо. В соответствии с презумпцией согласия забор органов из трупа и их использование осуществляется, если умерший при жизни не высказывал возражений против этого или если возражений не высказывают его родственники. Отсутствие выраженного отказа трактуется как согласие, т.е. каждый человек практически автоматически превращается в донора после смерти, если он не высказал отрицательного отношения к этому. Предполагаемое согласие донора закреплено в двух федеральных законах: «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и «О трансплантации органов и (или) тканей человека» (ст. 8).

Преимуществом принципа презумпции согласия считается то, что он способствует большому количеству органов для трансплантации. Это происходит за счет того, что органы изымаются у тех, кто не выражал никакого мнения по этому поводу. Тем не менее значимая связь между тем или иным принципом изъятия органов и количеством собираемых органов отсутствует. Так в России, несмотря на применение принципа презумпции согласия, таких операций проводится намного меньше, чем в западных странах, где действует принцип презумпции несогласия.

¹ *Мирский М. Б.* Из истории разработки в советской медицине нормативных актов по изъятию кадаверных тканей и органов // Актуальные проблемы трансплантации и искусственных органов. М., 1980. С. 114.

К недостаткам принципа презумпции согласия относится то, что этот принцип вынуждает врача совершать, по сути, насильственное действие, так как действие с человеком или его собственностью без его согласия квалифицируется в этике как насилие. К недостаткам данного принципа можно отнести и то, что он не может защитить неосведомленного человека. Более того, предполагаемое согласие при определенных условиях вообще становится средством избежать получения соглашения. Именно поэтому многие исследователи, а также ряд религиозных конфессий, в том числе и Русская Православная Церковь (в «*Основах социальной концепции*»), оценивают принцип презумпции согласия как этически некорректный.

Презумпция согласия является одной из двух основных юридических форм регулирования процедуры получения согласия на изъятие органов от умерших людей. Вторая форма – *принцип презумпции несогласия*, или *испрошенного согласия*. Он означает, что изъятие осуществляется при условии, что умерший явно заявлял до кончины о своем согласии на изъятие органа, либо родственник умершего выражает согласие на изъятие (в том случае, когда умерший не оставил подобного заявления). В зависимости от того, обладают ли родственники правом принимать решение, различают два варианта принципа презумпции несогласия: принцип узкого согласия и принцип расширенного согласия. Принцип узкого согласия предполагает учет только мнения потенциального донора. Волеизъявление родственников не учитывается. При расширенном согласии учитывается не только волеизъявление донора при жизни, но и родственников донора после его смерти. Последний вариант наиболее распространен в Европе. Доктрина испрошенного согласия предполагает определенное документальное подтверждение согласия, т.е. нотариально заверенный документ или «карточку донора», получаемую в США теми, кто высказывает согласие на донорство.

Среди преимуществ принципа презумпции несогласия то, что при применении данной модели врач освобождается от психоэмоциональных перегрузок, связанных с совершением этически некорректных (в частности насильственных) действий, что особенно значимо для личности врача. Так как известно, что человек, совершающий действие, противоречащее традиционным нормам морали, неизбежно подвергается риску разрушить психоэмоциональную стабильность своей личности.

Недостаток презумпции несогласия в том, родственникам чрезмерно трудно согласиться на изъятие органов умершего близкого человека. Исследователи С. А. Дземешкевич, И. В. Борогад считают, что ситуация, при которой сразу вслед за известием о смерти врач должен просить у родственников разрешение на донорство, повышает психологические нагрузки и на родственников, и на врача. Следует отметить, что в мировой медицинской практике уже существуют подходы к решению и этой проблемы. В некоторых американских штатах именно закон обязывает медиков в обозначенных случаях обращаться к родственникам умершего с предложением об изъятии органов и тканей для трансплантации. Это значительно сни-

мает с врачами моральное и психологическое бремя, так как одно дело говорить от своего лица и совсем другое — от лица закона¹.

Специалисты полагают, что принцип испрошенного согласия более эффективен, т.е. более соответствует целям и интересам клинической трансплантации и наиболее соответствует традиционной этике. С точки зрения традиционной этики, воля человека более всего учитывается при использовании принципа презумпции несогласия, а при его разновидности — «информационной модели» — минимизируется и негативная психическая нагрузка для родственников. Согласно основному этическому принципу добровольное прижизненное согласие донора является условием правомерности и нравственной приемлемости трансплантации.

Этико-правовое регулирование использования органов живого донора для трансплантации

Доля органов от живого донора, используемых для трансплантации, — 10–25%. Этический принцип использования органов живого донора прост: недопустима пересадка органа, если эта операция нанесет необратимый вред донору. Допускается изъятие парных органов, например, почки или берется часть органа, например, доля печени.

Изъятие органов и тканей у живого донора для трансплантации реципиенту согласно ст. 11 Закона РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека» допускается при соблюдении следующих условий:

- если донор **предупрежден о возможных осложнениях** для его здоровья в связи с предстоящим оперативным вмешательством по изъятию органов или тканей;
- если донор прошел всестороннее медицинское обследование и **имеется заключение консилиума врачей-специалистов о возможности изъятия** у него органов или тканей для трансплантации;
- если донор **находится с реципиентом в генетической связи**, т.е. является **родственником** реципиента. Исключение составляют случаи пересадки костного мозга.

Желательность наличия генетической связи между реципиентом и донором определяется двумя обстоятельствами. Во-первых, родственные связи максимально способствуют исключению возможностей финансовых злоупотреблений и попыток вознаграждения донора за отданный орган. Вероятность финансовых взаимоотношений между родственниками гораздо меньше, чем между посторонними людьми. Во-вторых, при родственных пересадках максимально снижена вероятность иммунного отторжения органа.

Искусственные органы

Потребность замены больных органов искусственными возникает под влиянием трех факторов: большого числа пациентов, ожидающих того или иного органа, катастрофического дефицита донорских органов, иммунологической несовместимости в случаях трупного донорства.

¹ Введение в биоэтику / под ред. Б. Г. Юдина, П. Д. Тищенко. М., 1998. С. 308.

Наука и технологии постепенно продвигаются по пути решения задач создания искусственных органов, которые могли бы по своим функциям заменить настоящие. К ним относятся искусственные почка, легкие, сердце, кожа, кости, суставы, сетчатка, кохлеарные импланты. К устройствам, которые рассматриваются как временная мера, относится «искусственная почка» (гемодиализ). Но эту терапию сопровождают диеты, прием медикаментов, ограничение жидкости, потеря работоспособности, свободы, комфорта и различные осложнения со стороны внутренних органов. Искусственная вентиляция легких (ИВЛ) обеспечивает различные варианты вентиляции легких, но как самостоятельное лечение малоэффективно и при длительном применении не исключает развитие различных осложнений. Искусственное сердце – прибор, который временно берет на себя функцию кровообращения в случае, если сердце пациента не может полноценно обеспечивать организм достаточным количеством крови. Принципы создания искусственного сердца были разработаны В. П. Демиховым в 1937 г. С течением времени это устройство изменилось и в размерах, и в способах использования, но его недостатком остается потребность в постоянной подзарядке от электросети. Существующие модели искусственных органов далеки от идеальных параметров. Искусственный орган будущего должен имплантироваться в организм человека; он должен быть долговечным, выдерживающим большие нагрузки; он не должен сообщаться с окружающей средой; он должен быть изготовлен из легкого, прочного, обладающего высокой биологической совместимостью материала и качественно выполнять функции естественного органа.

Несмотря на трудности, перспективные работы по созданию искусственных органов требуемых параметров не прекращаются. В начале XXI в. возникли предпосылки появления принципиально новых подходов к восстановлению функций жизненно важных органов, основанных на технологиях клеточной и тканевой хирургии.

Этические вопросы клеточной трансплантации

Клеточная трансплантация (регенеративная медицина) – новое направление в медицине, задачей которого является разработка методов лечения для самых разных заболеваний на основании способности стволовых клеток человека развиваться в клетки различных органов, заменяя гибнущие клетки и восстанавливая целостность органа. Так же как и для аллотрансплантации, для клеточной трансплантации этически важнее всего вопрос об источниках получения стволовых клеток.

Проблемы использования стволовых клеток детально обсуждаются в обществе. В литературе источники стволовых клеток делятся на этически приемлемые и неприемлемые. Получение стволовых клеток из органов и тканей взрослого организма, пуповинной крови и плацентарной ткани не вызывает этических возражений. Использование «лишних», неостребованных эмбрионов человека, полученных при ЭКО, абортированных эмбрионов и эмбрионов, созданных с помощью терапевтического клонирования, оценивается как морально неприемлемое. В свою очередь этические неприемлемые источники также отличаются между собой по уровню

нравственности. Использование в качестве источника стволовых клеток эмбрионов человека, полученных методами искусственного оплодотворения («лишние» эмбрионы) и терапевтического клонирования, максимально безнравственно, так как здесь уничтожается человеческая жизнь, которая начинается в момент слияния мужской и женской половых клеток. Эта позиция выражена в различных международных документах. Так, в декларации ВМА «О медицинских абортах» (1983 г.) утверждается: «Основопологающий моральный принцип врача — уважение к человеческой жизни с момента зачатия»¹. Ассамблея ВОЗ 1970 г. также выражает свою позицию относительно статуса эмбриона человека в резолюции, подтверждающей Женевскую декларацию 1948 г.: «Буду уважать чужую жизнь с момента зачатия»².

Данные положения международных организаций защищают человеческую жизнь и человеческое достоинство и лежат в основе этической позиции, признающей некорректность разрушения эмбриона человека как источника сырья для получения стволовых клеток.

Как ни парадоксально, но использование тканей abortированного (уже уничтоженного) эмбриона оценивается как более корректный по сравнению с предшествующими источниками. Но и этот источник неприемлем, если судить о нем на основании статуса достоинства человеческого эмбриона как организма в определенной стадии развития человека. В качестве аргумента рассматривается и тот факт, что согласие на прерывание беременности неравно согласию на использование abortированного плода в исследовании. Предполагается, что родители, дающие согласие на убийство своего ребенка в утробе, согласны и отдать эмбрионы для получения ЭСК. Но такого согласия все же нет. Использование плода в исследовании без санкции родителей может рассматриваться как *нарушение принципа информированного согласия*. Еще одним аргументом против допущения использования abortусов в качестве «сырья» является риск увеличения числа искусственных abortов в обществе. Использование abortированных плодов может спровоцировать рост числа abortов, при этом покрыть потребности в стволовых клетках не удастся. Так, подсчитано, что для лечения одного больного сахарным диабетом понадобятся стволовые клетки 3–5 abortированных эмбрионов. Если умножить это число на число больных этим заболеванием в стране (в России 8 млн чел.³, в США на 2000 г. — 12 млн⁴), то количество эмбрионов, необходимых только для лечения одного сахарного диабета, превысит число совершаемых abortов в стране за год (в 2006 г. в России было сделано 1582 тыс.⁵, в США в 2003 г. было

¹ Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы. Сборник официальных документов. М., 1995. С. 23.

² Женевская декларация 1948 г. [Электронный ресурс]. URL: <http://savelifes.narod.ru/aboutab8.htm> (дата обращения: 03.09.2015).

³ Осложнения сахарного диабета / под ред. акад. И. И. Дедова. М.: ЭНЦ РАМН, 1995.

⁴ Что такое сахарный диабет и какой он бывает? [Электронный ресурс]. URL: <http://www.happydoctor.ru/info/227> (дата обращения: 03.09.2015).

⁵ Число abortов в России сокращается... но по-прежнему очень велико // Новые хроники. 22.04.2008. [Электронный ресурс]. URL: <http://novchronic.ru/1255.htm> (дата обращения: 03.09.2015).

сделано 1287 тыс. аборт¹). Так как предполагается использовать трансплантацию стволовых клеток для лечения множества других заболеваний, то ситуация несоответствия «спроса — предложения» неизбежно может обернуться тем, что общество породит индустрию аборт² (или коммерциализацию аборт), т.е. положение, когда государство будет платить женщинам за аборт, что приведет к полному перевороту в системах всех человеческих отношений.

Помимо перечисленных аргументов нельзя забывать о необходимости соблюдения принципа «не навреди» при использовании стволовых клеток. В регенеративной медицине сохраняется серьезный риск перехода эмбриональных стволовых клеток в опухолевые. На круглом столе «Стволовые клетки — насколько это законно?», проходившем в 2004 г. в Московской медицинской академии имени И. М. Сеченова, академик РАМН, директор Института экспериментальной кардиологии Российского кардиологического научно-производственного комплекса Министерства здравоохранения РФ В. Смирнов подчеркнул, что в практике должны использоваться только стволовые клетки пуповинной крови. Они уже испытаны для лечения примерно 45 видов заболеваний, их будущее использование перспективно. А вот использование эмбриональных стволовых клеток, как правило, сомнительно. Когда они попадают во взрослый организм, эти клетки в лучшем случае отторгаются иммунной системой, в худшем — дают опухоль (тератому). Частота возникновений опухолей доходит до 30%. По словам академика В. Смирнова, «нет ни одного доказательства на сегодняшний день эффективности лечения эмбриональными клетками, опубликованного в рецензируемых научных журналах»². Этически неоправданно рекомендовать пациентам методы клеточной трансплантации, ведь при ее применении высоки риски и не соблюдается принцип уважения человеческого достоинства.

Медико-этические проблемы ксенотрансплантации

Пересадка органов от животных к человеку — ксенотрансплантация — связана с потребностью преодолеть дефицит донорских органов. Исследования в области ксенотрансплантации исходят из мировоззренческого убеждения о единстве животного мира, где человек — один из его видов. В силу этого единства предполагается, что органы животных можно пересаживать человеку. Однако ксенотрансплантационные эксперименты свидетельствуют, что максимальный срок, который прожил человек с почкой шимпанзе, составляет девять месяцев³. Этот результат, достигнутый в 1964 г., до сих пор не превзойден. Как правило, этот срок составляет несколько дней, реже недель жизни.

¹ Centers for Disease Control and Prevention. Abortion Surveillance // Surveillance Summaries. MMWR November 24, 2006. 55 (№ SS-11). United States, 2003.

² Водовозов А. В. Москве прошел круглый стол «Стволовые клетки — насколько это законно?» // Mednovosti [Электронный ресурс]. URL: http://www.tssdent.ru/new_28 (дата обращения: 10.11.2015).

³ Шумаков В. И., Тоневцкий А. Г. Иммунологические и физиологические проблемы ксенотрансплантации. М.: Наука, 2003. С. 176–177.

Хотя известно, что наибольшей совместимостью с тканями человека обладают ткани свиньи, явление отторжения органа животного организмом человека в настоящий момент преодолеть нельзя. Несмотря на отрицательные результаты, эксперименты и исследования по пересадке таких органов животных, как сердце, печень, почки, ведутся в том числе и в Федеральном научном центре трансплантологии и искусственных органов имени В. И. Шумакова Министерства здравоохранения РФ.

Иммунное отторжение органов животных организмом человека — первая причина отказа сегодня от ксенотрансплантации. Вторая причина — риск переноса инфекций от животного-донора человеку-реципиенту. По мнению международных экспертов, существует серьезный риск межвидовой передачи вирусов животных, от которых у человека нет естественных механизмов защиты. Основным этическим возражением в этом случае является необходимость соблюдения принципа «не навреди», так как результатом ксенотрансплантации может стать возникновение «рукотворных» пандемий, к которым, например, некоторые ученые относят пандемию СПИДа. Группа заболеваний, вызванных пересадкой органа животного человеку, уже получила название «ксенозооноз». В Европе наложен мораторий на несколько лет на проведение ксенотрансплантаций¹. Существуют опасения и относительно угроз для идентичности человека в связи с пересадкой тканей и органов животного происхождения. Так в «Основах социальной концепции РПЦ» обращается внимание на то, что донорские органы и ткани усваиваются у воспринимающего их человеку (реципиенту), включаясь в сферу его личностного душевно-телесного единства. Поэтому ни при каких обстоятельствах не может быть нравственно оправдана такая трансплантация, которая способна повлечь за собой угрозу для идентичности реципиента, затрагивая его уникальность как личности и как представителя рода².

Этические проблемы доверия к службам, обеспечивающим трансплантацию (констатация смерти человека по критериям смерти мозга, распределение органов и (или) тканей реципиентам)

Вторая группа этических проблем трансплантации связана с проблемами доверия к этому виду медицинской практики. Проблемы доверия возникают в связи с отсутствием гарантий защиты от злоупотреблений на всех этапах трансплантации. Речь идет о возможности неоказания должной помощи пациенту, который рассматривается как потенциальный донор, о возможности врачебных ошибок в постановке диагноза «смерти мозга», о несправедливости в распределении донорских органов. Проблему доверия создают и известные криминальные случаи доведения больных доноров до смерти и насильственное изъятие органов у здоровых людей. В 2008 г. в ООН обсуждался вопрос о преступлениях в области трансплан-

¹ Мироненко А. Канибализм в конце XX века. Трансплантология: этика, мораль, право // Врачебная газета. № 11, ноябрь, 2000. С. 17.

² Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. XII Проблемы биоэтики // Информационный бюллетень ОВЦС Московского патриархата. 2000. № 8. С. 81.

тации в Китае, которая стала главным направлением китайских военных госпиталей. Международный масштаб приобретает деятельность организации «Врачи против насильственного извлечения органов» (*Doctors Against Forced Organ Harvesting (DAFOH)*).

Этические проблемы, связанные с констатацией смерти человека на основании диагноза «смерти мозга»

В любой момент времени приблизительно 8–10 тыс. чел. ожидают донорский орган, что заставляет специалистов-трансплантологов искать и находить пути к стабильным источникам донорского материала. Один из путей приводит к необходимости установления момента смерти, что значительно расширяет, с точки зрения специалистов, возможности получения органов для трансплантации. Есть и другие «пути»: выявление потенциальных доноров и ранняя констатация смерти мозга.

В большинстве развитых стран мира органы для трансплантации изымают при так называемой смерти мозга, которая становится основным критерием смерти людей, погибших от тяжелой черепно-мозговой травмы или опухоли головного мозга. Медицина, философия и религия всегда были едины в понимании смерти как состояния необратимой гибели организма. Традиционные медицинские критерии определения смерти: прекращение сердечной деятельности (исчезновение пульса на крупных артериях; прекращение биоэлектрической активности сердца); прекращение дыхания; исчезновение всех функций ЦНС. В настоящее время к ним добавился еще один — *смерть мозга*. Для принятия современной медициной нового критерия смерти существовало несколько причин. Во-первых, необходимость сделать возможным прекращение безрезультатного продолжения жизни пациентов со «смертью мозга», поддерживаемой аппаратами искусственного кровообращения и дыхания, замещающих работу жизнеобеспечивающих систем организма. Во-вторых, потребности развивающейся трансплантации.

Легализация нового критерия смерти человека не одновременный акт, но событие, имеющее свою историю. В 1959 г. было опубликовано описание состояния, названное французскими неврологами П. Молар и М. Гулон «запредельная кома». В 1968 г. публикуются «гарвардские критерии» смерти мозга. В 1981 г. Президентская комиссия США принимает критерий «полной мозговой смерти». В России критерий «смерть мозга» как критерий смерти человека утверждается в 1992 г. (ст. 9 закона «О трансплантации органов и (или) тканей человека»).

Детальная регламентация процедуры установления смерти мозга человека утверждена Приказом Министерства здравоохранения (МЗ) РФ от 20.12.2001 № 460 «Инструкция по констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга». Диагноз «смерть мозга» как критерий смерти человека принят в настоящее время в большинстве стран мира. Смертью мозга считается гибель всего мозга, включая его ствол, с необратимым бессознательным состоянием, прекращением самостоятельного дыхания и исчезновением всех стволовых рефлексов.

Важно отметить, что, хотя критерий смерти мозга и принят в медицине, постановка такого диагноза сложна, требует высокой квалификации

специалистов и до сих пор остается предметом дискуссий. Процедура фиксации смерти мозга сегодня предполагает соблюдение и организационных принципов как основания этической корректности трансплантации.

Этическим условием, при котором можно избежать ошибок и злоупотреблений при констатации смерти человека на основании гибели мозга, является выполнение трех следующих организационных принципов:

- принцип единого подхода предполагает, что диагноз должен ставиться независимо от того, рассматривается пациент как донор или нет;
- принцип коллегиальности заключается в обязательном участии минимум трех врачей в диагностике смерти мозга;
- принцип организационной и финансовой независимости бригад: первой, которая констатирует смерть мозга, второй, которая проводит забор органов, и третьей — собственно бригады трансплантологов, которая осуществляет пересадку органов.

Этический принцип недопустимости продления жизни одним пациентам за счет сокращения жизни других должен быть отчетливо осознан каждым членом каждой из бригад. Не все врачи его однозначно принимают. Расхождение позиций по этому вопросу связано с противоречием целей врача-реаниматолога и врачей бригады, осуществляющей забор донорских органов. Так, целью врача-реаниматолога является борьба за жизнь пациента при самых минимальных шансах, целью же бригады врачей по забору органов — изъятие органа у пациента «на кровотоке», т.е. у пациента с бьющимся сердцем, иначе органы будут уже непригодны к трансплантации.

Осознание трудностей, ошибок, возможностей злоупотреблений приводит к непризнанию человека умершим при диагнозе «смерть мозга» и довольно распространено в обществе. В некоторых странах, например в Дании, а также в американских штатах Нью-Йорк и Нью-Джерси, в том случае, если человек, будучи живым, или его родственники после его смерти не соглашаются с критерием «смерть мозга», законодательство позволяет отказываться от констатации смерти по этому критерию.

Проблема справедливости распределения донорских органов и (или) тканей человека

Донорские органы и ткани безусловно относятся к дефицитным ресурсам здравоохранения. Любая дефицитная ситуация с особой остротой ставит проблему справедливости. Справедливо ли осуществляется распределение донорских органов? На основании каких критериев оно происходит? Влияет ли финансовое состояние и социальное положение человека на механизм распределения? Ответ на эти вопросы связан с принципом справедливости, согласно которому приоритет распределения донорских органов не должен определяться выявлением социальных преимуществ отдельных лиц, групп, возможностями и мерою финансирования.

При решении проблемы справедливости распределения органов в трансплантации последовательно или комплексно действуют следующие критерии: совместимости, тяжести состояния, очередности, учета пространства и времени, сравнения заболеваний.

Основным критерием справедливости является степень иммунологической *совместимости* донора и реципиента. Иммунологические и биологические данные человека, нуждающегося в пересадке органа, заносятся в базу данных, т.е. в лист ожидания. Листы ожидания составляются на территориальных (региональных или межрегиональных) и национальных уровнях. Такая система распределения органов рассматривается как гарантия от всевозможных злоупотреблений. К известным трансплантационным центрам национального уровня относятся Евротрансплант, Франстрасплант, Скандиотрансплант, Норд-Италия-трансплант и др. Между трансплантационными объединениями предусмотрен также обмен донорскими трансплантатами на основании базы данных иммунологических показателей донорских органов. При появлении донорского органа происходит сравнение его биологических параметров с биологическими параметрами людей, находящихся в листе ожидания. Орган должен быть отдан не тому, кто богаче или более социально значим, но тому, с чьими параметрами он более совместим. Главный критерий справедливости с медицинской точки зрения – низкий уровень вероятности отторжения донорского органа от организма реципиента.

Критерий тяжести состояния применяется в ситуациях, когда донорский орган подходит нескольким реципиентам из списка. Если состояние одного реципиента позволяет ждать еще полгода или год, а другого – не более недели или месяца, то орган отдадут тому, у кого более тяжелое состояние.

Критерий очередности вступает в силу, когда двум реципиентам орган практически одинаково подходит и они оба находятся в критическом состоянии и оба не могут долго ждать. В этом случае решение принимается на основании критерия их очередности в листе ожидания. Предпочтение отдадут тому, кто попал в этот список раньше.

Критерий учета пространства и времени учитывает удаленность реципиента от места нахождения донорского органа и время годности органа для пересадки, которое, как правило, строго ограничено. Так, время жизни сердца как органа – около пяти часов. И если время, затраченное на преодоление расстояния между органом и реципиентом, больше времени жизни органа, то донорский орган отдадут реципиенту, находящемуся на более близком расстоянии.

Критерий сравнения заболеваний особенно значим, например, для пациентов с повреждением периферической сосудистой системой. Предпочтение отдается пациентам с минимальными повреждениями сосудистой системы.

Перечисленные критерии и их соблюдение трансплантологами являются необходимыми условиями для максимально этичного использования ценных донорских органов для пациентов и преодоления ситуаций с возможными злоупотреблениями при распределении органов при трансплантации.

Этические проблемы коммерциализации в трансплантации

В 1991 г. ВОЗ выпустила «Руководящие принципы по трансплантации человеческих органов», в которых указано, что «тело человека и его

части не должны быть предметом коммерческих сделок». Тем не менее есть государства, которые игнорируют данные рекомендации. Так, например, в Китае стоимость пересадки печени в апреле 2012 г. составляла 63 000 долл. США, стоимость одной почки — 15 800, а общая цена операции и лекарств — 31 500 и т.д. и т.п. Некоторые китайские военные госпитали периодически публикуют на своих сайтах прайс-листы для пациентов из Китая и иностранцев с расценками на органы, включая печень и почки, практически без ограничений. Такие предложения пользуются спросом, ведь, как говорилось выше, в современном обществе дефицит донорских органов. Этические принципы, ограничивающие коммерциализацию трансплантации, представляют собой своеобразные барьеры на пути возможных опасностей. Купля-продажа донорских органов запрещена и международным врачебным сообществом. Так, в Декларации ВМА о трансплантации человеческих органов (1987 г.) провозглашается: «Купля-продажа человеческих органов строго осуждается».

Состояние «дефицита донорских органов» — это хроническое несоответствие между спросом на них и предложением. Данная ситуация связана с возможностью формирования устойчивой тенденции потребительского отношения к человеку, тело или части тела которого становятся объектом коммерческих сделок. Именно с этими тенденциями коммерциализации трансплантации связан запрет на куплю-продажу органов и (или) тканей человека, зафиксированный в ст. 1 Закона РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека», что лишь свидетельствует о реальности этих процессов. Купля-продажа органов и (или) тканей человека влечет уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации. Формой противостояния коммерциализации трансплантации является и запрет в этом законе на трансплантацию донорских органов от живых неродственных индивидуумов. Характерно, что сами трансплантологи приходят к выводу: «Приобретение и использование живых почек и роговиц оказывается значительно доходнее, чем промышленное предпринимательство»¹.

В Законе РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека» в ст. 15 также утверждается: «Учреждению здравоохранения, которому разрешено проводить операции по забору и заготовке органов и (или) тканей у трупа, запрещается осуществлять их продажу».

Данный запретительный принцип находится в согласии с основным законом нравственных взаимоотношений между людьми: человек не может рассматриваться как средство для достижения цели другого человека. Принципиально при этом и этическое понимание человека не как вещи, а как личности, обладающей достоинством, волей и свободой.

С данными этическими положениями тесно связан вопрос о правовом статусе трансплантатов. Запрет на куплю-продажу человека распространяется и на его органы и ткани. Превращаясь в биологические материалы и представляя собой средство трансплантации, они не должны становиться средством коммерциализации, по причине их принадлежности к челове-

¹ Трансплантология : руководство / под ред. В. И. Шумакова. М., 1995. С. 12.

скому организму. Поскольку органы и ткани человека — часть его организма, они не соответствуют понятию вещи, а следовательно, не должны иметь рыночного эквивалента и становиться предметом сделки купли-продажи. Представляет интерес и позиция Русской Православной Церкви по этому вопросу, четко выраженная в «Основах социальной концепции РПЦ», где говорится: «Церковь считает, что органы человека не могут рассматриваться как объект купли и продажи»¹.

Тем не менее подобные сделки и отношения существуют. Это объясняется тем, что медицинское учреждение, ответственное и осуществляющее изъятие, превращается как бы в собственника трупного трансплантационного материала. Оно становится субъектом действий всего комплекса отношений, возникающих при обращении с донорскими органами и тканями. В условиях рыночных отношений учреждение-собственник оперирует органами и тканями, отделенными и отчужденными от человека, как предметами, объектами, вещами. За приданием отделенным от организма органам и тканям человека статуса вещей логически следует признание возможности их купли-продажи, при этом стирается различие между вещью и личным статусом человека. Нетрудно определить степень общественной опасности в случае игнорирования ценности человеческого достоинства как фундаментального основания социальной жизни².

Признаком развитого общества служит нравственная неспособность нарушить право человека на достоинство, допустить в качестве руководящей и все оправдывающей идеи сомнительное в нравственном отношении суждение: «смерть служит продолжению жизни». Продлению жизни человека служит осознанная, а не предполагаемая воля другого человека спасти человеческую жизнь. Именно такая нравственная воля, отражаясь в гражданском законодательстве, может стать преградой на пути не только к предполагаемым, но и к реальным нравственным и юридическим преступлениям.

Контрольные вопросы и задания

1. Перечислите основные этические проблемы трансплантации. В чем заключено моральное зло торговли человеческими органами?
2. Перечислите необходимые условия, при соблюдении которых возможно изъятие органа у живого донора?
3. Какой вид презумпции — согласия или несогласия — наиболее приемлем в трансплантологии с точки зрения этики? Почему? Какой из них законодательно закреплен в России?
4. Какими основными документами регулируется трансплантация в России?
5. На основе каких трех критериев врачи принимают решение при выборе кандидата на получение донорского органа от умершего?
6. В чем заключаются противоречия правового регулирования трансплантации? Каковы их этические основания?

¹ Семинарские занятия по курсу «Биомедицинская этика»: учебно-метод. пособие / И. В. Силуянова [и др.]. М.: ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, 2007. С. 110.

² Силуянова И. В. Антропология болезни. М., 2007. С. 85–86.

7. Совпадают ли медицинские критерии смерти человека и моральные нормы отношения к умершему?
8. Охарактеризуйте эквивалентность стойких вегетативных состояний и смерти мозга.
9. В чем заключаются этико-правовые проблемы распределения донорских органов?
10. Дайте сравнительную характеристику презумпции согласия и презумпции несогласия.
11. По каким параметрам презумпция согласия связана с насилием?
12. Чем отличаются решения проблемы изъятия трансплантатов у живых и умерших доноров в России и США?

5.2. Морально-этические проблемы репродукции человека

Репродуктивные права и репродуктивный выбор

Рождение человека с древнейших времен является традиционным предметом медицинской теории и практики. Бурное развитие медицины в XX в. не могло не коснуться этого направления врачевания. Новые представления о физиологических и патофизиологических процессах половой системы человека, современные подходы к диагностике, появление новых заболеваний, изменение методов терапии и профилактики беременности, возникновение вспомогательных репродуктивных технологий и пренатальной диагностики привели не только к возникновению новых специальностей в акушерстве и гинекологии, но и к новым аспектам морально-этических проблем этой врачебной деятельности. Развитие пренатальной диагностики привело к новому блоку «медицинских показаний» для искусственного прерывания начавшейся жизни. Необходимым условием фетальной терапии стало превращение человеческих зародышей в фармацевтическое сырье. Заготовка «запасных» зигот и их последующее уничтожение — часть процедуры искусственного оплодотворения.

В современном обществе формируются и новые понятия, с помощью которых происходит осмысление моральных проблем, связанных с формированием жизни и рождением человека. К ним относятся, прежде всего, понятия «репродуктивные права» и «репродуктивный выбор», которые связаны не столько с медицинскими аспектами воспроизводства человека, сколько с идеологией прав человека. Весьма симптоматичен двойственный смысл этих понятий. В биологических науках понятие «репродукция», как правило, связывается со способностью к размножению, самопроизводству, производству потомства. В то же время этимология слова «репродукция» (лат. *re* — приставка, обозначающая противодействие или обратное действие, и *productio* — производство) придает и другой смысл понятиям «репродуктивный выбор» и «репродуктивные права»: право человека на отказ от производства потомства, на управление своей репродуктивной (в биологическом смысле) способностью вплоть до ее полного подавления методами медицинской стерилизации. Несмотря на то, что именно в этом смысле понятие «репродуктивные права» включается в идеологию прав человека, в основных документах международного права данное

право отсутствует. Мы предлагаем использовать понятия «репродукция» и «репродуктивное здоровье» в традиционном смысле, фиксирующем способность человека к продолжению рода и производству потомства.

Этические аспекты прерывания беременности

Особенностью современных этических проблем репродуктивных технологий, несмотря на всю новизну, является их общее старое основание: проблема начала человеческой жизни и отношение врача к практике прерывания беременности, в частности к хирургическому аборту.

Отношение врачебного сообщества к аборту остается старейшей этико-медицинской проблемой, сохраняющей свою актуальность до сих пор, особенно в связи с практикой широкого гражданского обсуждения легальности абортов. Вопрос легализации абортов служит поводом для дискуссий специалистов, демонстраций граждан, заседаний парламентов. Острота в обсуждении проблем аборта в современном обществе сохраняется и сегодня, несмотря на то, что эта проблема стара как мир. Впервые она была выражена в V в. до н.э. Гиппократом. Среди многочисленных врачебных манипуляций он специально выделяет плодоизгнание и обещает: «Я не вручу никакой женщине абортивного пессария»¹. Гиппократ зафиксировал позицию врачебного сословия об этической недопустимости участия врача в прерывании начавшейся человеческой жизни и производстве искусственного выкидыша. Такое отношение шло вразрез с мнением моралистов и законодателей Древней Греции о социальной целесообразности аборта. Их взгляды обобщает и выражает Аристотель, который писал в «Политике»: «Если же у состоящих в супружеском сожитии должен родиться ребенок сверх (этого) положенного числа, то следует прибегнуть к аборту, прежде чем у зародыша появится чувствительность и жизнь»².

История вопроса о юридическом статусе плодоизгнания

В Древней Греции и Древнем Риме плодоизгнание не считалось преступлением. Но уже в первом тысячелетии нашей эры ветхозаветная заповедь «не убий» (Исх. 20:13) начинает распространяться и на находящегося во чреве матери зародыша. Принципиальной вехой становится постановление Константинопольского Собора 692 г., в котором говорится: «Разницы нет, убивает ли кто-либо взрослого человека или существо в самом начале его образования»³. Данная позиция не противоречила и судебным принципам Римского права, согласно которым: «Тот, кто во чреве пребывает, почти во всем цивильном праве считается существующим»⁴.

В VII в. законодательство вестготов устанавливает в качестве наказания за изгнание плода смертную казнь. Такой подход становится типичным для европейского законодательства Средних веков и Нового времени. В 1649 г. смертная казнь за плодоизгнание была введена и в России.

¹ Гиппократ. Избранные книги. М., 1936. С. 87–88.

² Аристотель. Политика. Соч. М., 1984. Т. 4, С. 624.

³ Цит. по: *Либерман Я. Э.* Изгнание плода в русском законодательстве // Тераневтическое обозрение. 1914. № 5. С. 148.

⁴ *Цылева В. В.* Римское право в вопросах и ответах : учеб. пособие. М., 2007. С. 183.

Под влиянием христианской морали и законов в XV—XVIII вв. аборт не входил в перечень необходимых навыков для медицинского образования и в категорию видов врачебной деятельности.

Поворотным становится 1852 г. После упорной борьбы в Парижской медицинской академии, под давлением роста женской смертности при кесаревом сечении, аборт включают в число акушерских операций, проводимых только в случаях анатомического сужения таза у беременных женщин. Так возникает понятие «медицинское показание к аборту», т.е. специфически медицинские случаи, которые снимали уголовную ответственность с врача и женщины за производство аборта. Постепенно происходило расширение медицинских показаний. К ним стали относить болезни сердца, почек, туберкулез, душевные болезни, наследственные заболевания женщины, случаи, где беременность угрожает жизни матери.

В первой половине XIX в. в оборот европейского судопроизводства входит понятие «социальное показание к аборту», где под социальным показанием имеются в виду изнасилование, «сношение путем обмана», чрезмерная нужда, что также смягчало в судах ответственность за произведенный аборт.

Под нарастающим давлением медицинских и социальных показаний смертная казнь за плодизгнание постепенно начинает вытесняться из законодательств европейских государств, сохраняя за собой при этом статус преступления «против жизни, против семьи и общественной нравственности».

В первом русском Уголовном кодексе 1832 г. изгнание плода упоминается среди видов смертоубийства. Согласно ст. 1461, 1462 Уложения о наказаниях 1885 г., искусственный аборт карался 4—5 годами каторжных работ, лишением всех прав состояния, ссылкой в Сибирь на поселение. Новое Уголовное уложение 1903 г. смягчает меры пресечения: «Мать, виновная в умерщвлении своего плода, наказывается заключением в исправительный дом на срок не свыше 3 лет, врач — от 1,5 до 6 лет»¹.

В начале XX в. в российских медицинских изданиях происходило интенсивное обсуждение этико-медицинских проблем искусственного аборта. Так, в 1900 г. доктор Э. Катунский писал: «У акушера нет ни нравственного, ни юридического права производить эмбриотомию над живым плодом»². В 1911 г. доктор Т. Шабад констатирует, что аборт — «это социальное зло». В то же время он практически один из первых ставит вопрос о «праве матери распоряжаться функцией своего тела», положительное решение которого в XX в. превратится в основополагающий принцип идеологии репродуктивных прав человека. Фактически доктор Шабад стоит у истоков либерального подхода к искусственному аборту, выступая, в частности, против католического принципа: «Вечная жизнь ребенка дороже временной жизни матери»³. При этом Шабад опирается на прин-

¹ *Либерман Я. Э.* Изгнание плода в русском законодательстве. С. 149.

² *Катунский Э.* К вопросу о праве родителей на жизнь плода // Медицинская беседа. 1900. № 7. С. 178.

³ *Шабад Т.* Искусственный выкидыш с принципиальной точки зрения // Медицинское обозрение. 1911. Т. 45. № 2. С. 172.

цип средневекового иудейского врача и богослова Маймонида: «не следует щадить нападающего», который он трактует как разрешение на убийство ребенка в утробе матери, совершаемое врачом для спасения жизни матери. Такое действие, по убеждению Т. Шабада, не преступно и не должно быть наказуемо.

Осуждение уголовного наказания матери и врача было итогом работы XII Пироговского съезда в 1913 г. Тем не менее в выступлениях на съезде и в обсуждениях его итогов сохраняется основная тенденция в российском врачебном мире — моральное неприятие аборта. Вот точка зрения доктора Я. Выгодского: «Принципиальный взгляд на выкидыш как на зло и убийство должен быть сохранен, производство выкидыша как профессия для врача недопустима»¹. И еще одно мнение: «Ни один уважающий себя врач, правильно понимающий задачи медицины, не будет делать выкидыш, по исключительному желанию женщины, а всегда будет руководствоваться строгими медицинскими показаниями. Мы, врачи, всегда будем чтить завет Гиппократов, что задача медицины сохранять и удлинять человеческую жизнь, а не разрушать ее, хотя бы и в зародышевом состоянии»².

XII Пироговский съезд, признав аморальность искусственного выкидыша, тем не менее, пришел к выводу, что государству необходимо отказаться от уголовного наказания за плодозгнание. В резолюции съезда от 2 июля 1913 г. сказано: «1. Уголовное преследование матери за искусственный выкидыш никогда не должно иметь места. 2. Также должны быть освобождены от уголовной ответственности и врачи, производящие искусственный выкидыш по просьбе и настоянию. Исключение из этого положения должны составлять врачи, сделавшие искусственный выкидыш из корыстных целей своей профессией и подлежащие суду врачебных советов»³.

Итогом широкого обсуждения в обществе морально-этических проблем аборта в начале XX в. было различение и разведение вопросов о его моральной недопустимости и о недопустимости уголовного наказания.

Подлинная революция в законодательстве относительно абортотворения происходит в России после 1917 г. 18 ноября 1920 г. вступает в силу постановление Наркомздрава и Наркомюста, которое полностью легализует искусственный аборт: «Допускается бесплатное производство операции по искусственному прерыванию беременности в обстановке советских больниц, где обеспечивается ей максимальная безвредность»⁴. Россия становится первой страной мира (не считая Франции периода революции 1791–1810 гг.), где происходит полное освобождение женщин и врачей от уголовной ответственности. Запрещение абортотворения в 1936 г. сменилось его легализацией в 1955 г. Легализация была продолжена и в Законе РСФСР о здравоохранении 1971 г. и в «Основах законодательства РФ об охране

¹ Стенограмма XII Пироговского съезда // Русский врач. 1913. № 28. С. 1011.

² Гиммельфарб Г. И. Исторический очерк вопроса о выкидыше // Терапевтическое обозрение. 1914. № 5. С. 147.

³ Стенограмма XII Пироговского съезда.

⁴ Цит. по: Соловьев З. П. Аборт. Избр. произведения. М., 1970. С. 133–134.

здоровья граждан» 1993 г., и в ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» 2011 г. Последние законы отличаются четкой регламентацией медицинской процедуры: по желанию женщины аборт производится до 12 нед. беременности, по желанию женщины и социальным показаниям — до 22 нед., по желанию женщины и медицинским показаниям — независимо от срока беременности¹.

Во второй половине XX в. принципиальное изменение юридического статуса и нравственных оценок медицинской репродуктивной практики происходит не только в России, но и в государствах Европы и США. За последние сорок лет в результате длительных дискуссий и обсуждений произошла отмена законодательного запрета или его ослабление в той или иной степени в Швеции (1946 г.), Англии (1967 г.), США (1973 г.), Италии (1978 г.), Испании (1978 г.), Норвегии (1978 г.), Франции (1979 г.), Нидерландах (1981 г.).

В то же время есть государства, которых не затронула легализация аборт. Это Ирландия, Португалия и другие страны с устойчивой католической культурой. Есть и такие страны, например, Израиль, где аборт допускается, но приняты такие законодательные ограничения, что эта медицинская услуга практически недоступна. В 1993 г. Польша стала первой страной бывшего социалистического лагеря, в которой вновь введены государственные законодательные ограничения на производство аборт, положив начало возрождению в конце XX в. консервативной традиции.

Во многих странах мира существует правовая защита эмбриона². В ст. 40 конституции Ирландии записано: «Государство признает право на жизнь нерожденного...»³. Статья 15 конституции Словацкой республики и ст. 6 конституции Чешской Республики утверждают: «Человеческая жизнь достойна охраны еще до рождения»⁴. В Германии действует «Акт о защите эмбриона человека», по которому налагается строгий запрет на любые манипуляции над человеческим эмбрионом, за исключением тех, целью которых является сохранение и спасение эмбриона⁵. Во Франции Кодекс законов о здравоохранении устанавливает, что жизнь человеческого существа должна охраняться с момента первых признаков ее проявления⁶. В Великобритании суды ввели ответственность за причинение эмбриону вреда по неосторожности⁷. Согласно Шотландскому акту о дорожных происшествиях 1972 г. (*Road Traffic Act*) эмбрион признается юридической личностью. В Австралии человек обладает правом подать иск о возме-

¹ Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан (1993), ст. 36 // Сборник нормативных актов по охране здоровья граждан Российской Федерации. М., 1995. С. 25.

² Женщины мира. 2000 год. Тенденции и статистика. ООН. Нью-Йорк, 2001. С. 84–85.

³ Конституции государств Европы в 3 т. М., 2001. Т. 1. С. 752.

⁴ Там же. Т. 3. С. 115–121.

⁵ *Heineman T., Honnefelder L.* Principles of ethical decision making regarding embryonic stem cell research in Germany / *Bioethic*. Vol. 16. № 6. 2002.

⁶ *Сэнт-Роз Ж.* Право и жизнь // *Вестник МГУ*. Сер. 11. Право. 2003. № 6. С. 57.

⁷ *Mason & McCall.* *Smith Law and Medical Ethics.* Butterworths. London, Edinburg, Dublin. 1999. P. 125–137.

нии вреда, причиненного ему по неосторожности в период его внутриутробного развития¹.

Различие юридического и морального отношений к искусственному прерыванию беременности

Легализация аборта остается устойчивой тенденцией современной цивилизации. Эта тенденция приводит к принципиальному различию юридического и морального измерения проблемы. Наиболее ясно это различие выражено в официальном документе — «Основах социальной концепции Русской Православной Церкви»: «Широкое распространение и оправдание аборт в современном обществе Церковь рассматривает как угрозу будущему человечеству и явный признак моральной деградации... Церковь неизменно почитает своим долгом выступать в защиту наиболее уязвимых и зависимых человеческих существ, коими являются не рожденные дети»².

Врач как принципиальный соучастник жизни человека с момента его рождения до смерти сегодня имеет возможность обсуждать фундаментальные моральные проблемы врачебной практики. Определить свое отношение к ним ему поможет и моральная традиция отечественного врачевания, и документы международных организаций, например, Декларация ВМА «О медицинских абортах» (см. разд. 4.3).

Современное российское законодательство в условиях существования различных точек зрения на проблему искусственного прерывания беременности позволяет врачу сделать свой нравственный выбор ее решения. Пункт 3 ст. 70 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» утверждает: «Лечащий врач по согласованию с соответствующим должностным лицом (руководителем) медицинской организации (подразделения медицинской организации) может отказаться от наблюдения за пациентом и его лечения, а также уведомить в письменной форме об отказе от проведения искусственного прерывания беременности, если отказ непосредственно не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих. В случае отказа лечащего врача от наблюдения за пациентом и лечения пациента, а также в случае уведомления в письменной форме об отказе от проведения искусственного прерывания беременности должностное лицо (руководитель) медицинской организации (подразделения медицинской организации) должно организовать замену лечащего врача».

Либеральный подход к проблеме аборта

Если законодательства государств Европы и Америки, запрещавшие медицинскую практику аборт вплоть до первой половины XX в., были сформированы под влиянием морально-религиозных установлений, то в основе современных законодательств, легализующих аборт, лежит либеральная идеология.

Либеральное оправдание аборт базируется на двух принципах. Первый, что у женщины есть право распоряжаться своим телом. Второй — отрицание личностного статуса плода.

¹ *Mason & McCall*. Smith Law and Medical Ethics. P. 126

² Основы социальной концепции Русской православной Церкви. С. 91.

Идея о праве женщины распоряжаться своим телом является исходной в аргументации права женщины на аборт.

Необходимо отметить, что ни один из документов международного права, который непосредственно касается проблемы прав человека — ни «Декларация прав человека и гражданина» 1789 г., ни «Всеобщая декларация прав человека» 1948 г., ни «Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах» 1966 г., ни «Международный пакт о гражданских и политических правах» 1966 г., ни «Конвенция о защите прав человека и основных свобод» Совета Европы 1950 г., — не содержит и не упоминает даже близкого к данному праву положения.

Признание права женщины распоряжаться своим телом проблематично не только по юридическим, но и по медицинским критериям. Искусственное прерывание беременности — это не терапевтическая, т.е. целебная, излечивающая от болезни процедура, а «распоряжение своим телом», которое весьма трудно отличить от членовредительства. В психиатрии известно, что стремление пациента распоряжаться своим телом, вплоть до нанесения себе повреждений, увечий, проведение над собой калечащих и болезненных процедур, может рассматриваться как разновидность расстройства личности, как синдром психопатоподобной шизофрении. Перечень же медицинских осложнений, следующих после подобного распоряжения, значителен, вплоть до смертельных исходов.

Несостоятельность лозунга о праве женщины распоряжаться своим телом имеет научные биомедицинские, медико-генетические основания. Новое человеческое существо, развивающееся в теле женщины, не является частью ее тела. Этот организм отличается по широкому спектру биохимических, биофизиологических параметров. Во-первых, он в половине случаев беременностей является существом другого — мужского — пола. Во-вторых, организмы матери и ребенка могут иметь разные биохимические показатели крови. В-третьих, геном зачатого существа всегда уникален и отличен от генома женщины. В-четвертых, плод может существенно обременять женщину, вплоть до явных ощущений принципиальных изменений своего физического состояния в широком диапазоне проявлений этого изменения: от прекращения менструального цикла до различных форм токсикоза.

В свете сказанного очевидна некорректность принципа «женщина имеет право распоряжаться функцией своего тела», особенно в роли нормы, регулирующей поведение человека.

Второй принцип защитников абортов: отрицание личностного статуса плода. Действительно, если исходить из понимания морали как системы идей, регулирующей отношения между людьми, то необходимо, по крайней мере, формально, наличие двух субъектов отношения «человек — человек». Если при этом допустить, что плод — не человек, то в силу отсутствия второго субъекта, аборт — не моральная проблема. В таком случае решение об аборте принимается, учитывая те или иные интересы, баланс жизненных обстоятельств, но ни в коем случае не моральность поступка. Такова логика сторонников права женщины на аборт.

Но что же представляет собой эмбрион и плод беременной женщины: только «сгусток тканей» или все же человека?

*Проблема начала человеческой жизни.
Статус человеческого эмбриона*

Человеческое существо, развиваясь, проходит ряд стадий — от оплодотворенной клетки до личности. В какой момент этих стадий начинается жизнь? Задача определения начала человеческой жизни тесно связана с проблемой статуса человеческого эмбриона. Может ли человеческий эмбрион называться человеком? Можно ли поставить знак равенства между содержанием понятий «человек», «эмбрион», «плод», «ооцит», «зародыш»? Существуют ли различия между человеческим существом до его появления на свет и после или все это звенья одной эволюционной цепи телесного и душевно-духовного становления личности? В какой момент человеческое существо становится моральным субъектом?

В современном обществе существует много ответов на эти вопросы. Первое различие между существующими теоретическими положениями связано с особенностями естественнонаучного и гуманитарного знания. Естественнонаучный подход представлен шестью положениями. Каждая из них последовательно связывает начало человеческой жизни или с формированием дыхательной системы (1), или с периодом формирования сердечно-сосудистой системы (2), или с началом функционирования ствола мозга (3), с образованием первичной полоски (4), или с имплантацией бластоцисты в стенку матки (5), или с моментом слияния гамет, т.е. с образованием генома человека (6).

Гуманитарное, этико-философское знание содержит следующие положения: 1) градуализм, 2) социологизм, 3) психоаналитические взгляды, 4) морально-интенциональный подход, 5) философско-антропологическую позицию, 6) теологический подход.

В чем состоят особенности естественнонаучного подхода?

Классификация положений в рамках естественнонаучного подхода произведена на основании анализа научных публикаций¹.

1) Формирование дыхательной системы.

Начало жизни человека связано с формированием дыхательной системы, так как именно самостоятельное дыхание обеспечивает возможность существования человеческого плода вне тела матери. В научных публикациях констатируется, что дыхательная система начинает формироваться уже через 4 нед. после оплодотворения. К 9-й нед. с момента зачатия наблюдаются эпизодические спонтанные дыхательные движения плода. Однако окончательно дыхательная система, а, следовательно, и способность к самостоятельному дыханию формируются к 20 нед.

¹ *Курило Л. Ф.* Право родиться // Биоэтика: принципы, правила, проблемы. М.: Эдиториал УРСС, 1998. С. 135–146; *Уиллкс Д., Уиллкс Б.* Мы можем любить их обоих. Аборт: вопросы и ответы. М., 2002; *Cunningham Wm.* Obstetrics. 1993. P. 193; *Edwards R. G.* Science et éthique de la segmentation des embryons humains in vitro // *Contracept. Fertil. Sex.* 1986. V. 14. № 4. P. 313–318; *Grobstein C.* External Human Fertilization // *Scientific American.* 1979. V. 240. № 6. P. 33–43; *Moor K.,* Before We Were Born. 3rd ed., 1989. P. 278; *Patton et al.* Intro. to Basic Neurology, W. B. Saunder Co, 1976. P. 8 и др.

2) Формирование сердечно-сосудистой системы.

Формирование сердечно-сосудистой системы также рассматривается в качестве принципиальной позиции при ответе на вопрос о начале человеческой жизни. Общеизвестно, что развитие сердечно-сосудистой системы человека начинается на 20–40 день после оплодотворения. Вначале сердце эмбриона представлено пульсирующим сосудом – дорсальной аортой. Однако оно пока не точная копия сердца взрослого человека. Только в течение примерно двадцатидневного срока оно приобретает черты настоящего четырехкамерного сердца млекопитающих. Но именно пульсация дорсального сосуда приводит к формированию сердца и первому сердцебиению. В пользу корректности «сердечного» критерия говорит тот факт, что дети, рождающиеся с многочисленными пороками развития сердечно-сосудистой системы, являются полноценными пациентами специализированных медицинских учреждений. Хирургия врожденных аномалий сердца и сосудов достигла значительных успехов и позволяет сохранить жизнь в таких случаях, когда о формировании полнофункциональной кровеносной системы говорить невозможно. В «Решении коллегии Минздрава России от 5.02.2002 г.» зафиксировано, что «в 2000 г. детям, не достигшим первого года жизни, было проведено 843 операции, что составило 12,9% общего числа операций при врожденных пороках сердца и сосудов у детей (1996 г. – 9,7%). При этом за тот же период времени доля операций, проведенных с экстракорпоральной перфузией, увеличилась с 39,8 в 1996 г. до 55,6% в 2000 г. (469 операций)».

3) Начало функционирования ствола мозга (момент формирования мозговой ткани).

Следующая естественнонаучная позиция связывает становление человека с началом функционирования ствола мозга. На нее нельзя не обратить внимания, прежде всего в силу принципа симметрии. В современной медицине утвердился такой критерий смерти человека, как смерть мозга. Естественно допустить, что если конец человеческой жизни связывается со смертью мозга, то и начало человеческой жизни должно быть связано с началом функционирования ствола мозга.

По мнению эмбриологов, на 30-й день развития плода начинаются дифференцировки ЦНС¹. Первые движения плода и реакции на прикосновения фиксируются с 6-й нед. с момента оплодотворения. В спинном мозгу выявляются синапсы². В это же время с помощью энцефалографии регистрируется функциональная активность мозга. Болевая чувствительность у плода присутствует в 7–8 нед.³ В 8 нед. у плода функционирует таламус, сформированы чувствительные и двигательные нервы, т.е. есть имеется все необходимое для ощущения боли. Здесь важно отметить, что для ощущения боли кора головного мозга не нужна, так как и полное удаление коры головного мозга не устраняет чувства боли⁴. Остается открытым вопрос:

¹ *Edwards R. G.* Science et éthique de la segmentation des embryons humains in vitro. P. 313–318.

² *Курило Л. Ф.* Право родиться. С. 136.

³ *Grobstein C.* External Human Fertilization. P. 33–43.

⁴ *Patton et al.* Intro. to Basic Neurology. P. 8.

можно ли считать критерием становления человека начало функционирования ствола мозга и проявление способности чувствовать? Почему? Потому, что бессознательное состояние и нечувствительность к боли человека, в сущности, не могут служить основанием для отказа ему в помощи и защите прав личности.

4) Образование первичной полоски.

Ряд специалистов, прежде всего эмбриологи и гистологи, связывают начало человеческой жизни с моментом формирования первичной полоски — морфологического предшественника нервной трубки. «Во время гаструляции формируется полярность — переднезадняя ось эмбриона. На 15–16 дни происходит перемещение клеток наружного слоя эмбриобласта к его будущему заднему краю, формируется примитивная первичная полоска по средней линии диска. Позже по продольной средней линии первичная полоска продавливается вглубь, образуется первичная бороздка. Клетки эмбриобласта, мигрирующие через первичную полоску и гензеновский узелок, формируют эмбриональную энтодерму и мезодерму, а также нотохорд, интегрирующийся затем в энтодерму первичной кишки. Предшественники эктодермы локализованы впереди первичной полоски»¹. Таким образом, первичную полоску можно считать первой осевой структурой, вокруг которой и выстраивается весь эмбриогенез. До 14-го дня после оплодотворения эмбриологи рассматривают эмбрион человека как преэмбрион, считая, что до этого срока он сформирован клеточными слоями, представляющими собой зародышевые оболочки — материал, не участвующий в построении в дальнейшем собственно эмбриона². При этом подчеркивается необходимость различать генетическую уникальность эмбриона и его онтогенетическую индивидуальность (при появлении первичной полоски)³. Ведущий аргумент данного подхода, что у эмбриона на стадии преэмбриона нет нервной системы, а следовательно, невозможны нейропсихические процессы в том виде, в котором они ассоциированы у нас с процессами электрохимического взаимодействия в нервных структурах. Однако корректно ли исключать стадию преэмбриона из процесса развития человеческой жизни, так как отсутствие этой стадии равнозначно отсутствию и процесса развития?

5) Имплантация бластоцисты в стенку матки.

Имплантация эмбриона человека в стенку матки происходит на 1-й нед. жизни, приблизительно на 6-й день. Существует мнение, что данный факт можно считать началом человеческой жизни. Данная позиция основана на том обстоятельстве, что не менее 8%, а по последним данным около 60% зародышей, зачатых в результате обычного полового акта, не закрепляются на стенке матки и погибают естественным путем. А раз так, то можно

¹ *Курило Л. Ф.* Некоторые этические вопросы технологии эмбриональных стволовых клеток // Проблемы репродукции. 2000. № 3.

² *Edwards R. G.* Science et éthique de la segmentation des embryons humains in vitro. P. 313–318 ; *Edwards R. G.* New ethical implications of human embryology // Hum. Reprod. 1986. 1:4. P. 277–278.

³ *Hermeren G.* Nature and status of the embryo: Philosophical aspects // Council of Europe's Third Symposium on Bioethics : Report. Strasbourg, 1996.

ли утверждать, что неимплантированный эмбрион уже обладает некоторыми человеческими свойствами и правами? Исходя из логики данного подхода допустимо и проведение экспериментов с эмбрионами человека в предимплантационном периоде.

б) Момент слияния гамет (образование генома).

Жизнь человека начинается с момента зачатия. Именно образование уникального и неповторимого генетического материала (генома) — исходный момент при формировании зародыша. Влияние клеточного микроокружения является условием для его осуществления, и важно не само по себе, а только в качестве фона для реализации генетической программы.

Во «Всеобщей декларации о геноме человека и о правах человека» — одном из международных документов, регулирующих генетические исследования, говорится, что «геном человека лежит в основе изначальной общности всех представителей человеческого рода, а также признания их неотъемлемого достоинства и разнообразия»¹. Различие генетических характеристик первично, когда мы говорим об отличии свойств организма матери от организма эмбриона и об индивидуальных особенностях формирующегося существа.

Вот, что говорят по этому поводу ведущие специалисты кафедры эмбриологии биологического факультета МГУ им. М. В. Ломоносова В. А. Голиценкова и Д. В. Попова: «С точки зрения современной биологии (генетики и эмбриологии) жизнь человека как биологического индивидуума начинается с момента слияния ядер мужской и женской половых клеток и образования единого ядра, содержащего неповторимый генетический материал»².

В чем особенности гуманитарного, этико-философского подхода?

Проблема статуса эмбриона обсуждается и гуманитариями: этиками, юристами, политиками. При этом широко используется такой прием, как моделирование решения проблемы в границах той или иной влиятельной философской системы прошлого (например, в психоанализе или марксизме), хотя в них прямо вопрос о критериях начала человеческой жизни и не обсуждался. Рассмотрим подробнее гуманитарные позиции: 1) градуализм, 2) социологизм, 3) психоаналитический подход, 4) морально-интенциональный подход, 5) философско-антропологический подход, 6) теологический подход.

I. Градуализм.

Градуализм представлен не только в гуманитарных, но и в естественных науках. Тем не менее мы относим градуализм к гуманитарному подходу, поскольку основной принцип, формирующий данную позицию, представляет философское суждение о непрерывности движения как способе существования мира. *Градуализм* — это позиция, утверждающая постепенное одушевление эмбриона и стадийное приобретение им человеческих, личностных свойств. Сторонники данных взглядов оперируют аргументом

¹ Всеобщая декларация о геноме человека и о правах человека (ЮНЕСКО, 1997 г.) // Этико-правовые аспекты проекта «Геном человека». Международные документы и аналитические материалы. М., 1998. С. 102.

² Вестник «Жизнь». М., 1994. С. 17.

«естественной убыли эмбрионов». Если бóльшая часть эмбрионов, зачатых естественным путем, не может укрепиться в стенке матки, оставляя материнский организм, то они лишаются права на рассмотрение вопроса об их статусе. Данная позиция не безупречна на основании реальности самопроизвольных выкидышей и на более поздних сроках беременности. Так же как и процент естественной младенческой и детской смертности от болезней и несчастных случаев не может рассматриваться как основание лишения погибших детей личностного статуса.

Второй аргумент связан с феноменом *тотипотентности*. Ссылаясь на данные эволюционной эмбриологии, некоторые ученые предлагают различать понятия «преэмбрион» и собственно «эмбрион»¹. По мнению градуалистов, преэмбрион состоит из недифференцированных клеток (бластомеров), обладающих тотипотентностью, т.е. любой бластомер наделен той же генетической информацией, какой располагает вся их совокупность. Преэмбрион может раздваиваться, или расщепляться, на две генетически идентичные единицы, полагая начало однояйцевым близнецам; в редких же случаях, возможно, их обратное соединение и образование единичного индивида. Однако способность эта потенциальная. Говорить о существовании эмбриона до имплантации, когда он получает генетическую информацию от материнского организма², неправомерно. В первые две недели, когда протекает процесс зачатия, зародыш должен квалифицироваться как преэмбрион, не имеющий еще биологических предпосылок «онтологической индивидуальности» и тем более личности.

Критические аргументы в адрес градуалистов сводятся к тому, что клеточная дифференциация записана или запрограммирована в зародыше с самого его возникновения. При первичном делении генетическая информация воспроизводится, передаваясь от первой клетки второй. Клеточная дифференциация начинается не с имплантации и «обособления» к концу двухнедельного срока, а с одноклеточной зиготы, когда уникальная «первичная формула» определяет и направляет дальнейший процесс, при нор-

¹ Начало этим дебатам во многом положила книга Н. Форда (*Ford N. When Did I Begin? Conception of the Human Individual in History, Philosophy and Science. Cambridge: University Press, 1988*). Автор настаивает на вероятности «замедленного одушевления», утверждая, что онтологически (а не только генетически) особый человеческий индивид возникает лишь через две недели после оплодотворения, с появлением первичной полоски. С глубоким анализом и частичным опровержением многих доводов Форда выступил Э. Фишер (*Fisher A. Individuogenesis and a Recent Book by Fr. Norman Ford // Revista di Studi sulla Persona e La Famiglia. Anthropotes 2 (1991). P. 199–244*). Относительно процесса «индивидуализации» мнения католических ученых глубоко разделились. Обзор новейшей литературы см.: *Cahill L. Sowe. The Embryo and the Fetus: New Moral Contexts // Theological Studies 54/1 (March, 1993). P. 124–142*. Автор солидаризируется с теми, кто принимает теорию «замедленного одушевления», или «гоминизации».

² Ясное и сжатое обоснование этого взгляда см.: *Bedate C., Cefalo R. The Zygote: To Be or not to Be a Person? // The Journal of Medicine and Philosophy 14 (1989). P. 641–645*. Авторы приходят к выводу, что «формирование эмбриона зависит от целого ряда обстоятельств, которые должны иметь место в процессе онтогенеза, и некоторые из них — вне контроля генетической программы. У зиготы достаточно информации, чтобы произвести исключительно человеческую ткань, но не вполне достаточно, чтобы стать человеческой индивидуальностью».

мальных условиях завершающийся рождением ребенка. Дифференциация, делающая возможным индивидуальное существование, наступает по окончании оплодотворения. В нормальных условиях оплодотворение означает начало непрерывного и длительного процесса постепенной индивидуализации, протекающего как дифференцировка и специализация, начиная с двух- или трехклеточной стадии эмбрионального развития. Начало человеческой жизни связано, таким образом, не с обособлением и не с формированием первичной полоски (при всей ее важности для развития эмбриона). Человеческая жизнь начинается оплодотворением, когда «вписанный» в зиготу код, или программа, начинают полностью определять клеточное деление и обмен генетической информацией.

При нормальных условиях человеческое развитие предстает непрерывной чередой изменений: образование зиготы, имплантация, формирование нервной системы, рождение. И кроме самого начального, нет в этом движении иного момента, о котором можно было бы сказать, что человеческая жизнь начинается «здесь и теперь». Весь период эмбриогенеза, как и вообще вся человеческая жизнь, — это непрерывный процесс развития; каждый последующий период продолжает предыдущий. И только момент начала принципиально отличается от всех других. В процессе развития человеческой жизни таким принципиальным моментом можно считать момент оплодотворения, когда организм человека получает уже всю необходимую информацию.

II. Психоаналитический подход.

Говоря о психоаналитическом подходе, мы имеем в виду не столько позицию классического психоанализа, сколько некоторых его последователей. Известно, что психоаналитические учения XX в. расширили познания о человеческой психике. Причем расширение произошло, во-первых, по вертикали, то есть в структуре психики были обнаружены и глубинные уровни, т.е. *бессознательное*, и, во-вторых, по горизонтали — психоанализ на практике доказал наличие у личности психической жизни задолго до ее рождения.

Впервые целостно осмыслить проблему развития человеческой души до рождения попытался Отто Ранк (1880—1939) — австрийский психолог и психотерапевт, представитель неотрейдизма в психоанализе. В «Травме рождения» (1924 г.) Ранк выдвинул концепцию, в которой решающим фактором жизненного развития человека выступает травма рождения. Суть ее в том, что постнатальная ситуация куда менее благоприятна, чем перинатальная. Вне матки ребенок вынужден сталкиваться с нерегулярностью питания, частым отсутствием матери, колебанием температуры, шумом и т.д. Таким образом, перинатальный период рассматривается как такое существование человека, при котором закладываются глубинные особенности психического поведения человека, которые будут проявляться на протяжении последующей жизни. Во время биологических родов происходит лишь приобщение индивидуальной психики к ментальным структурам человеческих сообществ, но не само ее рождение. По мнению представителей современной психоаналитической школы, большинство психопатологических заболеваний коренится именно в динамике перинатальных

стадий, которые отделяют безмятежное состояние внутри матки от постнатального существования во внешнем мире.

О возникновении психической активности с момента зачатия можно говорить и опираясь на исследования Станислава Грофа, представителя новой формы психоанализа — *трансперсональной психологии*.

В работе «За пределами мозга» (1985 г.) он утверждает, что перинатальный опыт личности не сводится лишь к биологическим процессам, а выходит далеко за рамки биологии и несет в себе важные психические составляющие. При рождении с личностью происходит метаморфоза, сравнимая, по словам Грофа, с изменениями, происходившими в древних храмовых культовых таинствах или в ритуалах инициации. Дошедшая до определенного антропологического этапа развития личность как бы временно умирает и затем вновь рождается для биографического (человеческого) существования. Образно выражаясь, с личностью разыгрывается перинатальная *мистерия смерти-возрождения*. С. Гроф изучает динамику этой мистерии бессознательного личности, выделяет в ней этапы, называя их «матрицами» (*базовые перинатальные матрицы* (БПМ)). Во время сеанса трансперсональной терапии пациент может «вспомнить» и заново пройти по маршрутам этих матриц, что обеспечивает, по мнению Грофа, терапевтический эффект. Перинатальная и постнатальная стадии существования личности оказываются увязанными друг с другом динамикой БПМ, а это означает, что между существованием личности *до* рождения и *после* нет глухой стены. Бесспорно, с рождения у личности начинается собственно биографическая стадия ее бытия, но до биологических родов у нее уже присутствуют и тело, и душа.

Итак, психоаналитические подходы расширяют границы человеческой жизни, фиксируя появление психического бытия задолго до рождения личности. Психика начинает формироваться одновременно с телом. Психосоматическое единство личности проходит различные этапы. Важнейшие из них — этапы внутриутробного развития.

III. Социологизм.

Рассмотрим позицию, которая условно называется «социологизм». Существуют две причины для того, чтобы уделить ей принципиальное внимание. Во-первых, под влиянием именно этой позиции происходит первая в мире легализация аборт, т.е. производство аборта теряет юридический статус преступления «против жизни, против семьи и общественной нравственности». Во-вторых, эта позиция до сих пор является идеологическим основанием российского законодательства.

Наше законодательство оказывается в положении несоответствия всем существующим современным естественнонаучным позициям. Обосновываемые сроки начала человеческой жизни — момент слияния половых клеток, 15–40-й дни существования эмбриона, даже 4–20-я недели — это сроки, среди которых нет ни одного, который бы соответствовал «социологизму», т.е. связывал бы начало человеческой жизни с моментом рождения человека, т.е. появления новой документально оформленной единицы общества.

Идеологическим основанием такой ситуации в значительной степени остается вульгарное следование философии марксизма-ленинизма, которую сами ее сторонники называли «воинствующим материализмом». Конечно, непосредственных указаний к детоубийству данная воинствующая философия не содержала. Но руководство к действию логически вытекало из ее принципов: морального релятивизма, отрицавшего абсолютное значение любых, включая религиозные, нравственных заповедей, и представления о так называемой социальной сущности человека.

Действительно, если, согласно моральному релятивизму, все моральные принципы, по сути, относительны, то почему не может рассматриваться как относительный, т.е. не имеющий абсолютного значения, и принцип «не убий»? И если интересы борьбы сообществ допускают убийства, то почему не распространить это допущение и на находящиеся во чреве матерей зародыши?

Вульгаризация принципа о так называемой социальной сущности человека заключалась в том, что человек рассматривался исключительно как субъект труда, основной элемент производительных сил, вступающий в производственные отношения, производящий их. Человек есть материальное социальное существо, субстратная и функциональная единица общества, обладающая индивидуальной социальной сущностью, которая формируется только в человеческом обществе — сложнейшем коллективе¹. Единицей общества человек становится только после своего рождения, которое фиксируется как состоявшийся факт в медицинских документах, а затем в официальных документах о рождении.

Неслучайно проблема соотношения биологического и социального в человеке — это по сути непрекращающаяся в философии марксизма-ленинизма борьба против биологизаторства, т.е. против биологического истолкования сущности человека, носителями которого, как правило, рассматривались представители генетики. И это понятно, так как генетика — это наука о наследственности, которая, как известно, не может не иметь своего субстрата или носителя. Этим носителем наследственных свойств и качеств с момента зачатия и является человеческий зародыш как уникальный живой биогенетический организм.

История этой борьбы включает 30—50-е гг. XX в. — годы победы лысенковщины, т.е. период осуждения и запретов на проведение генетических исследований. Именно эта борьба и породила понятия «биологизаторство», «социологизм», «биосоциальная природа человека» и т.д. Известно, что во второй половине XX в. вульгарный социологизм потерпел сокрушительное поражение под давлением развития биогенетического знания. Тем не менее именно социологизм сохраняет до сих пор ведущие позиции, определяя законодательство России, касающееся проблем репродукции.

IV. Морально-интенциональный подход.

Морально-интенциональный подход к проблеме статуса эмбриона является авторской позицией кафедры биомедицинской этики Россий-

¹ Орлов В. В. Социальная биология // Соотношение биологического и социального. Межвузовский сборник научных трудов. Пермь, 1981. С. 17.

ского национального исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова. Исходный тезис — признание того факта, что любое моральное отношение может состояться только при наличии, по крайней мере, двух субъектов (*S+S*). Первый субъект морального отношения — тот человек, кто относится к кому-то. Второй субъект — это тот человек, к кому кто-то относится. Например, моральное отношение благодарности, безусловно, предполагает того, кто испытывает чувство благодарности, и того, к кому относится эта благодарность. Такое моральное отношение, как ненависть, тоже не может быть бессубъектным. Как правило, кто-то ненавидит кого-то. Да и любовь — это отношение, предполагающее того, кто любит, и того, на кого это чувство направлено.

Моральное отношение, в отличие от каких-либо отношений другого рода, например, производственных, как правило, всегда эмоционально окрашено, имеет четкую направленность, напряженность, намеренность, устремленность. Персидский поэт X в. Абур Шукур писал:

Порой мучительней недуга
Пронзающие нам сердца
Стон матери и слезы друга
И горечь в речи мудреца¹.

Эмоциональная и целевая направленность на другого человека как субъекта или цель нашего отношения и обозначается понятием «интенциональность» (от англ. *intention* — намерение, стремление, цель).

В контексте обсуждаемой проблемы статуса эмбриона понятия «мать» и «отец» уникальны тем, что имеют морально-интенциональное содержание. Каждое из этих понятий предполагает наличие ребенка, существа, родителями которого они являются. Мать чья? Отец кого? Понятия «ребенок», «дитя» также морально-интенциональны, ибо предполагают наличие родителей, их зачавших и родивших. Само русское слово «беременность» уходит корнями в древние слова «бремя», «беру», в которых сохраняется значение «нести» и «сохранять». Смысл этих слов раскрывается в дополнении: «кого» или «что» нести и сохранять².

В ст. 5 «Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин» ГА ООН 1979 г. утверждается «понимание материнства как социальной функции и признание общей ответственности мужчин и женщин за воспитание и развитие своих детей...». При этом «во всех случаях интересы детей являются преобладающими»³.

В отличие от права женщины распоряжаться своим телом право на жизнь (в том числе и ребенка) рассматривается как основное, первое, фундаментальное право в таких международных документах, как «Декларация прав человека и гражданина» 1789 г., «Всеобщая декларация прав человека» 1948 г., «Международный пакт об экономических, социальных и культур-

¹ Истины. Изречения персидского и таджикского народов, их поэтов и мудрецов. М.: Наука, 1968. С. 103.

² Фасмер М. Этимологический словарь русского языка в 4 т. М., 1986. Т. 1. С. 155.

³ Международные акты о правах человека. Сборник документов. М., 1999. С. 247.

ных правах» 1966 г., «Международный пакт о гражданских и политических правах» 1966 г., «Конвенция о защите прав человека и основных свобод» Совета Европы 1950 г. Так, ст. 3 «Всеобщей декларации прав человека» гласит: «Каждый человек имеет право на жизнь, на свободу и на личную неприкосновенность»¹. В «Конвенции о правах ребенка» ГА ООН, 1989 г. в ст. 1 утверждается, что «ребенком является каждое человеческое существо до достижения 19-летнего возраста»².

В известной Американской конвенции о правах человека 1969 г. (вступила в силу в 1978 г.) в ст. 4, п. 1 говорится: «Каждый человек имеет право на уважение его жизни. Это право защищается законом (и как правило) с момента зачатия. Никто не может быть произвольно лишен жизни»³.

Жизнь развивающегося ребенка зависит от среды и пищи, которые обеспечивает ему вынашивающая его мать. По конкретным биохимическим, биофизиологическим параметрам (биохимические показатели крови, геном и т.д.) он отличное от матери, уникальное существо. Или, другими словами, уникальный биофизиологический субъект. Данный факт — это биологическое основание моральной субъектности человеческого эмбриона. Такое основание достаточно, но не необходимо для констатации морального статуса начавшейся человеческой жизни. Необходимое основание и моральный признак начавшейся человеческой жизни уникально просты. Это сами факты обсуждения, факты принятия решения о сохранении жизни или лишения жизни существа. Именно они свидетельствуют, что данное существо — реальное действующее лицо нашего морального отношения и действия. И от нашей любви, милосердия, справедливости зависит, быть или не быть его жизни, охраним ли мы его в качестве субъекта нашего к нему морального отношения или уничтожим его, или, точнее, предоставим «право» его уничтожить, т.е. совершим действие, которое, по словам христианского богослова св. Иоанна Златоустого, «хуже убийства». Действие, которое хуже убийства, — это нарушение моральной заповеди любви матери к своему ребенку.

Необходимо отметить одну особенность морального статуса человеческого эмбриона, которая отличает его от морального статуса взрослого человека. Эта особенность — беззащитность формирующейся жизни. Она не может ответить на насилие, не может сопротивляться несправедливым решениям, не может остановить преступление. Однако именно эта особенность начальной стадии человеческой жизни повышает меру нашей моральной ответственности за нее. Чем беззащитней существо, тем более оно нуждается в защите.

Морально-интенциональный подход к проблеме статуса эмбриона выявляет, что эмбрион человека является реальным субъектом моральной рефлексии. И он может быть подвергнут моральному или аморальному действию, и следовательно, его включенность в моральные отношения и его статус морального субъекта не вызывают сомнения.

¹ Международные акты о правах человека. Сборник документов. С. 40.

² Там же. С. 307.

³ Там же. С. 721.

V. Философско-антропологический подход.

В медицинском сообществе *антропология* (учение о человеке) рассматривается как биологическая наука о происхождении и эволюции человека (антропогенез), о физической организации человека (морфология человека), как наука об особенностях человеческих рас (расоведение), их культур (этническая антропология).

В то же время в современной культуре сохранилась и существует традиция широкого понимания антропологии как совокупности наук о человеке. В нее входит и философская антропология, которая представлена целым рядом различных теорий и школ. Например, известный исследователь и систематизатор философской антропологии В. Брюнинг объединяет религиозную, неосхоластическую, объективно-идеалистическую, материалистическую, натуралистическую, рационалистическую традиции в философскую антропологию на основании того, что человек рассматривается в них как исходный пункт и главный предмет философствования¹. Признавая принципиальные отличия каждой из этих традиций, обратим внимание на особенность собственно философского (а не биологического, социологического и т.п.) подхода к пониманию человека.

Суть философско-антропологического подхода сводится к попытке рассмотрения человека на уровне его сущности. При этом, как правило, предметом философской рефлексии выступает не конкретный человек, а типизированная модель человеческого индивидуума.

Собственно философский подход не сводим к рассмотрению сущности человека через призму какой-либо отдельной присущей ему особенности, будь то мыслительная деятельность, или прямохождение, или самосознание, или нравственные чувства, или экономические отношения, или особенности природы, физической организации (например, объем и вес мозга) и т.д. Все перечисленное отличает человека, например, от животного не только в отдельности, но главное во всей совокупности его свойств, в целостности. «Предмет рассмотрения философской антропологии составляет человек во всей его целостности»². Целостный подход к сущности человека основан на принципиальной несводимости сущности человека к какой-либо одной характеристике, как бы значительна, очевидна и отличительна она ни была. Тем не менее, как известно, сущность не может не проявлять себя. Как это связано с исследуемой темой?

Оказывается, что именно существование человека на исходной стадии существования первой клетки — зиготы, только что объединившей генетический материал родителей, может рассматриваться реальной иллюстрацией целостности как сущностной особенности человека. В зиготе еще ничего нет: ни мыслительной деятельности, ни прямохождения, ни нравственных чувств, ни особенностей физической организации, ничего, кроме 46 хромосом, и в то же время есть уже все перечисленное. Можно сказать, что в этой форме представлена вся совокупность сущностных черт и свойств человека. Зигота являет собой как бы микрокосм, призванный

¹ *Bruning W. Philosophische Anthropologie. Stuttgart, 1960.*

² *Григорьян Б. Г. Философская антропология. М.: Мысль, 1982. С. 159.*

со временем превратиться в макрокосм целостного человека во всем богатстве его жизненных смыслов.

Философская антропология не может не включать рассмотрение проблемы статуса человеческого эмбриона, от отношения к которой и от того, как она решается, зависит мера или критерий человечности всех видов и форм человеческой деятельности.

Философско-антропологическое понимание сущности человека соответствует методологическим функциям философии как знания, связанного с любым конкретным научным исследованием человека, будь то исследование биологическое, медицинское, социокультурное, или духовно-нравственное и т.п.

VI. Теологический подход.

Теологический подход объединяет практически все существующие в современной культуре религиозные представления об уникальности человеческой жизни. Они сформировались задолго до появления современных научных технологий и знания о том, что с момента оплодотворения человеческий эмбрион — живое человеческое существо, отличное от своих родителей, которое динамично развивается, последовательно раскрывая потенции.

Зачатие с теологической точки зрения — это начало новой жизни, которое совершается по милосердной Воле и Участии Творца. «Зарождение мое видели очи Твои; Имена всех внесены в книгу Твою; и никто даже во чреве матери не забыт Тобой» (Пс. 138:16–17). Статус начавшейся человеческой жизни свят, ибо свят тот Образ, по подобию которого создан человек. Рождение Господа нашего Иисуса Христа от пресвятой Богородицы свидетельствует, что все стадии формирования человека подобны возрастанию Сына человеческого.

Митрополит Антоний Сурожский рассуждает, например, так: «Можем ли мы сказать, что когда Божия Мать зачала Спасителя Христа, то до какого-то момента — до 14-й, 18-й, до 28-й нед. — Он не был человеком и не был рождающимся Богом? Нет, в момент зачатия зародыш ребенка уже является человеком, его уничтожение является убийством человека. И на это надо смотреть прямо и серьезно, никакого извинения в этом отношении нет»¹. Христианские мыслители и богословы, начиная от евангелистов вплоть до «Основ социальной концепции» (2000 г.), принятых на Архиерейском Соборе Русской Православной Церкви, свидетельствуют о неповторимости и личностном бытии каждой зачатой человеческой жизни. Независимо от того, принимаем ли мы теологическую позицию или нет, при работе с пациентами надлежит ее учитывать, особенно в силу того, что значительная часть населения России в той или иной степени соотносит себя с религиозной культурой.

Мы охарактеризовали основные точки зрения по вопросу о начале человеческой жизни.

¹ Митрополит Антоний Сурожский. Ответы на вопросы // Альфа и Омега № 3(29). М., 2001. С. 318–319.

В рамках естественнонаучного подхода мы не встречаем утверждений, что человеческая жизнь начинается с момента рождения. Позиция генетиков о начале человеческого существования с момента слияния гамет (образования генома) согласуется с выводами философской антропологии, теологии и с положениями морально-интенционального подхода. На основании такого сближения в решении вопроса статуса эмбриона естественнонаучного и гуманитарного взгляда мы можем фиксировать появление *устойчивого, научно обоснованного мнения*. Особняком стоит социологизм, который все более обнаруживает несостоятельность под натиском естественнонаучных позиций, которые в большей или меньшей степени отдалают начало человеческой жизни от момента рождения.

Консервативный подход к проблеме аборта

В России сосуществуют различные ценностно-мировоззренческие ориентации, среди них выделяются либеральная и консервативная. Каждая из них имеет свои основания, свою традицию. Консервативная основывается на моральных ценностях религиозной культуры. Рассмотрим особенности консервативного подхода к проблеме аборта на примере христианского вероучения.

Как известно, в Библии не так уж много мест, прямо касающихся обсуждаемой проблемы (например слова праведного Иова, который, говоря о своей жизни, начинает с «ночи, в которую сказано: „зачался человек!“» (Иов. 3:3). К ним причисляют установление, согласно которому человек, ударивший беременную женщину (если это стало причиной выкидыша), обязан заплатить штраф (см. Исх. 21, 22). Христианское «нет» абортам однозначно. Православное богословие полагает, что при решении сложных нравственных вопросов «на первое место чаще всего выдвигается самая жизнь основателя христианства, как воплотившая в себе идеал совершеннейшего пути ко спасению»¹. В этом смысле Благовещение Архангела Гавриила Марии: «Радуйся, Благодатная! Господь с тобою; благословенна ты между женами» (Лк. 1:28) представляет собой символическую форму христианского понимания начала человеческой жизни.

Такой принцип ставит под сомнение право женщины на собственное тело, право, допускающее, что плод есть лишь часть материнской ткани. «Это не ее тело; это тело и жизнь другого человеческого существа, вверенного ей материнским заботам для кормления»².

К каноническим относится уже приводившееся выше суждение Василия Великого (IV–V вв. н.э.): «Умышленно погубившая зачатый в утробе плод подлежит осуждению, как за убийство». Однако оценка аборта как нарушения ветхозаветной заповеди «не убий» — всего лишь одно из оснований христианского осуждения плодоизгнания (рис. 5.1). К мысли о еще одном основании подводит нас Св. Иоанн Златоуст. Он пишет, что плодо-

¹ Пономарев П. Догматические основы христианского аскетизма по творениям восточных писателей-аскетов IV века. Казань, 1899. С. 114.

² Харакас С. Православие и биоэтика // Человек. 1994. № 2. С. 93.

изгнание — «нечто хуже убийства», так как здесь не умерщвляется рожденное, но самому рождению полагается препятствие»¹.



Рис. 5.1. Плодоизгнание есть «нечто хуже убийства — это нарушение заповеди любви»:

слева — Корсунская икона Богородицы, была писана по преданию св. апостолом Лукой; справа — Греческая икона «Спаситель над убитыми нерожденными младенцами». XX в.

Что может быть «хуже убийства»? Очевидно то, что приводит к убийству, что лежит в его основе. Это нарушение «первой и наибольшей заповеди» (Мф. 22:38) — заповеди любви. Максим Исповедник различает пять видов любви: любовь «ради Бога», любовь «по причине естества, как родители любят чад», любовь «ради тщеславия», любовь «из-за сребролюбия», любовь «вследствие сластолюбия». Из этих видов любви на второе место Максим Исповедник помещает любовь «по причине естества»². Аборт — это нарушение заповеди любви, причем в самой ее человечески глубинной сути: через убийство матерью своего дитя. Даже животный мир, к сравнению с которым так часто прибегает натурализм, не знает аналогов подобного действия, что свидетельствует о его совершенной противоестественности.

В морально-этическом плане отношение к эмбриону — своего рода индикатор, который отражает состояние духовно-нравственного состояния общества. Инвалиды, больные могут, хотя бы в небольшой мере, но проявлять свои права на жизнь, отстаивать свою волю к благополучию; даже животные способны к сопротивлению. Эмбрион же — это форма высокораз-

¹ Св. Иоанн Златоуст. Избранные творения. М. : Издат. отдел Московской Патриархии, 1994. С. 790.

² Творения преподобного Максима Исповедника. Книга 1. Богословские и аскетические трактаты. Главы о любви. М. : Мартис, 1993. С. 108.

витого, сложноорганизованного бытия, олицетворяющая собой беспомощность и незащищенность жизни. Эта форма личностного существования ярче всего выражает значение человеческого соучастия, взаимодействия и взаимопомощи.

Государственно-правовое регулирование рождаемости и демографические процессы

К одному из показателей благополучного состояния общества относятся происходящие в нем демографические процессы.

Существуют три основных показателя демографического положения страны: смертность, миграция населения и рождаемость. В России в настоящее время особое внимание уделяется программе стимулирования рождаемости. Правительство приступило к реализации комплекса финансовых и административных мер поддержки молодых семей, женщин, материального стимулирования рождения второго ребенка. Однако решение демографической проблемы в России требует привлечения не только финансовых мер, но и других возможных и доступных средств, среди которых важную роль играют меры правового порядка.

Возможность регулирования демографических процессов и государственно-правового контроля за рождаемостью были известны уже греческой цивилизации. Аристотель в «Политике» рекомендовал: «Пожалуй... должно поставить предел скорее для деторождения, нежели для собственности, так, чтобы не рождалось детей сверх какого-либо определенного числа. Это число можно было бы определить, считаясь со всякого рода случайностями, например с тем, что некоторые браки окажутся бездетными. Если же оставить этот вопрос без внимания, что и бывает в большей части государств, то это неизбежно приведет к обеднению граждан, а бедность — источник возмущений и преступлений»¹. В IV—III вв. до н.э. демографический вопрос в Древней Греции решался ограничением рождения одного-двух детей в семье.

Нельзя не обратить внимания, что для Аристотеля самая важная проблема — проблема перенаселения, в качестве основного средства решения которой он выбирает аборт. Не логично ли предположить, что в условиях нехватки населения следует обратить внимание на механизмы государственно-правового регулирования производства абортотворения в стране, чтобы уменьшить их число? Положение в государстве, с одной стороны, теряющего население катастрофическими темпами, с другой — законодательно никак не ограничивающего массового производства абортотворения, вряд ли можно считать нормальным. Именно такая ситуация сложилась в России. В стране фиксируется устойчивая тенденция падения рождаемости, но не предпринимается правовых мер для ограничения производства абортотворения как основного фактора регулирования рождаемости.

Более того, все более очевидным становится ряд негативных особенностей существующего правового регулирования производства абортотворения

¹ Аристотель. Политика. М., 1984. Т. 4. С. 416–417.

в России. Одна из них связана с его явно антинаучным характером. Об этом свидетельствует анализ научно-теоретических положений о начале человеческой жизни как в естественнонаучных исследованиях, так и в гуманитарном знании.

Неудивительно, что в последние годы отечественные юристы все чаще поднимают вопрос о необходимости совершенствования конституционно-правового регулирования репродуктивных прав человека¹. Важные изменения были приняты в 2011 г. в ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации». В ст. 56 нового закона в отличие от ст. 36 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»² отсутствует понятие «право женщины на аборт».

Морально-этическая некорректность искусственного прерывания беременности веками сохраняла за абортом статус преступления «против жизни, против семьи и общественной нравственности» в законодательствах европейских государств. В Уголовном уложении России — с 1832 г. (первое издание) до революции 1917 г. — «изгнание плода» классифицируется как вид смертоубийства. Даже в СССР с 1937 по 1955 г. аборт был уголовно наказуемым действием³.

Учитывая позиции, регламентирующие проведение аборта в многих европейских государствах, а также принципиальную роль права, которое наряду с моральными принципами является основной формой регулирования поведения человека, все чаще обсуждается вопрос о допустимости в нашей стране проведения аборта исключительно по социальным и медицинским показаниям, исключая другие произвольные основания. Действующее законодательство открыто для совершенствования, в том числе и с точки зрения достижения этической корректности. Реальные изменения отношения к абортам в обществе связаны с изменениями законодательства об абортах, что, в свою очередь, рассматривается как важнейший этико-правовой фактор положительного решения демографических проблем страны.

¹ См.: *Перевозчикова Е. В., Панкратова Е. А.* Конституционное право на жизнь и правовой статус эмбриона человека / *Медицинское право.* № 2(14), 2006, С. 16–22 ; *Чернега К. А.* Юридические аспекты права врача отказаться от производства аборт / *Православие и проблемы биоэтики.* Вып. 2. М., 2006. С. 79–84 и др.

² Полный текст: «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 нед., по социальным показаниям — при сроке беременности до 22 нед., а при наличии медицинских показаний и согласии 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, утверждаемым Правительством Российской Федерации. Незаконное проведение искусственного прерывания беременности влечет за собой уголовную ответственность, установленную законодательством Российской Федерации».

³ УК РСФСР. Ст. 140 (а, б). Аборт. М. : Госюриздат, 1953. С. 45.

*Этические проблемы новых «технологий зачатия»
(искусственного оплодотворения)*

Каждая зачатая человеческая жизнь неповторима, в ней заложены уникальные свойства и способности. Все, что происходит с человеческим эмбрионом, происходит с *человеком*, и потому по отношению к нему действительны нравственные принципы и обязательства отношения человека к человеку. Именно человеческий статус и достоинство зачатой жизни порождают дискуссии о приемлемости тех или иных репродуктивных технологий и медицинских процедур.

Технологии искусственного оплодотворения относятся к современной практике управления репродуктивной способностью человека. Их разработка и применение востребованы и имеют большую социальную значимость, так как бесплодный брак и бездетность — боль многих людей. Чтобы оценить масштаб этой востребованности, достаточно отметить, что, например, в США с 1996 по 2004 г. количество детей, родившихся с помощью ВРТ, выросло вдвое, причем в 2004 г. их было уже около 1% от общего количества детей, появившихся на свет¹.

Показательна связь искусственного прерывания беременности и искусственного оплодотворения. Искусственное прерывание беременности как один из способов планирования семьи ведет к росту вторичного (приобретенного) бесплодия. Специалисты полагают, что вторичное бесплодие на 55% является осложнением после аборта. В настоящее время, хотя в среднем уровень бесплодия остается примерно таким же, как и 20–30 лет назад, его структура меняется в сторону увеличения вторичного бесплодия².

Потребность в искусственном оплодотворении вырастает не только из потребностей борьбы с собственно бесплодием вообще, сколько из потребностей борьбы с трубным бесплодием. Легализация абортов, происходящая со второй половины XX в., исторически и логически связана с разработкой методик искусственного оплодотворения. Профессор И. Мануилова констатировала: «Медицинская рекомендация к экстракорпоральному оплодотворению, как правило, является следствием анатомических нарушений в маточных трубах вследствие искусственного аборта»³.

Несмотря на то, что мощный стимул для своего развития ВРТ получают лишь во второй половине XX в., исследования в этой области имеют длительную историю.

История вопроса

В основе технологий искусственного оплодотворения человека лежат методы, которые разрабатывались и впервые использовались в ветеринарии. Первый известный науке опыт искусственного оплодотворения

¹ См.: Assisted reproductive technology and major structural birth defects in the United States / Reefhuis J. [et al.] // Human Reproduction Advance Access. First published online on November 14, 2008. URL: <http://humrep.oxfordjournals.org/cgi/content/full/den387v3> (дата обращения: 11.10.2015).

² Шнейдерман Н. А. Социология и жизнь. М.: Мысль, 1991. С. 99.

³ Мануилова И. Современные контрацептивные средства. М., 1993. С. 174.

на собаках был произведен в конце XVIII в. (1780 г.) аббатом Л. Спалланцани. С 1844 г. метод искусственного оплодотворения начинает использоваться для оплодотворения кобыл и коров. В 1891 г. была осуществлена первая успешная трансплантация эмбриона: перенос от одной самки кролика другой. Публикации в журнале «Вестник коннозаводства» за 1902 г. свидетельствуют, что метод искусственного оплодотворения в случаях сужения канала шейки матки кобыл был к этому времени вполне испытан и вошел в общее употребление.

Среди пионеров-разработчиков этой методики в России известен И. И. Иванов. С 1899 г. он начинает публиковать работы по искусственному оплодотворению различных видов животных. Именно ему исследователи отдают пальму первенства в выдвижении идеи о возможности оплодотворения в искусственной среде. Основываясь на многочисленных экспериментах над животными, он опровергает мнение о необходимости секретной деятельности придаточных половых желез при акте оплодотворения.

В конце XIX в. идеи искусственного оплодотворения начинают использоваться и для борьбы с женским бесплодием. В 1917 г. доктор Ф. Ильин констатирует, что к 1917 г. наука располагает 69 описанными и успешными случаями искусственного оплодотворения женщин спермой своего мужа¹.

Благодаря изданию «Пол, секс, человек»² российская общественность узнала о существовании скандальной диссертации Ж. Жерара (1885 г.) «Вклад в историю искусственного оплодотворения (600 случаев внутрисемейного осеменения)», которая получила в свое время во Франции большой общественный резонанс. И это неудивительно. Во второй половине XIX в. интимная жизнь супругов (т.е. то, что входит сегодня в понятие репродуктивной медицины: контрацепция, бесплодие) еще не находилась в сфере компетенции медицины. Работа Ж. Жерара явилась тогда своеобразным вызовом общественному мнению, так как считалось, что «искусственное осеменение противно законам природы»³.

Нельзя не обратить внимание и на следующее обстоятельство. В 1884 г. во Франции принимается закон о разводе, что становится серьезным социальным основанием не только для продолжения дебатов об искусственном оплодотворении, но и новым социальным «мотивом» продолжения научных разработок этого направления.

Показательно, что в 1925 г. доктор А. Шорохова в своем докладе на VI съезде Всесоюзного общества гинекологов и акушеров в Ташкенте рассматривала искусственное оплодотворение не только как метод преодоления бесплодия (который в случае искусственного осеменения спермой донора или мужа (ИОСДиМ) связан, как правило, с мужским бесплодием), но как «нежелание женщин сходитья с мужчиной» или как «право иметь ребенка не половым путем»⁴.

¹ Ильин Ф. Искусственное оплодотворение в борьбе с бесплодием женщины // Журнал акушерства и женских болезней. 1917. Т. 32. № 1–2.

² Пол, секс, человек / пер. с франц. М.: Мир, 1993.

³ Гавариши Л. Искусственное оплодотворение: сто лет дебатов // Пол, секс, человек. С. 106.

⁴ Шорохова А. А. Искусственное оплодотворение у людей // Труды VI съезда Всесоюзного общества гинекологов и акушеров. М., 1925. С. 420.

Есть достаточные основания предполагать, что все 88 женщин, которым проводила операции доктор А. Шорохова, пытались отстоять это право.

Возвращаясь к истории экстракорпорального оплодотворения, отметим, что идея И. Иванова о жизнеспособности семени вне организма легла в основу новой технологии искусственного оплодотворения. В 1912 г. доктор Дорерлейн докладывает о работах Иванова в Мюнхенском обществе акушеров и гинекологов. Тем не менее долгие годы эта идея продолжала оставаться экспериментальной.

В 1930 г. Пинкус впервые применил технологию суррогатного материнства: перенос оплодотворенной яйцеклетки в матку и последующее развитие беременности, а в 1934 г. О. В. Красовская смогла провести оплодотворение яйцеклетки в лабораторных условиях.

В 1944 г. было достигнуто первое успешное культивирование ооцита человека и экстракорпоральное оплодотворение, приведшее к развитию двухклеточного эмбриона¹.

В 1960 г. в клиническую практику вошел метод лапароскопии. В 1968 г. был предложен метод взятия яйцеклетки.

1978 г. стал революционным в истории ЭКО. Основоположниками ЭКО считаются британские ученые — эмбриолог Роберт Эдвардс и гинеколог Патрик Стептой. В 1960-х гг. Эдвардс работал с тканями человеческих яичников, удаленных во время операции, и в 1967 г. смог добиться первого в истории оплодотворения человеческой яйцеклетки в лабораторных условиях. П. Стептой работал над развитием такого направления хирургии, как лапароскопия. В первые годы совместной работы отработывались методики получения яйцеклеток лапароскопическим способом и определения стадии менструального цикла, наиболее подходящего для получения яйцеклеток. Шла работа и по разработке питательных сред, необходимых для культивирования эмбрионов. В 1976 г. после нескольких сотен неудачных попыток была достигнута первая в истории искусственная беременность, которая, к сожалению, оказалась внематочной. Первый ребенок, зачатый в пробирке, появился на свет в 1978 г. в клинике Бон-Холл (Кембридж, Англия).

В России исследования в этой области начинают целенаправленно производиться с 1965 г. В 1973 г. группа раннего эмбриогенеза перерастает в лабораторию экспериментальной эмбриологии. Первый «пробирочный» ребенок появляется в России в 1986 г. в результате работы лаборатории клинической эмбриологии (руководитель — проф. Б. В. Леонов) Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН. По данным на 1994 г. в этой лаборатории родилось более 15 000 таких детей. Количество центров, где производятся такие операции, в России и в мире неуклонно растет. Удивительна и динамика роста числа детей, зачатых «в пробирке». Например, еще в 1982 г. их было в мире всего 74, а уже в 1990 г. — около 20 000. Оценка эффективности этого метода у разных специалистов в разных странах различна. Наши специалисты склоняются к 10–18%².

¹ *Курило Л. Ф.* Развитие техники оплодотворения ооцита вне организма // *Акушерство и гинекология.* 1984, № 1. С. 7–8.

² *Леонов Б. В.* Рождение in vitro // *Человек.* 1995, № 3. С. 71.

В начале 1990-х гг. была разработана методика интрацитоплазматической инъекции единственного сперматозоида в яйцеклетку, позволившая добиваться беременности даже при крайне тяжелых формах патологии спермы. Для женщин старшего репродуктивного возраста была разработана манипуляция, повышающая вероятность имплантации, которая называется вспомогательный хетчинг.

В настоящее время к **методам ВРТ** относятся:

- искусственная инсеминация (ИИ);
- экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО);
- инъекция сперматозоида в цитоплазму ооцита (ИКСИ);
- рассечение оболочки эмбриона (хетчинг);
- донорство спермы и ооцитов;
- суррогатное материнство.

К наиболее широко применяемым методам ВРТ относится **экстракорпоральное оплодотворение**.

Процедура ЭКО состоит из следующих этапов:

- отбор и обследование пациентов;
- индукция суперовуляции, включая мониторинг фолликулогенеза и развития эндометрия;
- пункция фолликулов яичников;
- инсеминация ооцитов и культивирование эмбрионов *in vitro*;
- перенос эмбрионов в полость матки;
- поддержка лютеиновой фазы стимулированного менструального цикла;
- диагностика беременности ранних сроков.

Проведение ЭКО возможно в естественном менструальном цикле, без индукции суперовуляции. Показаниями для проведения ЭКО является бесплодие, неподдающееся терапии или вероятность преодоления которого с помощью ЭКО выше, чем другими методами. Эффективность метода составляет 25%¹.

Как и искусственный аборт, вспомогательные репродуктивные технологии напрямую затрагивают человеческую жизнь. Поэтому их использование и применение сопровождается вопросами об их соответствии фундаментальным нормам биомедицинской этики: принципу «не навреди», принципу соблюдения достоинства человека, морально-этической ответственности медицинского сообщества за социальные последствия применения ВРТ.

*Соответствие методов ЭКО
принципу биомедицинской этики «не навреди»*

При анализе соответствия методов ЭКО принципу «не навреди» возникает целый ряд опасений.

¹ Mykitiuk R., Nisker J. Assisted reproduction // The Cambridge Textbook of Bioethic. Cambridge University press, 2008. P. 113.

К опасениям общего характера относятся вопросы:

1. В какой степени беременности, возникшие у бесплодных женщин, способствуют повышению генетического груза в популяции за счет рождения детей с врожденной и наследственной патологией?
2. Каково влияние на плод медикаментозных средств, длительно используемых при лечении бесплодия (особенно гормонов)?
3. Какова генетическая опасность анонимного использования спермы донора при искусственном оплодотворении?

К опасениям конкретного характера относятся следующие негативные последствия ЭКО:

1. Синдром гиперстимуляции яичников (СГЯ), частота которого колеблется. Доля больных со средней степенью составляет до 33%, с тяжелой (вплоть до летальных исходов) степенью — до 10%¹.

2. Самопроизвольное прерывание беременности на ранних сроках при СГЯ².

3. Кровотечение из пунктированного яичника.

4. Ранение магистральных сосудов.

5. Многоплодная беременность, которая осложняется преждевременными родами, внутриутробной задержкой развития плодов, гестозом, гестационным сахарным диабетом.

6. Самопроизвольное прерывание беременности при редукции эмбрионов при многоплодной беременности из евгенического принципа селективной выбраковки человеческих эмбрионов «с подтвержденными структурными, хромосомными или генетическими аномалиями», либо из соображений удобства «для выполнения манипуляции». После редукции «всего лишь половина (51%) пациенток донашивали беременность до 38 нед. и более»³.

При ЭКО остро встает вопрос не только о здоровье женщин, но и о здоровье детей. Резко возрастает вероятность аномалий и патологий внутриутробного развития. Ученые из американских Центров по контролю и профилактике заболеваний (CDC) под руководством Дженниты Рифхьюз (Jennita Reefhuis) сравнили распространенность 30 наиболее частых врожденных дефектов у детей, зачатых естественным путем, и у детей, появившихся на свет с помощью искусственного оплодотворения (ЭКО или ИКСИ). В исследовании были задействованы 281 ребенок «из пробирки» и около 14 000 детей, зачатых естественным путем. При этом все беременности были одноплодными. Выяснилось, что дети, зачатые «в пробирке», в 2,4 раза чаще рождались с заячьей губой. Дефекты межпредсердной или межжелудочковой перегородки сердца отмечались у них в 2,1 раза чаще, чем у детей, зачатых естественным путем. Кроме того, у таких детей чаще возникали пороки развития желудочно-кишечного тракта: атрезия пищевода — в 4,5 раза чаще, атрезия прямой кишки — в 3,7 раза⁴.

¹ Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению / под ред. В. И. Кулакова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. С. 460.

² Там же. С. 488.

³ Там же. С. 519.

⁴ Assisted reproductive technology and major structural birth defects in the United States / Reefhuis J. [et al.].

Исследователи констатируют следующие причины данных тенденций:

1. В неестественных условиях оплодотворения «в пробирке» нарушается биологический алгоритм отбора половых клеток.

2. При использовании метода ИКСИ ребенок наследует все те хромосомные нарушения, которые могут быть присущи страдающему бесплодием отцу. У бесплодных мужчин существует повышенный риск хромосомных aberrаций, встречается в 10 раз чаще, чем в норме¹.

3. Формирование и развитие эмбриона при индуцированных беременностях происходит на фоне высоких концентраций стероидных гормонов и их дисбаланса, что несет с собой угрозы инфицирования плода самопроизвольного выкидыша, гестозов, антифосфолипидного синдрома (в 2–3 раза выше, чем при неиндуцированной беременности)².

4. Процедура ЭКО не избавляет эмбрион от тех рисков, которые могут быть обусловлены репродуктивными дисфункциями материнского организма, побудившими ее обратиться к ЭКО.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что риск возникновения пороков развития у ребенка, зачатого с помощью ЭКО, выше, чем при обычном течении беременности. В силу этого особенно важно предоставлять пациентам, которые планируют прибегнуть к ЭКО, полную информацию об особенностях и возможных последствиях данного медицинского вмешательства для здоровья женщины и ребенка.

Принцип соблюдения достоинства человека при проведении вспомогательных репродуктивных технологий

Принцип соблюдения достоинства человека при проведении вспомогательных репродуктивных технологий непосредственно связан с проблемой уничтожения человеческой жизни на ранних стадиях ее развития.

В большинстве случаев существующие технологии ЭКО предполагают оплодотворение большего числа эмбрионов, чем нужно для имплантации матери. Это происходит в связи с двумя факторами:

1) низкая вероятность удачной имплантации и протекания беременности при ЭКО (1–2 родов на 10 вмешательств)³ вынуждает прибегать к повторным попыткам, для которых, соответственно, требуются новые эмбрионы;

2) получение новых яйцеклеток для создания этих эмбрионов каждый раз связано с риском развития СГЯ, чреватым тяжелыми последствиями для женщины.

Что же происходит с «лишними» эмбрионами? Большая часть подвергается криоконсервации. Технология криоконсервации позволяет длительное время сохранять полученные эмбрионы для перенесенной по времени или повторной имплантации. Как отмечают исследователи, «в стандартной

¹ Барашнев Ю. И. Качество здоровья и особенности постнатального развития детей, рожденных при применении вспомогательных репродуктивных технологий // Лечение женского и мужского бесплодия. Вспомогательные репродуктивные технологии / под ред. В. И. Кулакова, Б. В. Леонова, Л. Н. Кузьмичева. М., 2005. С. 504.

² Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению. С. 537.

³ Сгречча Э., Тамбоне В. Биоэтика. М., 2002. С. 239.

практике проведения ЭКО примерно в 60% случаях стимуляции и оплодотворения *in vitro* остаются излишние эмбрионы, подходящие для проведения криоконсервации»¹. При этом известно, что далеко не все из них будут впоследствии имплантированы, и они переходят в разряд «лишних».

Судьба «лишних» эмбрионов различна. Часть становятся донорскими, т.е. их переносят в другую женщину, разделяя их с биологической матерью. Часть уничтожается по причине генетических аномалий, выявленных в результате диагностики. Часть используется для производства косметических средств. 20% эмбрионов погибает при криоконсервации в результате прямого воздействия пониженной температуры. Большая же часть криоконсервированных эмбрионов обречена на уничтожение: «В лабораториях сейчас насчитываются тысячи таких замороженных эмбрионов (по данным исследования, завершено в мае 2003 г., только в США около 400 000)»².

Уничтожение эмбрионов происходит и в случае их редукции при многоплодной беременности. Значительная часть используется для экспериментов. В любом случае очевидно, что при ВРТ миллионы созданных врачами человеческих эмбрионов заранее запрограммированы на уничтожение.

Отдельная форма уничтожения «лишних» эмбрионов — использование их для получения стволовых клеток (СК). Использование так называемого избытка эмбрионов для извлечения стволовых клеток порождает ряд этических и юридических проблем.

*«Лишние» эмбрионы, полученные in vitro,
как возможный источник СК*

С точки зрения немецких исследователей Томаса Хайнемана (Tomas Heineman) и Людгера Хонфельдера (Ludger Honnefelder), этически неприемлем не только метод получения СК из эмбрионов, созданных с помощью перенесения в человеческую яйцеклетку ядра соматической клетки человека (пациента) (терапевтическое клонирование), но и получение СК из внутренней клеточной массы бластоцист человека, полученных оплодотворением *in vitro*, так как СК извлекаются в данных случаях из тотипотентных клеток, т.е. клеток, из которых может сформироваться человеческий организм, который может быть рожден и усыновлен. Эта позиция соответствует принятому в Германии «Акту о защите эмбриона человека», по которому налагается строгий запрет на любую манипуляцию над человеческим эмбрионом, за исключением манипуляции, целью которой является сохранение и спасение эмбриона³.

Но это в Германии. В России же на заседании президиума РАМН утверждена федеральная целевая научно-техническая программа «Новые клеточные технологии — медицине», где в качестве направления фундаментальных исследований обозначено «выделение плюрипотентных стволовых клеток человека (ЭСК) из невостребованных для лечения бесплодия бластоцист, полученных прежде всего путем оплодотворения *in vitro*».

¹ Элдер К., Браун Д. Экстракорпоральное оплодотворение. М., 2008. С. 189.

² Клонирование человека. Юнеско, 2004. С. 13.

³ Heineman T., Honnefelder L. Principles of ethical decision making regarding embryonic stem cell research in Germany // Bioethic. Vol. 16. № 6. 2002.

Эту позицию российских исследователей разделяют многие зарубежные этики-прагматики, аргументы которых концентрируются вокруг принципа пользы. Так, Дж. Харрис, директор Института медицины, права и биоэтики, директор по науке Центра социальной этики и политики университета Манчестера, утверждает: «Повторю, что этот принцип призывает приносить пользу людям, если это в наших силах. Если есть возможность использовать ресурсы ради выгоды, неправильно упускать такую возможность и растрачивать ресурсы впустую. Трудно найти аргументы в пользу того, что более этично — позволить эмбриональному материалу пропасть, чем использовать его ради благой цели. Без сомнения, лучше сделать что-то хорошее, чем ничего не делать; лучше использовать что-то с выгодой, чем позволить пропасть зря»¹.

Если речь идет о «ресурсах», о «материале», то действительно лучше использовать их с выгодой. Но практика превращения в выгодные ресурсы человеческих отходов (кожи, волос и т.п.) уже известна европейской истории. Такая историческая аналогия многих отрезвляет. Важен при этом и «личный» аргумент. Если речь идет о человеческом достоинстве и человеческой жизни, например, лично вашей, ваших детей, которую кто-то захочет использовать с выгодой, позиции у прагматиков, как правило, меняются. Принцип пользы в любой «полезной ситуации» разделяет людей, по крайней мере, на две группы. Одна — это те, кому будет принесена польза. Другая — те, за счет кого, она будет принесена. Потребительское отношение одной группы людей к другой обнаруживает этическую некорректность открытого Харрисом этического принципа. С точки зрения Харриса, все, кто пользуется естественным сексуальным воспроизводством, должны быть сторонниками использования зародышевых тканей, которые по разным причинам остаются «лишними» в процедуре ЭКО. При каждой успешной беременности, которая приводит к рождению ребенка, теряется или самопроизвольно абортируется несколько эмбрионов. Значит, жизнь одного человека есть как бы результат гибели многих эмбрионов. Следовательно, допустимо рассматривать жизнь и здоровье одного человека как результат, приобретенный ценою уничтожения эмбрионов и получения из них искомого целебного «материала».

Ошибка Харриса заключена именно в том, что он не отличает естественную, самопроизвольную, по его же выражению, гибель некоторых эмбрионов от гибели эмбрионов, происходящей от действия осознанного, намеренного, просчитанного и умышленно направленного на уничтожение человеческого эмбриона и начавшейся человеческой жизни.

Эмбрион человека — это организм человека, который находится на стадии развития от зиготы до 8 нед. Во «Всеобщей декларации о геноме человека и о правах человека» утверждается, что «геном человека лежит в основе изначальной общности всех представителей человеческого рода, а также признания их неотъемлемого достоинства и разнообразия»². Про-

¹ Харрис Дж. Стволовые клетки и воспроизводство // Человек. 2003. № 5. С. 133.

² Всеобщая декларация о геноме человека и правах человека // Биомедицинская этика: Сборник нормативно-правовых документов в области прав человека в контексте биомедицинских исследований / под ред. И. В. Силуяновой. М.-Чебоксары, 2014. С. 306.

цедура ЭКО предполагает массовое уничтожение эмбрионов человека. Именно поэтому встает вопрос о соблюдении достойного отношения к человеческой жизни в границах основного закона человеческой нравственности. И. Кант называл его «категорическим императивом»: человек не должен рассматриваться как средство для достижения цели другого человека. Данный моральный принцип лежит в основе правовых запретов на убийство, на торговлю людьми, включая куплю-продажу детей в обществе и т.п. Рождение ребенка, как цель ЭКО, не должно достигаться ценой уничтожения в каждой конкретной ситуации до десятка развивающихся человеческих жизней. Именно поэтому в законодательствах ряда европейских государств, посвященных искусственному оплодотворению, прежде всего четко регламентируется вопрос о количестве эмбрионов и их использовании при каждой процедуре. Регламентация количества создаваемых эмбрионов решает вопрос о недопустимости уничтожения «лишних» эмбрионов. Так, в Италии разрешается создание только трех эмбрионов при условии имплантации в матку без их уничтожения при условии возникновения беременности. Международный опыт регламентации ВРТ на основе признания достоинства человеческой жизни должен стать основанием для совершенствования и российского законодательства.

Морально-этическая ответственность медицинского сообщества за социальные последствия применения ВРТ

Морально-этическая ответственность медицинского сообщества за социальные последствия применения ВРТ связана с вопросами: не станет ли метод искусственного оплодотворения косвенной поддержкой тенденции «асексуального размножения» и в итоге основанием принципиальных сдвигов в традиционных формах семейно-брачных отношений? Существуют ли основания опасаться культурных, демографических сдвигов в результате изменения структуры семейно-брачных, родственных отношений? К каким последствиям может привести конфликт правовых регламентаций с моральными ценностями, традиционными для общества, юридическими нормами и нравственными представлениями людей о семье, материнстве, правах детей и обязанностях родителей? Грозят ли изменения традиционной семьи неизбежной трансформацией нравственных норм человеческих отношений?

В 2011 г. вступил в силу Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Несмотря на всеохватность этого закона такие медицинские специальности, как хирургия, терапия, педиатрия, стоматология, невропатология и т.д., не потребовали специального регулирования. Напротив, деятельность врачей-репродуктологов, применяющих технологии искусственного оплодотворения и суррогатное материнство, регламентируется детально и отдельно. В чем причина такой привилегии? Чем отличаются пациенты врачей-репродуктологов от врачей и пациентов других специальностей? Почему методики ЭКО и использование суррогатных матерей требуют специального законодательного регулирования? Отдельная регламентация ВРТ связана с опасными последствиями произвольных манипуляций, относящихся к воспроизведению

человеческого рода. О каких опасностях идет речь? Прежде всего, об угрозах трансформации семьи.

В России п. 3 ст. 55 ФЗ «Об основах здоровья граждан Российской Федерации» провозглашает право на применение методов вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО или искусственного размножения) для людей, не состоящих в браке: «Мужчина и женщина, **как состоящие, так и не состоящие в браке**, имеют право на применение вспомогательных репродуктивных технологий при наличии обоюдного информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство. Одинокая женщина также имеет право на применение вспомогательных репродуктивных технологий при наличии ее информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство».

Одинокие мужчины в России успешно добиваются права на применение вспомогательных репродуктивных технологий в судах. В августе 2010 г. Бабушкинский районный суд г. Москвы вынес первое — прецедентное для России — решение, в котором районный ЗАГС обязывался зарегистрировать ребенка, родившегося по программе гестационного суррогатного материнства с донорскими ооцитами для одинокого мужчины. В результате было получено первое в стране свидетельство о рождении суррогатного ребенка у одинокого мужчины с прочерком в графе «мать».

Нельзя не отметить, что закон 1993 г. «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» разрешал применение искусственного оплодотворения для и при согласии супругов. Легализация права на искусственное оплодотворение для лиц, не состоящих в браке, а также одиноких женщин создает предпосылки для разрушения традиционной семьи. Это относится, прежде всего, к росту числа неполных семей, которых уже сейчас в России 30%. Данное законодательство напрямую создает и благоприятные условия для легализации гомосексуальных семей, различных форм сожительства, последовательной моногамии и т.п.

Для констатации этической корректности законодательных рекомендаций целесообразно ответить и на вопрос: права всех ли участников ВРТ он обеспечивает и соблюдает?

Искусственное оплодотворение — новая форма размножения людей, которая не может не повлечь за собой изменение социальных отношений не только между мужчиной и женщиной, детьми и родителями, но и между человеком и государством. Государственная регистрация браков как форма правового контроля гражданского состояния общества во многих странах мира предусматривает, прежде всего, защиту моральных и материальных интересов детей. Искусственное размножение, допустимое вне рамок брака, — это такая форма размножения, которая неизбежно повлечет за собой снижение уровня этой защиты.

Масштабная трансформация традиционных семейно-брачных отношений, предпринятая в действующем законе, связана с ущемлениями прав ребенка. Допустим, одинокая женщина «имеет репродуктивное право» на искусственное оплодотворение и рождение ребенка таким образом. А ребенок имеет право иметь отца? Имеет ли право ребенок родиться и жить, не зная биологических родителей или имея своим родителем ано-

нимного донора? Легализация репродуктивных прав «мужчин и женщин, как состоящих, так и не состоящих в браке», а также «одиноких женщин» приводит к лишению ребенка права иметь отца или мать в зависимости от конкретных условий процедуры искусственного оплодотворения и реализации «репродуктивных прав» граждан. Такая позиция приходит в прямое противоречие с интересами ребенка. Нарушается и принцип отечественного здравоохранения о «приоритете охраны здоровья детей». Речь идет и о реальной статистике патологических показателей состояния здоровья детей, зачатых *in vitro*, и об их социальном и психологическом благополучии, о состоянии идентичности личности ребенка.

В современных условиях катастрофического роста количества разводов бесконтрольное использование методов искусственного размножения только усилит процессы разрушения традиционной семьи. К последствиям разрушения семьи относятся социальная неустроенность людей, трагические судьбы детей, ослабление государства и даже предпосылки для возникновения тоталитарных режимов. Логика связности этих процессов теоретически была уже давно вскрыта. Например, в работах О. Хаксли «О дивный новый мир» и Ф. Энгельса «Происхождение семьи частной собственности и государства». Известны попытки практической реализации деформации традиционной семьи в России. В «Бесах» Ф. М. Достоевский приводит текст революционной прокламации, где предлагается уничтожить «Церкви, браки и семейства / Мира старого злодейства». Большевики, придя в 1917 г. к власти, приняли законы, до предела упрощающие процедуру заключения и расторжения гражданского брака, реализуя курс на ликвидацию семьи в коммунистическом обществе. В результате страну захлестнула волна не только разводов, но и браков-однодневок. Вполне очевидно, что уникальное цивилизационное явление — беспризорники 1920-х гг. — это не только дети погибших в гражданской войне, от голода и эпидемий. Значительная часть беспризорников — дети, зачатые в таких браках-однодневках и рожденные уже вне семьи. Под влиянием отрицательных социальных последствий деформации традиционной семьи даже коммунисты-теоретики в дальнейшем были вынуждены отказаться от идеи ликвидации семьи. В настоящее время несовпадение закона с моральными принципами традиционных отношений также может иметь негативное воздействие на общественные отношения.

Суррогатное материнство

С проблемой трансформации семьи непосредственно связан феномен суррогатного материнства как составляющего элемента репродуктивных вспомогательных технологий. Известно, что во Франции, в Германии, Австрии, Норвегии, Швеции, таких штатах США, как Аризона, Мичиган, Нью-Джерси, суррогатное материнство запрещено полностью. В Великобритании, Дании, Канаде, Израиле, австралийском штате Виктория, в штатах США (Нью-Гемпшир, Вирджиния) возможно только некоммерческое суррогатное материнство. В Нидерландах запрещены даже реклама суррогатного материнства, предложение услуг суррогатных матерей и их подбор. В обществе известны христианская и исламская позиция о моральной

неприемлемости этой практики. Веками именно материнская любовь к своему ребенку цементировала человеческие отношения, сохраняя общество от саморазрушения и уничтожения и создавая основу стабильности социальных отношений. Для каждого здравомыслящего человека очевидно, что суррогатное материнство девальвирует ценности материнства и материнской любви как реальной основы человечности человеческих отношений.

Включение суррогатного материнства в систему товарно-рыночных отношений, т.е. отсутствие в законе запрета на коммерческое применение суррогатного материнства, создает условия для формирования так называемой «биологической проституции», т.е. продажи и торговли биологической способностью женщины рожать детей. Естественно, что создаются и частные фирмы — организаторы такой торговли, которые забирают основную долю дохода, и, таким образом, формируется новая, довольно изощренная форма купли-продажи детей. Бизнес на материнстве выхолащивает одну из главных моральных ценностей цивилизации. Суррогатные отношения легко оборачиваются и ненавистью, и нелюбовью, и потребительским отношением родителей и друг к другу и к самому заказному ребенку. Суррогатная мать, предоставляя в «аренду» свое тело, тем самым разрушает великую физику любви, на которой выстраивается вся метафизика человеческих отношений. Ведь жестокость, агрессия, хамство, преступность, все то, что в нашем обществе возрастает катастрофически, не возникают сами по себе. Они следствие и результат воплощения принципа «все на продажу». Сам факт существования суррогатного материнства ведет к усилению процесса выхолащивания базовых для человеческой культуры нравственных ценностей.

Заключение

В настоящее время регламентация применения вспомогательных репродуктивных технологий служит примером несовпадения морального и законодательного решений вопроса о применении ВРТ.

На основании существующего международного опыта и вышеизложенных аргументов возникает необходимость широкого общественного обсуждения этико-правовых проблем репродукции человека. Одним из вариантов преодоления разногласий морального и правового регулирования применения ВРТ могут рассматриваться следующие позиции, которые могли бы стать основой новых законодательных инициатив:

1) применение методов искусственного оплодотворения допустимо для лиц, состоящих в зарегистрированном браке, и для лиц с диагнозом бесплодие;

2) разрешение на создание и использование того количества эмбрионов, которое определяется имплантируемым количеством с целью защиты жизни человеческих эмбрионов, каждый из которых, начиная с момента слияния половых клеток мужчины и женщины и образования единого ядра, содержит неповторимый геном человека как биологического индивидуума, неизбежно проходящего ряд фаз и стадий в своем развитии;

3) разрешение исключительно некоммерческого использования суррогатного материнства.

Высказанные положения должны лечь в основу законодательной работы по совершенствованию медицинского законодательства. В этом случае они

будут способствовать более эффективной согласованности правовых регламентаций с нравственными представлениями людей о семье, материнстве, правах детей и обязанностях родителей.

Контрольные вопросы и задания

1. Является ли человеком тот, кто должен стать человеком?
2. В каких странах закон защищает ребенка с момента зачатия?
3. Каковы временные параметры формирования основных органических систем плода?
4. Перечислите основные этико-философские трактовки проблемы начала человеческой жизни.
5. Назовите страны, в которых запрещены искусственные аборты.
6. По вашему мнению, согласятся ли сохранить беременность женщины, собирающиеся сделать аборт, если им предложить материальную помощь (деньги, детские вещи, питание)?
7. Назовите основные аргументы сторонников абортов.
8. Имеет ли юридическое право российский врач отказаться от проведения искусственного аборта на основании своих нравственных и религиозных убеждений?
9. Каков главный фактор, определяющий согласие женщины на искусственное прерывание беременности: экономический, политический или нравственный?
10. Была ли Россия первой страной в мире, легализовавшей аборт?
11. Почему Россия занимает второе место в мире по количеству производимых абортов?
12. Перечислите четыре предложения автора по возможному изменению правового регулирования искусственного прерывания беременности.
13. Какая связь между абортом и репродуктивными технологиями?
14. Поясните суть этических проблем, возникающих при проведении искусственного осеменения половыми клетками донора замужней и одинокой женщин.
15. Перечислите основные этические проблемы при экстракорпоральном оплодотворении.
16. Назовите этическую проблему применения метода ЭКО, без решения которой данный метод нельзя считать этически корректным?
17. На каких четырех этапах может произойти утрата эмбрионов при ЭКО?
18. Что является альтернативой искусственным методам оплодотворения для бесплодной пары, желающей иметь ребенка?
19. Поясните, с чем связана возможность «кризиса идентичности личности» ребенка при применении методов искусственного оплодотворения?
20. Перечислите три предложения преодоления разногласий морального и правового регулирования применения ВРТ.

5.3. Этико-правовые проблемы медицинской генетики

Медицинская генетика — направление в современной медицине, формирование которой связано с развитием общей генетики и генетики человека, изучающей закономерности наследования и изменчивости признаков у человека. К задачам медицинской (или клинической) генетики относятся выявление, изучение, профилактика и лечение наследственных заболеваний.

Медицинская генетика включает в себя три широкие области: изучение генов, выявление ненормальной экспрессии генов в болезненных состояниях, терапевтическая модификация ненормальной экспрессии генов. В настоящее время причины, патогенез и клинические проявления разных форм патологии доступны для изучения и воздействия на них с помощью геномных и молекулярно-генетических технологий. Так, выявлены генетические основы ряда моногенных заболеваний (муковисцидоз, хореза Гентингтона, синдром ломкой X-хромосомы, семейная гиперхолестеринемия, семейная гипертрофическая кардиомиопатия, миодистрофия Дюшенна). Ведутся интенсивные научные исследования по определению генетической основы мультигенных (полигенных) заболеваний. Достигнуты успехи в поиске генов, ответственных за заболевания сердца, гипертонии, диабета, остеопороза, болезни Альцгеймера и отдельных видов рака.

Развитие медицинской генетики сопровождается возникновением целого ряда эτικο-правовых и социальных вопросов.

- Должно ли генетическое обследование стать доступным каждому и охватывать всю популяцию?
- Должно ли генетическое тестирование стать обязательным для населения или может проводиться только по индивидуальному запросу пациента?
- Должно ли оно стать обязательным для людей, вступающих в брак, или при беременности?
- Должны ли данные генетической диагностики быть основанием для аборта (прерывания беременности)?
- Этично ли сообщать об имеющейся предрасположенности к тому или иному заболеванию, если медицина не может еще предотвратить его развитие и не располагает средствами его лечения?
- Допустимо ли, чтобы данные генетического обследования (генный паспорт) использовались страховыми компаниями и работодателями?
- Как гарантировать и обеспечить конфиденциальность материалов генетического тестирования?
- Должна ли информация о негативных результатах генетического обследования пациента быть доведена до всех членов его семьи?
- Вправе ли родственники пациента не знать результаты генетического обследования пациента и можно ли информировать их об этом в принудительном порядке?
- Имеет ли право научное (или политическое) сообщество ставить задачу трансформации и эволюции человека?
- Нужно ли ограничиться расшифровкой патологических генов или надо идти дальше: к поиску генов, ответственных за поведение человека?
- Можно ли улучшить или «гармонизировать» человека и род человеческий путем предоставления рекомендаций при вступлении в брак на основании медико-генетического тестирования?
- Может ли геном стать критерием социальной оценки личности?
- Может ли генетическое тестирование населения стать основанием классификации групп населения и ограничения властями свобод «неблагополучных» людей?

- Может ли и должна ли реальность биогенетического неравенства (способности, здоровье) лечь в основу социального неравенства?
- Может ли наука изменить принципы демократического управления обществом?
- Необходимо ли определять этический смысл целей и результатов научных исследований и поисков в генетике человека?
- Могут ли государство и общество регулировать процесс научных исследований и должны ли они это делать, и если да, то как?

Всю совокупность этических проблем в области разработки и использования генных технологий можно разделить на два типа опасений. Первый тип — это «опасения безопасности», второй — «опасения модификации», т.е. проблемы использования генных технологий для улучшения природы человека.

К «опасениям безопасности» относятся: вопросы риска научных исследований в области разработки и совершенствования генных технологий; вопросы безопасности трансгенных растений и животных для здоровья человека; вопросы риска доступа различных слоев населения к использованию методов медицинской генетики; проблема генетического скрининга населения и генетической паспортизации населения; проблема сохранения тайны генетической информации; проблема коммерциализации процесса использования генетической информации и генных технологий.

Речь идет не только об индивидуальной безопасности и рисках для здоровья отдельного человека, но и о социальной безопасности, влиянии конкретных решений этических вопросов применения генетических технологий на характер общественных отношений. Генетическая информация может храниться, передаваться и использоваться для достижения различных целей, и результаты генетических исследований могут использоваться в коммерческих целях социальными службами по трудоустройству, компаниями по страхованию жизни, здоровья, имущества и пр. Так, например, в США проблема использования генетической информации уже существует в страховом деле и на рынке труда. С одной стороны, ученые-генетики работают над идентификацией и лечением ряда наследственных заболеваний, а с другой — страховые компании используют ту же самую информацию для того, чтобы отказать в медицинском страховании этих заболеваний. Дискриминация, основанная на генетической информации, проявляется и в том, что в настоящее время во многих американских корпорациях вошло в практику получать генетическую информацию о потенциальных и работающих сотрудниках.

Нельзя упускать из вида и возможность создания генетического оружия как формы биологического оружия массового, но избирательного поражения. Избирательность патологического воздействия генетического оружия определяется тем или иным генетически обусловленным признаком (пол, раса, этнос, нация) и реализуется действием искусственно выведенных патогенных микроорганизмов.

Образцы генетического биоматериала можно не только изучать, но и технологически преобразовывать, т.е. модифицировать. Возможность таких трансформаций в политических целях была описана в романе

О. Хаксли «О дивный новый мир», где генетические манипуляции с эмбрионами позволили «перейти из сферы простого, рабского подражания природе в куда более увлекательный мир человеческой изобретательности, где власть имущие предопределяют и формируют людей по практически целесообразным параметрам»¹.

Как правило, утопические умонастроения содержат в себе возможность в той или иной форме воплощаться в реальность. Сегодня в области современных генетических технологий доминирует тенденция к развитию технологий генетического модифицирования растений, организмов и животных, включая их клонирование. Все чаще обсуждается вопрос о разработке технологий, позволяющих конструировать, видоизменять биологическую природу человека.

В современной генетике человека четко прослеживается непосредственная связь научных исследований с их этическим смыслом, а также зависимость научных поисков от морально-этической культуры исследователей и спонсоров, их финансирующих. Именно поэтому развитие и использование потенциальных возможностей медицинской генетики должно осуществляться при строгом соблюдении этических норм.

К основным юридическим документам международного права, регулирующим медико-генетическую деятельность, относятся следующие.

1. «Всеобщая декларация о геноме человека и о правах человека», принятая на Генеральной Ассамблее ЮНЕСКО в 1997 г. и явившаяся первым всеобщим правовым актом в области биологии.

2. «Конвенция Совета Европы о защите прав и достоинства человека в связи с достижениями биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине», принятая в 1997 г. странами — участниками Евросоюза.

К основным международным рекомендациям и руководствам, регламентирующим медико-генетическую деятельность, относятся следующие.

1. Рекомендация № P(92)3 Комитета министров Совета Европы по проблемам диагностики и массового генетического обследования населения, проводимого в целях охраны здоровья.

2. Руководство ВОЗ «Proposed International Guidelines on Ethical Issues in Medical Genetics and Genetic Services», посвященное этическим проблемам медицинской генетики (1997 г.).

3. Заявление ВОЗ в отношении клонирования человека (Declaration sur le clonage, Rapp. № 756-CR/97, 1997 г.).

Рассмотрим содержание этических и правовых проблем в основных направлениях медицинской генетики.

Генетическая диагностика

Генетическая диагностика — одна из форм современной медицинской помощи. Она применяется на различных этапах жизни человека и позволяет выявить наличие заболеваний, вызванных генетической патологией, или предрасположенность к ряду соматических и психических заболева-

¹ Хаксли О. О дивный новый мир. М., 1989. С. 173–175.

ний. По статистике 2013 г. 4–6% рожденных — индивиды с врожденными, в том числе и наследственными заболеваниями. Но не все наследственные болезни проявляются при рождении человека. Около 15% пациентов отягощены позже развивающимися, но также зависящими от наследственности болезнями (сахарный диабет, бронхиальная астма, гипертоническая болезнь, псориаз, большая группа неврологических расстройств). Выявление предрасположенности к развитию того или иного заболевания позволяет принять соответствующие профилактические меры. В то же время знание человека о предрасположенности к заболеванию затрагивает область его жизненных планов, интересов и ценностей, заставляет задуматься о том, как жить дальше, как использовать полученную информацию о болезни. Возможность получения информации о вероятности развития того или иного заболевания ставит вопрос: должен ли человек знать об ожидающей его болезни? Как изменится жизнь человека, когда он будет знать, что в будущем он заболеет? Должен ли человек знать, какая это будет болезнь и когда она приведет к смерти? Эти вопросы имеют большое значение для понимания человеком смысла жизни, формирования характера его образа жизни. В ряде случаев у людей формируется отрицательное отношение к биомедицинским технологиям и расширению их применения на практике.

Генетическая диагностика ставит этические вопросы не только перед пациентом, но и перед врачом. Для врача этические проблемы генетической диагностики связаны с подготовкой пациента к восприятию прогноза о возможно тяжелом заболевании и правдивой информации о неблагоприятном диагнозе. Информирование пациента о его генетическом статусе должно быть максимально корректным. Важно соблюдать правила биомедицинской этики о конфиденциальности информации: информация о генетическом статусе человека может быть сообщена только ему, его опекунам или иным официальным представителям и его лечащим врачам. Передача какой-либо информации третьей стороне (органам образования, трудоустройства, страхования, социальным службам и т.д.) недопустима без разрешения диагностируемого или его законных опекунов, так как это может повлечь за собой социальную дискриминацию пациента на основании сведений о его генетическом статусе¹.

Все виды процедур должны осуществляться с информированного согласия человека, который добровольно обращается к генетикам и врачам. При этом профессионал обязан сообщать информацию в доступной форме. В английском языке такая форма называется *appropriate information*, т.е. адекватная информация. Предоставление информации врачом необходимо. При этом она должна быть достаточно полной и понятной для того, чтобы пациент смог принять самостоятельное решение, на какие процедуры соглашаться, а на какие — нет. При этом этические приоритеты в решении о проведении генетических процедур выстраиваются так: индивид с его

¹ Иванов В. И., Ижевская В. Л. Геномика и этика // Геномика — медицине : научное издание / под ред. академика РАМН В. И. Иванова и академика РАН Л. Л. Киселева. М. : Академкнига, 2005. С. 349–360.

правами, согласно Декларации прав человека (ООН, 1948 г.), потом семья и кровные родственники, а затем — общество.

Медико-генетическое консультирование

Медико-генетическое консультирование — вид медицинской помощи, направленной на профилактику наследственных болезней и предупреждение рождения больного ребенка. Цель генетического консультирования заключается в том, чтобы предоставить подробную информацию об опасностях, проблемах, анализах, необходимых женщинам или семейным парам, обращающимся с просьбой о диагностировании.

К основным задачам медико-генетического консультирования относятся:

1) прогнозирование относительно будущего потомства в семьях, где есть больной с наследственной патологией;

2) уточнение диагноза наследственного заболевания с помощью генетических методов исследования;

3) объяснение обратившимся за консультацией в доступной форме смысла медико-генетического заключения и помощь в принятии правильного решения относительно дальнейшего планирования семьи.

Данные задачи определяют то, что основным отношением врача к пациенту должна быть *недирективность* консультации. Недирективность отношения врача к пациенту предполагает не навязывание решений пациенту или его семье ни явно, ни скрыто. Врач или исследователь, общаясь с пациентом или испытуемым, должны избегать какого бы то ни было давления, будь то использование своего влияния или авторитета или просто изложение своей позиции по данному вопросу. Нравственный выбор должен взять на себя пациент или его семья, ибо последствия этого выбора будут в первую очередь сказываться на семье.

По рекомендациям ВОЗ консультирование в медицинской генетике должно носить недирективный характер, за исключением тех случаев, когда возможно лечение заболевания.

Генетическое консультирование предваряет собственно генетическое диагностирование.

Пренатальная диагностика наследственных болезней

Выявление и картирование сотен патологически измененных последовательностей ДНК позволило осуществлять не только раннюю доклиническую, но и пренатальную (дородовую) диагностику наследственных болезней внутриутробного развития плода человека. Цель пренатальной диагностики — выявление на этапе внутриутробного развития человека имеющейся генетической патологии или генетической предрасположенности к возникновению в будущем заболеваний. Пренатальная диагностика порождает ряд этических проблем. Главная из них связана с вопросом о целесообразности абортов зародышей с пороками развития, т.е. так называемых евгенических абортов. Проблема его социального признания связана с прагматическими и утилитаристскими идеями. Во-первых, евгенический аборт — средство обеспечения комфорта и качества жизни родителям,

избавляющихся от забот о больном ребенке. Во-вторых, это экономически целесообразное действие, освобождающее общество от балласта обеспечения людей с ограниченными возможностями (инвалидов) и неизлечимо больных, на содержание которых напрасно расходуются материальные средства. В-третьих, евгенический аборт – это профилактическая работа по снижению показателей детской смертности и улучшению показателей общественного и индивидуального здоровья, основанием которого становится понятие «генетическая норма».

Пренатальная диагностика в России производится в соответствии с приказом МЗ РФ № 457 от 28.12.2000 г. «О совершенствовании пренатальной диагностики в профилактике наследственных и врожденных заболеваний у детей». Беременные женщины должны пройти трехкратное ультразвуковое (УЗИ) обследование на сроках беременности 10–14, 20–24 и 30–34 нед. С помощью УЗИ можно выявить до 70% плодов с видимыми дефектами (пороками развития), можно определить пол и возраст ребенка, сколько плодов находится в матке, является ли беременность маточной или внематочной, нет ли угрозы выкидыша. Кроме того, на сроке 16–20 нед. у всех беременных определяют содержание в крови альфа-фетопротеина (АФП), хорионического гонадотропина человека (ХГЧ). Определенные отклонения в показателях биохимических маркеров по сравнению со среднепопуляционным уровнем свидетельствуют в пользу того, что у обследуемой женщины повышена вероятность рождения ребенка с некоторыми генетическими заболеваниями и пороками развития. Биохимический скрининг нацелен, в первую очередь, на выявление наиболее распространенного хромосомного заболевания – синдрома Дауна (встречается с частотой 1 раз на 700 новорожденных). Массовые биохимические и УЗИ-скрининги на уровне женских консультаций не являются диагностическими тестами, а служат только для формирования групп риска. Женщин из этих групп отправляют на медико-генетическое консультирование, где по специальным алгоритмам производится оценка риска рождения плода с хромосомным заболеванием. Если этот риск превышает определенное пограничное значение (общепринятым считается отношение 1 к 270), то женщине рекомендуют пройти процедуру инвазивной пренатальной диагностики, позволяющую получить клетки плода для анализа хромосом.

Пренатальная диагностика включает ряд процедур, которые могут сопровождаться нанесением вреда.

1. Биопсия хориона. Данная процедура проводится под контролем ультразвукового сканирования. Ворсины хориона имеют тот же генетический материал, что и плод, и поэтому могут использоваться для генетического анализа. Биопсию хориона проводят на сроках 10–11 нед. беременности. Результаты получают в течение 3–4 дней после взятия материала. Данная инвазивная процедура включает такие риски, как:

- риск выкидыша (от 2 до 7% по материалам разных клиник);
- риск инфицирования плода;
- риск кровотечения у женщины;
- случайные повреждения плодного пузыря;

- усиление резус-конфликта при резус-конфликте между матерью и плодом;
- отклонения в развитии плода при длительном воздействии ультразвука на плод;
- риск неудач при проведении анализов образцов ткани.

2. **Амниоцентез** — это инвазивная процедура, заключающаяся в пункции околоплодного пузыря с забором небольшого количества околоплодных вод в 16–24 нед. беременности и цитогенетическом исследовании выделенных зародышевых клеток. Возможности амниоцентеза несколько больше, чем биопсии хориона, но необходимо длительное время (2–3 нед.) для культивирования клеток. Нежелательно длительное воздействие ультразвука на плод. Несколько повышается риск рождения маловесного ребенка и риск дыхательных расстройств у новорожденного. Некоторые исследования свидетельствуют о повышенном риске спонтанного выкидыша до 20-й нед. беременности и риске эквиневарусной косолапости.

3. **Плацентоцентез** и **кордоцентез** включают биопсию плаценты и забор пуповинной крови плода. Плацентоцентез проводится во втором триместре беременности, как и амниоцентез. Кордоцентез — пункция пуповины плода и забор крови. Оптимальный срок выполнения кордоцентеза — 22–25-я нед. беременности. Процедуры выполняются под наркозом, амбулаторно или с кратковременной госпитализацией. Данные методы позволяют диагностировать болезни, связанные с изменением количества и качества хромосом, а при наличии молекулярно-генетической лаборатории — и другие генетически обусловленные болезни. Процент осложнений (чаще всего прерывание беременности) при плаценто- и кордоцентезе равен от 5 до 10%. Эти исследования проводятся на больших сроках беременности. Поэтому в случае подтверждения диагноза грубой патологии прерывание беременности в этот период требует длительной госпитализации и чревато осложнениями.

Приказ Министерства здравоохранения РФ «О совершенствовании пренатальной диагностики в профилактике наследственных и врожденных заболеваний у детей» 2000 г. обязывает проводить инвазивные вмешательства только с согласия беременной женщины. При выявлении у плода какой-либо аномалии семья информируется о диагнозе, прогнозе развития болезни, а также получает рекомендации по дальнейшему ведению беременности. Если женщина принимает решение прервать беременность, ей дается направление в акушерско-гинекологическое учреждение на прерывание беременности по медицинским показаниям.

В соответствии с приказом Департамента здравоохранения Москвы от 4 апреля 2005 г. № 144 «О совершенствовании организации пренатальной диагностики врожденной и наследственной патологии» обследование беременных необходимо проводить по двухуровневой схеме. I уровень — проведение массового обследования всех беременных, направленного на формирование группы риска по наличию врожденной и наследственной патологии плода. II уровень включает мероприятия по диагностике конкретных форм поражения плода, оценке тяжести и прогнозу состояния

здоровья ребенка, а также решение вопросов о тактике ведения беременности или при определении показаний — о прерывании данной беременности.

Перечисленные приказы ставят целью «выявление врожденной и наследственной патологии у плодов, предупреждение рождения детей с тяжелыми, не поддающимися лечению формами наследственных и врожденных болезней...» (Приложение 1 к Приказу Департамента здравоохранения Москвы № 144). При этом риск потери здоровых плодов при инвазивных вмешательствах в среднем оценивается около 2% (при кордоцентезе, по некоторым данным, от 10 до 25%). Возможны и медицинские ошибки, как ложноположительные, так и ложноотрицательные результаты. Существует риск гибели женщин в результате аборта или инвазивной пренатальной диагностики, не говоря уже о тяжелом психоэмоциональном стрессе.

Согласно рекомендациям ВОЗ 1968 г., не только инвазивная пренатальная диагностика, но и участие в генетическом скрининге также предполагает получение информированного согласия. Однако ультразвуковое исследование плода и биохимическое исследование крови беременных на предварительном этапе обследования проводится в соответствии с вышеуказанным приказом 2005 г. в обязательном порядке без добровольного информированного согласия.

В США перед проведением теста на альфа-фетопротеин супружеские пары по закону должны быть предупреждены о добровольности этого исследования, его возможностях и ограничениях, а также о вероятной необходимости дальнейших исследований. В России по многочисленным свидетельствам супружеских пар на проведении этого теста часто настаивают, а аборт все чаще рассматривается в качестве неизбежного следствия неблагоприятного результата пренатального диагноза.

В соответствии с приказом МЗ РФ № 302 от 28.12.1993 г. искусственное прерывание беременности при наличии врожденных пороков развития и наследственных заболеваний возможно на любом сроке. Данные рекомендации вызваны, во-первых, предположением, что большинство женщин охотно согласятся на аборт из страха родить ребенка-инвалида (особенно с синдромом Дауна), во-вторых, идеей, что тогда общество будет меньше тратить денег на содержание инвалидов. При этом денежные вложения на целевое бюджетное финансирование и зарплату сотрудников федеральных лабораторий и центров, занятых пренатальной диагностикой, увеличиваются.

Показательно, что пренатальная диагностика, направленная на аборт, рассматривается как направление «профилактической медицины»¹.

Так, например, за 18 лет только лаборатории пренатальной диагностики НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии имени Д. О. Отта РАМН с помощью абортов удалось предотвратить рождение около 500 детей с неизлечимыми наследственными заболеваниями, в том числе более 100 — с болезнью Дауна. С помощью такой профилактической медицины и в ряде стран Европы удалось предотвратить рождение детей с болезнью Дауна,

¹ Пренатальная диагностика наследственных и врожденных болезней / под ред. акад. РАМН Э. К. Айламазяна, чл.-корр. РАМН В. С. Барацова. М.: МЕДпресс-информ, 2006.

с открытыми дефектами нервной трубки и заметно сократить число детей с некоторыми частыми и тяжелыми моногенными болезнями (талассемия, муковисцидоз) практически полностью. Все чаще аборт рассматривается не только как выбор, но как основное средство, предотвращающее генетические болезни. Например, на Сардинии очень распространено заболевание бета-талассемией, при этом выполняется программа по тестированию наиболее распространенных мутаций, приводящих к талассемии. Проведенная всеобщая пренатальная ДНК-диагностика талассемии за 20 лет к 2000 г. привела к снижению заболеваемости в 10 раз. Важно обратить внимание, что по статистическим данным этих исследований, в 5% случаев родители хотели родить ребенка, пусть даже больного¹.

За рубежом у пренатальной диагностики немало противников и ее этические проблемы широко обсуждаются. В качестве противодействия методам пренатальной диагностики рассматривается простой отказ от генетического диагностирования. Оно, во-первых, несет в себе риски для здоровья обследуемых, во-вторых, ведет к селекции зародышей, все более утверждая евгеническое сознание в современном обществе. Действительно, по существу пренатальная диагностика при возможности сделать аборт представляет собой евгеническое мероприятие, осуществляя отбор полноценных здоровых человеческих особей и закрепляя именно за ними право на дальнейшее существование.

Сторонники движения в защиту жизни в США, где распространены аборты по результатам пренатального диагностирования, утверждают, что достоинство человеческого зародыша не зависит от пороков его развития. У человека есть естественное право родиться. При этом нет разницы, кто определяет его судьбу — государство или родители. В любом случае ребенок одинаково бесправен и одинаково бессилён перед лицом превосходящей силы «генетической нормы»².

Насколько необходимо использование этой силы, когда плоды с хромосомным дисбалансом имеют пониженную жизнеспособность и 50—90% из них элиминируются в процессе внутриутробного развития? Так ли гуманна эта сила, не принимающая во внимание, что забота о родившихся детях-инвалидах повышает общий уровень нравственности и гуманности в обществе, а в этом, в конечном счете, заключается главный источник духовно-нравственного благополучия общества.

В Израиле в настоящее время ужесточены правила проведения абортов по медицинским показаниям. Угроза рождения ребенка с легкими физическими дефектами или психическими отклонениями больше не является достаточным основанием для прерывания беременности. После 24 нед. беременности аборт запрещен в случае, если у плода наблюдаются психические и физические отклонения в легкой степени, которые в будущем не помешают ребенку влиться в общество. Кроме того, что очень важно,

¹ Янковский Н. К. Генетический супермаркет: проблема выбора // Химия и жизнь. № 7—8 (2003). С. 16—21.

² Хен Ю. В. Теория и практика усовершенствования человеческой «породы» // Вопросы философии. 2006. № 5. С. 135.

18 декабря 2007 г. Минздрав Израиля исключил из пакета обязательных проверок для будущих мам анализ, помогающий выявить у плода синдром Дауна. Вместо анализа околоплодных вод, который был обязательным для всех женщин старше 35 лет, специалисты рекомендовали серию других проверок¹.

В настоящее время к общепризнанным относятся следующие основные этические рекомендации по проведению пренатальной диагностики:

1) пренатальная диагностика по медицинским показаниям должна быть добровольной и доступной;

2) пренатальная диагностика должна проводиться только для получения семьей или врачами информации для обеспечения здоровья плода;

3) только будущие родители могут решить, является ли заболевание плода основанием для прерывания беременности или информация о болезни плода будет использована для подготовки к рождению больного ребенка и возможного его лечения.

Генная терапия

Генная терапия представляет собой метод лечения генетически обусловленных заболеваний. Он основан на замене гена, ответственного за заболевание, «здоровым» геном или на добавлении генов. Генная терапия осуществляется в двух формах: соматическая генная терапия и зародышевая генная терапия.

Соматическая генная терапия — это исправление деятельности генов, которые вызывают или способствуют развитию конкретных заболеваний или патологических состояний. Соматическая генная терапия представляет собой такое вмешательство в генетический аппарат человека, в результате которого приобретенные свойства проявляются на клеточном уровне и не передаются по наследству. Этот вид терапии разрешен в странах, где специалисты владеют данной технологией.

Генная терапия соматических клеток впервые была апробирована в 1990 г. После ряда многообещающих результатов и успешных испытаний от нее стали ждать многого. Однако ожидания были серьезно поколеблены в конце 1999 г., когда восемнадцатилетний Джесси Джелсинджер умер через четыре дня после попытки генной терапии редкого нарушения метаболизма².

В настоящее время генотерапия остается экспериментальным методом. Одной из проблем медицинской генетики является отработка способа доставки генов в клетку. Первый способ: ввод генов с помощью ретровирусных векторов, измененных путем объединения с нужными генами. Второй способ: ввод нужного гена в мембраноподобную везикулу (липосому), которая доставит его в клетку. В настоящее время ни один из способов не лишен недостатков. В генной терапии существуют проблемы не только

¹ Минздрав предупреждает: дефекты в развитии плода — не повод для аборта. URL: http://newsru.co.il/israel/25dec2007/abortion_004.html (дата обращения: 11.09.2015).

² Кэмпбелл А., Джиллетт Г., Джонс Г. Медицинская этика. М. : ГЭОТАР-МЕД, 2004. С. 108–109.

с механизмом доставки генетического материала, но и с отсутствием устойчивой экспрессии генов и т.п. Перечисленные трудности требуют, чтобы при проведении генной диагностики и генной терапии четко соблюдались общие этические принципы и правила.

Этический подход, связанный с генной терапией соматических клеток, включает необходимость соразмерять пользу и вред, а также оценивать безопасность и эффективность новых методов, при этом важно оценить пользу генной терапии в сравнении с другими доступными методами лечения, так как генная терапия соматических клеток может приводить к неблагоприятным последствиям, которые формируют несколько групп риска.

К *группам риска при генной терапии соматических клеток* относятся:

- риск передачи рекомбинантного вектора от пациента к другим лицам;
- риск неконтролируемого встраивания введенных ДНК-последовательностей в функционально важные участки генома, что может привести к злокачественной трансформации клеток и, следовательно, риску для жизни самого пациента;
- риск непредсказуемого встраивания генетических векторов в половые клетки пациента репродуктивного возраста, что создает риск для здоровья будущих поколений.

Зародышевая генная терапия предполагает вмешательство в генетический аппарат эмбриона на различных стадиях его развития. Этот вид генной терапии находится в настоящее время на стадии научных исследований и разработок. По мнению многих исследователей, он представляет опасность неизвестных, непрогнозируемых при помощи средств современной науки последствий не только для развития самого человека, но и для его потомства.

Генная терапия зародышевой линии подразумевает помещение гена в яйцеклетку, сперматозоид или эмбрион так, чтобы все потомки несли здоровый ген вместо дефектного. Эксперименты на животных показали, что этот вид генной терапии сопряжен с высоким уровнем риска экспрессии гена, при этом некоторые фазы нормального развития эмбриона могут быть нарушены с тяжелыми отрицательными последствиями. Нарушения могут быть переданы последующим поколениям, поэтому в современном обществе господствует позиция, запрещающая генную терапию зародышевой линии у человека.

К основным морально-этическим аргументам против генотерапевтического вмешательства в зародышевую линию, относятся позиции, отстаивающие право человека на сохранение и передачу потомкам неизмененного генома. Многие исследователи полагают, что передача трансгена (фрагмента ДНК, переносимого при помощи генно-инженерных манипуляций в геном определенного организма с целью модификации его свойств) может привести к засорению генофонда искусственными генными конструкциями или внесению мутаций с непредсказуемыми последствиями вплоть до гибели человека как вида. К современным этическим аргументам против подобной терапии относят и сложность проведения грани между нормой

и патологией, между полезными и вредными признаками. При этом очевидно, что ответственность за изменение генетической природы человека превышает все возможные пределы ответственности врача за свою профессиональную деятельность.

Генная инженерия

Развитие генной инженерии связано с этическими проблемами, так как ставит задачи разработки технологий кардинального изменения и конструирования генома человека и других живых организмов.

Методы генной инженерии в области улучшения качества растений и животных активно используются в настоящее время.

Трансгенные организмы — это продукты генетических модификаций исходных природных организмов путем переноса генов организма одного вида другому, произведенных человеком.

Методы переноса чужеродных генов для домашних животных отработаны и используются достаточно широко. Таких животных создают с целью получения в больших количествах белков, необходимых для применения в медицине. Создание и использование трансгенных организмов, особенно пищевых продуктов, вызывает в обществе большие опасения в связи с недостаточной изученностью их влияния на здоровье человека. Создание трансгенных продуктов является, по сути, внедрением в практику научных разработок, безопасность которых научно недостаточно обоснована. Сфера трансгенных модификаций неуклонно расширяется. Появляются сообщения о «генетически модифицированных» детях, созданных в результате использования генных технологий для лечения бесплодия, вызванного наследственными факторами. Ряд специалистов обращают внимание на опасность распространения запросов родителей на «конструирование» детей с желательными признаками, причем речь идет о выборе не только анатомо-физиологических параметров, но и задатках определенных способностей, типе темперамента и т.д.

В США уже есть опыт получения детей с заранее заданными генетическими параметрами. По просьбе родителей в Институте репродуктивной генетики в Чикаго, используя методы предымплантационной генетической диагностики, были «произведены» дети с заданными и нужными параметрами. Эти параметры определялись конкретной целью — спасением жизни уже живущих детей, страдающих смертельно опасными заболеваниями. Один смоделированный ребенок должен был стать донором костного мозга для своей старшей сестры, страдающей смертельной формой анемии, другие дети — донорами клеток для лечения лейкемии и талассемии. Использование генной инженерии для лечения не должно выходить за терапевтические пределы и применяться для целей улучшения чего бы то ни было, т.е. должно исключать попытки генетических улучшений человека.

Большинство специалистов в области этических проблем генных технологий сходятся во мнении об уникальности жизни отдельного человека и ценности каждого человеческого существа. Ценность уникальности

индивидуального генома связывает воедино нравственную ценность достоинства человека и сохранность генетических условий жизни. Это единство нуждается в особой охране, в том числе и в охране от любых форм модификации и различных вариантов инновационных евгенических проектов.

Биоэтические вопросы клонирования человека

Клонирование — это понятие современной генетики, которое обозначает технологию формирования (размножения) и выращивания организмов. Новая технология логически соединяет методы искусственного оплодотворения *in vitro* и генетическое «проектирование» или моделирование наследственности.

Клон — совокупность клеток или организмов, возникающих путем бесполого размножения. Экспериментально клонирование многоклеточных организмов проводят, например, с помощью энуклеированной (лишенной собственного ядра) зрелой яйцеклетки, в которую вводят (электроразрядом или другим путем) ядро соматической клетки с диплоидным набором хромосом. Из такой яйцеклетки развивается клонированный эмбрион. По целям использования различают два вида клонирования. Цель **репродуктивного клонирования** — рождение человека при условии трансплантации клонированного эмбриона в матку. Терапевтическое клонирование предполагает различные способы прагматического использования клонированных эмбрионов, не допуская рождение человека.

Терапевтическое клонирование человека — это создание человеческого организма с целью получения из него (после разрушения на ранней стадии развития) стволовых клеток для их использования в экспериментальных и терапевтических целях.

Если с помощью искусственного оплодотворения осуществляется борьба за возможность возникновения жизни, а с помощью генной терапии пытаются решить вопрос о ее качестве (например освобождении от неизлечимых болезней), то клонирование призвано бороться за возможность возникновения жизни с определенными качественными параметрами.

1997 г. становится принципиальной вехой на пути реализации идеи о создании существ с заданными свойствами. Эмбриолог Я. Вильмут, израсходовав 236 яйцеклетки овец, из клетки молочной железы беременной овцы *A* получил культуру — размножающиеся в пробирке клетки, генетический материал которых и был пересажен в «пустую» яйцеклетку овцы *B*, которая затем была введена овце *C*, игравшей роль суррогатной матери. 23 февраля 1997 г. на свет появилось первое млекопитающее (овца Долли), у которого нет отца, но есть три «матери»: донор яйцеклетки, донор генетического материала и вынашивающая суррогатная мать.

Возможность клонирования животных вплотную подводит к вопросу о возможностях клонирования человека. В обществе возникает ряд вопросов, на которые у исследователей сегодня нет ответов. Безопасны ли существующие на сегодняшний день методы клонирования? Как будет происходить старение клонированного организма и его клеток, как отразятся

на клонах возможные мутации в ядрах клеток-доноров, как клонирование скажется на здоровье, на склонности к различным заболеваниям, в частности к раку?

Помимо этих вопросов в научной литературе выдвинут ряд аргументов против клонирования человека. К ним относятся: отсутствие информации о последствиях клонирования человека на его психическое и физическое здоровье; неотработанность технологии клонирования непосредственно на человеке; невозможность получить клон, идентичный как генетически, так и психически и психологически; нарушение семейных устоев; угроза уникальности и личной неприкосновенности, человеческому достоинству и свободе.

Именно поэтому многие государства принимают меры по ограничению исследований в этой области. Клонирование человека запрещено во всех цивилизованных странах. В Японии экспериментаторам за эксперименты по клонированию человека и создание химероподобных существ (скрещивание генов человека и животных) грозит от 3 до 7 лет тюрьмы, в Германии — 5 лет, во Франции — до 20. В США нарушителю моратория обеспечены 10 лет заключения и 1 млн долл. штрафа¹.

Дополнительный протокол 2001 г. к «Конвенции о защите прав человека и человеческого достоинства в связи с применением биологии и медицины» запрещает клонирование человека. В России действует запрет на клонирование человека с 2002 г. Этот запрет был продлен Федеральным законом «О введении временного запрета на клонирование человека» в 2010 г. на неопределенный срок до вступления в силу закона, устанавливающего порядок применения биотехнологий в этой области. Причина запрета связана с тем, что клонирование человека встречается с множеством юридических, этических и религиозных проблем, которые на сегодняшний день еще не имеют очевидного разрешения.

К проблемам этического плана относится то, что клонирование как неестественная форма размножения установит столь же неестественные отношения между родителями и детьми. Клонированный ребенок будет и ребенком, и близнецом того родителя, от которого взяты гены, но при этом никак не связан со вторым родителем. Как небологический родитель будет воспитывать биологическую копию своего супруга, особенно когда та достигнет половой зрелости?

К фундаментальным этическим вопросам относится и вопрос об ограничении свободы клонированного существа, созданного по заказу. Причем речь идет не только о заказе как причине появления ребенка, но и о заказе свойств и характеристик человеческого существа, т.е. практически о биологическом ограничении его свободы заданными параметрами его свойств и качеств.

Религиозная общественность России также обозначает ряд волнующих ее проблем. В 1999 г. Церковно-общественный Совет по биомедицинской этике Русской Православной Церкви принял заявление «О морально-этической недопустимости клонирования человека».

¹ Тарантул В. З. Генетика человека: Энциклопедия, написанная четырьмя буквами. М.: Языки славянской культуры, 2003. С. 327–328.

**Выдержка из заявления Церковно-общественного Совета
по биомедицинской этике «О этической недопустимости
клонирования человека»¹**

Глобальный кризис, охвативший мир, в значительной степени вызван игнорированием этических критериев при определении целей научных исследований и способов использования их достижений. Восстановление согласия между духовно-нравственной жизнью человека и его научно-технической деятельностью сегодня не просто желательно, но 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 — воспроизведения самостоятельного организма из единичной соматической (телесной) клетки, генетически тождественной донору. И с научной, и с религиозной точек зрения эта идея представляется абсолютно неприемлемой. Ее практическая реализация разрушит естественные основы социальных отношений, вызовет катастрофическое изменение мировоззренческих установок в сторону дальнейшего обесценивания жизни каждого отдельного человека...

...Существует опасность формирования околонульных полукриминальных исследовательских групп, стремящихся к незаконному личному обогащению через обещание «чуда» клонирования; клонирование создаст угрозу человеческому достоинству, уникальности и личной неприкосновенности, делая наследственность человека беззащитной перед посторонним вмешательством; широкомасштабное клонирование будет означать вторжение в наследственное разнообразие человеческой популяции — естественную основу ее социального и биологического благополучия, включая устойчивость к неблагоприятным внешним воздействиям и различным заболеваниям, в конечном счете, возможно вырождение и деградация человечества; тиражирование определенных генотипов может быть использовано злонамеренными людьми для реализации криминальных и (или) милитаристских планов, отрицательные последствия которых окажутся соизмеримыми или даже превзойдут последствия геноцида целых народов, осуществлявшегося гитлеровским фашизмом. 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 полезны в научно-исследовательских работах, медицинской и сельскохозяйственной практике. Общественно-церковный Совет по биомедицинской этике Московского Патриархата считает своим долгом предупредить о грозящей опасности клонирования человека и обратиться ко всем, кто причастен к исследованиям в данной области, с призывом отказаться от дальнейших разработок, предпринять все меры к тому, чтобы не допустить не только законодательной легализации клонирования человека, но и воздействия на общественное сознание с целью формирования в нем представлений о морально-этической допустимости и безопасности этой процедуры...

Евгенические идеи модификации человеческой природы

Этически невыверенные генетические исследования в области изменения природы человека в ряде случаев могут смыкаться с евгенической идеей улучшения человеческой природы.

Термин «**евгеника**» (от греч. *eugenes* — породистый), был введен в оборот английским биологом Френсисом Гальтоном (1822–1911). Он считал,

¹ Силуянова И. В. Вызовы и заветы. Непростые ответы на вопросы современной медицины. М., 2015. С. 147–150.

что все характеристики человека, включая моральные качества личности, передаются по наследству. По его мнению, с помощью науки путем «более совершенного скрещивания» можно добиться «улучшения человеческой расы» и вывести желательный характер и способности человека в качестве видового признака, как это делают с собаками, и избавить человечество от нежелательных признаков, к которым он относил «склонность к пьянству», «склонность к преступлениям», «праздность», «склонность к ниществу» и т.п. По мнению Гальтона, евгеника призвана разрабатывать методы социального контроля, которые могут исправить или улучшить расовые физические и интеллектуальные качества будущих поколений.

По мнению сторонников евгеники, с помощью модификации человека путем коррекции его генетических характеристик наука способна остановить генетическое вырождение населения. Эти идеи актуальны в силу того, что развитие медицины, социальная поддержка инвалидов и другие искусственные меры улучшения качества жизни ослабили действие естественного отбора. «Субнормальные» индивиды, участвуя в размножении, «засоряют» так называемый «генофонд нации» недоброкачественными генами. Сегодня существует реальная опасность вырождения наций.

Ядро классической евгеники — идея о вырождении человечества. Тезис о естественном отборе как регуляторе биологического развития был применен евгенистами к человечеству как биологическому виду и используется для того, чтобы показать естественные причины вырождения как физического, так и нравственного. С точки зрения сторонников евгеники, причина вырождения и деградации человека заключается в том, что в обществе утратил силу естественный отбор, который имеет место в природе и обеспечивает поддержание высокого стандарта выживаемости. Это утверждение — их главный аргумент. На нем строились рассуждения и основателя евгеники Ф. Гальтона, и основоположника расовой гигиены А. Плетца.

В России после революции 1917 г. идеи сознательного конструирования генома человека были весьма популярны. Выдающийся биолог Н. К. Кольцов занимался работой по активной регуляции — управлению размножением человека. Тема его доклада на первом заседании Русского евгенического общества (20 октября 1921 г.) «Улучшение человеческой породы». С 1922 по 1930 г. было издано семь томов «Русского Евгенического журнала».

С точки зрения современной науки, евгеника — это учение о наследственном здоровье человека, путях улучшения его наследственных свойств, возможных методах влияния на эволюцию человечества в целях совершенствования его природы, а также о возможном ограничении передачи наследственных болезней будущим потомкам.

В настоящее время различают негативную и позитивную евгенику.

Негативная евгеника — это стремление уменьшить воспроизводство тех, кого можно считать умственно или физически несовершенными путем устранения дефектных генов через удаление из популяции потенциальных носителей таких генов.

XX в. был богат не только идеями, но и разработкой методов негативной евгеники, к которым относились сегрегация, стерилизация и эвтаназия неполноценных.

Сегрегации – это изоляция в специальных колониях с полным разделением полов слабоумных, эпилептиков, физически и нравственно пораженных лиц. То же самое предполагалось для пьяниц, «привычных преступников», профессиональных нищих и всех, кто отказывается от работы. Стерилизация рассматривалась как гуманная и действенная мера для лиц, уклоняющихся от сегрегации. Дискуссия о допустимости стерилизации перешла в практическую плоскость в начале XX в. В это же время были разработаны подходы к отбору лиц для эвтаназии неполноценных.

Программы расовой гигиены были разработаны в Норвегии (1908 г.), Англии («Программа практической евгенической политики», 1925 г.), Швеции («Шведская программа стерилизации», 1922 г.). В Германии идеи евгеники использовались нацизмом так, что фактически стали основанием проведения массовых акций по уничтожению населения. «Общий итог проведения расово-гигиенических мероприятий в Германии был следующим: от 300 000 до 400 000 людей подверглись насильственной стерилизации на основе действия закона 1934 г. Около 100 000 пациентов психиатрических клиник были расстреляны или отравлены газом в рамках так называемой “акции Т4” (эвтаназии неполноценных), в том числе тысячи детей. После официального завершения акции в 1942 г. до конца войны еще 120 000 пациентов было умерено голодом, поскольку им как “малоценным” жизням было отказано в питании. Около шести миллионов евреев и цыган были расстреляны, отравлены газом или заморены тяжелой работой в лагерях смерти»¹.

В конце XX в. «опасения модификации», т.е. проблемы использования генных технологий для улучшения природы человека, сохраняются. В «Декларации о проекте “Геном человека”» (1992 г.) Всемирной медицинской ассоциации отдельным пунктом рассматривается «угроза использования генетической информации в немедицинских целях и угроза евгеники» и констатируется: «Концепция евгеники основывается на предположении о том, что гены имеют решающее значение в процессе формирования человека, а потому их распределение в популяции имеет решающее значение для изменения репродуктивного поведения. Согласно этой концепции, соображения общественного блага оправдывают ограничение свободы индивида. Обладание информацией ставит проблему и ее использования. До сих пор существуют опасения по поводу существования одобренных правительствами программ “улучшения расы” и использования медицинских технологий в немедицинских целях»².

В настоящее время методы генетической диагностики позволяют получить информацию о наличии различных аномалий в геноме и предотвратить рождение детей с аномальной наследственностью. Для этого потенциальные родители или предохраняются от беременности, или прибегают

¹ Хен Ю. В. Теория и практика усовершенствования человеческой «породы». С. 133–134.

² Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы : сборник официальных документов. М., 1995. С. 73.

к технологиям искусственного оплодотворения донорскими клетками, или отказываются от рождения своего ребенка. Одно из современных средств негативной евгеники — это евгенические аборт, т.е. отбор здоровых индивидов в противоположность нездоровым посредством абортирования зародышей, которые носят дефектные гены. Идеология евгенических абортов опирается на отрицательное (эмоциональное и экономическое) отношение в семье и обществе к ребенку с генетическим заболеванием. Селекция половых клеток и эмбрионов по различным признакам, прежде всего, по наличию аномалий в геноме является элементом генетических и репродуктивных технологий и осуществляется в ходе генетической диагностики. Разнообразные методы медико-генетической диагностики оказываются своеобразной формой реализации евгенических идей и, в конечном счете, влияют на качественные характеристики генофонда общества.

Позитивная евгеника меняет вектор манипуляций и ставит своей целью увеличение воспроизводства индивидов с признаками, которые могут считаться ценными для общества. Позитивная евгеника пытается решить задачу выявления и стимулирования тех генов, которые ответственны за улучшение породы человека, за хорошее физическое развитие, за биологическую приспособляемость, за высокий интеллект и положительные личностные качества. Несмотря на генетические основания, сегодня уже очевидно, что интеллект и уровень его развития зависят также и от социальных условий и окружающей среды.

Воспроизводство людей, в наибольшей степени имеющих какие-либо ценные для общества качества, требует обеспечить для них ряд преимуществ (например финансовых).

Позитивная евгеника может достигать своих целей двумя путями. Во-первых, путем отбора и дальнейшего использования для репродукции половых клеток и эмбрионов людей, имеющих нужные качества. Во-вторых, созданием в обществе условий для воспроизводства «наиболее ценных» его представителей. Социально-политическая история свидетельствует, что у людей, проявивших себя в какой-либо общественно-полезной деятельности (научной, политической, экономической, духовной, спортивной, военной и т.д.), в подавляющем большинстве случаев условия жизни лучше, чем у остальных граждан государства. Создание благоприятных условий для жизни и естественной репродукции наиболее ценных в каком-либо отношении людей ставит и обостряет вопросы социальной справедливости, равенства прав и достоинств личности, дестабилизируя жизнь общества.

Трансгуманизм как евгенический информационно-культурный проект

В связи с мощным развитием генных технологий все более популярными становятся идеи о возможности преобразования человеком своей природы, идеи о перспективах выхода человека за собственные пределы и достижения человечеством такого этапа развития, как «постчеловечество».

Особую роль в популяризации данных идей играет международное и междисциплинарное движение «трансгуманизм», активно распростра-

няемое по всему миру. Согласно идеологам трансгуманизма, человек будущего — постчеловек — будет радикально отличаться от современного, будет обладать сверхразумом и новой телесностью. Термин «трансгуманизм» был предложен биологом Джулианом Хаксли (основателем ЮНЕСКО) в 1957 г. Приставка «транс», имеющая значение «лежащий за пределами чего-либо», в данном случае обозначает выходящий за пределы гуманизма. Макс Мор (американский философ-футурист, основатель Института экстропии) определяет трансгуманизм как интеллектуальное и культурное общественное движение, которое поддерживает стремление к целенаправленному фундаментальному расширению человеческих возможностей, особенно за счет развития и распространения биомедицинских технологий, обеспечивающих значительное усиление человеческих способностей (интеллектуальных, физических и психологических), позволяющих избежать старения, болезней и обрести качественно новые возможности¹. К таким технологиям относятся: генная инженерия, робототехники, нанотехнологии, когнитивные технологии изменения человеческих способностей, информационные технологии формирования потребностей человека, биотехнологии, укрепляющие здоровье и увеличивающие продолжительность жизни, позволяющие осознанно трансформировать параметры человеческого организма, целенаправленно изменять их.

Позиция трансгуманизма сводится к отрицанию подлинной сущности человека и замене ее биотехническими характеристиками. В перспективе человеческие свойства и качества — болезни, старческие немощи, недостаточный объем памяти, ограниченность выносливости, физических и интеллектуальных способностей — будут преодолены, что преобразит сущность человека до неузнаваемости.

Многими исследователями трансгуманизм может быть оценен как очередной утопический проект. Тем не менее нельзя не отметить, что процесс смены утопических проектов недавнего прошлого на практическую реальность сегодняшнего дня происходит на наших глазах. Еще в 1932 г. О. Хаксли в романе-антиутопии «О дивный новый мир» показал общество будущего, которое базируется на новых принципах искусственного размножения. Но уже в конце XX в. методы искусственного оплодотворения становятся реальностью практического здравоохранения. В антиутопии Хаксли общество практически покончило с дискомфортом, болью и стрессом, благодаря употреблению наркотического препарата, обеспечивающего состояние счастья и удовлетворения. В 1995 г. британский философ-утилитарист Дэвид Пирс, соучредитель Всемирной Трансгуманистической Ассоциации, создает компанию BLTC Research (*Better Living Through Chemistry*), одна из задач которой — расширение воздействия на мозг человека с помощью препаратов психофармакологии.

О каких социально значимых тенденциях свидетельствуют установки трансгуманизма на улучшение интеллектуальных и психических способностей? Одна из тенденций — внедрение в общество евгенической идеоло-

¹ URL: <http://www.transhumanism-russia.ru/content/view/276/94> (дата обращения: 11.10.2015).

гии и обоснование инновационных прорывов к преобразованию природы человека и формированию человека будущего. Трансгуманисты считают, что человек сначала превратится в трансчеловека (переходного человека), использующего все имеющиеся возможности для самоулучшения. Признаки трансчеловечности, по их мнению, — это улучшение тела имплантатами, искусственное размножение, психологическое конструирование, т.е. целенаправленный выбор личностных черт (распределенная индивидуальность). В будущем на место транслюдей придут постлюди. Постчеловек — это потомок человека, модифицированный до такой степени, что уже не является человеком.

Для появления такого человеческого существа требуется кардинальное изменение человека. Обеспечить возможность появления постчеловека призвана генетика с опорой на манипуляции с отдельными генами или с геномом в целом. Проекты столь глубочайшего вмешательства в органическую и психическую структуру человека не могут не волновать специалистов. Так, Д. Палмер пишет: «Мы находимся на грани глубочайшего, наиболее обширного вмешательства в настройку нашей психики и органики, которое когда-либо предпринималось. Эти вмешательства являются настолько проникающими и всеохватывающими, что самые экстенсивные из нынешних химических и хирургических методов лечения покажутся по сравнению с ними всего лишь косметическими изменениями. Принимая во внимание случайности личного онтогенеза, наш организм и поведение можно в итоге свести к трем миллиардам парных нуклеотидных оснований, которые составляют наш геном. Способность непосредственно влиять на этот геном представляет собой наиболее значимую технологическую инновацию, которую когда-либо осуществлял наш вид»¹.

Не умаляя значения геной инженерии для лечения наследственных болезней человека, следует с особым вниманием отнестись к проблеме возможного изменения генома его потомков. Феномен подавления экспрессии генов в присутствии определенных коротких фрагментов РНК (РНК-интерференция) был открыт Э. Файером и К. Мелло, которые получили Нобелевскую премию по физиологии и медицине в 2006 г. Это открытие связано с выявлением генетических механизмов, позволяющих выключать функционирование любых генов человеческого генома. Биомедицинские технологии, базирующиеся на РНК-интерференции, создают возможность изменять молекулу ДНК, генокод, генотип, телесность и нейросистему, делая их «редакторами» биологической судьбы человека. Многие исследователи полагают, что при помощи геной инженерии можно будет получать потомков с улучшенными внешностью, умственными и физическими способностями, характером и поведением. Такие радикальные возможности модификации генетики человека приводят к серьезным этическим вопросам. Ф. Фукуяма отмечает: «Сегодня мы стоим перед этическим выбором, касающимся тайны генетической информации, правильного использования медицинских препаратов, исследований на человеческих эмбрионах и клонировании человека. Однако вскоре нам придется иметь дело с вопросами

¹ Палмер Д., Палмер Л. Эволюционная психология. Секреты поведения Homo sapiens. М., 2003. С. 201.

о селекции эмбрионов и о степени, до которой все медицинские технологии можно использовать для усовершенствования человека...»¹

Для трансгуманизма типично убеждение, что «биологическая форма жизни это лишь одна из ступеней развития, которая вот-вот сменится...»² Трансгуманисты убеждены, что душа с ее эмоциями, страстями, интуицией, волей и способностью к сопереживанию должна быть у постлюдей трансформирована в сверхразум, лишенный этих «слабостей». Люди превратятся в совершенные организмы, малочувствительные к радостям и страданиям. Неизбежность старения, ограниченность человеческого интеллекта, невозможность выбора собственной психологии, боль, надежды, страхи, радости и смыслы — все эти человеческие проявления необходимо демонтировать. Человек, согласно трансгуманистам, уходит в прошлое как биовид и переходит в будущее как техновид и бессмертный постчеловек.

Почему же в обществе возникают и существуют такие информационно-культурные проекты? Во-первых, безусловно, в результате достижений информационных технологий и биомедицинских исследований, прежде всего в области генетики человека, нейрофизиологии, нейрофармакологии, когнитивных наук. Во-вторых, из-за принципиальных сдвигов на социокультурном уровне. Речь идет о реалиях мировоззренческого плюрализма и расширении перечня прав человека.

Междисциплинарное мировоззрение «трансгуманизм» вводит новое право — право человека на изменение своей биологической природы. В Декларации трансгуманизма четко фиксируется: «Трансгуманисты отстаивают право тех, кто желает использовать технологии для расширения своих умственных и физических (включая репродуктивные) способностей и усиления контроля над собственной жизнью. Мы стремимся к личностному росту за гранью наших нынешних биологических пределов»³.

В условиях мировоззренческого плюрализма будущее человечества оказывается неопределенным и зависящим от представлений людей, решений и действий, предпринимаемых в обществе. На повестке дня сегодня решение вопроса о том, является ли трансгуманизм некой новой формой гуманизма или он должен быть критически оценен как форма отрицания гуманизма и выражения замаскированного презрения к человеку. Тем более, что подобные формы презрения к «человеческому, слишком человеческому» (Ф. Ницше) уже известны человеческой истории и не только в виде информационно-культурных проектов и философских конструкций, но в виде связанных с ними деспотических политических режимов.

*Проблемы взаимоотношения общества,
государства и биомедицинской науки и биотехнологии*

Перспективы, открывающиеся в области *биомедицинской науки и биотехнологии*, огромны, поэтому любые ограничения этих перспектив многими учеными рассматриваются как «оковы» научного прогресса. Эзра

¹ Фукуяма Ф. Наше постчеловеческое будущее: Последствия биотехнологической революции. URL: <http://lib.rus.ec/b/185580/read> (дата обращения: 11.10.2015).

² URL: <http://www.aif.ru/techno/article/39036> (дата обращения: 11.10.2015).

³ URL: <http://transhumanism.org/index.php/WTA/declaration> (дата обращения: 11.10.2015).

Сулейман, профессор и глава Комитета по европейским исследованиям в Принстонском университете (США), так характеризует сциентистскую позицию по вопросу об отношении государства к научным исследованиям: государство «должно оставаться сторонним наблюдателем там, где дело касается научных исследований; не должно диктовать, как именно следует распространять результаты научных изысканий. Ученые, являясь владельцами плодов своей деятельности, сами знают, какие результаты следует делать достоянием широкой общественности; не должно вмешиваться в определение направлений научных поисков или осуществлять контроль за применением научных открытий; вмешиваясь в дела науки, государство способно превратить ее из объективного поиска знаний в инструмент государственной идеологии»¹.

Эта позиция может быть оценена как либеральная, так как для либерального сознания недопустим контроль государства за безопасностью биогенетических исследований.

В настоящее время к тем, кто лоббирует либеральные подходы, радуется за слияние сциентизма и государственной политики и за проникновение рыночных интересов в науку, подчиняется прагматичным законам рынка, относятся частные коммерческие корпорации. Например корпорации, которые занимаются работой по секвенированию и картированию человеческого генома. Они полагают, что после того, как будут установлены генетические маркеры таких заболеваний, как сахарный диабет, атеросклероз, опухолевые заболевания, паркинсонизм, болезнь Альцгеймера, медицинская генетика разработает методы их лечения. И здесь знания о первичной последовательности соответствующих генов в целях создания генетических конструкторов для генной терапии окажутся незаменимыми. Если запатентовать текст участка ДНК аналогично тому, как в фармакологии оформляется патент на формулу лекарственного вещества или на любое другое изобретение в технике, то не сулит ли это фантастическую прибыль держателям патентов? XXI в. именуют веком биотехнологии и частные компании, например Celera Genomics, активно включились в гонку по расшифровке человеческого генома, надеясь выиграть в ней и получать прибыль от патентования фрагментов ДНК человека.

В связи с этим встает вопрос об этичности патентования генов. Позиция частных компаний, вложивших в исследования по данному проекту многие миллионы долларов и стремящихся получить прибыль, понятна. Но стремление запатентовать генетическую информацию встречает ряд принципиальных вопросов и порождает острые дебаты между участниками геномных исследований.

Во-первых, может ли человек быть автором того, что не является результатом его труда? Живой организм — это плод деятельности фирмы «Р и К°» или явление природы (Божие творение)? Человек может быть собственником своего изобретения, но может ли он стать держателем патента, если суть его работы состоит только в описании биологического объекта? В отличие от создателя формулы нового лекарства или вектора для ген-

¹ Сулейман Э. Границы дозволенного // Курьер ЮНЕСКО. Ноябрь, 1994. С. 17.

ной инженерии, текст первичной последовательности ДНК не был создан исследователем, а только расшифрован. «Что создано природой и Богом, не может патентоваться человеком»¹.

Во-вторых, не представляет ли коммерциализация проекта «Геном человека» опасную тенденцию изменения парадигмы современной науки и угрозу для основополагающей научной ценности – принципа объективности научного знания? Данный тезис весьма существенен хотя бы потому, что доминанта либерально-финансового фактора, связанного с патентованием генов, может сильно затормозить практическое применение результатов проекта по картированию генома.

На сегодняшний момент большинство специалистов придерживается консервативной позиции по отношению к процедуре патентования генов. Консервативная позиция ученых и философов охраняет традиционную парадигму науки, включающую принципы открытости, доступности и объективности информации.

Сохранение нравственного фактора научного знания никогда еще не было так важно для развития биологии и медицины. Именно научные открытия явились причиной того, что этика, имеющая прямое отношение к проблемам человеческой жизни, становится связующим звеном, позволяющим разрешить проблему доверия всех членов общества к научному сообществу.

В случае генной терапии искомое доверие основывается на добросовестном определении возможных пользы и вреда ее применения, в случае генной диагностики – на принципах соблюдения врачебной тайны и принципе уважения автономии личности, в том числе и ее права сохранения даже негативно протестированной беременности.

Несомненно, что именно укрепление доверия общества к генетическим исследованиям – одна из задач биоэтики, которая не только некое интеллектуальное пространство диалога, но и фактор, формирующий правовую базу существования науки.

Первые этико-правовые документы были разработаны на основе заключений международной конференции, которая состоялась в 1975 г. в США и на которой широко обсуждались возможные последствия исследований в области генетической инженерии. На этой конференции впервые был выработан принцип классификации степеней опасности, составлен список запрещенных экспериментов, а также указана необходимость законодательной регламентации генно-инженерной деятельности и наблюдения за ней.

Наиболее важные международные юридические документы, имеющие принципиальное значение для генетических исследований:

- «Всеобщая декларация о геноме человека и правах человека»;
- «Конвенция Совета Европы о защите прав и достоинства человека в связи с приложениями биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине», принятая в 1997 г. странами – участниками Совета Европы (где геному человека

¹ Голубовский М. Д. Неканонические наследственные изменения // Природа. 2001. № 8–9. С. 21.

целиком посвящены ст. 11–14 разд. VI), Комитет министров Совета Европы одобрил и дополнительный протокол, запрещающий клонирование человека;

- Рекомендация № R(92)3 Комитета министров Совета Европы по проблемам диагностики и массового генетического обследования населения, проводимого в целях охраны здоровья;

- Руководство ВОЗ «Proposed International Guidelines on Ethical Issues in Medical Genetics and Genetic Services», посвященное этическим проблемам медицинской генетики (1997 г.).

«Всеобщая декларация о геноме человека и о правах человека» в ст. 1 постулирует, что «геном человека лежит в основе изначальной общности всех представителей человеческого рода, а также признания их неотъемлемого достоинства и разнообразия. Геном человека знаменует собой достоинство человечества». Следующей статьей утверждается:

а) каждый человек имеет право на уважение его достоинства и его прав, вне зависимости от его генетических характеристик;

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

В этом документе подразумевается, что телесностью (в частности, геномом) не исчерпывается достоинство человека, однако телесность составляет существенный компонент реальности человеческого бытия и генетический код рассматривается как основная глубинная структура телесности. В ст. 4 утверждается, что «геном человека в его естественном состоянии не должен служить источником извлечения доходов». Статья 5, подробно раскрывающая значение принципа информированного согласия, содержит положение, согласно которому любые лечебные или диагностические манипуляции, связанные с геномом, могут проводиться после тщательной предварительной оценки связанных с ними «рисков» и «польз». «Во всех случаях следует заручаться предварительным, свободным и ясно выраженным согласием заинтересованного лица. Если оно не в состоянии его выразить, то согласие или разрешение должны быть получены в соответствии с законом исходя из высших интересов этого лица». В следующей части статьи заключен принцип добровольной информированности: «должно соблюдаться право каждого человека решать быть или не быть информированным о результатах генетического анализа и его последствиях»¹.

В ст. 6 Декларации постулируется, что «по признаку генетических характеристик никто не может подвергаться дискриминации, цели или результаты которой представляют собой посягательство на права человека, основные свободы и человеческое достоинство». В ст. 8 утверждается право на справедливую компенсацию того или иного ущерба, причиненного в результате непосредственного и детерминирующего воздействия на его геном в соответствии с законодательством. В ст. 7 провозглашается, что «конфиденциальность генетических данных, которые касаются человека, чья личность может быть установлена, и которые хранятся или подвергаются обработке в научных или любых других целях, должна охра-

¹ Биомедицинская этика / под ред. И. В. Силуяновой. С. 306.

няться в соответствии с законом». Утверждается право всеобщего доступа к достижениям науки в областях, касающихся генома человека, при условии должного уважения достоинства и прав каждого человека.

«Конвенция Совета Европы о защите прав и достоинства человека в связи с достижениями биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине» в ст. 2 опирается на положение, что «интересы и благо отдельного человека превалируют над интересами общества или науки». Глава VI озаглавлена «Геном человека» и содержит статьи о запрете на дискриминацию, прогностическом генетическом тестировании, вмешательстве в геном человека, запрете на выбор пола¹. Конвенция содержит дополнительный протокол о запрете клонирования человека.

Перечисленные статьи и нормы международного права — результат работы биоэтических конференций, семинаров, дискуссий, диалогов, обсуждений — приводят к выводу о верности представлений о биоэтике как науке о выживании (*science of survival*) человека и человечества в условиях применения новейших биомедицинских технологий.

Мораль, по аналогии с геномом человека, обеспечивает процессы наследования человеком представлений о добре и зле. Биоэтика в ее консервативной форме обеспечивает саму возможность этого наследования, оберегая общество и науку от возможных губительных «мутаций в локусе морали».

Контрольные вопросы и задания

1. Дайте определение евгенике. Чем отличаются негативная и позитивная евгеники?
2. В чем состоит морально-этическая недопустимость искусственного отбора в отношении человека? В чем заключается риск генной терапии соматических и половых клеток?
3. Кто, по мнению Ф. М. Достоевского, является подлинным идеалом и абсолютным критерием достоинства и человечности для человека?
4. Геном человека расшифрован: что дальше?
5. С чем связаны надежды генной терапии и в чем заключается ее опасность?
6. Назовите международные документы по этико-правовому регулированию исследований генома человека.
7. Лечение генами — фантастика или реальность?
8. Раскройте содержание понятий «биовласть» и «биополитика» в контексте возможностей биологических манипуляций с геномом человека.
9. Может ли евгеника решить проблемы качества и количества людей?
10. Патентование генов: кому принадлежат авторские права?
11. Есть ли связь идей трансгуманизма и идеи о сверхчеловечестве?

5.4. Эпидемиология и этика. Венерические инфекции, СПИД и морально-этические проблемы

Эпидемии как предмет эпидемиологии

История человечества полна печальными примерами гибели не только отдельных людей, но и целых городов, народов и даже цивилизаций

¹ См. Приложение 1.

от одного заболевания. Эти явления в древности получили название «эпидемия» (от греч. *epi* — среди и *demos* — народ). Со времен Гиппократов под словом «эпидемия» понимали массовые инфекционные заболевания среди людей.

Эпидемии являются предметом изучения **эпидемиологии** — науки, изучающей явления социальной заболеваемости, т.е. совокупности случаев болезни на определенной территории в определенное время среди определенной группы населения с целью найти способы предотвращения и распространения заразных заболеваний.

На основании данных современной эпидемиологии установлено, что среди всех заболеваний людей 60—70% составляют болезни, связанные с инфекционными агентами. Ежегодно фиксируется распространённость более 80 подобных болезней. В целом же существует более 1000 самостоятельных болезней инфекционной природы и более 2500 возбудителей, играющих роль в инфекционной патологии людей. Из общего числа смертных случаев около 60% прямо или косвенно обусловлено инфекционной патологией.

В истории развития эпидемиологии, условно, можно выделить следующие основные периоды.

1. Гиппократовский — V—IV вв. до н.э. до XVII—XIX вв. — возникновение и формирование теорий о причинах (этиологии) массовых болезней.

2. Бактериологический — вторая половина XIX в. до первой четверти XX в. (Л. Пастер, Р. Кох, И. И. Мечников, Н. Ф. Гамалея, Д. И. Ивановский и другие) — открытие ряда возбудителей инфекционных заболеваний, расшифровка этиологии многих инфекционных заболеваний и разработка способов и средств борьбы с ними и профилактики.

3. Современный период — с первой четверти XX в. до настоящего времени — расширение числа нозологических форм инфекций, их расшифровка, расширение стоящих перед эпидемиологией задач.

Для современного периода характерны резкие изменения социально-экономических условий жизни населения: урбанизация, огромная миграция людей, загрязнение биосферы и т.п., что сопровождается ростом инфекционной заболеваемости, а также усилением патогенности и вирулентности их возбудителей.

Этические проблемы эпидемиологии

Любая эпидемия — процесс, протекающий в человеческом обществе. В силу того, что инфекционные болезни затрагивают как отдельного человека, который может быть источником инфекции, так и других людей и даже большие группы, то вопросы профилактики и борьбы с заразными болезнями неизбежно принимают морально-этический характер регулирования отношений между людьми. В настоящее время наиболее важны следующие этические проблемы эпидемиологии:

- свободы личности и принудительных мер профилактики и лечения;
- соотношения прав инфекционного больного и других людей, которые не должны быть подвергнуты опасности заражения, т.е. проблема конфликта индивидуальных и общественных интересов.

Значение этических проблем эпидемиологии особенно ярко проявляется на уровне профилактики и определения факторов риска заболевания и на уровне организации противоэпидемиологических мероприятий.

Этические проблемы противоэпидемических мероприятий при выявлении больного (подозрительного) на заболевание особо опасной инфекцией (ООИ)

При выявлении больного, подозрительного на заболевание ООИ, проводится установление диагноза на основании клинико-эпидемиологических данных. При установлении окончательного диагноза противоэпидемические мероприятия осуществляются в соответствии с действующими принципами, приказами и инструктивно-методическими указаниями по каждой нозологической форме.

Принципы организации противоэпидемических мероприятий едины для всех инфекций и включают:

- выявление больного;
- информацию (сообщение) о выявленном больном;
- уточнение диагноза;
- изоляцию больного с последующей его госпитализацией;
- лечение больного;
- наблюдательные, карантинные и другие ограничительные мероприятия: выявление, изоляцию, лабораторное обследование, проведение экстренной профилактики лицам, контактировавшим с больным; провизорную госпитализацию больных с подозрением на ООИ; выявление умерших от неизвестных причин, патологоанатомическое вскрытие трупов с забором материала для лабораторного (бактериологического, вирусологического) исследования; обеззараживание, правильную транспортировку и захоронение трупов (вскрытие умерших от высококонтагиозных геморрагических лихорадок (Марбург, Эбола, Ясса), а также забор материала от таких трупов для лабораторного исследования не производится в связи с большим риском заражения); дезинфекционные мероприятия; экстренную профилактику населения; медицинское наблюдение за населением;
- санитарный контроль внешней среды (лабораторное исследование возможных факторов передачи, наблюдение за численностью грызунов, насекомых и членистоногих, проведение эпизоотического исследования);
- санитарное просвещение.

Все эти мероприятия проводятся учреждениями здравоохранения совместно с местными органами власти. Первичная сигнализация о выявлении больного, подозрительного на ООИ, проводится в три основные инстанции: главному врачу лечебно-профилактического учреждения, на станцию скорой медицинской помощи и главному врачу территориального центра гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья (ЦГЭ и ОЗ).

Главный врач ЦГЭ и ОЗ приводит в действие план противоэпидемических мероприятий, информирует соответствующие учреждения и органи-

зации о случае заболевания. Все мероприятия проводятся специалистами отделов особо опасных инфекций ЦГЭ и ОЗ в соответствии с действующими инструкциями и комплексными планами. Порядок оповещения главных врачей больниц и поликлиник или замещающих их лиц определяется конкретно для каждого учреждения.

Противоэпидемические мероприятия в лечебно-профилактических учреждениях проводятся по единой схеме согласно оперативному плану данного учреждения.

В действующие инструкции входят различные действия, в том числе действия, сопряженные с насильственными и принудительными установками, предполагающими ограничение свободы как больного, так и медперсонала:

- у больного с подозрением на ООИ производится забор материала и срочно отправляется для исследования в специальную лабораторию;

- при выявлении больных, например, холерой, контактными считаются лица, которые общались с ними в период клинических проявлений болезни. Лица, бывшие в непосредственном контакте с больным холерой, по указанию врача-эпидемиолога должны быть изолированы или оставлены под медицинским наблюдением. Медицинские работники, бывшие в контакте с больными, например, чумой, герпесвирусной инфекцией (ГВЛ) или оспой обезьян (при подозрении на эти инфекции), подлежат изоляции до установления окончательного диагноза или на срок, равный максимальному инкубационному периоду.

При выявлении больного, подозрительного на заболевание ООИ, в поликлинике или больнице проводится ряд противоэпидемических мероприятий, среди которых меры принудительного характера:

- транспортабельные больные доставляются санитарным транспортом в специальный стационар;

- нетранспортабельным больным медицинская помощь оказывается на месте с вызовом консультанта и оснащенной всем необходимым машины скорой медицинской помощи;

- принимаются меры к изоляции больного по месту его выявления, до госпитализации в специализированный инфекционный стационар;

- медицинский работник, не выходя из помещения, где выявлен больной, по телефону или через нарочного извещает руководителя своего учреждения о выявленном больном, запрашивает соответствующие лекарственные препараты, укладки защитной одежды, средств личной профилактики;

- прибывший врач в защитной одежде осматривает больного, уточняет эпиданамнез, подтверждает диагноз, по показаниям продолжает лечение больного. Также выявляет лиц, бывших в контакте с больным (пациентов, в том числе и выписанных, медицинский и обслуживающий персонал, посетителей, в том числе покинувших медицинское учреждение, лиц по месту жительства, работы, учебы). Контактные лица изолируются в отдельную палату или бокс или подлежат медицинскому наблюдению. При подозрении на чуму, ГВЛ, оспу обезьян, острыми респираторными или неврологическими синдромами учитываются контакты по помещениям, сообща-

ющимся через вентиляционные ходы. Составляются списки выявленных контактных лиц (Ф.И.О., адрес, место работы, время, степень и характер контакта);

— временно запрещается вход в медицинское учреждение и выход из него;

— прекращается сообщение между этажами;

— выставляются посты у кабинета (палаты), где находился больной, у входных дверей поликлиники (отделения) и на этажах;

— запрещается хождение больных внутри отделения, где выявлен больной, и выход из него;

— временно прекращается прием, выписка больных, посещение их родственниками, запрещают вынос вещей до проведения заключительной дезинфекции;

— прием больных по жизненным показаниям осуществляется в изолированных помещениях, имеющих отдельный вход;

— в помещении, где выявлен больной, закрываются окна и двери, отключается вентиляция и заклеиваются лейкопластырем вентиляционные отверстия, окна, двери, проводится дезинфекция;

— тяжелым больным оказывается медицинская помощь до прибытия врачебной бригады;

— в кабинете (палате), где выявлен больной, проводится текущая дезинфекция (обеззараживание выделений, предметов ухода и т.д.);

— по приезду бригады консультантов или эвакуобригады медработник, выявивший больного, выполняет все распоряжения врача-эпидемиолога;

— при необходимости проводится экстренная профилактика медперсоналу, вплоть до изоляции.

Перечисленные правила проведения противоэпидемических мероприятий свидетельствуют о верности давней и почтенной традиции врачей заботиться о заразном больном. Тем не менее данная традиция как в прошедшие времена, так и в настоящее время не освобождает от необходимости определенного принудительного ограничения свободы личности и от решения фундаментального этического противоречия между правами инфекционных больных и правами других членов общества, которые не должны быть подвергнуты опасности заражения. Возможность конфликта в эпидемиологической практике требует от врача выполнять патерналистские задачи, роль наставника, отца и руководителя, чтобы помочь пациентам справиться с угрозами и болезнью.

Социальные факторы риска заболевания

Издавна известно, что отдельно каждый из болезнетворных факторов является необходимой, но недостаточной причиной болезни, возникновение которой обусловлено наличием целого ряда факторов: и внешнего этиологического фактора, и предрасположенности организма к болезни, и т.д. Для современной эпидемиологии характерно понимание значения социальных факторов, которые могут служить иногда основной движущей силой, способствующей возникновению социальных инфекционных болезней.

Под социальными факторами в эпидемиологии понимается вся сложная совокупность условий жизни людей, куда входят: образ жизни, харак-

тер жилищ и плотность их заселения, благоустройство населенных мест, материальное благосостояние, характер питания, уровень нравственной культуры и санитарной культуры, характер труда и быта, миграционные процессы среди населения, состояние здравоохранения и др.

Например, к социальным факторам относятся войны, которые всегда сопровождались эпидемиями. В период войн и военных конфликтов возникают условия, отрицательно влияющие на состояние здоровья людей и способствующие возникновению и распространению инфекционных заболеваний: массовые скопления и передвижения населения, войск, беженцев, военнопленных; огромные разрушения населенных мест, жилищ; нарушения санитарного благоустройства населенных пунктов, водоснабжения; нерегулярное питание, голод; нервно-психические воздействия и т.д. Например, в прошлом сыпной тиф называли «военный», «голодный» и т.п. Социальные факторы влияют на интенсивность эпидемических процессов, воздействуя не только путем ускорения или замедления механизма передачи инфекций, но и через внутренние механизмы саморегуляции, повышения или снижения вирулентности возбудителей и восприимчивости организмов к меняющимся условиям существования.

Социальные факторы, воздействуя активизирующим образом на интенсивность любого эпидемического процесса, становятся факторами риска. К факторам риска, т.е. различным переменным, повышающим риск возникновения заболеваний, относят не только элементы социальной и природной среды и индивидуальные особенности организма, но и особенности поведения людей. К болезнетворным факторам, вызывающим заболевания и способствующим развитию заболеваний, относятся не только вирусы, простейшие, гельминты, членистоногие, химикаты, бактерии, климат, но и факторы, относящиеся к образу жизни людей: стресс; употребление алкоголя и наркотиков; неадекватные виды поведения, например сексуального.

Венерические инфекции, СПИД и морально-этические проблемы

Проблема порождающей и воспроизводящей среды венерических инфекций

Венерические заболевания, или инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), всегда были источником опасности для человека и вреда для общества. Но количественная и качественная динамика вреда и распространения венерических инфекций менялась от эпохи к эпохе. Сегодня к таким традиционным, или «классическим», заболеваниям, как гонорея, сифилис, донованоз, венерический лимфогранулематоз, мягкий шанкр, присоединились и инфекции второго поколения: хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, бактериальный вагиноз, гепатит В и С, трихомоноз, кандидоз, генитальный герпес, папилломавирусная инфекция, СПИД и ВИЧ-инфекция. Распространение новых инфекций приводит к статистике, по которой ИППП входят в число пяти основных категорий заболеваний, в связи с которыми взрослые люди обращаются за медицинской помощью.

Заболевания, передающиеся половым путем (ЗИППП или ИППП), в настоящее время во всех странах являются одними из наиболее распро-

страненных. Для оценки масштабов явления следует сказать, что только в США официально регистрируется более 700 000 случаев заражения гонореей в год. По статистике не менее половины россиян заражены как минимум одной из инфекций, передающихся половым путем. Только в прошлом году венерическими заболеваниями было инфицировано более 2 млн чел. С чем связаны данные явления? Прежде всего, с фактором, получившим название «изменение поведения». Это понятие включает в себя: раннее начало половой жизни, а также частую смену партнеров, распространение проституции, гомосексуализма, массовый характер случайных половых связей. Логично возникают и следующие вопросы: относительно чего происходит изменение поведения и что определяет это изменение? Изменение поведения определяют принципиальные сдвиги в морально-мировоззренческих ориентациях европейской культуры последнего столетия. Связано ли это с прогрессивным развитием общества и ростом уровня свобод человека в обществе? Действительно ли новые «свободы», касающиеся половых отношений и сексуального поведения, — это новое явление, которое получило название «сексуальная революция»?

С точки зрения истории и логики, более точное название происходящих в современной культуре процессов — «сексуальная контрреволюция». В действительности европейская цивилизация пережила два значительно длительных периода переоценки сексуальности человека, сексуальных отношений и поведения. Первый относится к эпохе распада Римской империи и формирования христианской культуры, второй — ко второй половине XX в.

Исследователи первого периода фиксируют факты крайней распространенности половой распущенности и извращенности в поздней Римской империи. Полибий в «Истории» свидетельствовал: «Люди впадали в великий блуд и любостяжание и роскошь, и не женились, а если и женились, то не желали воспитывать родившихся детей»¹. Раннехристианский мученик Иустин Философ писал, что многие римляне держали целые стада детей (как девочек, так и мальчиков) исключительно для своих сексуальных развлечений². Славою женщины считалось наличие большого числа мужчин-любовников. Целомудрие и добродетель оценивались как доказательство неполноценности женщин. Исследователи античности неоднократно приходили к выводу, что кризис и гибель этой культуры были тесно связаны с духовно-нравственным вырождением, которое не в последнюю очередь определялось типом сексуальных отношений.

Характеризуя это время, Г. К. Честертон справедливо утверждал, что «христианство явилось в мир, чтобы исцелить его...»³ Это исцеление и было первой сексуальной революцией в европейской истории. Г. Миллер в исследовании «Половая жизнь человечества» констатирует: «Прямо поразительно, сколько было сделано в этот период церковью для упорядочивания половой жизни, а через это — к оздоровлению обществен-

¹ Цит.: по Миллер Г. Половая жизнь человечества. СПб., 1909. С. 130.

² Цит.: по Бычков В. В. Эстетика поздней античности II—III века. М.: Наука, 1981. С. 77.

³ Честертон Г. К. Франциск Ассизский // Вопросы философии. 1989. № 1. С. 87–88.

ного организма... Именно здесь сидела глубже всего и была всего упорнее болезнь человека»¹.

В этот период осуществляется принципиальное изменение смысла человеческой сексуальности. Сексуальность становится проявлением «единомудрия и целомудрия» супругов. В таинстве венчания брак и сексуальность освящаются и превращаются в уникальное свидетельство любви как высшей моральной ценности. Содержание сексуальной революции, которую осуществило христианство, заключалось и в утверждении принципа моногамии, и в одухотворении отношений между мужчиной и женщиной, в благословении деторождения, и в понимании любви как самоотдаче и служении, и в утверждении аскетизма как формы духовной свободы человека.

Вторую сексуальную революцию, вернее контрреволюцию, европейская цивилизация переживает с середины XX в. Ее символическим началом можно считать выход в свет в 1953 г. порнографического журнала «Плейбой». Сегодня уже можно говорить о ее реальных последствиях: раннее начало половой жизни, увеличение числа половых партнеров, рост числа разводов, легализация гомосексуализма, нарастающая эпидемия СПИДа, распространение венерических заболеваний и бездуховность. Для нее характерен негативизм по отношению к моральным ценностям христианства и обращение к языческим культам эротических наслаждений. Все перечисленное явно носит черты не прогрессивного, но регрессивного (от лат. *regressus* – возвращение, обратное движение) развития, как формы понижения уровня организации отношений, изменения к худшему, перехода от более совершенных форм отношений к более низменным, что неизбежно находит отражение в общественном сознании, трансформируя человеческие нравы.

Сексуальность – одна из физиологических систем жизнеобеспечения человека. Но ее отличие от других жизнеобеспечивающих функций – пищеварения, дыхательной и сердечно-сосудистой деятельности и т.д. – заключается в том, что она непосредственно вплетена в моральные отношения практически любого общества. Более того, между сексуальностью и моралью существует тесная взаимозависимость, от которой в значительной степени зависит как нравственное, физиологическое здоровье человека, так и благополучие культуры в целом. З. Фрейд полагал, что «общество не знает более страшной угрозы для своей культуры, чем высвобождение сексуальных влечений»². Мораль всегда стояла на страже этого высвобождения, выполняя вполне определенную здравоохранительную функцию. Об этом свидетельствует многовековой опыт человечества как на уровне морально-философского, медико-психологического знания, так и на уровне коллизий социального развития.

К сожалению, неосведомленность в логике развития цивилизационных процессов, гуманитарная неподготовленность работников здравоохранения становятся препятствиями для более широкого и эффективного выполнения медициной важнейшей социальной и подлинно здравоохранительной роли.

¹ Миллер Г. Половая жизнь человечества. С. 271.

² Фрейд З. Введение в психоанализ. Лекции. М. : Наука, 1989. С. 12.

Профилактика ИППП — не только медицинская, но и социальная проблема. Современная медицина не может ограничиваться исключительно медицинскими рекомендациями, которые, как правило, сводятся к советам проводить диагностику после каждого случайного полового контакта, к пропаганде использования антисептиков, к консультациям по применению барьерной контрацепции (презервативов и правил их хранения и использования).

Медико-профилактических мер, предлагаемых в настоящее время медициной для сдерживания распространения ИППП, недостаточно, несмотря на значительные усилия, прилагаемые здравоохранением для снижения уровня этих инфекций. Медицина, в том числе с помощью средств массовой информации, должна быть включена в решение социальной задачи изменения общественного и индивидуального сознания, что приведет к уменьшению масштабов рискованного сексуального поведения. Изменение поведения человека без изменения его сознания, без выбора им выверенных человеческим опытом моральных норм и ценностей становится нерешаемой задачей.

Именно поэтому основным профилактическим подходом должна стать установка на формирование морально-правственных представлений и ценностей, которые непосредственно влияют на поведение человека и выбор им поступков и действий. Медицинское консультирование морально обусловленных заболеваний, прежде всего, должно включать меры, направленные на изменение поведения. К ним относятся:

- всестороннее просвещение по вопросам моральных норм сексуальности;
- консультирование в отношении ИППП и ВИЧ до и после тестирования;
- информирование не только об условиях и формах безопасного секса, но и о ценностях целомудрия и значения устойчивых семейно-брачных отношений для сохранения здоровья человека (рис. 5.2).



Рис. 5.2. Икона святых Иоакима и Анны

Эпидемиология и превентивная медицина должны идти рука об руку с этикой, чтобы оказывать эффективное влияние на обеспечение сохранения здоровья как отдельного человека, так цивилизации и общества в целом.

СПИД

СПИД (синдром приобретенного иммунодефицита) — неизлечимое в настоящее время инфекционное заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). **ВИЧ** — вирус, который передается через биологические жидкости во время полового акта (особенно анального), через шприцы при внутривенном употреблении наркотиков, при переливании крови, в 30–40% случаев инфицированная беременная заражает ребенка.

В «Политической декларации по ВИЧ и СПИДу» ООН от 10.06.2011 г. признается, что «ВИЧ и СПИД представляют собой глобальное бедствие, одно из самых значительных вызовов развитию, прогрессу и стабильности наших обществ и мира в целом и требуют принятия чрезвычайных и комплексных мер глобального реагирования...» В документе отмечается, «что, несмотря на существенный прогресс, достигнутый за три десятилетия после того, как впервые стало известно о СПИДе, эпидемия ВИЧ по-прежнему является беспрецедентной гуманитарной катастрофой, обрекающей страны, общества и семьи во всем мире на невыносимые страдания, что более 30 млн чел. умерли от СПИДа и еще примерно 33 млн чел. инфицированы ВИЧ, что более 16 млн детей вследствие СПИДа остались без родителей, что ежедневно появляются более 7000 новых ВИЧ-инфицированных, в основном в странах с низким и средним уровнем дохода, и что, по всей видимости, менее половины людей, живущих с ВИЧ, знают о том, что они инфицированы»¹.

Представители международной общественности выражают «серьезную озабоченность по поводу того, что на долю молодых людей в возрастной группе от 15 до 24 лет приходится более одной трети всех новых случаев инфицирования ВИЧ, а около 3000 молодых людей ежедневно становятся ВИЧ-инфицированными». При этом большинство молодых людей имеют ограниченный доступ к качественному образованию, достойной работе и отдыху, к информации об ответственном сексуальном поведении, включая воздержание, сохранение верности. Лишь 34% молодых людей обладают точной информацией о ВИЧ, о возможностях добровольного и конфиденциального тестирования на ВИЧ, о консультировании и соответствующих возрасту программах профилактики ВИЧ-инфекции².

СПИД ставит перед врачебным сообществом ряд сложных этических проблем:

- получения информированного согласия на обследование и лечение;
- стигматизации больных;
- конфликта прав людей;
- конфиденциальности;
- взаимоотношений «врач — больной».

¹ Биомедицинская этика / под ред. И. В. Силуяновой. С. 532.

² Там же. С. 536.

Информированное согласие на обследование и лечение

В условиях эпидемиологического распространения СПИДа чрезвычайно значимым становится вопрос о массовом охвате обследований и получения согласия на сдачу анализов на ВИЧ. В современном обществе принцип информированного согласия и на лечение, и на обследование, и на любое медицинское вмешательство — действующая норма в здравоохранении.

Данный принцип является превращенной формой демократического права пациента распоряжаться собственным телом, и его право на сохранение тайны о частной жизни оценивается выше права на жизнь. Вместе с тем, существуют исключения. Например, согласно закону США, тестирование на ВИЧ служит обязательным условием приема на службу в вооруженные силы.

Отказ от обследований, к сожалению, весьма распространен среди тех групп населения, которые подвержены более высокой степени риска. Особенно это касается мужчин, вступающих в половую связь с мужчинами, потребителей инъекционных наркотиков и работников секс-индустрии. Тем не менее обследование на ВИЧ в эпидемиологических целях чрезвычайно важно для мониторинга и организации предупреждения этого заболевания. Возникает реальный конфликт интересов общества и людей, имеющих права на защиту своего здоровья, и угрожающих их здоровью инфицированных лиц. Существует мнение, что при обследовании на ВИЧ не должны учитываться автономные права личности. Например, на Кубе действует закон, согласно которому каждый гражданин обязан пройти тестирование на ВИЧ. Вплоть до последнего времени люди с положительными результатами подвергались там пожизненному карантину. Очевидно, что именно благодаря подобной государственной политике на Кубе самый низкий в странах Латинской Америки процент носителей ВИЧ.

В настоящее время для многих стран актуальными остаются вопросы:

- обязан ли каждый человек пройти тестирование на ВИЧ-инфекцию?
- возможно ли разрешение этических дилемм с помощью жесткого правового регулирования и обязательного государственного учета ВИЧ-инфицированных или решением проблем должен быть подход, основанный на приоритете прав автономии пациента?

Решение этих вопросов труднодостижимо в условиях практически господствующей международной идеологии прав человека, в частности, не допускающей медицинских вмешательств без согласия человека. Там, где государственная политика основана на принципах автономии личности и прав человека, общество не может принудить человека пройти тест на ВИЧ.

Стигматизация

С утверждением принципов автономии личности и прав человека связаны явления стигматизации и дискриминации ВИЧ-инфицированных. В основе стигматизации и дискриминации лежит «спидофобия», которая, в свою очередь, является следствием нарастающей эпидемии СПИДа и естественной реакцией на угрозу заражения. Неизбежной реакцией большинства людей на слово «СПИД» становится страх перед заражением, перед

умиранием, смертью, бессилем медицины и государств, неспособных противостоять этому заболеванию. Журналисты не раз проводили расследования об отношении населения к СПИДу. Они обращались в химчистку, парикмахерскую, выдавая себя за ВИЧ-инфицированных. Как правило, их отказывались обслуживать. Больных СПИДом увольняли с работы, разрушались семьи, разлучались влюбленные. Были случаи, когда родственники отказывались забирать труп больного и т.п., и даже частные стоматологические поликлиники отказывали лечить зараженных вирусом.

Отказ в помощи в медицинских учреждениях вступает в противоречие с требованиями закона, который гласит, что: «ВИЧ-инфицированным оказываются на общих основаниях все виды медицинской помощи по клиническим показаниям» (ст. 14 Федерального закона № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» от 30 марта 1995 г.); «не допускается... отказ... в приеме в... учреждения, оказывающие медицинскую помощь» (ст. 17 того же закона).

В документах, принятых ВОЗ, ВМА и другими организациями в связи с пандемией СПИДа, одно из центральных мест занимает специально выделяемое требование не допускать дискриминации ВИЧ-инфицированных, а также лиц, представляющих группы риска. Дискриминация ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом не только попирает права человека, но и подрывает основополагающие принципы общественного здравоохранения. Но главное — она может провоцировать у инфицированного или больного чувство мести, способное превратить его в преднамеренного распространителя инфекции.

Очевидно, что реакция на положительный результат теста на ВИЧ у разных пациентов различна. К типичным реакциям относятся:

- тяжелая депрессия вплоть до попыток покончить с собой;
- мощный взрыв чувства вины, связанного с ощущением собственной нечистоты;
- жажда мести, т.е. намерение заразить других, скрывать истину, лгать в интимных отношениях;
- тенденции умалчивания и социального отчуждения инфицированных.

Данные явления подрывают усилия по предупреждению и увеличивают воздействие эпидемии. Именно поэтому ряд политических деклараций особое внимание обращает на проблему стигматизации и определяет следующие направления противостояния ей:

- «поощрение всеобщего уважения»;
- поддержка семей, живущих с ВИЧ-инфицированными;
- обеспечение профилактики, лечения, ухода и поддержки при ВИЧ-инфекции;
- гарантирование права на участие в социальной, экономической и культурной деятельности.

«Вновь подтверждаем обещание выполнять свои обязанности по поощрению всеобщего уважения, соблюдения и защиты всех прав человека и основных свобод для всех

в соответствии с Уставом, Всеобщей декларацией прав человека и другими документами, касающимися прав человека и международного права, и подчеркиваем значение культурных, этических и религиозных ценностей, жизненно важную роль семьи и общества, особенно для лиц, живущих с ВИЧ и затронутых им, включая их семьи, и необходимость учета специфики каждой страны в усилиях по поддержке национальных мер реагирования на ВИЧ и СПИД, охвату всех лиц, живущих с ВИЧ, обеспечению профилактики, лечения, ухода и поддержки при ВИЧ-инфекции и укреплению систем здравоохранения, в частности системы первичной медико-санитарной помощи. ... Вновь подтверждаем, что полное осуществление всех прав человека и основных свобод для всех является важнейшим элементом глобального реагирования на эпидемию ВИЧ, в том числе в области профилактики, лечения, ухода и поддержки; признаем, что решение проблемы стигматизации и дискриминации тех, кто является или может быть носителем ВИЧ, или затронут им, включая их семьи, имеет также огромное значение для борьбы с глобальной эпидемией ВИЧ, и признаем в то же время необходимость, в зависимости от обстоятельств укрепления национальной политики и законодательства для борьбы с такой стигматизацией и дискриминацией. ... Признаем, что тесное сотрудничество с лицами, живущими с ВИЧ, и населением, относящимся к категории повышенного риска заражения ВИЧ, будет способствовать принятию более эффективных мер борьбы с ВИЧ и СПИДом, и подчеркиваем, что лица, живущие с ВИЧ или затронутые им, включая их семьи, должны пользоваться правом на равное участие в социальной, экономической и культурной деятельности без предрассудков и дискриминации и что они должны иметь равный доступ к медицинской помощи и общественной поддержке, как и все члены общества»¹.

Конфиденциальность и врачебная тайна

Понятия «конфиденциальность» (от лат. *confidentia* — доверие) и «тайна» связаны. В современном русском языке слово «конфиденциальный» означает «доверительный, не подлежащий огласке, секретный» и фиксирует необходимость предотвращения утечки (разглашения) какой-либо информации.

Часть 1 ст. 23 Конституции РФ устанавливает право каждого гражданина на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну. Неприкосновенность частной жизни, личная и семейная тайна непосредственно связаны с понятием «врачебная тайна». Право на неразглашение врачебной тайны принадлежит к числу основных конституционных прав человека и гражданина. Обязательство сохранения врачебной тайны принадлежит к числу основополагающих принципов биомедицинской этики и относится к так называемым профессиональным тайнам. В силу этого ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» утверждает в ст. 13 «Соблюдение врачебной тайны»: «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».

Тем не менее, согласно п. 4 того же закона: «Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается: ...2) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений».

¹ Биомедицинская этика / под ред. И. В. Силуяновой. С. 539.

Действительно ВИЧ-инфекция подпадает под определение инфекционного заболевания, содержащееся в Федеральном законе № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30 марта 1999 г. Инфекционными признаются «заболевания человека, возникновение и распространение которых обусловлено воздействием на человека биологических факторов среды обитания (возбудителей инфекционных заболеваний) и возможностью передачи болезни от заболевшего человека, животного к здоровому человеку».

В то же время из указанных юридических обстоятельств не следует, что угроза распространения инфекции устраняет врачебную тайну относительно ВИЧ-статуса. Согласно ст. 13 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина и в случае наличия вышеперечисленных обстоятельств **допускается**, но не предписывается и не является обязательным.

Решение о допустимости и необходимости разглашения врачебной тайны в каждом конкретном случае ставят врача в ситуацию нравственного выбора между конфиденциальностью и обязанностью предупредить другого человека (например члена семьи) об угрозе заражения, возникающей, когда становится ясно, что у пациента ВИЧ. Ведь врач обязан предупреждать человека об опасности заболевания, даже если тот не его пациент. Именно это обязательство не останавливает врача от того, чтобы оказать помощь человеку, например, на улице, в офисе и т.п. Каждый врач понимает, что величина вреда неинфицированному человеку, у которого разовьется СПИД, намного превосходит вред тому, чья конфиденциальность нарушена. Вопрос о том, в какой мере и когда врач может нарушить врачебную тайну с целью защитить третье лицо, этически тонкий и здесь важно знать, насколько добросовестно и ответственно ведет себя сам инфицированный пациент. Тем не менее врач должен иметь в виду, что инфицированный пациент в случае разглашения сведений, составляющих врачебную тайну, может предпринять следующие действия: подать жалобы руководителю организации, сотрудник которой разгласил составляющие врачебную тайну сведения; выдвинуть иск о возмещении морального вреда к той организации, сотрудник которой разгласил составляющие врачебную тайну сведения; подать заявления в отделение милиции или прокурору с требованием возбудить уголовное дело по факту разглашения составляющих врачебную тайну сведений.

К официальным способам избежать нарушений права на неприкосновенность частной жизни относятся:

— сообщение соответствующим органам закодированной информации о подтвержденном случае ВИЧ. Такая информация может использоваться в эпидемиологических целях, но должна быть защищена от незаконного сбора и распространения;

— оформление листка нетрудоспособности в целях соблюдения врачебной тайны с указанием только причины временной нетрудоспособности (заболевание, травма или иная причина). Сведения о диагнозе заболевания в листок нетрудоспособности могут вноситься по письменному заявлению

гражданина (ст. 59 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»);

— при оформлении медицинских документов лечебные учреждения должны использовать специальную печать или штамп без указания профиля.

Проблема конфиденциальности в эпидемиологии имеет свои особенности. В основе этих особенностей лежит этическая дилемма, касающаяся конфликта между двумя принципами медицинской этики: правом на сохранение человеком в тайне, что он носитель ВИЧ, и обязанностью врача предупреждать людей об опасности быть зараженными, независимо от того, являются ли они его пациентами или нет.

Взаимоотношения между медицинским персоналом и пациентами

Стигматизирующее отношение к больным СПИДом — социальный стереотип, который не только распространен в обществе, но и оказывает влияние и на работников здравоохранения. Должны ли медицинские работники расценивать ситуации подобного рода как профессиональный риск, подобно тому, как врачи в XIX в. расценивали контакт с туберкулезной инфекцией?

Эпидемия СПИДа как никогда раньше приводит к осознанию сущности взаимоотношений между врачом и пациентом.

Отказ врачей и других представителей медицинской профессии оказывать помощь ВИЧ-инфицированным — это реальная проблема, с точки зрения профессиональной этики. Ее решение связано с основным принципом медицины: принципом доминанты интересов больного над интересами врача. Моральное обязательство врача исполнять долг оказания помощи больному значимо со времен Гиппократов до наших дней. Так, Международный кодекс медицинской этики, принятый ВМА, определяет:

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

Врач должен ставить во главу угла сострадание и уважение к человеческому достоинству пациента и полностью отвечать за все аспекты медицинской помощи»¹.

Контрольные вопросы и задания

1. Как различаются инфекционные и соматические заболевания?
2. На чем базируется санитарно-эпидемиологическое благополучие общества?
3. Назовите основные аргументы противников вакцинации против инфекционных заболеваний.
4. Каковы задачи первичной профилактики ЗППП?
5. Назовите этические принципы анонимного обследования пациентов на ВИЧ/СПИД инфекции.
6. Является ли образ жизни человека фактором риска ВИЧ/СПИД инфекции и ЗППП?

¹ Биомедицинская этика / под ред. И. В. Силуяновой. С. 20–21.

7. Перечислите этические проблемы, возникающие в связи с распространением ВИЧ/СПИД инфекции?
8. Каковы основные пути передачи ВИЧ-инфекции и направления ее профилактики?
9. Какова вероятность ВИЧ-инфицирования в родах?
10. Обоснуйте зависимость свободы и ответственности личности на примере ВИЧ-инфекции.
11. Чем обусловлен приоритет интересов общества над интересами инфицированного человека?
12. Каковы ценностные приоритеты в эпидемиологии в соответствии с «Конвенцией о правах человека и биомедицине»?
13. Имеет ли врач моральное право отказаться от оказания помощи ВИЧ-инфицированному? Каковы аргументы отказа и согласия?
14. Каковы пути профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни?

5.5. Морально-этические проблемы клинических исследований

История медицинских экспериментов на человеке

Уже в начале XIX в. было отмечено, что между научно-техническим прогрессом и достоинством человека возникает противоречивая связь. Георг Вильгельм Фридрих Гегель (1770–1831) называл это явление «трагедией нравственности». В конце XX в. поэт Андрей Вознесенский выразил эту мысль так:

Все прогрессы реакционны,
Если рухнет человек...

Для первых периодов истории культуры морально недопустимым было вмешательство в природную организацию человека с целью исследования или изменения тела живого человека. Именно поэтому развитие медицины долгое время основывалось на методах наблюдения, на стремлении собрать и умножить все известные сведения о том или ином явлении с целью обогатить медицинское знание. Но наука и, в частности, медицина не может развиваться без такого метода познания, как эксперимент. Тем не менее эксперименты в медицине появились позже, чем в других науках, и сначала были только экспериментами на животных.

Первые в истории науки эксперименты на людях проводились врачами на самих себе. Число врачей, ставивших опыты на себе, во всех направлениях медицины очень велико. Ни законы, ни кодексы не побуждали врачей к таким поступкам. Они лишь стремились проверить действие препаратов и методов лечения (рис. 5.3).

В известной работе «Драматическая медицина. Опыты врачей на себе» Гуго Глязер описывает героизм и самоотверженность врачей: «Они проглатывали не только культуры бацилл, но и выделения больных; они ложились еще в теплую постель, с которой только что сняли тело умершего от чумы; они надевали его рубашку, испачканную кровью и гноем; они не страшлись ничего, лишь бы раскрыть загадки заразных заболеваний и побороть эти болезни». Они боролись с болью; теряли сознание, испытывая на себе

операционный наркоз; проверяли действия ядов и, даже умирая, описывали классическую картину приступов и агонии¹. Что руководило врачами (рис. 5.4 и 5.5)? У кого-то это было чувство ответственности или требования этики, или стремление совершить что-то полезное, у кого-то — научная любознательность. Но, безусловно, в основе всех этих мотивов лежало гуманное чувство любви и сострадания к людям.



Рис. 5.3. Антон фон Штерк (1731–1803) экспериментировал на себе с целым рядом веществ и ядовитых трав: яд цикуты, трава аконит, осенний безвременник, белена



Рис. 5.4. Жак Понто 5 мая 1933 г. дал укусить себя трем черным гадюкам, сделав предварительную прививку от яда

Данное положение дел начинает меняться со второй половины XIX в. (рис. 5.6). И уже в 1901 г. эти фундаментальные изменения описываются в различных изданиях, среди которых особое место занимает работа В. В. Вересаева «Записки врача». Именно он впервые в отечественной медицине зафиксировал фундаментальное противоречие: существование

¹ Глязер Г. Драматическая медицина. Опыты врачей на себе. М., 1962. С. 205.



Рис. 5.5. Вакцину против чумы создал и первым испытал на себе русский врач Владимир Хавкин (1860–1930)

медицины — гуманнейший из всех наук — немыслимо без попрания самой элементарной гуманности. Вересаев приводит ссылки на зарубежные и отечественные научные медицинские издания конца XIX в., в которых сообщается о тысячах врачебных опытах на здоровых и больных, в частности о прививках гонореи, мягкой язвы и сифилиса. Позицию Вересаева разделяет и В. А. Манассеин. Он пишет, что, знакомясь с описаниями экспериментов над людьми, «не знаешь, чему больше удивляться: тому ли хладнокровию, с которым экспериментатор дает сифилису развиваться порезче для большей ясности картины и “чтобы показать больного большему числу врачей”, или той начальнической логике, в силу которой подчиненного можно подвергнуть тяжкой, иногда смертельной болезни, даже не спросив его согласия»¹. В этот период формируется и типичный оправдательный аргумент в защиту подобных экспериментов: «Если опыты эти помогут раскрыть истину в столь важном деле, то страданием нескольких лиц человечество еще очень недорого заплатит за истинно полезный и практический результат»².

Кульминации выявленная тенденция достигает в 30–40 гг. XX в. в фашистской Германии, размах медицинских исследований в которой квалифицируется в 1947 г. Международным трибуналом как «преступление против человечности».

Медицинские эксперименты над заключенными впервые начались в концлагере Дахау. Их заражали малярией, туберкулезом, гноеродными микробами (для развития флегмон и сепсиса), а затем наблюдали за эффективностью различных медикаментозных средств. Исследования в концлагерях касались таких болезней, как сыпной тиф, газовая гангрена и другие инфекции. Проводились опыты по охлаждению, гипоксии и генетические опыты на близнецах. С января 1942 по июль 1944 г. было проведено девять

¹ Манассеин В. А. Лекции общей терапии. Ч. 1. СПб., 1879. С. 66.

² Вересаев В. В. Записки врача. С. 293.



Рис. 5.6. Первым клиническим экспериментированием на людях следует считать хорошо известную и удачно завершившуюся попытку проведения антиоспенной прививки, предпринятую врачом Эдуардом Дженером в конце XVIII в.

серий опытов с исследованием влияния сыпнотифозной вакцины различного производства, в том числе известной компании «Беринг». Спустя 4–6 нед. после введения вакцины 450 заключенных инфицировали тифом. 158 из них умерли в остром периоде болезни, остальных «как отработанный материал» умертвили впоследствии. 158 чел. были умышленно инфицированы с целью выращивания живых риккетсий. Все эти люди также умерли. С полным хладнокровием врачи детально регистрировали появление лихорадки, сыпи, болей и других клинических симптомов, срок наступления смерти. В подопытных и контрольных группах экспериментирующие врачи изучали течение болезни и эффект применения различных медикаментов, в том числе и медикаментов компании «Хехст» (*Hoechst*), которая и сейчас пользуется известностью. Руководил научными исследованиями профессор Института им. Р. Коха в Берлине, член нацистской партии и эсэсовец Герхард Розе. Сами же эксперименты проводили врачи концлагеря, которые не были специалистами в области бактериологии и иммунологии. Поэтому они частично привлекали к изготовлению вакцин и проведению других разделов опыта врачей из числа заключенных. Также биомедицинские исследования проводились в компании «Беринг» в Марбурге, в Институте гигиены эсэсовского ведомства в оккупированных городах Кракове и Львове, а также в Институте им. Р. Коха в Берлине. Моральная ответственность за указанные жестокие эксперименты, как отмечалось на Нюрнбергском процессе над врачами в 1947 г., лежит и на этих учреждениях¹. В концлагере Равенсбрюк проводилось искусственное заражение

¹ *Ногаллер А. М.* Хуже смерти. Заметки с выставки «Медицинские эксперименты на людях в нацистских концентрационных лагерях». URL: <http://berkovich-zametki.com/Nomer23/Nogaller1.htm> (дата обращения 11.10.2015).

заключенных газовой гангреной. Опытам подверглись преимущественно женщины — участницы польского Сопротивления. В широкий разрез на нижних конечностях вносилась культура бактерий газовой гангрены. Для большего сходства с реальным огнестрельным ранением в рану вводились деревянные, металлические или стеклянные частицы. Скрупулезно регистрировались появление температуры, болей, раздувание конечностей газом, появление некроза тканей и развитие смертельного исхода. У группы заключенных проводились наблюдения над эффективностью сульфамидных и иных медикаментозных препаратов¹. Подавляющее большинство зараженных умирало в мучениях. У выживших на голени и бедрах были огромные рубцы. Оставшихся в живых убивали после выздоровления. Лишь нескольким женщинам, подменившим свои документы на документы уже умерших, удалось спастись.

Врачам, да и всем людям, необходимо знать не только о подвигах врачей, но и о трагических событиях в истории медицины, имевших место около полувека назад. Медицинские опыты над людьми в нацистских концлагерях стали главным основанием для принятия международных правил проведения клинических испытаний (рис. 5.7).



Рис. 5.7. Жертвы нацистских врачей

В протоколе Международного трибунала 1946—1947 гг. вопрос о праве проведения медицинских исследований на человеке был впервые регламентирован и получил название «Нюрнбергский кодекс», в соответствии с которым медицинское исследование (МИ) с участием человека является морально оправданным только в тех случаях, когда нет никакого другого пути получения важных научных знаний и человек добровольно соглашается на эксперимент.

Современная медицина и особенности клинических исследований

С конца XX в. медицина развивается в новых условиях. Во-первых, меняются масштабы и перечень задач, которые ставятся перед медициной. Это необходимость испытания новых лекарств, вакцин, медицинских

¹ *Ногаллер А. М. Хуже смерти. Заметки с выставки...*

приборов, использование радиоактивных материалов и рентгеновского излучения, исследования в области СПИД/ВИЧ инфекции, исследования в области трансплантологии, генетики, наркологии, применения стволовых клеток и т.п. В клиническую практику внедряются новые диагностические и лечебные технологии.

Во-вторых, невиданными ранее темпами ведется научно-исследовательская работа во всех отраслях практической медицины, которая превратилась в индустрию «производства» научных кандидатских и докторских работ на основе результатов проводимых экспериментов и исследований.

В-третьих, в процесс организации и проведения БМИ (биомедицинских исследований) вовлекаются фармацевтическая и фармакологическая промышленность, которая становится влиятельной сферой современного бизнеса. Фармацевтические фирмы финансируют БМИ и стремятся к получению прибыли от внедрения новых лекарственных препаратов.

В-четвертых, широкое предоставление объективной информации о клинических исследованиях (КИ) в СМИ и привлечение представителей сообществ по защите прав пациентов все более способствует тому, что клинические исследования новых медицинских препаратов и медицинской техники получают общественное признание и шире распространяются. Так, например, по мнению европейских экспертов, потенциал исследований в России используется менее чем на 15% и количество участников клинических исследований может составить 200 000 в год.

Тем не менее, важность данных задач не спасает от возможности неэтичной реализации их решения. Об этом свидетельствуют и многочисленные случаи неэтичного проведения экспериментов в разных странах, и современные психологические исследования. Согласно последним, люди, наделенные полномочиями (например, научными) и властью, склонны к выполнению действий, противоречащих морали (например, классические эксперименты С. Милгрэма, 1961–1963). К сожалению, это доказывает, что проведение неэтичных экспериментов с участием людей нельзя исключать и в современном обществе.

В связи с этим вопрос о соблюдении этических принципов в медицинских исследованиях с участием человека и их правового регулирования чрезвычайно значим. Этические принципы задают общий контекст и моральный смысл проводимых исследований.

Международное регулирование медицинских исследований

Все перечисленные факторы в отдельности и в совокупности отвечают на вопрос: почему необходимо проведение этической экспертизы современных научных исследований, и обосновывают необходимость их этического регулирования. Основным международным законодательным документом стала Хельсинкская декларация ВМА, которая была принята на 18-й Генеральной Ассамблее ВМА в июне 1964 г. На 29-й Генеральной Ассамблее ВМА в Токио в октябре 1975 г. были внесены изменения и добавлено требование этической экспертизы проводимых исследовательских проектов.

После 1975 г. последовало еще восемь редакций декларации¹. Последняя, девятая редакция была принята в октябре 2013 г. на 64-й Генеральной Ассамблее ВМА, в Форталезе (Бразилия).

Одним из первых международных документов, в котором были сформулированы этические принципы проведения КИ с участием человека, был Бельмонтский доклад (*Belmont Report*), представленный Национальной комиссией США по защите прав участников исследований (*US National Commission for the Protection of Human Rights*), «Этические принципы и рекомендации по защите человека при проведении исследований» (1979 г.) В нем сформулированы три основных этических принципа проведения КИ с участием человека: «уважение личности, благодеяние и справедливость».

Важнейшим документом является «Конвенция о защите прав человека и человеческого достоинства в связи с применением биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине» 1997 г. Конвенция о правах человека и биомедицине была первым международно-правовым актом обязывающего характера для государств — членов Совета Европы по вопросам биомедицинских исследований на человеке. По своей юридической силе Конвенция превосходит Хельсинкскую декларацию, поскольку содержит не рекомендательные, а общеобязательные нормы, действие которых распространяется на государства, ее подписавшие и ратифицировавшие.

Не обошел этические проблемы клинических исследований на человеке и Совет международных организаций медицинских наук (CIOMS), который разработал Международное руководство по этике при проведении биомедицинских исследований с участием человека.

В 1996 г. Международная конференция по гармонизации опубликовала Руководство по качественной клинической практике (*Guideline for Good Clinical Practice ICH* или *ICH GCP*), которое содержит стандарты проведения КИ, в том числе и порядок их этической экспертизы.

В нашей стране действующим документом стал Национальный стандарт «Надлежащая клиническая практика» (ГОСТ Р 52379—2005). Цель этого документа — гармонизация отечественных требований к проведению клинических исследований с международными нормами, установление единых со странами Европейского Союза, США и Японией правил, что должно способствовать взаимному признанию данных КИ уполномоченными органами названных стран. Документ прошел процедуру, предусмотренную законом для разработки национальных стандартов «О техническом регулировании», утвержден приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 27 сентября 2005 г. в качестве национального стандарта и идентичен тексту ICH GCP. Стандарт необходимо соблюдать при проведении КИ, данные которых будут представлены в уполномоченные органы. Принципы, установленные стандартом, приме-

¹ На 35-й Генеральной Ассамблее ВМА (Венеция, 1983 г.); на 41-й Генеральной Ассамблее ВМА (Гонконг, 1989 г.); на 48-й Генеральной Ассамблее ВМА в Сомерсет Вест (ЮАР, 1996 г.); на 52-й Генеральной Ассамблее ВМА (Эдинбург, 2000 г.); на 53-й Генеральной Ассамблее ВМА (Вашингтон, 2002 г.); на 55-й Генеральной Ассамблее ВМА в Токио (2004 г.); на 59-й Генеральной Ассамблее ВМА в Сеуле (2008 г.)

нимы ко всем КИ, которые могут угрожать безопасности и благополучию человека.

Человеческое достоинство, автономия личности и права человека

Конституция РФ в ст. 21 утверждает: «1. Достоинство личности охраняется государством. Ничто не может быть основанием для его умаления. 2. Никто не должен подвергаться пыткам, насилию, другому жестокому или унижающему человеческое достоинство обращению или наказанию. Никто не может быть без добровольного согласия подвергнут медицинским, научным или иным опытам».

Ценность человеческого достоинства непосредственно связана с этическим принципом уважения личности, ее автономии и правами человека.

Исторически мировоззренческим основанием ценности достоинства человека является традиционное христианское признание уникальности природы человека, связанной с Боговоплощением, уникальными способностями человека к совершенствованию, и его призвания к Богообщению. Социальным основанием ценности человеческого достоинства является включенность каждого человека с самого начала жизни в социальные и моральные отношения людей.

Смысл существования человека — достичь достойного включения в человеческие отношения, стать субъектом морального отношения к другому человеку с помощью соблюдения моральных норм и ценностей сохранения жизни.

Принцип уважения человеческого достоинства самый важный в современной биомедицине. Недопустимо рассматривать человека как подопытное существо, как объект для проведения экспериментов, как средство для достижения прагматической цели другого человека или интересов науки и общества. При этом речь идет о человеческом достоинстве людей не только разных национальностей, разного социального статуса, будь то экономическое положение, нахождение в заключении и т.п., но и о человеке на ранних стадиях развития, или о человеке с деформированным из-за болезни физиологическим состоянием или сознанием.

В западноевропейской традиции ценность достоинства человека выражает себя в принципе уважения личности, который обосновывается такой сущностной особенностью личности, как автономность.

Автономность личности — это ее способность осознавать цели своих действий и поступать в соответствии со своими взглядами. *Уважать личность* — значит признавать автономию ее мнений и ее личный выбор, воздерживаясь от создания препятствий ее действиям. *Не уважать личность* — отвергать принятые ею решения, ее свободу действовать, отказывать ей в получении информации, необходимой для принятия решений.

Практическое применение общего принципа уважения личности при проведении клинических исследований реализуется в стандарте получения информированного добровольного согласия личности на участие в проведении КИ.

Информированное согласие — это форма соблюдения принципа уважения к личности на основании свободного и добровольного решения пациента об участии или неучастии в медицинских испытаниях. Согласно Бельмонтскому докладу процедура решения о согласии основывается на трех позициях: информации, понимания, добровольности.

Информация, понимание, добровольность

Согласно последней редакции Хельсинской декларации ВМА «Этические принципы проведения медицинских исследований с участием человека в качестве субъекта», информация, которая должна быть предоставлена испытуемому, должна быть достаточной. Достаточность включает в себя информацию:

- о целях;
- методах;
- об источниках финансирования;
- о любых возможных конфликтах интересов;
- принадлежности к каким-либо организациям;
- об ожидаемой пользе и потенциальных рисках;
- о неудобствах, которые могут возникнуть вследствие участия в исследовании;
- об условиях, действующих после окончания исследования;
- о любых иных значимых аспектах исследования;
- праве отказаться от участия в исследовании или отозвать свое согласие на участие в любой момент без каких-либо неблагоприятных для себя последствий.

Особое внимание должно уделяться специфическим информационным потребностям каждого потенциального субъекта, а также методам, используемым для предоставления информации. Созданные профессионалами документы, регламентирующие КИ, во многом совпадают, но есть некоторые особенности, поэтому врачу-исследователю необходимо знать все действующие документы. Так, например, в последней редакции Хельсинской декларации в перечне достаточности информации нет позиции об альтернативных методах лечения (особенно в тех случаях, когда используется терапия), но она есть в Бельмонтском докладе. Но там нет требования, что «врач или иное лицо, имеющее соответствующую квалификацию, должны получить добровольное информированное согласие субъекта на участие в исследовании, предпочтительно в письменной форме. Если согласие не может быть выражено в письменной форме, должно быть надлежащим образом оформлено и засвидетельствовано устное согласие».

Важнейшим условием участия человека в исследовании является его добровольное согласие. Что означает добровольность? Участие лиц, способных дать информированное согласие, в качестве субъектов исследования будет добровольным тогда, когда при получении информированного согласия на участие в исследовании исключена ситуация, в которой потенциальный субъект находится в зависимом по отношению к врачу положе-

нии или дает согласие под давлением. В таких случаях информированное согласие должно быть получено лицом, имеющим соответствующую квалификацию и полностью независимым от такого рода отношений, как принуждение, манипулирование, стимулирование.

Принуждение в той или иной форме присутствует там, где человек находится в зависимых отношениях той или иной степени. Эта зависимость всегда присутствует в отношениях «врач — пациент», «преподаватели — студенты», «руководитель — подчиненный». Запрет на принуждение должен обеспечиваться наличием независимых посредников и правом на свободный отказ от участия в исследовании.

Манипулирование человеком — это не только реклама возможных позитивных результатов от участия в исследовании, но и манипуляторный стиль оправдания участия в проводимых исследованиях как героических действий по спасению жизни людей и особенно детей, цель которого изменение поведения и решений человека.

Стимулирование — включение в систему аргументации обещаний вознаграждения в денежной или в любых иных формах. Особенно недопустимо применение данных форм воздействия на принятие решений уязвимыми и недееспособными пациентами.

Понимание пациентом информации связано, прежде всего, с качеством информирования: каков язык информирования, насколько он доступен непрофессионалу, насколько точен перевод сопровождающей документации. В понятие «понимание пациентом информации» входят и такие параметры, как предоставление времени обдумать и принять решение, задать вопросы и получить понятные ответы. Понимание пациентом информации зависит от количества и качества предоставленной информации. Необходимо избегать информационных перегрузок и стремиться предоставить не весь объем имеющейся информации, а ее необходимую часть, достаточную, чтобы избежать затруднений в восприятии информационного листка, и получить согласие, заверенное подписью пациента.

Последняя версия получения информированного согласия дана в п. 25—32 последней редакции Хельсинской декларации ВМА «Этические принципы проведения медицинских исследований с участием человека в качестве субъекта»:

«25. Участие в качестве субъектов исследования лиц, способных дать информированное согласие, должно быть добровольным. Несмотря на то, что в ряде случаев может быть уместной консультация с родственниками или лидерами социальной группы, ни одно лицо, способное дать информированное согласие, не может быть включено в исследование, если оно не дало своего собственного добровольного согласия.

26. В медицинском исследовании с участием в качестве субъектов исследования лиц, способных дать информированное согласие, каждый потенциальный субъект должен получить достаточную информацию о целях, методах, источниках финансирования, любых возможных конфликтах интересов, принадлежности к каким-либо организациям, ожидаемой пользе и потенциальных рисках, о неудобствах, которые могут возникнуть вследствие участия в исследовании, условиях, действующих после окончания исследования, а также о любых иных значимых аспектах исследования. Потенциальный субъект исследования должен быть проинформирован о своем праве отказаться от участия в исследовании или отозвать свое согласие на участие в любой момент без каких-либо неблагоприятных для себя последствий. Особое внимание должно уделяться специ-

фическим информационным потребностям каждого потенциального субъекта, а также методам, используемым для предоставления информации.

Убедившись, что потенциальный субъект понял предоставленную ему информацию, врач или иное лицо, имеющее соответствующую квалификацию, должны получить добровольное информированное согласие субъекта на участие в исследовании, предпочтительно в письменной форме. Если согласие не может быть выражено в письменной форме, должно быть надлежащим образом оформлено и засвидетельствовано устное согласие.

Всем субъектам медицинского исследования должна быть предоставлена возможность получения информации об общих выводах и результатах исследования.

27. При получении информированного согласия на участие в исследовании врач должен проявлять особую осмотрительность в тех случаях, когда потенциальный субъект находится в зависимом по отношению к врачу положении, или может дать согласие под давлением. В таких случаях информированное согласие должно быть получено лицом, имеющим соответствующую квалификацию и полностью независимым от такого рода отношений.

28. Если потенциальным субъектом исследования является лицо, не способное дать информированное согласие, врач должен получить информированное согласие его законного представителя. Такие лица не должны включаться в исследования, которые не несут для них вероятной пользы, кроме случаев, когда такое исследование проводится в целях улучшения оказания медицинской помощи группе людей, представителем которой является потенциальный субъект, не может быть заменено исследованием на лицах, способных дать информированное согласие, а также связано только с минимальными рисками и неудобствами.

29. Если потенциальный субъект, признанный не способным дать информированное согласие, способен, тем не менее, выразить собственное отношение к участию в исследовании, врач должен запросить его мнение в дополнение к согласию его законного представителя. Несогласие потенциального субъекта должно учитываться.

30. Исследования с участием субъектов, физически или психически не способных дать согласие, например, пациентов, находящихся в бессознательном состоянии, могут проводиться только при условии, что физическое или психическое состояние, препятствующее получению информированного согласия, является неотъемлемой характеристикой исследуемой группы. В таких случаях врач должен запрашивать информированное согласие у законного представителя. Если такой представитель не доступен, и если включение пациента не может быть отсрочено, исследование может проводиться без получения информированного согласия при условии, что особые причины для включения субъектов в исследование в состоянии, препятствующем предоставлению информированного согласия, оговорены в протоколе исследования, а проведение исследования одобрено комитетом по этике. При первой возможности должно быть получено согласие субъекта или его законного представителя на продолжение участия в исследовании.

31. Врач должен предоставить пациенту полную информацию о том, какие из аспектов лечения относятся к проводимому исследованию. Отказ пациента участвовать в исследовании или решение о выходе из исследования не должны отражаться на его взаимоотношениях с врачом.

32. В медицинских исследованиях с использованием биологических материалов или данных, допускающих идентификацию лица, от которого они были получены, например, при исследованиях материалов либо данных, содержащихся в биобанках или аналогичных хранилищах, врач должен получить информированное согласие на получение, хранение и (или) повторное использование таких материалов и данных. Могут иметь место исключения, когда получение согласия для такого исследования невозможно или нецелесообразно. В таких случаях исследование может проводиться только после рассмотрения и одобрения комитетом по этике».

Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» фиксирует права медицинских организаций на проведение научных исследований. «Медицинская организация имеет право: осуществлять научную и (или) научно-исследовательскую деятельность, в том числе проводить фундаментальные и прикладные научные исследования» (ст. 78). При этом в ст. 20 данного действующего закона раскрывается порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие 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. 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.

Благодеяние

Этическое решение проблем, связанных с клиническими испытаниями, регулируется еще одним базовым моральным принципом — принципом благодеяния. Именно так называется в Бельмонтском докладе моральный критерий оценки пользы, рисков и вреда проводимых медицинских испытаний. Обращает на себя внимание несовременное название принципа, призванного регулировать новейшие исследования. Такое название неслучайно, оно указывает на значение традиционных ценностей милосердия и добротодеяния, которые должны определять основные мотивы и стимулы деятельности врача-исследователя.

Тем не менее в современном гуманистическом и демократическом обществе среди ученых распространены прагматические идеи, что научное знание, полученное в результате исследования, всегда несет огромную пользу. Получение пользы от знания позитивных или негативных результатов испытаний — цель проведения исследований с участием людей и основной довод в обосновании их необходимости. Прагматическая точка зрения допускает приоритет общественной пользы (большого суммарного блага) полученных результатов для будущих поколений над интересами отдельного человека. Но в обществе влиятельны и идеалистические, деонтологические идеи, согласно которым получение пользы для общества не является достаточным основанием для оправдания рисков нанесения вреда конкретным людям, участвующим в исследованиях. Во всех современных этических и правовых международных документах, регламентирующих научные МИ, отстаивается приоритет интересов индивида и отдельного человека над интересами общества и (или) науки.

Ни одно медицинское исследование не свободно от риска нанесения вреда человеку. Именно это ставит под сомнение этическую приемлемость любого исследования. Можно ли уравновесить эту возможность риска и вреда и если можно, то чем? Специалисты предлагают врачам принять в качестве исходных и установочных две максимы:

- 1) сделай максимальной возможную пользу;
- 2) сведи к минимуму возможный риск и вред.

Любое действие человека представляет собой соотношение риска, вреда и пользы. Это соотношение может быть разным. Исследование считается этически приемлемым, если польза больше вреда или сопровождается минимальным риском или если прогнозируется и фиксируется равновесие пользы и вреда.

При соотношении рисков и пользы предполагается, что польза — это практический результат исследования, а риск — вероятность возникновения вреда. Поэтому польза, как правило, соотносится с вредом, а риск — с вероятностью возможной пользы. Равновесие как критерий возможности исследования должно относиться к размеру потенциальных «пользы и вреда» и к вероятности их возникновения.

Исследования, не несущие пользы для их участников, должны исключить участие больных, нуждающихся в медицинской помощи, недееспособных пациентов, а здоровые участники должны привлекаться к ним в границах и условиях минимального риска.

При определении и выявлении соотношения интересов и рисков для отдельных людей и ожидаемой пользы для всего общества возможны весьма затруднительные ситуации. Для их разрешения важно уметь стремиться к сочетанию всех принципов: принципа достоинства личности, не причинения врачом вреда и добровольного согласия.

Перечисленная информация касается общих вопросов взаимоотношения пользы, вреда и рисков клинических исследований. Каждый конкретный исследовательский проект требует своего детального анализа с учетом существующих общих принципов и регламентаций.

Вот как общие принципы и регламентации представлены в последней редакции Хельсинской декларации (п. 16—18):

16. В медицинской практике и в медицинских исследованиях большинство вмешательств сопряжено с определенными рисками и неудобствами.

Медицинское исследование с участием человека в качестве субъекта может проводиться только тогда, когда важность цели исследования превышает риски и неудобства для субъектов исследования.

17. Каждому медицинскому исследованию с участием человека в качестве субъекта должно предшествовать тщательное сопоставление возможного риска и неудобств для включенных в исследование лиц или групп с ожидаемой пользой как для этих, так и для других лиц или групп населения, страдающих от заболевания/состояния, при котором проводится данное исследование.

Должны быть предприняты меры по минимизации рисков. Риски должны постоянно контролироваться, оцениваться и документироваться исследователями.

18. Врачи не должны принимать участие в исследованиях с участием людей в качестве субъектов, если они не уверены в том, что произведена надлежащая оценка возможного риска и что его можно адекватно контролировать.

Если выясняется, что риски превышают ожидаемую пользу, либо становится очевиден определенный исход исследования, врачи должны оценить целесообразность продолжения, изменения либо немедленной остановки исследования.

Принцип справедливости

Нравственная идея справедливости — одна из основных идей, регулирующих человеческие отношения. Уже Платон в «Законах», рассуждая о социальной жизни, именно в идее справедливости видел одно из оснований ее благоустройства¹. Идея справедливости регулировала человеческие отношения и на уровне интересов, обязанностей и желаний, и на уровне распределения материальных благ, и на уровне меры воздаяния за преступление или добродетельный поступок. Как правило, эти уровни переплетаются друг с другом, так в случае распределения благ и тягот затрагиваются не только материальные вопросы, но также честь и достоинство личности и признание того, что в случаях несправедливости положение надо исправлять.

Идея справедливости всегда имела непреходящее значение для медицинской практики. С одной стороны, она была основанием нравственной культуры врача, милосердия и гуманного отношения к больному, независимо от его экономического положения и социального статуса. С другой — непосредственно связана с системой государственно-правовых гарантий в области охраны здоровья граждан, с идеей права человека на жизнь и на охрану здоровья.

XX в. тесно связывает проблему справедливости с научными медицинскими исследованиями. На протяжении XIX в. медицинские эксперименты проводились, как правило, на бедных пациентах, в то время как результаты полученных знаний использовались имущими лицами. В США в 1940-е гг. изучение сифилиса производилось на нищих чернокожих. В медицинских целях использовалась и эксплуатация заключенных, достигшая вопиющей несправедливости в концлагерях фашистской Германии.

Основанием принятия первого международного документа по биоэтике — «Нюрнбергского кодекса» — была именно идея справедливости, которая стала и целью, и средством решения проблемы морально-этической корректности проведения медицинских исследований.

Идеи справедливости или несправедливости в приложении к КИ связаны напрямую с проблемой эксплуатации и дискриминации испытуемых. Речь идет о несправедливости использования одних испытуемых и получения выгод и преимуществ другими за счет тягот и нагрузок первых. Разработанный продукт, методика или научные данные должны быть доступны тем, кто принимал участие и носил тяготы исследования. Речь идет и о несправедливости распределения участия пациентов в тех исследованиях, которые могли бы принести им выгоду и пользу, так как испытываются новые, более эффективные средства лечения или диагностики. Речь идет и о несправедливости распределения участия пациентов при воз-

¹ Платон. Законы // Соч. в 3 т. М., 1972. Т. 3. Ч. 2. С. 92–93.

возможности получать препарат, пока не доступный из-за того, что он либо пока не зарегистрирован в стране (дальнейшая его регистрация в стране планируется) и отсутствует в продаже, либо из-за его дороговизны.

Принцип справедливости медицинских исследований напрямую связан и с проблемой отбора участников исследования. Отбор должен происходить на основании той проблемы, которая исследуется, а не на основании выбора уязвимых категорий пациентов, т.е. тех, кем легко манипулировать (дети, психические больные, отдельные расовые и этнические меньшинства, население развивающихся стран, социально зависимые, малоимущие и тяжелобольные).

Согласно п. 14–15 последней редакции Хельсинской декларации: «Врачи, сочетающие медицинские исследования с оказанием медицинской помощи, должны привлекать к участию в них своих пациентов только в той степени, в какой это оправдано, с точки зрения потенциальной профилактической, диагностической или терапевтической ценности, и если врач имеет достаточные основания полагать, что участие в исследовании не скажется неблагоприятным образом на здоровье пациентов, являющихся субъектами исследования.

15. Субъектам, пострадавшим в результате участия в исследовании, должны быть гарантированы соответствующие компенсация и лечение».

Принцип справедливости КИ непосредственно связан с привлечением к испытаниям уязвимых категорий людей.

Согласно п. 19–20 Хельсинской декларации «некоторые лица и группы лиц являются особо уязвимыми, и есть повышенная вероятность проявления по отношению к ним несправедливости либо причинения дополнительного вреда.

Все уязвимые лица и группы лиц должны получать особую защиту.

20. Медицинское исследование с участием уязвимых групп лиц оправдано только в том случае, если оно имеет отношение к потребностям и приоритетам оказания медицинской помощи именно данной категории лиц и не может быть проведено с участием лиц, не относящихся к уязвимой группе. Кроме того, эта категория лиц должна получать пользу от теоретических и практических знаний или нового метода вмешательства, полученных в результате исследования».

Международный совет научных медицинских обществ определяет уязвимость людей как неспособность абсолютно или относительно защитить свои собственные интересы и подверженность наиболее высокому риску вреда при клинических испытаниях.

Выделяют три группы обстоятельств, которые служат признаками уязвимости человека:

- ограниченная дееспособность;
- неспособность защитить свои интересы;
- сомнительность разумности данного согласия и понимания происходящего.

Национальный стандарт Российской Федерации «Надлежащая клиническая практика» дает следующее понимание уязвимости и выделяет конкретные категории таких

лиц: «уязвимые субъекты исследования: лица, на чье желание участвовать в клиническом исследовании может оказать чрезмерное влияние ожидание (обоснованное или необоснованное) тех или иных преимуществ, связанных с участием в исследовании или санкции вышестоящих в иерархии лиц в случае отказа от участия. В качестве примера членов иерархических структур могут быть названы учащиеся высших и средних медицинских, фармацевтических и стоматологических учебных заведений, младший персонал клиник и лабораторий, служащие фармацевтических компаний, военнослужащие и больные, страдающие неизлечимыми заболеваниями, лица, находящиеся в домах по уходу, нищие и безработные, пациенты, находящиеся в неотложном состоянии, представители национальных меньшинств, бездомные, кочевники, беженцы, несовершеннолетние и лица, находящиеся под опекой или попечительством, а также лица, не способные дать согласие».

В данном стандарте раскрыто основное содержание трех основных этических принципов проведения КИ с участием человека: уважения личности, благодеяния и справедливости.

Этические комитеты и этическое консультирование

Существует ли эффективная система государственного и общественного контроля соблюдения этических принципов проведения КИ с участием человека? Существуют ли организационные структуры, гарантирующие выполнение и соблюдение прав участников исследований и этичности проведения КИ? Эти организационные структуры – этические комитеты (ЭК), советы по этике, экспертные советы или независимые комитеты по этике – осуществляют этико-правовое регулирование КИ и рассматриваются в настоящее время международным сообществом как гарантия защиты участника исследования от риска или сведение его к минимуму. Этические комитеты руководствуются существующими международными принципами этической экспертизы КИ и обеспечивают надлежащую защиту интересов их участников и населения стран, в которых эти исследования проводятся.

Согласно ГОСТ Р «Надлежащая клиническая практика», «независимый этический комитет (НЭК) (*Independent Ethics Committee; IEC*): независимый орган (экспертный совет или комитет, действующий на уровне организации, региональном, национальном или международном уровне), состоящий из медицинских работников, а также лиц, не имеющих отношение к медицине, который обеспечивает защиту прав, безопасности и благополучия субъектов исследования и выступает для общества гарантом такой защиты в частности путем рассмотрения, утверждения/одобрения протокола исследования, кандидатур исследователей, исследовательских центров, а также материалов и методов, которые предполагается использовать для получения и документирования информированного согласия субъектов исследования. Правовой статус, состав, функции, деятельность независимых этических комитетов, а также относящиеся к ним нормативные требования могут различаться в разных странах, тем не менее, НЭК должны функционировать в соответствии GCP».

Основным нормативным документом, регулирующим деятельность Совета по этике в России, является Федеральный закон от 12.04.2010 г. № 61-ФЗ (ред. от 25.11.2013 г.) «Об обращении лекарственных средств».

Статья 39. 1. «Этическая экспертиза» введена в закон «Об обращении лекарственных средств» 22.12.2014 г. Федеральным законом № 429-ФЗ:

1. Этическая экспертиза проводится советом по этике, созданным в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, в целях выдачи заключения об этической обоснованности возможности проведения клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения.

2. Экспертами совета по этике могут быть представители медицинских организаций, научных организаций, образовательных организаций высшего образования, а также представители общественных организаций, религиозных организаций и средств массовой информации. Данные эксперты не должны находиться в какой-либо зависимости от разработчиков лекарственных препаратов и других лиц, заинтересованных в результатах этической экспертизы.

3. Оплата услуг экспертов совета по этике осуществляется на основании договора, заключенного между уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, которым создан совет по этике, и экспертом совета по этике, за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных уполномоченному федеральному органу исполнительной власти, которым создан совет по этике, в федеральном бюджете на соответствующий год на обеспечение его деятельности, в размерах, установленных Правительством Российской Федерации.

4. Эксперты совета по этике несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5. Состав совета по этике, положение об этом совете, порядок его деятельности, требования к квалификации и опыту работы по экспертной оценке научных, медицинских и этических аспектов клинических исследований лекарственных препаратов для медицинского применения, предъявляемые к экспертам совета по этике, порядок организации и проведения этической экспертизы, форма заключения совета по этике устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Число представителей медицинских организаций не может превышать половину от общего числа экспертов совета по этике.

6. Информация о составе совета по этике, планах его работы и текущей деятельности размещается на официальном сайте уполномоченного федерального органа исполнительной власти в сети Интернет в установленном им порядке.

Этические комитеты являются организационными структурами, гарантирующими выполнение и соблюдение прав участников исследований и этичности проведения КИ. К основным правам пациентов, участвующих в клиническом исследовании лекарственного препарата для медицинского применения, относятся (согласно ст. 43 закона «Об обращении лекарственных средств»):

— добровольность участия пациентов в клиническом исследовании лекарственного препарата для медицинского применения;

— информированность пациента или его законного представителя.

Информированность пациента, в свою очередь, должна включать знание:

1) о лекарственном препарате для медицинского применения и сущности клинического исследования этого лекарственного препарата;

2) безопасности лекарственного препарата для медицинского применения, его ожидаемой эффективности и степени риска для пациента;

3) об условиях участия пациента в клиническом исследовании лекарственного препарата для медицинского применения;

- 4) о цели или целях и продолжительности клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения;
- 5) действиях пациента в случае непредвиденных эффектов влияния лекарственного препарата для медицинского применения на состояние его здоровья;
- 6) об условиях обязательного страхования жизни, здоровья пациента;
- 7) о гарантиях конфиденциальности участия пациента в клиническом исследовании лекарственного препарата для медицинского применения.

*Законодательство РФ об этической экспертизе
медицинских научных исследований*

Основные нормы регулирования медицинских научных исследований сконцентрированы в Федеральном законе «Об обращении лекарственных средств». К ним относятся следующие нормы:

- подтверждение подписью пациента или подписью его законного представителя на информационном листке пациента добровольного согласия пациента на участие в клиническом исследовании;
- право пациента или его законного представителя на отказ от участия в клиническом исследовании на любой стадии проведения такого исследования;
- недопущение для проведения клинического исследования в качестве пациентов детей или допущение только с согласия в письменной форме их родителей, усыновителей. Дети могут рассматриваться в качестве потенциальных пациентов такого исследования, только если его проведение необходимо для укрепления здоровья детей или профилактики инфекционных заболеваний в детском возрасте либо если целью такого исследования является получение данных о наилучшей дозировке лекарственного препарата для лечения детей. В этих случаях такому исследованию должно предшествовать клиническое исследование лекарственного препарата для медицинского применения на совершеннолетних гражданах.

Запрещено проведение клинического исследования с участием в качестве пациентов:

- детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;
- женщин в период беременности, женщин в период грудного вскармливания, за исключением случаев, если проводится клиническое исследование лекарственного препарата, предназначенного для указанных женщин, при условии необходимости получения информации только во время проведения соответствующих клинических исследований и принятия всех необходимых мер по исключению риска нанесения вреда женщине в период беременности, женщине в период грудного вскармливания, плоду или ребенку;
- военнослужащих, за исключением случаев проведения клинического исследования лекарственного препарата, специально разработанного для применения в условиях военных действий, чрезвычайных ситуаций, профилактики и лечения заболеваний и поражений, полученных в результате воздействия неблагоприятных химических, биологических, радиационных факторов. Клиническое исследование такого лекарственного препа-

рата может проводиться с участием в качестве пациентов военнослужащих, за исключением военнослужащих, проходящих военную службу по призыву, с соблюдением требований, установленных настоящим Федеральным законом в отношении гражданских лиц;

- сотрудников правоохранительных органов;
- лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы, а также лиц, находящихся под стражей в следственных изоляторах.

Клиническое исследование лекарственного препарата, предназначенного для лечения психических заболеваний, с участием в качестве пациентов лиц с психическими заболеваниями, проводится при наличии согласия в письменной форме законных представителей указанных лиц.

Страхование жизни, здоровья пациента, участвующего в клиническом исследовании лекарственного препарата для медицинского применения, обязательно.

Контрольные вопросы и задания

1. На каком этапе развития науки и почему возникает этика науки?
2. В чем специфика экспериментов с участием человека?
3. Назовите основные международные и российские законодательные акты, регулирующие эксперименты с участием человека.
4. Что такое клиническое исследование и какова цель клинического исследования?
5. В чем заключается добровольное информированное согласие испытуемого?
6. Имеет ли право гражданин России отказаться от участия в исследовании?
7. Каков механизм взаимодействия цели исследования и средств ее достижения?
8. Можно ли проводить медико-биологические эксперименты на военнослужащих или заключенных?
9. Каковы особенности клинических исследований на детях?
10. Какие международные требования необходимо выполнять при проведении экспериментов на животных?
11. Перечислите основные ограничения, налагаемые на медицинских и фармацевтических работников при осуществлении клинических исследований и медицинской деятельности.
12. Перечислите основополагающие этические принципы, содержащиеся в «Нюрнбергском кодексе».

5.6. Морально-этические проблемы эвтанази

В своей деятельности врач сталкивается с задачей лечения безнадежно больных людей, обреченных на смерть. Некоторые заболевания причиняют человеку невыносимые мучения, случаются травмы, несовместимые с жизнью, и в некоторых случаях медицина на данном уровне ее развития не способна не только полностью вылечить человека, но и избавить его от боли.

Тема **эвтанази** — пограничная в этике, медицине и праве. Медицина сосредоточена на эмпирической стороне проблемы смерти, этика определяет ее смысл, право вырабатывает юридические параметры смерти человека. Сегодня обсуждается вопрос, закреплять ли за человеком право

на эвтаназию юридически и будет ли этичным для медицинских работников помогать неизлечимо больному и страдающему отойти в мир иной. Прийти к единому знаменателю медикам и юристам не удастся по причине различия морально-этического отношения к смерти человека. Сторонники эвтаназии отождествляют ее с понятием «приятной, легкой смерти», противники — с убийством.

История отношения людей к смерти и врачей к умирающему человеку

Важно отметить, что сама по себе проблема эвтаназии не нова — она существует столько же, сколько живут и умирают люди на Земле, или столько, сколько существует медицина как сфера профессиональной деятельности. История отношения людей к смерти и врачей к умирающему человеку во многом прояснит сам термин «эвтаназия».

Четыре экскурса в историю принципиальны для понимания сути проблемы.

1. Язычество отличалось неумемной жаждой самоубийства. Древнеримский историк Тит Ливий описывал то величавое спокойствие, с которым раненые галльские и германские варвары кончали с собой. В языческой Дании воины считали позором умереть в постели от болезни. Известна готская «Скала предков», с которой бросались вниз немощные старики. Об испанских кельтах, презирающих старость, известно, что как только кельт вступал в возраст, следующий за полным физическим расцветом, он кончал жизнь самоубийством. Обычай, которые предписывали престарелому или больному человеку покончить с собой, в случае их неисполнения лишали его уважения, погребальных почестей и т.п. Это свободное, на первый взгляд, действие было на самом деле в языческих сообществах достаточно жестко регламентировано. Исследуя явление самоубийства в древних культурах, Э. Дюркгейм приходит к выводу о его чрезвычайной распространенности, при этом на первом месте среди всех возможных мотивов самоубийства стоят преклонный возраст и болезни¹.

2. Отрицательное отношение к самоубийству вырабатывает христианство, неразрывно связывая его с ветхозаветной заповедью «не убий» (рис. 5,8). Церковь говорит об обреченности самоубийцы на вечную гибель, отказывает им в погребении по христианскому обряду. Ф. Ницше признавал, что одна из причин социального признания христианства коренилась именно в его бескомпромиссной борьбе с «неумемной жаждой самоубийства, ставшей столь распространенной ко времени его (христианства — *И. С.*) возникновения»².

В I в. н.э. в христианстве формируются и представления о «благой смерти». «Благая смерть» в христианстве — не слепая случайность, но дар Творца.

Каждый день церковь просит Бога о том, чтобы наша смерть была «безболезненной, непостыдной и мирной». Понимание блаженной смерти

¹ Дюркгейм Э. Самоубийство. Социологический этюд. М., 1994. С. 197.

² Ницше Ф. Веселая наука. СПб., 1993. С. 380.

в христианстве никогда не означало того, что означает сейчас — «умерщвления пациента из жалости».



Рис. 5.8. Эвтаназия
(Андреа Мантенья. «Мертвый Христос». Ок. 1490 г.)

3. Новый смысл придал эвтаназии в XVI в. английский философ Фрэнсис Бэкон, который впервые употребляет этот термин. Термин «эвтаназия» (от греч. *eu* — хорошо и *thanatos* — смерть) Бэкон использует для обозначения смерти без мучений и страданий, подразумевая заботу близких об облегчении мук умирающих. Он заявлял, что профессиональным долгом врачей в отношении таких больных является эвтаназия, понимаемая как облегчение мук умирания.

4. Особые акценты в проблеме эвтаназии были расставлены в 40-х гг. XX в. в фашистской Германии. На уровень практики вышла принудительная эвтаназия. Был разработан и принят закон «Программа эвтаназии» (1938–1939 гг.), по которому осуществлялось уничтожение «жизненнонеполноценных» лиц по экономическим и социальным основаниям. И если в конце первой половины XX в. эти идеи были осуждены мировым сообществом, то в конце второй половины XX в. они вновь набирают силу.

Итак, в содержание термина «эвтаназия» входят эти четыре эпизода человеческой истории: практика самоубийства по причине старости и болезни, признание недопустимости убийства и самоубийства и идеал «благой смерти» как «безболезненной и непостыдной», практика медицинского ухода за умирающим больным и принудительная эвтаназия по экономическим основаниям. Именно эти исторические эпизоды затрагивают глубинные слои человеческого существования, формируют моральный смысл эвтаназии в современном общественном сознании как *превращенной формы убийства и самоубийства одновременно* и определяют остроту дискуссий в обществе.

Проблема легализации эвтаназии

В 80-е гг. XX в. проблема эвтаназии вновь была поднята перед обществом уже в совершенно новом свете. Этот термин начали связывать с намерением умертвить кого-либо из жалости. Начинается процесс подмены смыслов и рассмотрение применения эвтаназии в гуманных целях. На помощь призываются понятия «милосердие» по отношению к бесперспективным пациентам и «справедливость» по отношению к их родным или даже обществу в целом, включая страховые компании и государственные учреждения (ибо они финансируют медицинское обслуживание смертельно больных, что вынуждает их сокращать средства на оказание медицинской помощи категориям «перспективных» пациентов).

Для целей легализации эвтаназии широко используется идеология прав человека, внедряющая такие новые права, как «право на смерть», «право на достойную смерть». За этими правами стоят требование психофизического комфорта и требование от врачей его обеспечить, не считаясь с правами медиков на соблюдение общечеловеческой моральной нормы «не убий».

В контексте медицинской практики, в отличие от общего социального, исторического и смыслового контекста, под эвтаназией понимается смерть, которая соответствует желанию умирающего пациента (либо его родственников и близких, если умирающий безвозвратно потерял сознание) и которая происходит при содействии — активном или пассивном — медика.

Активная и пассивная эвтаназия

Прилагательное «активная» по отношению к эвтаназии используется в тех случаях, когда хотят подчеркнуть сам характер действия в противоположность так называемой пассивной эвтаназии. **Пассивная эвтаназия** заключается в прекращении или ограничении лечения, необходимого для продолжения жизни пациента, ввиду того, что результатов от дальнейшего медицинского вмешательства не предвидится, а вред как следствие мучений, причиняемых этим вмешательством, может стать очевидным.

Различие между активной и пассивной эвтаназиями считается важнейшей проблемой медицинской этики. Основным квалификационным признаком при их различении является форма: проявляется ли она в действии врача или в его бездействии.

При обсуждении проблемы пассивной эвтаназии иногда выделяются понятия «ортоназии» и «дистаназии». Под **дистаназией** понимается поддержание врачом больного, признанного уже неизлечимым, хотя не страдающего чрезмерно, с помощью чрезвычайных, иногда очень дорогих, редких и с трудом добываемых средств. Прекращение этих мероприятий, а иногда лишь их ограничение обусловило бы моментальную смерть пациента. Врач, который в подобном состоянии пациента применяет вышеуказанные мероприятия, поддерживает в нем жизнь с помощью дистаназии. Прекращение же этих мероприятий называется **ортоназией**.

Практика ортоназии может быть оправдана в современной медицине в случаях, когда чрезвычайные (экстраординарные) методы терапии, пре-

жде всего, реанимационная помощь, сталкиваются с противопоказанием к реанимации.

Дистаназия, т.е. продление жизни безнадежно больного во что бы то ни стало, также находит аргументы в свою защиту в гуманистическом умонастроении современного врача. Прежде всего дистаназия находит опору как в традиционной врачебной этике, так и в глубочайшем нравственном чувстве людей: благоговении перед жизнью.

Категории эвтаназийных пациентов

Актуальность и острота медицинских аспектов проблемы эвтаназии заключается и в том, что существуют разные категории пациентов, по отношению к которым может рассматриваться возможность применения эвтаназии. Это, во-первых, пациенты, биологическая смерть которых неминуема и которые, умирая, испытывают тяжелые физические страдания. Во-вторых, это больные, физические страдания которых преходящие и могут быть ликвидированы с помощью соответствующих медицинских средств и вопрос о прерывании жизни которых вообще не должен рассматриваться. Третья категория – это больные, находящиеся в устойчивом вегетативном состоянии. Медицинская сторона различения категорий больных заключается в следующих проблемах: определения степени тяжести заболевания, т.е. насколько оно неизлечимо; достижения такой стадии в процессе лечения, когда все возможные медицинские средства оказываются исчерпанными; установления необратимости устойчивого вегетативного состояния.

Действительно, когда можно с уверенностью говорить, что больной неизлечим? Широко известно, насколько велика возможность врачебной ошибки. Исчерпанность медицинских средств в большой степени зависит от средств и возможностей, имеющихся в данный момент в распоряжении врачей и конкретного лечебного учреждения.

Устойчивые вегетативные состояния у многих вызывают сочувствие. Но эта жалость двусмысленна: нередко она больше направлена на себя, на тех, кто находится рядом с больным. Избавляя больного от жизни, близкие часто спасают самих себя от забот. Причинить смерть – означает убереечь прежде всего самого себя от тягот любви и служения. Сторонники применения эвтаназии к коматозным пациентам заявляют, что если жизнь не будет истинно человеческой (жизнью в общении), то лучше умереть по-человечески (т.е. достойно, при помощи эвтаназии). Таким способом оправдывается активная эвтаназия. Но что понимается под «человеческой жизнью»? Не только параметры состояния больного, но прежде всего человеческое отношение близких (врачей и родных) к его жизни.

Проблема критериев применения эвтаназии

Чисто медицинских критериев применения эвтаназии не существует. Именно поэтому медицинская позиция в вопросе об эвтаназии неоднозначна. В целом медицинское сообщество отвергает активную эвтаназию, т.е. преднамеренное создание смертельного исхода (даже если умирающий просит об этом), рассматривая этот акт как убийство человека. С другой

стороны, в некоторых случаях, необходимо признать, что не врач убивает пациента, а болезнь. В этих случаях в структуре принятия решения важное место занимает уровень намерений ответственных лиц. Согласно критерию о намерениях:

- эвтаназия имеет место тогда, когда есть намерение положить конец жизни данного пациента или ускорить его смерть. Эвтаназия как форма преднамеренного убийства осуществляется в случае, когда отнимает жизнь у безнадежно, смертельно больного человека для того, чтобы избавить его от лишних страданий либо при помощи прямого вмешательства (например, инъекции барбитуратов), либо «оставив его умирать», перестав кормить. А также в случае, когда лишается жизни новорожденный ребенок с тяжелыми физическими недостатками, когда его прямо убивают или обрекают на верную смерть, прекращая подачу питания или основного лечения;

- об эвтаназии не идет речь при определенных обстоятельствах, когда стараются облегчить страдания какого-либо лица, находящегося в последней стадии тяжелой болезни, назначая ему медикаменты, которые лишь непрямым образом могут ускорить физиологический процесс умирания. В этом случае основное намерение не «помочь умереть» пациенту, но уменьшить его боли при помощи препаратов, которые лишь в качестве побочного эффекта способны ускорить приближение конца. Смерть здесь — не результат преднамеренного действия, но возможное последствие обезболивающей терапии;

- эвтаназия присутствует в том случае, когда употребляется препарат, вызывающий смерть, а также, если больного лишают всего, что ему необходимо для жизни (еда), или всего, что для него благотворно (реанимация, которая позволила бы прийти в себя и самостоятельно поддерживать жизнь, или такое лечение, которое способно дать шанс на продолжение жизни в нормальных условиях);

- при определенных обстоятельствах эвтаназии нет в том случае, когда прекращается или упускается такое лечение, которое имело бы неблагоприятное влияние на больного (например, лечение, которое лишь продлило бы саму жизнь, не облегчив состояние пациента);

- эвтаназии нет в случае прекращения реанимации, когда состояние церебральной смерти является необратимым (всякое лечение не имеет уже никакого результата, не облегчает страданий);

- некорректно говорить об эвтаназии в случае не реанимации плохо сформированного новорожденного ребенка или в тяжелом патологическом случае, если он естественным образом ведет к смерти (когда лишь искусственно можно продолжать жизнь, без надежды на улучшение и возникновение способности к самостоятельному существованию);

- при определенных условиях эвтаназии нет, если «дают спокойно умереть» больному смертельной болезнью, которая естественным образом в краткий срок приведет к смертельному исходу.

Одним из основных критериев, по которому судят, была ли причинена эвтаназивная смерть или нет, является критерий намерения (цели) действия врача. Намерение прекратить жизнь безнадежных больных, детей с неправильным развитием, умственно больным, старикам, людям с неиз-

лечимыми болезнями вдвойне безнравственно, так как это не только намеренное убийство, но и намеренное убийство беспомощных людей.

С принятием в 1993 г. Основ законодательства РФ «Об охране здоровья граждан» впервые в нашей стране положение об эвтаназии получило законодательное решение. В ст. 45 под недвусмысленным названием «Запрещение эвтаназии» было записано, что медперсоналу запрещается удовлетворение просьбы больного об ускорении его смерти «какими-либо действиями или средствами, в том числе прекращением искусственных мер по поддержанию жизни». Такая позиция сохраняется и в действующем ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Статья 45 «Запрет эвтаназии» констатирует: «Медицинским работникам запрещается осуществление эвтаназии, т.е. ускорение по просьбе пациента его смерти какими-либо действиями (бездействием) или средствами, в том числе прекращение искусственных мероприятий по поддержанию жизни пациента».

Врачам надо помнить, что побуждение и осуществление любой формы эвтаназии в соответствии с законодательством РФ является преступлением. Отказ же от медицинского вмешательства во избежание неоднозначной трактовки должен быть обоснован и правильно документально оформлен.

По мере ухудшения состояния типичный умирающий последовательно переживает отторжение и изоляцию, гнев, попытки что-то выторговать (проявление «цепляния за жизнь»); депрессию (когда попытки улучшить свое состояние заканчиваются неудачей); признание неизбежности ухода из жизни (по Кюблер-Росс). Ему предстоит принять факт близкой кончины, осознать себя в состоянии умирания и, наконец, разрешив возникшие противоречия, интегрироваться в новой форме существования. Для умирающего важно создать условия для решения накопившихся проблем. Отсутствие условий и неспособность больного справиться с проблемами в одиночку, вызванная страхом и нерешительностью, порождает добровольное желание уйти из жизни, убежать от нее.

Проблема добровольности и компетентности пациента

Добровольная эвтаназия или эвтаназия по просьбе пациента рассматривается как разновидность информированного согласия компетентного пациента. Вообще согласие компетентного пациента на любое медицинское вмешательство считается современным критерием клинических взаимоотношений.

Компетентный пациент — это пациент, способный понять имеющуюся информацию о собственном состоянии здоровья, рассмотреть с помощью консультанта-медика риск, пользу и бремя применения различных видов лечения и принять информированное решение об отказе или, наоборот, о согласии на тот или иной вид лечения, реализуя свое абсолютное право.

Считается, что при наличии информированного согласия компетентного пациента эвтаназия приобретает добровольную форму, которая един-

ственно отделяет эвтаназию от уголовного преступления. Врач должен понимать, что эта «добровольность», просьбы и даже мольбы тяжело больных о смерти не всегда должны быть поняты как выражение подлинного желания эвтаназии. «Они, на самом деле, почти всегда являются исполненными тревоги просьбами о помощи и любви. Свыше медицинского лечения больной нуждается в любви, человеческом тепле, которым должны окружить его все те, кто ему близок, родители и дети, врачи и санитары»¹.

Обезболивание и соучастие

Страдание больного человека не может не вызывать сочувствие. Современная медицина располагает широким арсеналом средств утоления боли. Развитие анальгетической фармакологии, лучшее понимание эффектов анальгезии и оптимальных условий ее использования способствует тому, что сегодняшней врач более оснащен в этом плане. Часто стойкая к обезболиванию боль возникает вследствие изначально неправильного болеутоления и недостаточной дозировки. Это может привести к возобновлению боли еще до ее утоления. Сегодня нам известно, что регулярное употребление препаратов опия оральным путем и приспособление их к интенсивности и характеру боли может избавить от появления болевой депрессии, которая увеличивает чувствительность и страдания больного. Часто является возможным получить болеутоляющий эффект с сохранением ясного сознания больного, не вызывая у него наркотической зависимости (чего так опасались в прошлом и продолжают опасаться врачи).

Утолить боль фармакологическим методом возможно, но этого недостаточно. Драма раковых больных, как и большинства пациентов, находящихся в терминальном состоянии, носит в основном психологический характер: они чувствуют себя покинутыми не только врачом, а часто даже и родственниками. И как раз в такой момент приходит мысль об эвтаназии, просьба о которой по своей сути есть крик о помощи. Значит, очень важно по-человечески поддержать больного, создать вокруг него атмосферу доверия и внимания, в которой он может спокойно умереть.

Проблема здравоохранения в целом и каждого действующего медицинского работника заключается не столько в эвтаназии как таковой и даже не в ужасе тех болей, которые мучают умирающих, но в том, что мы бросаем наших больных, считая, что не можем им ничем помочь.

Именно об этом говорил митрополит Антоний Сурожский. С его точки зрения нет ничего страшнее, чем одиночество больного. Одиночество, которое уже при жизни ввергает его в небытие. Умиравший человек, находящийся, как нам кажется, в бессознательном состоянии, как подчеркивает владыка, нуждается в нашем присутствии. Он нуждается в том, чтобы с ним говорили, даже если он не слышит, чтобы рядом с ним молчали, но только не бросали его одного.

«Умейте молчать, — говорит митрополит Антоний, — пусть болтовня отступит, даст место глубокому, собранному, полному подлинной человеческой заботливости молчанию. Возьмите больного за руку и скажите ему

¹ Хартия работников здравоохранения. Ватикан — Москва. 1996. С. 123.

спокойно: я рад побыть с тобой. И замолчите, будьте с ним, не воздвигайте между вами целый мир незначительных слов или поверхностных эмоций»¹.

Задача врача, медицинской сестры, родственников страдающего человека заключается в том, чтобы разделить с умирающим его боль и конец жизни. Это непросто, но именно здесь проявляется собственно профессионализм врача и миссия здравоохранения, задача которого: «спасение и сохранение человеческой жизни», а не смертеобеспечение.

Религиозный аспект, имеющий существенное значение для верующих больных, характеризуется однозначным решением рассматриваемой проблемы всеми конфессиями: жизнь, как бы тяжела она ни была, дается человеку свыше, и человек не имеет права лишать себя жизни или поручать сделать это кому бы то ни было. Церковь выступает против эвтаназии, считая этот акт убийством со стороны врачей и самоубийством со стороны больных.

Проблема эвтаназии не только медицинская, но и нравственная, психологическая, социальная. В обществе есть много неизлечимо больных людей, инвалидов, испытывающих жестокие мучения, лишенных материальной и медицинской поддержки. Это печальная реальность, но она должна быть приводить не к массовому уничтожению страдающих, никому не нужных больных людей, но к укреплению социальной солидарности, нравственного совершенствования здоровых людей, социальной ответственности не только врачей, но и священнослужителей, представителей социальных служб.

Позиция христианских церквей (и православных, и католических, и протестантских) остается непоколебимой, несмотря на распространение в современном обществе сторонников эвтаназии. «Эвтаназия — это смертоносный акт, который не может оправдать никакая цель», — полагают врачи-католики².

Церковно-общественный Совет по биомедицинской этике Русской Православной Церкви принял в 1999 г. заявление «О современных тенденциях легализации эвтаназии в России»:

«Возникновение проблемы эвтаназии в нашем обществе непосредственно связано с “мировоззренческим плюрализмом”, признающим существование различных типов ценностных ориентаций, включая позицию, допускающую убийство и “право человека на смерть”». По мнению сторонников легализации эвтаназии, это «право» 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 счи-

¹ Митрополит Антоний Сурожский. О современной медицинской этике. СПб., 2009. С. 16.

² Хартия работников здравоохранения. С. 122.

тают недопустимым реализацию любых попыток легализации **эвтанази́и как действия по намеренному умерщвлению безнадежно больных людей**, рассматривая эвтаназию как особую форму убийства (по решению врачей или согласию родственников), либо самоубийства (по просьбе пациента), либо сочетание того и другого. Совет выступает против эвтанази́и в любой форме, поскольку ее применение неизбежно приведет:

а) к криминализации медицины и потере социального доверия к институту здравоохранения;

б) поруганию бесценного дара человеческой жизни;

в) умалению достоинства врача и извращению смысла его профессионального долга;

г) снижению темпов развития медицинского знания, в частности, разработок методов реанимации, обезболивающих препаратов, средств для лечения неизлечимых заболеваний и т.п.;

д) 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, лишаящим 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 эвтанази́ю 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»¹.

Контрольные вопросы и задания

1. Запрещена ли законодательно эвтанази́я в России? Если да, то в каких документах?

2. Назовите основные аргументы противников эвтанази́и.

3. Как называются помощь и учреждение, которую предлагают в большинстве стран неизлечимо больным в противовес практике эвтанази́и? Какие виды помощи оказываются пациентам в таких учреждениях?

4. В чем заключается положительный нравственный смысл болезни? На чем основывается возможность оптимистического, осмысленного отношения к смерти?

5. Перечислите цели медицины.

6. Что такое, с вашей точки зрения, «хорошая смерть»?

7. Что называли эвтанази́ей в разные периоды развития культуры?

8. Связано ли юридическое понятие «преступление против человечности» с легализацией эвтанази́и в фашистской Германии в 1939 г.?

9. Каковы отличия между эвтанази́ей и ассистированным самоубийством: этические или правовые?

10. Защищает ли законодательный запрет эвтанази́и достоинство личности врача?

11. Чем отличаются активная и пассивная эвтанази́и?

¹ Силуянова И. В. Вызовы и заветы. С. 139–140.

12. Применяется ли практика пассивной эвтаназии в России и в мире?
13. Что такое паллиативная медицина?
14. Является ли отказ от медицинского вмешательства, повлекший смерть пациента, эвтаназией?
15. Какие альтернативы эвтаназии были предложены в XX в.?
16. Что называют «движением по наклонной плоскости» в этике и как этот феномен связан с проблемой эвтаназии?

5.7. Идея справедливости в здравоохранении и медицине

Нравственная идея справедливости — одна из основных идей, регулирующих человеческие отношения. Известный современный исследователь проблемы справедливости Дж. Роулс полагает, что справедливость — первая добродетель социального института¹. Эта оценка традиционна для культуры. Еще Платон в «Законах», рассуждая о социальной жизни, именно в идее справедливости видел одно из оснований ее благоустройства².

Аристотель в «Большой этике» выделял два рода справедливого. Во-первых, «справедливое — это то, что велит делать закон». Во-вторых, «справедливое, по отношению к другому, есть, собственно говоря, равенство»³.

Идея справедливости во всех перечисленных смыслах имеет непреходящее значение для медицинской практики. С одной стороны, она непосредственно связана с системой государственно-правовых гарантий в области охраны здоровья граждан, с идеей права человека на жизнь, а с другой — является основанием нравственной культуры врача, милосердия и гуманного отношения к больному, независимо от его экономического положения и социального статуса.

Идея справедливости и формы организации здравоохранения

Вопрос, как должна быть организована охрана здоровья граждан в стране, относится не только к компетенции медицинского сообщества. Решение этого вопроса связано с рядом объективных факторов, определяющих в значительной степени и позицию самого медицинского сообщества. К ним относятся и форма государственного правления, и исторические особенности, и морально-мировоззренческие традиции общества или страны, и уровень ее экономического развития, и т.п.

В современной культуре сосуществуют такие формы организации медицинской помощи, как платная (частная) медицина, добровольное (частное, коммерческое) медицинское страхование, обязательное (всеобщее) медицинское страхование и национально-государственная система здравоохранения. В нашу задачу не входит детальный анализ принципов их работы, сравнение их эффективности и результативности. Это проблема специалистов — организаторов здравоохранения.

¹ История философии: Запад — Россия — Восток. Кн. 4: Философия XX века. М., 1999. С. 427.

² Платон. Законы. С. 92–93.

³ Аристотель. Большая этика. Соч. в 4 т. М., 1994. Т. 4. С. 324.

В поле нашего внимания нравственная идея справедливости, ее различные смыслы и их регулятивная связь с процессами в современном здравоохранении.

Важнейший критерий для оценки благополучия общества (или государства) — тот способ (образ действий), каким общество обеспечивает охрану здоровья своих граждан. Принцип справедливости в здравоохранении сегодня непосредственно связан с правом человека на охрану здоровья в рамках социального института здравоохранения и лежит в основе оценки уровня социальной защиты человека в данном обществе.

История XX в. свидетельствует, что тенденция вытеснения платной медицины системами обязательного медицинского страхования и национально-государственного здравоохранения оказалась весьма устойчивой, что нравственная идея справедливости, проникая в область здравоохранения, преобразует ее. Так, например, переход от страховой медицины к национальным системам здравоохранения происходит в Италии и Португалии, переход к обязательному (всеобщему, национальному) медицинскому страхованию от добровольного (частного, коммерческого) страхования происходит в Израиле, на Кипре, в Нидерландах, в США, Южной Корее. В 1985 г. в Испании было принято решение добиться 100% охвата населения медицинской помощью (против имеющихся 85%). Другие страны — Бельгия, Великобритания, Германия, Франция, страны Северной Европы — сохраняют действующие у них системы национально-государственного здравоохранения и обязательного медицинского страхования, внося определенные изменения. Для развивающихся стран более характерна ориентация на всеобщее обязательное медицинское страхование на основе государственного управления. Однако эти процессы не должны заслонять собой всю неоднозначность и сложность решения проблемы справедливости в здравоохранении.

Справедливость как неравенство и частная медицина

Исторически первой формой организации здравоохранения была система платной (частной) медицины, которой медицинская помощь является привилегией тех слоев общества, которые в состоянии оплатить медицинские услуги. Такая форма находится в соответствии с пониманием справедливости как воздаяния (лучшим — лучшее).

Уже мыслителям античности было очевидно, что всякая власть издает законы сообразно своей пользе и объявляет их справедливыми¹. Объективное основание такой справедливости усматривалось в согласии с природой. В платоновском «Горгий» софист Калликл говорит: «Сама природа... провозглашает, что это справедливо; когда лучший выше худшего, и сильный выше слабого. Что это так, видно во всем и повсюду и у животных, и у людей, — если взглянуть на города и народы в целом, — видно, что признак справедливости таков: сильный повелевает слабым, и стоит выше слабого»².

¹ См.: Платон. Государство. 338e—339a.

² Платон. Горгий. Соч. в 3 т. М., 1968. Т. 1. С. 308.

Такое понимание справедливости было близко и древним восточным культурам. Интересно, что слово «справедливость» отсутствовало в санскрите, в древних китайском и корейском. А в Новое время в восточных этических системах понятие справедливость лишено смысла социального равенства и понимается не как способ уравнивать шансы членов общества, а как «воздаяние должного». Современный индийский философ Дая Кришна считает ошибочным убеждение в том, что «равенство достигается сведением к минимуму неравенства людей». Более того, по его мнению, «сама попытка устранения неравенства обречена на провал не только потому, что многообразие является самой природой реальности, но и потому, что такая попытка сопряжена с насильственным уравниванием неравных, а это влечет за собой неравенство между теми, кто принуждает, и теми, кого принуждают»¹.

Оправдание справедливости как неравенства («лучшим — лучшее») достаточно распространено. Оно сохраняет свое влияние и в современной медицине и используется для обоснования моральной приемлемости платной (частной) медицины. Современной разновидностью такой интерпретации проблемы справедливости является либертарианское направление (Роберт Нозик), согласно которому «налогообложение, которое перераспределяет доходы в пользу социальных неудачников, является разновидностью воровства», а государственные программы всеобщего здравоохранения являются де-факто разновидностью социальной несправедливости, так как предполагают насильственное перераспределение честно заработанной собственности, от которого выигрывает главным образом государственная бюрократия. Это ориентированное на рынок понимание справедливости отрицает какое-либо специальное право на здравоохранение и полагает, что государство, берущее на себя функцию перераспределения доходов в пользу тех, кто не может оплатить медицинские услуги, нарушает базовое цивилизационное право собственности и личной свободы. Такое понимание справедливости весьма укоренено в США. Духовно-практическим основанием его популярности служит этика прагматизма и утилитаризма, которая уже более 100 лет формирует менталитет американской культуры. «Живой авторитет» современного прагматизма Р. Рорти утверждает: «Мы должны избавиться от понятия универсальных моральных обязательств»².

Согласно принципам утилитаризма, говоря о справедливости, не следует исходить из первичности теоретического определения справедливости. Все решает действие, практика и ее результат, либо умножающий пользу, либо нет. Нельзя судить о справедливости или несправедливости равенства или неравенства как таковых. Можно констатировать рост благополучия и на основании этого определять справедливость. Судить, хороша или плоха система здравоохранения, мы можем только оценив ее эффективность, которая проявляется в параметрах заболеваемости, смертности, продолжительности жизни, а не в теоретической противоречивости понимания справедливости как неравенства. Согласно же статистике, в конце

¹ Справедливость и демократия в контексте диалога культур // Вопросы философии. 1996. № 3. С. 146–147.

² Цит. по: Справедливость и демократия в контексте диалога культур. С. 144.

1970-х гг. население большинства экономически развитых стран было удовлетворено уровнем оказания медицинской помощи.

Долгие годы теория справедливости Дж. Роулса была весьма популярной в США. Согласно Роулсу, справедливость, т.е. согласование притязаний и конкурирующих интересов членов общества, может быть достигнута при последовательном соблюдении трех принципов: принципа *равной свободы каждой личности*, принципа *равных возможностей* и принципа *различия (дифференциации)*.

Принципы равной свободы и равенства возможностей допускают справедливость неравенства в доступности и качестве медицинских услуг, что является естественным следствием честной конкуренции равносвободных и обладающих равными возможностями граждан. Принцип различия лежит в основе обоснования равенства в праве получения доли ресурсов общества. В нашем случае — в праве каждого человека на минимум медицинской помощи.

Необходимость сбалансировать различные интересы и притязания граждан требует, чтобы эгоизм властвующей элиты, создающей законы, был выверен. Средствами этого становятся беспристрастность и честность «позиции первоначального состояния». Выйти на уровень этой позиции, с точки зрения Роулса, способна помочь специальная процедура: проведение интеллектуального эксперимента последовательного освобождения себя от занимаемой должности, материального положения и т.п. до «естественного состояния равенства». Эта своеобразная социальная редукция приводит к признанию принципа *максимизации минимума благ*, которые должны получать все граждане. К этим благам относится и здравоохранение, так как оно обеспечивает условия равных возможностей и, следовательно, гарантирует реализацию идеи справедливости.

Концепция Роулса отличается от утилитаризма тем, что определяющими становятся не практические основания, а рациональные принципы, имеющие ценность сами по себе. Их ценность заключается в том, что они могут быть поняты, оправданы и приняты любым рационально мыслящим и действующим индивидом. Метод социальной редукции, к которому прибегает Роулс, обнаруживает, что эта концепция, исходящая в итоге из личных интересов индивида, находится в рамках традиции индивидуалистического морального сознания.

В последние годы в США проблема справедливости в здравоохранении особо остра и оценивается американскими специалистами как основная для американской биоэтики. При ответе на вопрос, чем определяется такая острота, нельзя не вспомнить известный диалектический принцип: «Равенство существует лишь в рамках противоположности к неравенству, справедливость — лишь в рамках противоположности к несправедливости»¹.

Можно предположить, что роль проблемы справедливости в американской биоэтике определялась возрастающим осознанием различия между существующей в США системой и идеологией здравоохранения и основными тенденциями развития здравоохранения в мире. Эти тенденции соот-

¹ Маркс К., Энгельс Ф. Соч. в 50 т. М., 1955–1956. Т. 20. С. 636–638.

ветствуют все более укрепляющемуся в мировом сообществе пониманию того, что нельзя считать справедливой систему здравоохранения, если она не обеспечивает доступной медицинской помощи всем, кто в ней нуждается.

Действительно, известно, что система частного (коммерческого) страхования делала недоступной медицинскую помощь для 37 млн американцев, которые не могли купить страховой полис по причине его высокой стоимости. Еще у 20 млн чел. было ограниченное страхование (только на госпитализацию). Число незастрахованных в 1980-х гг. возросло на 20% по сравнению с 1970-ми гг. Среди незастрахованных было много молодежи. В 1987 г. около половины незастрахованных были лица моложе 25 лет, более 28% — лица моложе 18 лет. Согласно данным из заключительного доклада двухпартийной комиссии Конгресса США о состоянии страховой медицины, опубликованного в сентябре 1990 г., большинство незастрахованных прямо или частично заняты в производстве (три четверти незастрахованных составляют работающие и члены их семей).

Незастрахованные рабочие трудились в самых разных фирмах, но особенно в малых фирмах. В 1987 г. почти третья часть работающих на малых предприятиях (численностью менее 25 чел.) не были застрахованы. Поскольку же на малых фирмах работали 33,4 млн чел., то проблемы страхования этой группы трудящихся составляли предмет озабоченности общества¹.

Программа государственного страхования «Медикэр» (*Medicare*), пытаясь обеспечить медицинской помощью пожилых людей, покрывала лишь 40% их затрат, резко ограничивая возможность и своевременность получения медицинской помощи. Обеспечение страхования здоровья бедных в масштабе всей страны составляло содержание программы «Медикейд» (*Medicaid*), осуществляемой на средства как государства, так и штатов. Но она могла обеспечить лишь определенную часть бедных слоев населения Америки. В 1987 г. программа оказывала помощь лишь 44% тех, чьи доходы ниже черты бедности. Даже среди очень бедных (семейный бюджет которых ниже 25% от «уровня бедности») каждый четвертый не получал медицинской помощи ни от «Медикейд», ни от какой-либо другой программы. В 2010 г. Конгресс США одобрил реформу здравоохранения, поскольку медицинская помощь, практически полностью являясь частной и дорогостоящей, многими малоимущими гражданами не могла оплачиваться, а государство не могло им помочь в полной мере. США были одной из немногих развитых стран без всеобщей системы медицинского страхования. Главным содержанием реформы, осуществление которой началось в 2013 г., является введение обязательства для всех граждан США приобретать медицинскую страховку, если они не застрахованы, это касается даже малоимущих, которым при этом выделяются субсидии. Работодатели и их страховщики больше не могут отказывать работникам в предоставлении медицинской страховки или повышать страховые взносы за нее в случае, если до момента начала трудового договора у работника уже было подтверждено тяжелое хроническое заболевание (например, СПИД,

¹ Страхование здоровья за рубежом: проблемы, опыт // Перспективы. М., 1992. С. 26–27.

рак и т.д.). При этом граждане могут приобретать страховку без содействия работодателей в специально созданных для этого центрах. По планам реформы медицинское страхование должно охватить 95% населения страны. Программа рассчитана на 10 лет, и тогда в полной мере можно будет оценить подлинную эффективность проводимой реформы, ее положительные и отрицательные стороны.

Проводимая в США реформа здравоохранения свидетельствует о значении в современной культуре не только прагматического, но и иного понимания справедливости.

*Справедливость как равенство в праве на милосердие
и общественные системы здравоохранения*

Формирование представления о справедливости как требования не только к индивиду (в том числе и как субъекту власти), но и к общественным отношениям и обществу в целом связано со становлением христианской культуры.

Первичным основанием этой требовательности становится не интерес индивида и не закон как результат соглашения индивидов. Согласно мученику Иустину Философу (II в. н.э.), «Бог установил то, что всегда и везде является справедливым»¹. Он создал человека свободным и дал ему разум, чтобы избирать истину и поступать справедливо. Такому пониманию справедливости соответствует и само слово, в котором этимологически можно выделить древний корень «прав», близкий по смыслу к понятию «закон». Именно эта смысловая линия порождает слова «праведный», «праведник», связывая «справедливое» с «правильным» не только в области нравственного, но и рационально-теоретического сознания вообще. Так понятие «закон» в христианской традиции оказывается связанным с нравственным содержанием.

Святой Григорий Нисский писал: «Бог есть любовь и источник любви: Божественный Творец запечатлел эту черту и на нашем лице»². Понятия «закон», «правда» в христианском понимании превращают справедливость в то, что сообразно человеколюбию.

Одна из форм справедливости как милосердия осуществляется в организации помощи больным. Первый в истории лазарет основывает христианский епископ Нонн в 457 г. в городе Эдессе. Характерно, что само понятие «лазарет» христианского происхождения. Оно непосредственно связано с евангельской притчей об исцелении Лазаря. В дальнейшем как на христианском Востоке, так и на христианском Западе формируются монастыри, специально предназначенные для ухода за больными и нуждающимися. «Наряду с многочисленными орденами прежнего направления в XI—XIII вв. возникают ордена госпитальеров («странноприимные»), рыцарские ордена и женские монастыри, посвящающие себя всецело уходу за ранеными и больными, т.е. делам милосердия»³. Это орден госпиталье-

¹ Цит. по: О вере и нравственности по учению Православной Церкви. М., 1991. С. 326.

² Цит. по: О Боге, человеке и мире : из откровений святых отцов, старцев, учителей, наставников и духовных писателей Православной Церкви. М. : Путь, 1995. С. 10.

³ Христианство. Энциклопедический словарь в 3 т. М., 1995. Т. 2. С. 157.

ров св. Антония, основанный в 1095 г. в Дофине рыцарем Гастоном, посвятившим себя заботам о больных; орден иерусалимских госпитальеров св. Иоанна, или иоаннитов, с деятельностью которых современные словари иностранных слов связывают происхождение слова «госпиталь»; понятие «сестры милосердия» связано с названием ордена «Сестры милосердия», основанного в 1633 г. во Франции Винцентом де Полем.

Традиционно и в России монастыри были не только духовными, но и телесными лечебницами. Как свидетельствует Н. А. Богоявленский, «построенная еще при Сергии (Преподобном Сергии Радонежском – *И. С.*) в XIV в. больница (в 71 км к северу от Москвы) впоследствии приобрела значение образца монастырского больничного уклада для всех монастырских больниц»¹. Эти организации как деятельное и бескорыстное проявление справедливости и милосердия становятся «первообразом» той модели здравоохранения (рис. 5.9), которая в дальнейшем получила название общественного здравоохранения (в таких его формах, как обязательное медицинское страхование, государственное или национальное здравоохранение).



Рис. 5.9. Сестры милосердия Российского общества Красного креста. 1916 г.

Христианские лечебницы как образцы общественного здравоохранения в XI–XVII вв. представляли собой попытки воплотить нравственный идеал социальной справедливости как равенства в праве на милосердие, разительно отличаясь от существующей социальной действительности. «Но именно здесь, в этом противопоставлении идеала действительности, долженствования существующему и заключается способность морального сознания проникать сквозь завесу внешних явлений в сущностные определения человека как субъекта истории. Сколь бы ни был далек путь

¹ Богоявленский Н. Ф. Древнерусское врачевание в XI–XVII вв. Источники для изучения истории русской медицины. М., 1960. С. 31.

от формирования нравственного требования до формирования условий его практического осуществления, от постановки человеческой проблемы до ее реального решения, само это противостояние долженствования и действительности указывает путь прогрессивного движения истории, такого ее движения, которое является самоутверждением человека»¹.

«Путь прогрессивного движения истории» в значительной степени был определен христианской моделью общественного здравоохранения и вел от частной медицины к таким формам общественного здравоохранения, как обязательное медицинское страхование и государственное здравоохранение. При этом нельзя не отметить, что во многих странах присоединение государственных структур к финансированию здравоохранения происходило в результате длительной и упорной демократической борьбы. Отечественные исследователи истории медицинского страхования приходят к выводу, что принятие первых страховых законов по здравоохранению в Европе в конце XIX в. было в первую очередь связано с возникновением и развитием рабочего и социалистического движения. Социальное страхование, и в том числе медицинское, практически всегда возникало и развивалось в связи с появлением профсоюзов и социалистических партий. Подтверждает этот вывод и хронология возникновения рабочих партий, профсоюзов и социального страхования, включая медицинское (табл. 5.1).

Таблица 5.1

Хронология возникновения партий, профсоюзов и страхования

Страна	Социалистическая партия, г.	Профсоюзы, г.	Социальное страхование, г.	Медицинское страхование, г.
Германия	1875	1868	1883	1883
Австрия	1889	1893	1888	1887
Дания	1878	1898	1891	—
Норвегия	1887	1877	1894	1902
Франция	1905	1895	1898	—
Бельгия	1889	1910	1900	—
Голландия	1894	1905	1901	—
Великобритания	1900	1868	1908	—
Швейцария	1888	1880	1911	1892
Швеция	1889	1898	1013	—
Италия	1891	1906	1914	—

«В начале 30-х гг. XX в. обязательное медицинское страхование имело место в большинстве развитых стран Европы»², — заключают авторы, приводящие данную таблицу в своем исследовании.

Идея справедливости может выступать, такова уж ее особенность, не только как практический регулятор уже существующих и далеких от совершенства человеческих отношений, но и как предельная цель обще-

¹ Дробницкий О. Г. Проблемы нравственности. М., 1977. С. 94.

² Медицинское страхование / Ю. П. Лисицын [и др.]. М., 1994. С. 19–20.

ственных устремлений. Например, в марксизме такое понимание справедливости было связано с «распределением предметов потребления» не *по работе, а по потребностям*. Уникальной попыткой приблизить и реализовать идеал справедливости как распределения благ, в данном случае медицинской помощи, по потребностям, а не по труду, явилась система государственного (народного) здравоохранения в СССР. В 1919 г. было ликвидировано сосуществование двух параллельных систем здравоохранения — рабочей страховой медицины, подчиненной Народному комиссариату труда, и «советской медицины», созданной на основе земской и городской медицины и подчиненной Народному комиссариату здравоохранения. В 1984 г. специалисты характеризовали ее следующим образом: «Народное здравоохранение выполняет свои социальные функции охраны и укрепления здоровья трудящихся, независимо от их социального происхождения, положения в обществе, национальности, места жительства и других факторов. Речь в данном случае идет о социальном равенстве и однородности в охране и укреплении здоровья всех граждан, обладающих равными правами и достоинствами»¹. Известно, что в СССР охрана здоровья граждан осуществлялась через общественные фонды, т.е. независимо от трудового вклада каждого. «В силу этого можно сказать, что в советском здравоохранении достигнуто социальное равенство возможностей всех членов общества, равенство, которое ориентировано на принцип коммунистического распределения по потребностям»².

Обеспечение бесплатной медицинской помощью всех граждан было не очень справедливым, если говорить об объеме медицинских услуг и их качестве. Ведомственные медсанчасти отличались от районных, городских и сельских больниц. Среди элитных ведомственных клиник тоже была своя иерархия, которая строилась в соответствии с партийной и государственной иерархией бюрократии: чем выше положение в иерархии, тем выше качество медицинского обслуживания, тем полнее объем медицинской помощи. Благие намерения идеологии превратить и воплотить коммунистический идеал («должное») в норму («сущее») лишь обостряли противоречие между ними. Временные трудности социализма имели тенденцию превратиться во «временные навсегда». Неслучайно, что элитарное здравоохранение в конце 1980-х гг. было для демократических сил одним из свидетельств несправедливости советской государственной системы.

28 июня 1991 г. был принят Закон РФ «О медицинском страховании граждан в РСФСР», 2 апреля 1993 г. вступил в силу Закон РФ «О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР», в соответствии с которым началась реализация медицинского страхования в России. В ст. 1 первого раздела дано определение медицинского страхования: «Обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, представляемой

¹ Медицинское страхование. С. 134–135.

² Там же. С. 135.

за счет обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования»¹. Помимо обязательного медицинского страхования в России начала работать система дополнительного медицинского страхования, которая обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских услуг сверх установленных программами обязательного медицинского страхования.

К основным причинам перехода от государственной (бюджетной) к бюджетно-страховой системе здравоохранения специалисты относят: «коренные изменения системы общественного хозяйства, утрату государством множества своих функций и возможностей, уменьшение внутреннего валового продукта, дефицит государственного бюджета, отказ от жесткого регулирования цен на товары и услуги»². При этом некоторые из них полагают, что медицинское страхование увеличивает «вероятность того, что поляризация общества в этой сфере будет выше, чем при модели бюджетного здравоохранения»³. Переход от деклараций к поискам конкретных дополнительных источников финансирования здравоохранения неизбежно будет сопровождаться неравенством в уровне медицинской помощи для разных категорий населения.

Преодоление неравенства — сложный и длительный процесс. В настоящее время нет страны, которая была бы окончательно удовлетворена состоянием своей системы здравоохранения, финансированием научных исследований и труда, распределением ресурсов между отраслями здравоохранения, обеспечением доступности медицинской помощи. Практически в каждой стране осуществляется коррекция системы здравоохранения, ведутся преобразования и реформы. Не вызывает сомнений одна из основных задач этих преобразований — справедливость, т.е. равенство для всех граждан в доступности медицинской помощи высокого качества.

Врачевание как деятельное проявление справедливости

Суждение Гипократа, что врач должен быть справедливым, — один из принципов медицинской этики. История меняет обстоятельства, позволяя выявить среди них устойчивые и повторяющиеся. Одно из них — верность своему профессиональному долгу перед пациентом независимо от его экономического положения, пола, расы, социального положения, характера заболевания, религиозных и политических убеждений, независимо от личной симпатии или антипатии врача.

Постоянные призывы к врачу быть справедливым и гуманным по отношению к больному показывают реальность неравенства между здоровым и больным человеком. Основание неравенства, как уже отмечалось выше, выразил Ф. Ницше: «Больной — паразит общества... Прозябание в трусливой зависимости от врачей и искусственных мер... должно бы вызывать глубокое презрение общества. Врачам же следовало бы быть посредниками

¹ Правовые основы здравоохранения России. С. 159.

² Медицинское страхование. С. 6.

³ Шейман И. В. Бюджетно-страховая система здравоохранения. М., 1993. С. 19.

в этом презрении... высший интерес жизни... требуют беспощадного подавления и устранения вырождающейся жизни...»¹

В этом суждении известный карамазовский вопрос «как можно любить своих ближних?» обостряется вопросом «как можно любить больных?» Ответ приобретает особое значение в связи с распространенной и принятой многими медиками этической позицией: «Быть настоящим врачом — значит уметь любить больного»².

«Уметь любить больного» и, прежде всего, быть к нему справедливым, во-первых, может быть *дано* человеку от природы. Во-вторых, может быть *задано* человеку *долгом*, т.е. сформировано воспитанием, обучением, образованием, опытом профессиональной работы.

Рассмотрим эти две позиции.

Вл. Соловьев непосредственно связывает один из смыслов справедливости с ее естественно-психологическим основанием. «...Справедливость (от лат. *aeguitas* — равенство) соответствует основному принципу альтруизма, требующему признать равно за всеми другими право на жизнь и благополучие, какое признается каждым за самим собою. И в этом смысле справедливость не есть какая-нибудь особенная добродетель, а только логическое объективное выражение того самого нравственного начала, которое субъективно, или психологически, выражается в основном чувстве жалости (сострадания, симпатии)». При этом Вл. Соловьев различает «степени альтруизма (или нравственного отношения к подобным нам существам)». Первая — «никого не обижать», вторая же — «всем помогать» и означает справедливость как милосердие³.

Принципиальное значение для понимания справедливости как естественного свойства человеческой природы имеет евангельская притча о самарянине (Лк. 10:25–37). В притче рассказывается о том, что израненному человеку не пришли на помощь ни проходивший мимо священник, ни левит. Самарянин же сжалился, перевязал ему раны, позаботился о нем.

В святоотеческой литературе существует ряд толкований притчи о самарянине (рис. 5.10). Как правило, под израненным человеком, пострадавшим от разбойников, подразумевается *человек вообще*, под священником и левитом — Ветхий Закон, который не в состоянии помочь человеку, а под самарянином — сам Христос Спаситель. Именно в силу этой способности к справедливости и милосердию не чужда человеку, она естественна для образа и подобия Бога.

По мнению профессора общественного здравоохранения и медицины В. Мак-Дермота (Корнелльский университет, США), врач — человек, готовый помочь другому в несчастье, всегда немного самарянин⁴. Трактовка американского профессора указывает на высоту духовного предназначения

¹ Ницше Ф. Сумерки идолов, или как философствуют молотом. Соч. в 2 т. М., 1990. Т. 1. С. 611.

² Леви В. Кассирский о врачевании // Вопросы философии. 1971. № 1. С. 153.

³ Соловьев Вл. Оправдание добра. Нравственная философия. Соч. в 2 т. М., 1988. Т. 1. С. 188.

⁴ Мак-Дермот В. Медицина — общественное и личное благо // Всемирный форум здравоохранения. Т. 1. Женева, 1982. С. 130.

врача. Образ самарянина напоминает об особом отношении к страдающим больным людям, отношении, которым непременно должен обладать врач-профессионал. Каково же оно? Во-первых, врач должен быть независим от своих же политических, национальных и других пристрастий. *Самарянин помог иудею, хотя мог бы сказать, что незачем помогать тому, кто меня презирает. Но в страждущем он увидел не чужого и чуждого человека или противника, но прежде всего человека.* Во-вторых, врач должен быть готов к оказанию медицинской помощи в самых разных обстоятельствах. *Самарянин пожалел человека. Но не только в сердце своем пожалел и посочувствовал ему, но и не остановился на одном этом сочувствии. Он немедленно приступил к делу, к оказанию реальной, практической помощи, «перевязал ему раны» (Лк. 10:34).* В-третьих, в своем отношении к больному врач должен быть способен к самоотверженности, к отказу от удобств и покоя ради помощи больному. *Самарянин лишил себя того, в чем нуждался сам, ибо в этом больше нуждался ближний, — «всадив его на свой скот», и сам пошел пешком.* В-четвертых, врач должен бороться за жизнь человека до конца. *Самарянин не ограничился одномоментной помощью, но позаботился о человеке до его полного выздоровления.*



Рис. 5.10. Икона «Милосердный Самарянин»

В профессиональной врачебной этике субъективная способность человека к помощи другому человеку превращается в объективное моральное основание врачевания, т.е. в принцип справедливости. Врач не только может быть склонен к этому принципу, но он должен уметь предпочесть его всем другим соображениям и суждениям.

Медицина располагает конкретным знанием, которое может послужить средством достижения различных целей. Иллюстрируя данную ситуацию, Кант приводил следующий пример: «Предписания для врача, чтобы осно-

вательно вылечить пациента, и для отравителя, чтобы его наверняка убить, равноценны»¹. Этот придуманный Кантом пример в 1981 г. был реализован судом штата Оклахома (США), которым было принято решение о введении нового метода исполнения смертного приговора путем внутривенной инъекции смертельной дозы лекарства. Всемирная Медицинская Ассамблея была вынуждена принять и распространить пресс-релиз, в котором четко определяются функции врача в обществе: «Ни один врач не должен быть привлечен к участию в казни... Медицинская практика не подразумевает осуществление функций палача... врачи призваны сохранять жизнь»².

Согласно второй позиции, «умение любить больного» складывается не только из компоненты «самаритянства». Значительную роль в этом умении играет и «компонент кантианства», который состоит в способности врача, опираясь на разум и волю (собственно «практический разум»), поступать согласно нравственным принципам и целям, т.е. соответственно профессиональному долгу.

Цели и принципы врачебного морального сознания сформированы в ходе исторической практики врачевания и явились результатом выявления фундаментальных потребностей человеческого общества. Они противостоят в форме специальной профессиональной морали многообразию частных, ситуативных интересов, практических целей, сиюминутных задач, планов, стремлений. Компонент «кантианства», присущий профессиональной медицинской морали, состоит в том, что «модус долженствования» (в нашем случае — верность принципу справедливости) преобладает над ситуативно-практическими интересами.

Как же работают эти подходы в реальной медицинской практике? Можно ли, например, опираясь на них, ответить на часто встающий перед трансплантологами вопрос: справедливо ли пересаживать почку старику, если ее можно пересадить умирающему молодому мужчине? Конечно, право на здоровье и жизнь — одно из гражданских прав, которыми обладает любой человек, независимо от возраста, материального положения и т.п. Но вновь и вновь встает вопрос о социально-практической целесообразности этого права в контексте конкретной медицинской практики. Должны ли возрастные параметры стать моральной нормой, ограничивающей права человека в распределении органов для пересадки?

Вопрос о социально-практической целесообразности ограничительных мероприятий становится с каждым годом актуальнее в связи с устойчивой демографической тенденцией старения населения. Так, например, согласно данным социомедицинского исследования «Престарелые в одиннадцати странах», проведенного ВОЗ между 1950 и 1970 гг., количество европейцев, достигших 60 лет, увеличилось более чем на 30%. В ВОЗ ожидают, что между 1980 и 2000 гг. количество людей в этой возрастной группе увеличится в Европе на 35%, что же касается людей очень старых (т.е. 80-летних и старше), то относительный процент роста в этой группе

¹ Кант И. Основы метафизики нравственности. Соч. в 6 т. М., 1965. Т. 4(1). С. 253.

² Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы. Сборник официальных документов. М., 1995. С. 18.

еще более динамичен. «Все это ставит население Европы, — делают вывод специалисты, — перед различными социальными проблемами не только в области охраны здоровья, но и в сфере экономической и в ряде других областей общественной жизни»¹. Неудивительно, что в современной социологии все чаще используется термин «социальные паразиты», фиксирующий те слои населения, которые не входят в пирамиду профессий: стариков, школьников, домохозяек. Такая оценка распространилась, например, в итальянской социологии².

Под влиянием подобных исследований для многих практически целесообразной и оправданной будет выглядеть своеобразная медицинская коррекция (хотя бы на уровне распределения дефицитных ресурсов здравоохранения) названных демографических процессов. Возможно ли рассматривать данную социально-прагматическую целесообразность как основание нового морального правила в распределении дефицитных ресурсов здравоохранения? Во-первых, вряд ли это правило будет новым. В истории человечества уже существовали народы, которые на основании той или иной целесообразности убивали своих стариков. Во-вторых, как свидетельствует роман Ф. М. Достоевского «Преступление и наказание», «практический интерес» героя к «злой, больной старушонке» тысячами нитей связан с современной культурой, обнаруживая это в «цене» и трагических последствиях «практического интереса».

Помимо стариков к категории наименее социально значимых пациентов относятся заключенные, бедняки, лица с необратимой физической и психической патологией (так называемые «неперспективные больные»). В «Резолюции по вопросам поведения врачей при осуществлении трансплантации человеческих органов» констатируется, что «существует серьезная озабоченность все возрастающим количеством сообщений об участии врачей в операциях по трансплантации органов или тканей, изъятых из тел:

- заключенных, приговоренных к смертной казни, не имеющих возможности отказаться от этого или без их предварительного согласия;
- лиц, страдающих физическими или психическими недостатками, чья смерть рассматривается как облегчение их страданий и как основание для забора их органов;
- бедных людей, которые согласились расстаться со своими органами по коммерческим соображениям;
- детей, украденных с этой целью»³.

Можно ли считать морально оправданным использование этих категорий людей в качестве потенциальных доноров для пересадки или в качестве испытуемых различных лекарственных средств и терапевтических методик? Практические интересы подобного использования чрезвычайно значимы для врача-исследователя, а шансы получения ожидаемых человечеством результатов велики при наличии такого «экспериментального материала».

¹ Этика, гуманизм и охрана здоровья. Реферативный сборник. М., 1985. С. 31.

² Там же. С. 132.

³ Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы. С. 81.

Врач должен понимать, что для него опасность стать исполнителем этих интересов тоже велика, как, впрочем, велика и постоянно сопровождающая врача опасность заразиться инфекционной болезнью. Традиционным средством профилактической защиты от этой «болезни» является ориентация на принцип справедливости. История культуры располагает рядом конкретных формулировок принципа справедливости, который непосредственно связан с «золотым правилом нравственности», уходящим корнями глубоко в историю — к V—IV вв. до н.э.¹ Среди них новозаветная заповедь, которая призывает «не делать другим того, чего себе не хотите» (Деян. 15:28—29). В Новое время классической формулировкой принципа справедливости становится кантовский категорический императив: «Поступай только согласно такой максиме, руководствуясь которой ты в то же время можешь пожелать, чтобы она стала всеобщим законом»². Именно Кант ставит добродетель справедливости выше всех других добродетелей всюду, где возникает ситуация неравных отношений между людьми.

Действительно, принцип справедливости имеет особое значение в регулировании деятельности людей, облеченных властью над другими людьми. Во многих странах врачи были непосредственно причастны к деятельности «машины обработки» заключенных, не только присутствуя при допросах, но и разрабатывая методику пыток с целью наиболее эффективного воздействия на узников. Например, в военных школах Уругвая врачи преподавали методы реанимации заключенных после пыток. Известна и такая форма соучастия врача в пытках, как обследование заключенного с целью определения возможности продолжать его мучения. Современным медицинским средством подавления сопротивления человека и способом получения информации стало применение психотропных средств — так называемой «сыворотки правды».

Рост злоупотреблений становится социальным фактором для утверждения моральных оснований врачевания. Врач, который вовлекается в описанные отношения между людьми, выступает независимым третейским судьей. В этом качестве он наделяется обществом в лице общественных международных и национальных организаций (например Всемирной Медицинской Ассоциации) особыми правами и полномочиями: правом регистрации фактов пыток и правом превращения этих фактов в достояние административно ответственных лиц, общественности, международного сообщества. В 1975 г. ВМА принимает декларацию, содержащую «рекомендации по позициям врачей относительно пыток, наказаний и других мучений, а также негуманного или унижительного лечения в связи с арестом или содержанием в местах заключения»³.

Особенностью «Этического кодекса российского врача», принятого Ассоциацией врачей России (1994 г.), является то, что справедливое отношение к пациенту превращается в одну из основных моральных обязанностей врача. В ст. 5 «Врач обязан быть свободным» говорится: «Участвуя в экс-

¹ См.: Гусейнов А. А. Социальная природа нравственности. М., 1994. С. 71.

² Кант И. Основы метафизики нравственности. С. 260.

³ Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы. С. 16.

пертизах, консилиумах, комиссиях, консультациях и т.п., врач обязан ясно и открыто заявлять о своей позиции, отстаивать свою точку зрения, а в случаях давления на него — прибегать к юридической и общественной защите»¹.

В этом документе идея справедливости приобретает легальную форму. И это свидетельствует о том, что «если справедливость предписывает благотворение или требует быть милосердным (у варваров по отношению к некоторым, а с прогрессом нравственности — по отношению ко всем), то ясно, что такая справедливость не есть особая добродетель, отдельная от милосердия, а лишь прямое выражение общего нравственного принципа альтруизма, имеющего различные степени и формы своего применения, но всегда заключающего в себе идею справедливости»².

Контрольные вопросы и задания

1. Зависят ли вопросы организации и финансирования учреждений здравоохранения от этики и если да, то как?
2. С каким типом этических учений связана современная мировая тенденция организации медицинской помощи?
3. Должно ли управление здравоохранением и его организация иметь морально-этические основания?
4. Как Аристотель определял справедливость?
5. В чем принципиальное отличие национально-государственной системы здравоохранения от страховых моделей организации здравоохранения?
6. Назовите страны с национально-государственными системами организации и финансирования здравоохранения.
7. Перечислите страны с исключительно страховой системой организации и финансирования здравоохранения.
8. Какая система организации и финансирования здравоохранения существует в настоящее время в России?
9. В какой форме и где была представлена первая в европейской истории модель организации общественного здравоохранения?
10. Являются ли платные медицинские услуги и частная система здравоохранения моральными? При каких условиях?
11. В рамках каких этических теорий этичны платные медицинские услуги?
12. Чем обусловлено мнение о неэтичности платных медицинских услуг?
13. Какова сущность понимания справедливости как «воздаяния должного»?
14. В чем преимущества и недостатки системы частного (коммерческого) медицинского страхования?
15. В чем преимущества и недостатки системы национально-государственной организации здравоохранения?
16. Применимы ли принципы теории справедливости Дж. Роулса (принцип равной свободы каждой личности, принцип равных возможностей, принцип различия) в управлении и организации здравоохранения?
17. Каков христианский смысл понятия «справедливость»?
18. Объясните этимологию слов «лазарет», «сестры милосердия», «госпиталь».
19. Раскройте содержание притчи о милосердном самарянине. Прав ли профессор В. Мак-Дермот (США), говоря, что образ милосердного самарянина связан с профессией врача?
20. Почему вопрос о доступности медицинской помощи является основным критерием наличия или отсутствия социальной справедливости в государстве?

¹ Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы. С. 6.

² Соловьев Вл. Оправдание добра. С. 189.

Темы рефератов

1. Принцип полезности в утилитаризме и трансплантологии.
2. Коммерциализация трансплантологии и принцип справедливости.
3. Проблема соотношения социального и биологического в смерти человека.
4. Преступление против человечности: этико-правовые критерии насильственных и ненасильственных действий.
5. Проблемы медицинской этики в произведениях В. В. Вересаева.
6. Клонирование человека и кризис европейского гуманизма.
7. «Зеленая революция»: сегодня и завтра.
8. Искусственное размножение и естественная мораль.
9. Права детей в условиях неестественных семейных отношений.
10. Этика науки и наука этика.
11. Начало человеческой жизни как проблема современной науки.
12. Проблема статуса эмбриона человека.
13. Медицина и особенности демографических процессов в России.
14. Риски метаморфоз гуманизма в пренатальной диагностике.
15. Эвтаназия в России: единство моральной оценки и правовой нормы.
16. Нравственная культура личности как форма медицинской профилактики.
17. Милосердие и справедливость: нравственно-медицинские аспекты проблемы.
18. Гуманитарная и естественнонаучная парадигмы в медицине.

Рекомендуемая литература

1. *Абросимова, М. Ю.* Биомедицинская этика : хрестоматия / М. Ю. Абросимова [и др.]. — М. : МЕДпресс-информ, 2013.
2. *Августин, А.* Исповедь. — М. : Ренессанс, 1991.
3. *Бердяев, Н. А.* Опыт философского оправдания христианства / Н. А. Бердяев // Несмелов, В. И. Наука о человеке. — Казань, 1994.
4. *Бердяев, Н. А.* О назначении человека. Опыт парадоксальной этики. (Происхождение добра и зла) / Н. А. Бердяев. — М. : АСТ, 2003.
5. Биомедицинская этика : сб. ст. / под ред. акад. В. Покровского и акад. Ю. Лопухина. — вып. 1. М., 1997 ; вып. 2, 1998 ; вып. 3, 2002.
6. Биомедицинская этика : сб. нормативно-правовых документов в области прав человека в контексте биомедицинских исследований / под ред. И. В. Силуяновой и В. Н. Диомидовой. — М. : Чебоксары, 2014.
7. Биоэтика: принципы, правила, проблемы / под общ. ред. Б. Г. Юдина, П. Д. Тищенко. — М., 1998.
8. *Брэк, И.* Священный дар жизни / И. Брэк. — М. : Паломник, 2004.
9. Введение в биоэтику / под общ. ред. Б. Г. Юдина, П. Д. Тищенко. — М., 1998.
10. Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы. Сб. официальных документов. — М., 1995.
11. *Гиппократ.* Избранные книги / Гиппократ. — М., 1936.
12. *Гоглова, О. О.* Биомедицинская этика : учеб. пособие / О. О. Гоглова, Ю. О. Гоглова, С. В. Ерофеев. — СПб. : Питер, 2013.
13. *Гусейнов, А. А.* Этика / А. А. Гусейнов, Р. Г. Апресян. — М., 2000. — С. 9–40, 253–265.
14. *Епископ Варнава (Беляев).* Основы искусства святости. Т. 2 / Епископ Варнава (Беляев). — Н. Новгород, 1996.
15. *Иванюшкин, А. Я.* Профессиональная этика в медицине / А. Я. Иванюшкин. — М., 1990.
16. Избранные места из творений св. Иоанна Златоустаго. — М., 1897.
17. *Иоанн Павел II.* Любовь и ответственность / Иоанн Павел II. — М., 1993.
18. *Кант, И.* Критика практического разума // *Кант, И.* Соч. в 6 т. — Т. 4. — Ч. 1. — М., 1965.
19. *Кант, И.* Основы метафизики нравственности // *Кант, И.* Соч. в 6 т. — Т. 4. — Ч. 1. — М., 1965.
20. *Коновалова, Л. В.* Прикладная этика. Вып. 1. Биоэтика и экоэтика / Л. В. Коновалова. — М., 1998.
21. *Кэмпбелл, А.* Медицинская этика / А. Кэмпбелл, Г. Джиллет, Г. Джонс. — М. : ГЭОТАР-медиа, 2004.

22. *Лосев, А. Ф.* Этика как наука. / А. Ф. Лосев // Человек. — 1995. — № 2.
23. Медицина и права человека. Нормы и правила международного права, этики, католической, протестантской, иудейской, мусульманской, буддийской морали. — М. : Прогресс, 1992.
24. *Ницше, Ф.* Сумерки кумиров / *Ницше, Ф.* Соч. в 2 т. — Т. 2. — М., 1990.
25. *Новгородцев, П. И.* Право и нравственность / П. И. Новгородцев // Правоведение. — 1995. — № 6.
26. *Петров, В.* Практическая биоэтика. Этические комитеты в России / В. Петров, Н. Седова. — М. : Триумф, 2002.
27. *Сгречча, Э.* Биоэтика : учебник / Э. Сгречча, В. Тамбоне. — М., 2002.
28. *Седова, Н. Н.* Правовые основы биоэтики / Н. Н. Седова. — М. : Триумф, 2004.
29. *Сергеев, В. В.* Биоэтика : учеб. пособие / В. В. Сергеев [и др.]. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013.
30. *Сергеев, Ю. Д.* Медицинское право : учеб. комплекс в 3 т. / Ю. Д. Сергеев. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008.
31. *Силуянова, И. В.* Биоэтика в России: ценности и законы / И. В. Силуянова. — М., 2001.
32. *Силуянова, И. В.* Руководство по этико-правовым основам медицинской деятельности / И. В. Силуянова. — М. : МЕДпресс-информ, 2008.
33. *Силуянова, И. В.* Избранные. О призвании врача / И. В. Силуянова. — М., 2008.
34. *Соловьев, Э. Ю.* Личность и право // Вопросы философии. — № 8. — 1989. — С. 74.
35. *Сурия, Пракаш Синха.* Юриспруденция. Философия права / Пракаш Синха Сурия. — М., 1996.
36. *Хайдеггер, М.* Письмо о гуманизме // Время и бытие. — М., 1993. — С. 21.
37. *Хрусталева, Ю. М.* Биоэтика : учебник / Ю. М. Хрусталева. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.
38. *Шрейдер, Ю. А.* Этика. Введение в предмет / Ю. А. Шрейдер. — М., 1998.
39. *Engelhardt, H. T.* The foundations of Christian bioethics / H. T. Engelhardt. — Taylor & Francis Group, 2000.
40. *Low, R.* Antropologische Grundlagen einer christlichen Bioethik / R. Low // Bioethik. Philosophisch-Teologische Beitrage zu einem brisanten. — Koln : Thema, 1990. — P. 24.

**Европейская Конвенция о защите прав человека
и достоинства человеческого существа
в связи с применением достижений биологии и медицины:
Конвенция о правах человека и биомедицине
(Совет Европы, Овьедо, 1997 г.)**

Преамбула

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 основные 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.

Статья 9. Ранее высказанные пожелания

В случаях, когда в момент медицинского вмешательства пациент не в состоянии выразить свою волю, учитываются пожелания по этому поводу, выраженные им ранее.

Глава III. Частная жизнь и право на информацию

Статья 10. Частная жизнь и право на информацию

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

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

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

Глава IV. Геном человека

Статья 11. Запрет на дискриминацию

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

Статья 12. Прогностическое генетическое тестирование

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

Статья 13. Вмешательство в геном человека

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

Статья 14. Запрет на выбор пола

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

Глава V. Научные исследования

Статья 15. Общее правило

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

Статья 16. Защита лиц, выступающих в качестве испытуемых

Исследования на людях проводятся только при соблюдении следующих условий:

- i. не существует альтернативных методов исследования, сопоставимых по своей эффективности;
- ii. риск, которому может быть подвергнут испытуемый, не превышает потенциальной выгоды от проведения данного исследования;
- iii. проект предлагаемого исследования был утвержден компетентным органом после проведения независимой экспертизы научной обоснованности проведения данного исследования, включая важность его цели, и многостороннего рассмотрения его приемлемости с этической точки зрения;
- iv. лицо, выступающее в качестве испытуемого, проинформировано об имеющихся у него правах и гарантиях, предусмотренных законом;
- v. получено явно выраженное, конкретное письменное согласие, предусмотренное в статье 5. Такое согласие может быть беспрепятственно отозвано в любой момент.

Статья 17. Защита лиц, не способных дать согласие на участие в исследовании

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

- i. выполнены условия, изложенные в пунктах i—iv статьи 16;
- ii. ожидаемые результаты исследования предполагают реальный непосредственный благоприятный эффект для здоровья испытуемых;
- iii. исследования с сопоставимой эффективностью не могут проводиться на людях, которые способны дать согласие;
- iv. получено конкретное письменное разрешение, предусмотренное в статье 6, и
- v. 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 i, iii, iv и v пункта 1 выше, а также следующих дополнительных условий:

- i. целью исследования является содействие путем углубления и совершенствования научных знаний о состоянии здоровья человека, его болезни

и расстройстве, получению в конечном счете результатов, могущих иметь благоприятные последствия как для состояния здоровья данного испытуемого, так и других лиц, страдающих той же болезнью или расстройством или находящихся в аналогичном состоянии.

ii. 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:

i. отсутствует совместимый донор, способный дать соответствующее согласие;

ii. реципиент является братом или сестрой донора;

iii. трансплантация призвана сохранить жизнь реципиента;

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

v. потенциальный донор не возражает против операции.

Глава VII. Запрет на извлечение финансовой выгоды и возможное использование отдельных частей тела человека

Статья 21. Запрет на извлечение финансовой выгоды

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

Статья 22. Возможное использование изъятых частей тела человека

Любая часть тела человека, изъятая в ходе медицинского вмешательства, может храниться и использоваться в целях, отличных от тех, ради которых

она была изъята, только при условии соблюдения надлежащих процедур информирования и получения согласия.

Глава VIII. Нарушение положений конвенции

Статья 23. Нарушение прав или принципов

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

Статья 24. Возмещение неоправданного ущерба

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

Статья 25. Санкции

Стороны предусматривают надлежащие санкции в случае нарушения положений настоящей Конвенции.

Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека (ЮНЕСКО, 2005 г.)

Генеральная конференция,

сознавая, что человек обладает уникальной способностью анализировать свое бытие и окружающую его действительность, ощущать несправедливость, избегать опасности, брать на себя ответственность, стремиться к сотрудничеству и давать нравственную оценку происходящему, на основе которой формируются этические принципы,

отмечая, что стремительный научно-технический прогресс оказывает все большее влияние на наше понимание жизни и саму жизнь и настоятельно требует принятия глобальных мер в связи с этическими последствиями таких изменений,

признавая, что этические проблемы, порождаемые стремительным научным прогрессом и соответствующими технологическими разработками, следует рассматривать, обеспечивая должное уважение достоинства человеческой личности и всеобщее уважение и соблюдение прав человека и основных свобод,

будучи твердо убеждена в необходимости и своевременности провозглашения международным сообществом всеобщих принципов, призванных заложить основу для принятия человечеством мер в связи с нарастающими проблемами и противоречиями, с которыми сталкиваются человечество и окружающая среда в результате научно-технического прогресса,

ссылаясь на Всеобщую декларацию прав человека от 10 декабря 1948 г., Всеобщую декларацию о геноме человека и правах человека, принятую Генеральной конференцией ЮНЕСКО 11 ноября 1997 г., и Международную декларацию о генетических данных человека, принятую Генеральной конференцией ЮНЕСКО 16 октября 2003 г.,

принимая во внимание Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах и Международный пакт о гражданских и политических правах, которые были приняты Организацией Объединенных Наций 16 декабря 1966 г., Международную конвенцию Организации Объединенных Наций о ликвидации всех форм расовой дискриминации от 21 декабря 1965 г., Конвенцию Организации Объединенных Наций о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин от 18 декабря 1979 г., Конвенцию Организации Объединенных Наций о правах ребенка от 20 ноября 1989 г., Конвенцию Организации Объединенных Наций о биологическом разнообразии от 5 июня 1992 г., Стандартные правила Организации Объединенных Наций в отношении обеспечения равенства возможностей для инвалидов, принятые Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций в 1993 г., Рекомендацию ЮНЕСКО о статусе научно-исследовательских работников

от 20 ноября 1974 г., Декларацию ЮНЕСКО о расе и расовых предрассудках от 27 ноября 1978 г., Декларацию ЮНЕСКО об ответственности нынешних поколений перед будущими поколениями от 12 ноября 1997 г., Всеобщую декларацию ЮНЕСКО о культурном разнообразии от 2 ноября 2001 г., Конвенцию МОТ № 169 о коренных и племенных народах в независимых странах от 27 июня 1989 г., Международный договор о генетических ресурсах растений для производства продуктов питания и ведения сельского хозяйства, принятый Конференцией ФАО 3 ноября 2001 г. и вступивший в силу 29 июня 2004 г., Соглашение о связанных с торговлей аспектах прав интеллектуальной собственности (ТРИПС), содержащееся в приложении к Марракешскому соглашению о создании Всемирной торговой организации, которое вступило в силу 1 января 1995 г., Декларацию о Соглашении о ТРИПС и общественном здравоохранении, принятую в Дохе 14 ноября 2001 г., и другие соответствующие международные документы, принятые Организацией Объединенных Наций и специализированными учреждениями системы Организации Объединенных Наций, в частности Продовольственной и сельскохозяйственной организацией Объединенных Наций (ФАО) и Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ),

принимая также во внимание международные и региональные документы в области биоэтики, включая Конвенцию о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенцию о правах человека и биомедицине, принятую Советом Европы в 1997 г. и вступившую в силу в 1999 г., и дополнительные протоколы к ней, а также национальные законодательные нормы и правила в области биоэтики, международные и региональные кодексы поведения и руководящие принципы и другие документы в области биоэтики, такие, как Хельсинкская декларация Всемирной медицинской ассоциации об этических принципах проведения медицинских исследований, объектом которых является человек, принятая в 1964 г., с поправками, внесенными в 1975 г., 1989 г., 1996 г. и 2000 г., и Международные руководящие принципы этики для биомедицинских исследований на человеке, принятые Советом международных научно-медицинских организаций в 1982 г., с поправками, внесенными в 1993 г. и 2002 г.,

признавая, что настоящую Декларацию следует рассматривать с учетом внутреннего законодательства и международного права в соответствии с нормами в области прав человека,

ссылаясь на Устав ЮНЕСКО, принятый 16 ноября 1945 г.,

учитывая роль ЮНЕСКО в определении всеобщих принципов на основе общих этических ценностей, призванных служить ориентиром для научно-технического прогресса и социальных преобразований, в целях выявления новых проблем в сфере науки и техники, принимая во внимание ответственность нынешних поколений перед будущими поколениями и то, что вопросы биоэтики, неизбежно имеющие международный аспект, следует рассматривать в их совокупности, руководствуясь теми принципами, которые уже провозглашены во Всеобщей декларации о геноме человека и правах человека и Международной декларации о генетических данных человека, и принимая во внимание не только нынешние условия научной деятельности, но и тенденции дальнейшего развития, сознавая, что люди являются неотъемлемой

частью биосферы и играют важную роль в защите друг друга и других форм жизни, в частности животных,

признавая, что научно-технический прогресс, основанный на свободе науки и научных исследований, приносит и может приносить человечеству значительные блага, в частности увеличивая продолжительность и улучшая качество жизни, и подчеркивая, что такой прогресс всегда должен быть направлен на повышение благосостояния отдельных лиц, семей, групп или общин и человечества в целом и опираться на признание достоинства человеческой личности и всеобщее уважение и соблюдение прав человека и основных свобод,

признавая, что здоровье зависит не только от прогресса науки и технологических исследований, но и от психосоциальных и культурных факторов,

признавая также, что решения, касающиеся этических вопросов в области медицины, наук о жизни и связанных с ними технологий, могут оказывать воздействие на отдельных лиц, семьи, группы или общины и человечество в целом,

учитывая, что культурное разнообразие, являющееся источником обменов, инноваций и творчества, необходимо человечеству и в этом смысле представляет собой общее наследие человечества, но при этом подчеркивая, что оно не может использоваться в качестве предлога для ущемления прав и основных свобод человека,

учитывая также, что индивидуальность человека имеет биологические, физиологические, социальные, культурные и духовные аспекты,

признавая, что неэтичное поведение в области науки и технологии оказывает особое воздействие на коренные и местные общины,

будучи убеждена в том, что моральная ответственность и анализ этических проблем должны быть неотъемлемой частью научно-технического прогресса и что биоэтика должна играть главенствующую роль в выборе необходимых решений по вопросам, возникающим в связи с таким прогрессом,

учитывая желательность выработки новых подходов к вопросам социальной ответственности для гарантирования того, чтобы научно-технический прогресс способствовал обеспечению справедливости, равноправия и интересов человечества,

признавая, что для оценки социальной реальности и достижения справедливости важно уделять внимание положению женщин,

подчеркивая необходимость укрепления международного сотрудничества в области биоэтики с учетом, в частности, особых потребностей развивающихся стран, коренных общин и уязвимых слоев населения,

считая, что ко всем без исключения людям следует применять одни и те же этические нормы в медицине и исследованиях в области наук о жизни,

провозглашает нижеследующие принципы и принимает настоящую Декларацию.

Статья 1. Общие положения. Сфера применения

1. Декларация затрагивает этические вопросы, касающиеся медицины, наук о жизни и связанных с ними технологий применительно к человеку, с учетом их социальных, правовых и экологических аспектов.

2. Декларация обращена к государствам. Когда это необходимо и целесообразно, она также устанавливает ориентиры для решений или практических действий отдельных лиц, групп, общин, учреждений и корпораций как государственных, так и частных.

Статья 2. Цели

Настоящая Декларация преследует следующие цели:

a) обеспечение универсального комплекса принципов и процедур, которыми могут руководствоваться государства при выработке своих законодательных норм, политики или других инструментов в области биоэтики;

b) установление ориентиров для действий отдельных лиц, групп, общин, учреждений и корпораций как государственных, так и частных;

c) поощрение уважения человеческого достоинства и защиты прав человека путем обеспечения уважения человеческой жизни и основных свобод в соответствии с международными нормами в области прав человека;

d) признание важного значения свободы научных исследований и благ, приносимых научно-техническим прогрессом, с указанием при этом на необходимость того, чтобы такие исследования и прогресс не выходили за рамки этических принципов, изложенных в настоящей Декларации, при уважении человеческого достоинства, прав человека и основных свобод;

e) содействие многодисциплинарному и плюралистическому диалогу по биоэтическим проблемам между всеми заинтересованными сторонами и в рамках общества в целом;

f) поощрение обеспечения справедливого доступа к медицинским, научным и техническим достижениям, максимально широкому распространению знаний о таких достижениях и быстрому обмену этими знаниями, а также совместного использования благ с уделением особого внимания потребностям развивающихся стран;

g) обеспечение защиты и реализации интересов нынешних и будущих поколений;

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

Принципы

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

Статья 3. Человеческое достоинство и права человека

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

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

Статья 4. Благо и вред

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

Статья 5. Самостоятельность и индивидуальная ответственность

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

Статья 6. Согласие

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

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

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

Статья 7. Лица, не обладающие правоспособностью давать согласие

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

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

б) исследования следует проводить только в целях получения прямой выгоды для здоровья заинтересованного лица при наличии соответствующего разрешения и соблюдении предусмотренных законом условий защиты и при отсутствии альтернативы проведения исследований сопоставимой эффективности с участием лиц, обладающих правоспособностью давать согласие. Исследования, потенциально не приносящие прямой выгоды для здоровья, следует проводить только в порядке исключения, при макси-

мальных ограничениях, подвергая соответствующее лицо только минимальному риску и создавая для него минимальное бремя, и только в том случае, если такие исследования, как ожидается, принесут пользу здоровью других лиц той же категории, при соблюдении условий, предусмотренных законодательством, и в соответствии с нормами защиты прав человека отдельного лица. Следует уважать отказ таких лиц от участия в исследованиях.

Статья 8. Признание уязвимости человека и уважение неприкосновенности личности

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

Статья 9. Неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность

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

Статья 10. Равенство, справедливость и равноправие

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

Статья 11. Недопущение дискриминации и стигматизации

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

Статья 12. Уважение культурного разнообразия и плюрализма

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

Статья 13. Солидарность и сотрудничество

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

Статья 14. Социальная ответственность и здоровье

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

2. Ввиду того, что обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав всякого человека без различия по при-

знаку расы, религии, политических убеждений, экономического или социального положения, прогресс в области науки и техники должен способствовать:

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

б) доступу к надлежащему снабжению продуктами питания и водой;

с) улучшению условий жизни и состояния окружающей среды;

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

е) сокращению масштабов нищеты и неграмотности.

Статья 15. Совместное использование благ

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

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

б) доступ к качественным медицинским услугам;

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

д) поддержка служб здравоохранения;

е) доступ к научно-техническим знаниям;

ф) укрепление потенциала в области проведения исследований;

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

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

Статья 16. Защита будущих поколений

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

Статья 17. Защита окружающей среды, биосферы и биоразнообразия

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

Применение принципов

Статья 18. Принятие решений и рассмотрение биоэтических проблем

1. Следует поощрять профессионализм, честность, добросовестность и транспарентность в принятии решений, в частности объявление обо всех случаях конфликта интересов и соответствующий обмен знаниями. Следует предпринимать все усилия для использования самых прогрессивных научных знаний и методологий при рассмотрении и периодическом обзоре биоэтических проблем.

2. Следует побуждать соответствующих лиц и профессиональных работников, а также общество в целом к диалогу на регулярной основе.

3. Следует расширять возможности для проведения информированных общественных обсуждений на плюралистической основе при обеспечении выражения всех соответствующих мнений.

Статья 19. Комитеты по этике

Следует создавать независимые, междисциплинарные и плюралистические комитеты по этике, оказывать им содействие и поддерживать их деятельность на надлежащем уровне в целях:

а) оценки соответствующих этических, правовых, научных и социальных проблем, касающихся исследовательских проектов, объектом которых является человек;

б) консультирования по этическим проблемам в клинической медицине;

с) оценки научно-технического прогресса, выработки рекомендаций и содействия подготовке руководящих принципов по вопросам, относящимся к сфере применения настоящей Декларации;

д) содействия обсуждению, просвещению и информированию общественности по вопросам биоэтики и ее привлечению к их решению.

Статья 20. Оценка и регулирование рисков

Следует содействовать соответствующей оценке и надлежащему регулированию рисков, касающихся медицины, наук о жизни и связанных с ними технологий.

Статья 21. Транснациональные виды практики

1. Государствам, государственным и частным учреждениям и специалистам, связанным с транснациональной деятельностью, следует прилагать усилия к тому, чтобы любая деятельность в рамках сферы применения настоящей Декларации, которая осуществляется, финансируется или тем или иным образом обеспечивается полностью или частично в различных государствах, соответствовала принципам, изложенным в настоящей Декларации.

2. Когда исследования или та или иная связанная с ними работа осуществляются в одном или нескольких государствах (государство (государства) проведения исследований) и финансируются из источника, находящегося в другом государстве, такие исследования должны подвергаться этическому обзору на соответствующем уровне в государстве (государствах) проведения исследований и в том государстве, в котором находится источник финансирования. Такой обзор должен основываться на этических и правовых нормах, которые соответствуют принципам, изложенным в настоящей Декларации.

3. Транснациональные исследования, касающиеся здоровья, должны учитывать потребности тех стран, в которых они проводятся, и следует признавать важность того, чтобы исследования способствовали снижению остроты насущных глобальных проблем в области здравоохранения.

4. При проведении переговоров по соглашению об исследованиях следует оговаривать условия сотрудничества и заключать соглашения о полезных результатах таких исследований при равном участии сторон в таких переговорах.

5. Государствам следует принимать как на национальном, так и на международном уровнях, надлежащие меры для борьбы с биотерроризмом и незаконным оборотом органов, тканей, образцов, генетических ресурсов и генетических материалов.

Статья 22. Содействие реализации Декларации. Роль государств

1. Государствам следует принимать все надлежащие меры законодательного, административного или иного характера для реализации принципов, изложенных в настоящей Декларации, в соответствии с международными нормами в области прав человека. Такие меры следует дополнять соответствующей деятельностью в сфере образования, профессиональной подготовки и общественной информации.

2. Государствам следует поощрять создание независимых, многодисциплинарных и плюралистических комитетов по этике, о которых говорится в статье 19.

Статья 23. Образование, профессиональная подготовка и информация в области биоэтики

1. В целях содействия реализации принципов, изложенных в настоящей Декларации, и обеспечения более глубокого понимания этических последствий научно-технического прогресса, в частности для молодежи, государствам следует прилагать усилия по содействию образованию и профессиональной подготовке в области биоэтики, а также поощрению осуществления программ распространения информации и знаний о биоэтике.

2. Государствам следует поощрять участие в этих усилиях международных и региональных межправительственных организаций, а также международных, региональных и национальных неправительственных организаций.

Статья 24. Международное сотрудничество

1. Государствам следует расширять распространение научной информации на международном уровне и поощрять беспрепятственный обмен научно-техническими знаниями и их совместное использование.

2. В рамках международного сотрудничества государствам следует расширять взаимодействие в сфере культуры и науки и заключать двусторонние и многосторонние соглашения, дающие развивающимся странам возможность укреплять собственный потенциал для участия в производстве и совместном использовании научных знаний, соответствующего «ноу-хау» и связанных с ними благ.

3. Государствам следует поддерживать и развивать отношения солидарности между государствами, а также отдельными лицами, семьями, группами и общинами с уделением особого внимания интересам тех, кто оказался в уязвимом положении вследствие болезни или инвалидности, или в результате воздействия личностных, общественных или экологических факторов, а также наименее обеспеченных лиц.

Статья 25. Последующая деятельность ЮНЕСКО

1. ЮНЕСКО поощряет реализацию принципов, изложенных в настоящей Декларации, и распространяет информацию о них. При этом ЮНЕСКО следует опираться на помощь и поддержку Межправительственного комитета по биоэтике (МПКБ) и Международного комитета по биоэтике (МКБ).

2. ЮНЕСКО подтверждает свою приверженность решению биоэтических проблем и поощрению взаимодействия между МПКБ и МКБ.

Заключительные положения

Статья 26. Взаимосвязанность и взаимодополняемость принципов

Настоящую Декларацию следует воспринимать как единое целое, а принципы — как взаимодополняющие и взаимосвязанные. Каждый принцип должен рассматриваться в контексте других принципов, насколько это необходимо и уместно в соответствующих обстоятельствах.

Статья 27. Ограничение действия принципов

В случае необходимости ограничения применения принципов настоящей Декларации это следует делать на основании законов, в том числе законов, принятых в интересах обеспечения общественной безопасности, расследования и выявления уголовных правонарушений и преследования за них, охраны общественного здоровья или защиты прав и свобод других лиц. Любые такие законы должны соответствовать международным нормам в области прав человека.

Статья 28. Недопущение действий, ущемляющих права человека, основные свободы и человеческое достоинство

Ничто в настоящей Декларации не может быть истолковано как дающее тому или иному государству, группе или отдельному лицу какие-либо основания заниматься любой деятельностью или совершать любые действия, ущемляющие права человека, основные свободы и человеческое достоинство.

Основы социальной концепции Русской Православной Церкви (извлечения)

XI. Здоровье личности и народа

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

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

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

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

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

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

Церковь благословляет православным братствам и сестричествам милосердия нести послушание в клиниках и других учреждениях здравоохра-

нения, а также способствует созданию больничных храмов, церковных и монастырских больниц, дабы медицинская помощь на всех этапах лечения и реабилитации сочеталась с пастырским попечением. Церковь призывает мирян оказывать посильную помощь болящим, которая покрывает человеческие страдания милующей любовью и заботой.

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

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

Не отдавая предпочтения какой-либо модели организации медицинской помощи, Церковь считает, что эта помощь должна быть максимально эффективной и доступной всем членам общества, независимо от их материального достатка и социального положения, в том числе при распределении ограниченных медицинских ресурсов. Дабы такое распределение было подлинно справедливым, критерий «жизненных потребностей» должен превалировать над критерием «рыночных отношений». Врач не должен связывать степень своей ответственности за оказание медицинской помощи исключительно с материальным вознаграждением и его величиной, превращая свою профессию в источник обогащения. В то же время достойная оплата труда медицинских работников представляется важной задачей общества и государства.

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

Церковь напоминает, что телесное здоровье не самодостаточно, поскольку является лишь одной из сторон целокупного человеческого бытия. Однако нельзя не признать, что для поддержания здоровья личности и народа весьма важны профилактические мероприятия, создание реальных условий для занятия физической культурой и спортом. В спорте естественна соревновательность. Однако не могут быть одобрены крайние степени его коммерциализации, возникновение связанного с ним культа гордыни, разрушительные для здоровья допинговые манипуляции, а тем более такие состязания, во время которых происходит намеренное нанесение тяжких увечий.

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

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

XI.5. Церковь рассматривает психические заболевания как одно из проявлений общей греховной поврежденности человеческой природы. Выделяя в личностной структуре духовный, душевный и телесный уровни ее организации, святые отцы различали болезни, развившиеся «от естества», и недуги, вызванные бесовским воздействием либо ставшие следствиями поработивших человека страстей. В соответствии с этим различием представляется одинаково неоправданным как сведение всех психических заболеваний к проявлениям одержимости, что влечет за собой необоснованное совершение чина изгнания злых духов, так и попытка лечения любых духовных расстройств исключительно клиническими методами. В области психотерапии оказывается наиболее плодотворным сочетание пастырской и врачебной помощи душевнобольным при надлежащем разграничении сфер компетенции врача и священника.

Психическое заболевание не умаляет достоинства человека. Церковь свидетельствует, что и душевнобольной является носителем образа Божия, оста-

ваясь нашим собратом, нуждающимся в сострадании и помощи. Нравственно недопустимы психотерапевтические подходы, основанные на подавлении личности больного и унижении его достоинства. Оккультные методики воздействия на психику, иногда маскирующиеся под научную психотерапию, категорически неприемлемы для Православия. В особых случаях лечение душевнобольных по необходимости требует применения как изоляции, так и иных форм принуждения. Однако при выборе форм медицинского вмешательства следует исходить из принципа наименьшего ограничения свободы пациента.

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

«Пьянство — вражда на Бога... Пьянство — это добровольно накликаемый бес... Пьянство отгоняет Святого Духа», — писал святитель Василий Великий. «Пьянство — корень всех зол... Пьяница — живой мертвец... Пьянство и само по себе может служить вместо всякого наказания, наполняя души смятением, исполняя ум мраком, делая пьяного пленником, подвергая бесчисленным болезням, внутренним и внешним... Пьянство... — это многообразный и многоглавый зверь... Здесь вырастает у него блуд, там — гнев; здесь — тупость ума и сердца, а там — постыдная любовь... Никто так не исполняет злой воли дьявола, как пьяница», — наставлял святой Иоанн Златоуст. «Пьяный человек способен на всякое зло, идет на всякие соблазны... Пьянство делает своего приверженца неспособным ни к какому делу», — свидетельствует святитель Тихон Задонский.

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

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

мании, Церковь уделяет особое внимание профилактике и реабилитации, наиболее эффективных при сознательном вовлечении страждущих в евхаристическую и общинную жизнь.

XII. Проблемы биоэтики

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

XII.2. С древнейших времен Церковь рассматривает намеренное прерывание беременности (аборт) как тяжкий грех. Канонические правила приравнивают аборт к убийству. В основе такой оценки лежит убежденность в том, что зарождение человеческого существа является даром Божиим, поэтому с момента зачатия всякое посягательство на жизнь будущей человеческой личности преступно.

Псалмопевец описывает развитие плода в материнской утробе как творческий акт Бога: «Ты устроил внутренности мои и соткал меня во чреве матери моей... Не сокрыты были от Тебя кости мои, когда я созидаем был в тайне, образуем был во глубине утробы. Зародыш мой видели очи Твои» (Пс. 138: 13, 15—16). О том же свидетельствует Иов в словах, обращенных к Богу: «Твои руки трудились надо мною и образовали всего меня кругом... Не Ты ли вылил меня, как молоко, и, как творог, сгустил меня, кожей и плотью одел меня, костями и жилами скрепил меня, жизнь и милость даровал мне, и попечение Твое хранило дух мой... Ты вывел меня из чрева» (Иов 10:8—12, 18). «Я образовал тебя во чреве... и прежде нежели ты вышел из утробы, Я освятит тебя» (Иер. 1:5—6), — сказал Господь пророку Иеремии. «Не убивай ребенка, причиняя выкидыш», — это повеление помещено среди важнейших заповедей Божиих в «Учении двенадцати апостолов», одном из древнейших памятников христианской письменности. «Женщина, учинившая выкидыш, есть убийца и даст ответ перед Богом. Ибо... зародыш во утробе есть живое существо, о коем печется Господь», — писал в II в. апологет Афинагор. «Тот, кто будет человеком, уже человек», — утверждал Тертуллиан на рубеже II и III вв. «Умышленно погубившая зачатый во утробе плод подлежит осуждению смертоубийства... Дающие врачество для извержения зачатого в утробе суть убийцы,

равно и приемлющие детоубийственные отравы», — сказано во 2-м и 8-м правилах святителя Василия Великого, включенных в Книгу правил Православной Церкви и подтвержденных 91 правилом VI Вселенского Собора. При этом святой Василий уточняет, что тяжесть вины не зависит от срока беременности: «У нас нет различения плода образовавшегося и еще необразованного». Святитель Иоанн Златоуст называл делающих аборт «худшими, нежели убийцы».

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

Ответственность за грех убийства нерожденного ребенка, наряду с матерью, несет и отец, в случае его согласия на производство аборта. Если аборт совершен женой без согласия мужа, это может быть основанием для расторжения брака (см. X.3). Грех ложится и на душу врача, производящего аборт. Церковь призывает государство признать право медицинских работников на отказ от совершения аборта по соображениям совести. Нельзя признать нормальным положение, когда юридическая ответственность врача за смерть матери несопоставимо более высока, чем ответственность за погубление плода, что провоцирует медиков, а через них и пациентов на совершение аборта. Врач должен проявлять максимальную ответственность за постановку диагноза, могущего подтолкнуть женщину к прерыванию беременности; при этом верующий медик должен тщательно сопоставлять медицинские показания и веления христианской совести.

XII.3. Религиозно-нравственной оценки требует также проблема контрацепции. Некоторые из противозачаточных средств фактически обладают abortивным действием, искусственно прерывая на самых ранних стадиях жизнь эмбриона, а посему к их употреблению применимы суждения, относя-

щиеся к аборту. Другие же средства, которые не связаны с пресечением уже зачатой жизни, к аборту ни в какой степени приравнять нельзя. Определяя отношение к неабортивным средствам контрацепции, христианским супругам следует помнить, что продолжение человеческого рода является одной из основных целей богоустановленного брачного союза (см. X.4). Намеренный отказ от рождения детей из эгоистических побуждений обесценивает брак и является несомненным грехом.

Вместе с тем супруги несут ответственность перед Богом за полноценное воспитание детей. Одним из путей реализации ответственного отношения к их рождению является воздержание от половых отношений на определенное время. Впрочем, необходимо помнить слова апостола Павла, обращенные к христианским супругам: «Не уклоняйтесь друг от друга, разве по согласию, на время, для упражнения в посте и молитве, а потом опять будьте вместе, чтобы не искушал вас сатана невоздержанием вашим» (1 Кор. 7:5). Очевидно, что решения в этой области супруги должны принимать по обоюдному согласию, прибегая к совету духовника. Последнему же надлежит с пастырской осмотрительностью принимать во внимание конкретные условия жизни супружеской пары, их возраст, здоровье, степень духовной зрелости и многие другие обстоятельства, различая тех, кто может «вместить» высокие требования воздержания, от тех, кому это не «дано» (Мф. 19:11), и заботясь прежде всего о сохранении и укреплении семьи.

Священный Синод Русской Православной Церкви в определении от 28 декабря 1998 года указал священникам, несущим духовническое служение, на «недопустимость принуждения или склонения пасомых, вопреки их воле, к... отказу от супружеской жизни в браке», а также напомнил пастырям о необходимости «соблюдения особого целомудрия и особой пастырской осторожности при обсуждении с пасомыми вопросов, связанных с теми или иными аспектами их семейной жизни».

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

В молитвах чина венчания Православная Церковь выражает веру в то, что чадородие есть желанный плод законного супружества, но вместе с тем не единственная его цель. Наряду с «плодом чрева на пользу» супругам испрашиваются дары непреходящей взаимной любви, целомудрия, «единомыслия душ и телес». Поэтому пути к деторождению, не согласные с замыслом Творца

жизни, Церковь не может считать нравственно оправданными. Если муж или жена неспособны к зачатию ребенка, а терапевтические и хирургические методы лечения бесплодия не помогают супругам, им следует со смирением принять свое бесчадие как особое жизненное призвание. Пастырские рекомендации в подобных случаях должны учитывать возможность усыновления ребенка по обоюдному согласию супругов. К допустимым средствам медицинской помощи может быть отнесено искусственное оплодотворение половыми клетками мужа, поскольку оно не нарушает целостности брачного союза, не отличается принципиальным образом от естественного зачатия и происходит в контексте супружеских отношений.

Манипуляции же, связанные с донорством половых клеток, нарушают целостность личности и исключительность брачных отношений, допуская вторжение в них третьей стороны. Кроме того, такая практика поощряет безответственное отцовство или материнство, заведомо освобожденное от всяких обязательств по отношению к тем, кто является «плотью от плоти» анонимных доноров. Использование донорского материала подрывает основы семейных взаимосвязей, поскольку предполагает наличие у ребенка, помимо «социальных», еще и так называемых биологических родителей. «Суррогатное материнство», то есть вынашивание оплодотворенной яйцеклетки женщиной, которая после родов возвращает ребенка «заказчикам», противоестественно и морально недопустимо даже в тех случаях, когда осуществляется на некоммерческой основе. Эта методика предполагает разрушение глубокой эмоциональной и духовной близости, устанавливающейся между матерью и младенцем уже во время беременности. «Суррогатное материнство» травмирует как вынашивающую женщину, материнские чувства которой попираются, так и дитя, которое впоследствии может испытывать кризис самосознания. Нравственно недопустимыми с православной точки зрения являются также все разновидности экстракорпорального (внетелесного) оплодотворения, предполагающие заготовление, консервацию и намеренное разрушение «избыточных» эмбрионов. Именно на признании человеческого достоинства даже за эмбрионом основана моральная оценка аборта, осуждаемого Церковью (см. XII.2).

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

XII.5. Значительную часть общего числа недугов человека составляют наследственные заболевания. Развитие медико-генетических методов диагностики и лечения может способствовать предотвращению таких болезней и облегчению страданий многих людей. Однако важно помнить, что генетические нарушения нередко становятся следствием забвения нравственных начал, итогом порочного образа жизни, в результате коего страдают и потомки. Греховная поврежденность человеческой природы побеждается духовным усилием; если же из поколения в поколение порок властвует

в жизни потомства с нарастающей силой, сбываются слова Священного Писания: «Ужасен конец несправедливого рода» (Прем. 3:19). И наоборот: «Блажен муж, боящийся Господа и крепко любящий заповеди Его. Сильно будет на земле семя его; род правых благословится» (Пс. 111:1—2). Таким образом, исследования в области генетики лишь подтверждают духовные закономерности, много веков назад открытые человечеству в слове Божиим.

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

Успехи в расшифровке генетического кода создают реальные предпосылки для широкого генетического тестирования с целью выявления информации о природной уникальности каждого человека, а также его предрасположенности к определенным заболеваниям. Создание «генетического паспорта» при разумном использовании полученных сведений помогло бы своевременно корректировать развитие возможных для конкретного человека заболеваний. Однако имеется реальная опасность злоупотребления генетическими сведениями, при котором они могут послужить различным формам дискриминации. Кроме того, обладание информацией о наследственной предрасположенности к тяжким заболеваниям может стать непосильным душевным грузом. Поэтому генетическая идентификация и генетическое тестирование могут осуществляться лишь на основе уважения свободы личности.

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

пренатальной диагностики с целью выбора желательного для родителей пола будущего ребенка.

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

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

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

лении момента смерти. Неприемлемо сокращение жизни одного человека, в том числе через отказ от жизнеподдерживающих процедур, с целью продления жизни другого.

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

Донорские органы и ткани усвоятся воспринимающему их человеку (реципиенту), включаясь в сферу его личностного душевно-телесного единства. Поэтому ни при каких обстоятельствах не может быть нравственно оправдана такая трансплантация, которая способна повлечь за собой угрозу для идентичности реципиента, затрагивая его уникальность как личности и как представителя рода. Об этом условии особенно важно помнить при решении вопросов, связанных с пересадкой тканей и органов животного происхождения.

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

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

В Священном Писании смерть представляется как разлучение души от тела (Пс. 145:4; Лк. 12:20). Таким образом, можно говорить о продолжении

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

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

Предсмертные физические страдания не всегда эффективно устраняются применением обезболивающих средств. Зная это, Церковь в таких случаях обращает к Богу молитву: «Разреши раба Твоего нестерпимыя сея болезни и содержащая его горькия немощи и упокой его, идеже праведных души» (Требник. Молитва о долгострадающем). Один Господь является Владыкой жизни и смерти (1 Цар. 2:6). «В Его руке душа всего живущего и дух всякой человеческой плоти» (Иов. 12:10). Поэтому Церковь, оставаясь верной соблюдению заповеди Божией «не убивай» (Исх. 20:13), не может признать нравственно приемлемыми распространенные ныне в светском обществе попытки легализации так называемой эвтаназии, то есть намеренного умерщвления безнадежно больных (в том числе по их желанию). Просьба больного об ускорении смерти подчас обусловлена состоянием депрессии, лишаящим его возможности правильно оценивать свое положение. Признание законности эвтаназии привело бы к умалению достоинства и извращению профессионального долга врача, призванного к сохранению, а не к пресечению жизни. Право на смерть легко может обернуться угрозой для жизни пациентов, на лечение которых недостает денежных средств.

Таким образом, эвтаназия является формой убийства или самоубийства, в зависимости от того, принимает ли в ней участие пациент. В последнем случае к эвтаназии применимы соответствующие канонические правила, согласно которым намеренное самоубийство, как и оказание помощи в его совершении, расцениваются как тяжкий грех. Умышленный самоубийца, который «соделал сие от обиды человеческой или по иному какому случаю

от малодушия», не удостоивается христианского погребения и литургического поминовения (Тимофея Алекс. прав. 14). Если самоубийца бессознательно лишил себя жизни «вне ума», то есть в припадке душевной болезни, церковная молитва о нем допускается по исследовании дела правящим архиереем. Вместе с тем необходимо помнить, что вину самоубийцы нередко разделяют окружающие его люди, оказавшиеся неспособными к действительному состраданию и проявлению милосердия. Вместе с апостолом Павлом Церковь призывает: «Носите бремена друг друга и таким образом исполните закон Христов» (Гал. 6:2).

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

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

Дискуссии о положении так называемых сексуальных меньшинств в современном обществе клонятся к признанию гомосексуализма не половым извращением, но лишь одной из «сексуальных ориентаций», имеющих равное право на публичное проявление и уважение. Утверждается также, что гомосексуальное влечение обусловлено индивидуальной природной предрасположенностью. Православная Церковь исходит из неизменного убеждения, что богоустановленный брачный союз мужчины и женщины не может быть сопоставлен с извращенными проявлениями сексуальности. Она считает

гомосексуализм греховным повреждением человеческой природы, которое преодолевается в духовном усилии, ведущем к исцелению и личностному возрастанию человека. Гомосексуальные устремления, как и другие страсти, терзающие падшего человека, врачуются Таинствами, молитвой, постом, покаянием, чтением Священного Писания и святоотеческих творений, а также христианским общением с верующими людьми, готовыми оказать духовную поддержку.

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

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

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

**Кодекс профессиональной этики врача Российской Федерации.
Национальная медицинская палата**

Принят I Национальным съездом врачей Российской Федерации
(Москва, 5 октября 2012 г.)

Положения настоящего Кодекса обязательны для врачей, выполняющих свои профессиональные функции, предусмотренные законодательством Российской Федерации. Соблюдение положений настоящего Кодекса контролирует общественная профессиональная медицинская организация.

I. Врач и общество

Статья 1

Миссия врача состоит в охране здоровья и глубоком уважении личности и достоинства человека. Врачебная деятельность основана на высоких этических, моральных и деонтологических принципах. Эти требования остаются незыблемыми даже после смерти человека.

Статья 2

Врач обязан добросовестно выполнять весь комплекс лечебно-диагностических мероприятий независимо от пола, возраста, расовой и национальной принадлежности пациента, его социального статуса и материального положения, вероисповедания, политических взглядов больных людей, имеющих разную репутацию в обществе.

Статья 3

Врач обязан оказать качественную, эффективную и безопасную медицинскую помощь. Он обязан учитывать преимущества, недостатки и последствия различных диагностических и лечебных методов. При отсутствии в лечебном учреждении необходимых условий и ресурсов врач обязан направить пациента в соответствующее медицинское учреждение.

Статья 4

В установленном законом порядке врач свободен в выборе диагностических и лечебных методов. Врач обязан, с учетом преимуществ, недостатков и последствий различных диагностических и лечебных методов, оказать качественную, эффективную и безопасную медицинскую помощь.

Статья 5

Врач любой специальности, оказавшийся рядом с больным вне лечебного учреждения или пострадавшим, находящимся в тяжелом состоянии, должен оказать ему помощь, или быть уверенным в том, что он ее получает.

Статья 6

Право врача, ни при каких обстоятельствах, не изменять принципам профессионального долга и отклонять любые попытки давления со стороны

физических и юридических лиц, требующих от него действий, противоречащих этическим принципам, профессиональному долгу или закону.

Статья 7

Врач, обследующий или лечащий лицо, лишенное свободы, не может ни прямо, ни косвенно способствовать посягательству на физическую или психологическую неприкосновенность этого лица, на его достоинство. Врач должен уделять особое внимание тому, чтобы пребывание в местах лишения свободы не стало препятствием для получения своевременной и качественной медицинской помощи.

Если врач констатирует, что человек, лишенный свободы, стал жертвой насилия или же плохого обращения с ним, он должен уведомить об этом своего работодателя и органы прокуратуры.

Статья 8

Врачебная тайна относится ко всему, что стало известно врачу при выполнении им профессионального долга. Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, без разрешения пациента или его законного представителя, в том числе после смерти человека, за исключением случаев, предусмотренных российским законодательством.

Статья 9

Каждый врач должен постоянно совершенствовать свои медицинские знания и навыки, регулярно принимать участие в образовательных мероприятиях, которые помогают поддерживать на должном уровне и совершенствовать уровень компетенции и профессионализма. Врач имеет право на повышение квалификации в системе непрерывного медицинского образования на бесплатной основе.

Статья 10

Врач обязан знать существующие Стандарты, Протоколы и Клинические рекомендации и соблюдать их в зависимости от клинической ситуации и своего профессионального опыта.

Статья 11

Врач должен знать и соблюдать все действующие законы и кодексы, имеющие отношение к его профессиональной деятельности.

Статья 12

Врач должен следить за тем, как используется его имя, его служебный статус. Врач должен воздерживаться от какой-либо формы рекламы, относящейся к его личности.

Статья 13

Врач должен доступными ему средствами через СМИ (газеты, журналы, радио, телевидение, беседы и пр.), сеть Интернет (интернет-сайты, интернет-газеты и журналы, форумы и другие формы) пропагандировать здоровый образ жизни. Врач несет всю полноту ответственности за свои действия и советы в указанных средствах информации перед гражданами и медицинским сообществом.

Статья 14

Запрещается всякий сговор, а также коррупционные отношения между врачами, а также фармацевтами и медицинским персоналом или же другими лицами: физическими и юридическими.

Статья 15

Врачу запрещается выдача фиктивных и тенденциозных заключений и мошенничество в любой форме.

Статья 16

Врач не должен вмешиваться в семейную и личную жизнь больного человека, не имея на то профессиональных оснований.

Статья 17

Врачебная практика имеет личный и социальный характер; каждый врач ответственен за свои решения и действия.

Статья 18

При все возрастающем многообразии и активности современных методов диагностики и лечения каждый врач обязан обеспечить максимальную безопасность оказания медицинской помощи, чтобы снизить риск возникновения ятрогенных заболеваний, действуя в пределах обоснованного риска.

Статья 19

Врач обязан сообщать в уполномоченный государственный орган о выявленных нежелательных эффектах при применении лекарственных препаратов.

Статья 20

В интересах обеспечения жизни и здоровья граждан врач не должен пропагандировать и применять в целях профилактики и лечения методы и средства оккультного характера.

Статья 21

Каждый врач должен быть честен и откровенен при оформлении историй болезни, написании отчетов, заполнении и подписании форм и других документов.

Статья 22

Врач-эксперт не должен вмешиваться в лечебный процесс. В своем отчете врач-эксперт указывает только те данные, которые помогают ответить на поставленные перед ним вопросы.

Статья 23

Врач-эксперт должен сохранять конфиденциальность. Сведения, содержащиеся в медицинской документации, составленной врачом-экспертом, не могут быть переданы сторонним организациям, за исключением случаев, установленных действующим законодательством.

Статья 24

Никто не имеет права быть одновременно врачом-экспертом и лечащим врачом в отношении одного и того же случая оказания медицинской помощи.

Статья 25

Врач имеет право на защиту своих прав и интересов. Защита прав врачей в сферах трудовых отношений, социального обеспечения, административно-уголовной ответственности осуществляется при содействии медицинских профессиональных некоммерческих организаций.

Статья 26

Врач Российской Федерации обязан воздерживаться от поступков, способных подорвать авторитет и уважение в обществе к профессии врача.

II. Врач и пациент

Статья 27

При оказании медицинской помощи врач должен помнить, что его профессия — это не бизнес. При организации лечебно-диагностического процесса, включая лекарственное обеспечение, приоритет для врача — оказание необходимой и качественной медицинской помощи, а не извлечение коммерческой выгоды для себя лично и лечебного учреждения, в котором он работает.

Статья 28

Врач должен уважать честь и достоинство пациента и при лечении учитывать все особенности его личности; побуждать пациента заботиться о состоянии здоровья; относиться с уважением к его личной жизни и праву на конфиденциальность.

Статья 29

Если интересы пациента, связанные с его здоровьем или с оказанием ему медицинской помощи, противоречат интересам других лиц, врач обязан отдать предпочтение интересам пациента, если это не причиняет прямого ущерба самому пациенту или окружающим.

Врач не вправе препятствовать пациенту, решившему доверить свое дальнейшее лечение другому врачу.

Статья 30

Врач должен строить отношения с пациентом на основе взаимного доверия и взаимной ответственности. Объективная информация о состоянии здоровья пациента дается доброжелательно; план медицинских действий разъясняется в доступной форме, включая преимущества и недостатки существующих методов обследования и лечения, не скрывая возможных осложнений и неблагоприятного исхода.

Статья 31

Врач не должен использовать отсутствие медицинских знаний, страх перед болезнями, доверчивость пациента и свое профессиональное превосходство в целях получения коммерческой выгоды.

Статья 32

Взаимоотношения врача и пациента должны строиться на партнерской основе и принципах информационной открытости. Врач должен в доступной форме информировать пациента о состоянии его здоровья, возможных изменениях, методах лечения, включая те, с которыми связана определенная доля риска или неуверенность в результате. Врач должен убедиться в том, что пациент удовлетворен полученной информацией.

Статья 33

Если физическое или психическое состояние пациента не допускает возможность доверительных отношений, их следует установить с его законным представителем.

Статья 34

При оказании медицинской помощи врач должен руководствоваться исключительно интересами пациента, знаниями современных методов и технологий лечения с доказанной клинической эффективностью и личным опытом.

При возникновении профессиональных затруднений врач обязан обратиться за помощью к коллегам, а также оказать помощь коллегам, обратившимся к нему.

Статья 35

Информированное добровольное согласие или отказ пациента на медицинское вмешательство и любой конкретный его вид должны быть оформлены письменно в соответствии с законодательством и нормативными документами.

Статья 36

Медицинское вмешательство без согласия гражданина или его законного представителя допускается по экстренным показаниям, прежде всего, в случаях: угрозы жизни человека, опасности для окружающих, тяжелых психических расстройствах, общественно опасных деяниях (преступлениях) и других состояниях, предусмотренных действующим законодательством.

Статья 37

При любых обстоятельствах врач обязан стремиться к тому, чтобы облегчить страдание больного человека; поддержать его морально и избегать неразумной настойчивости в проведении диагностических и лечебных процедур.

Статья 38

При оказании медицинской помощи несовершеннолетнему или же находящему под опекой пациенту врач должен получить согласие родителей ребенка или его законного представителя.

Статья 39

Врач должен защитить права ребенка любым законным способом, если считает, что окружающие плохо понимают проблемы его здоровья или же не берегут его должным образом.

Статья 40

Если врач осознает, что человеку, к которому его вызвали, причинен вред в результате противоправных действий, он должен проинформировать органы внутренних дел о фактах вызовов к таким пациентам в порядке, установленном действующим законодательством, а также по возможности проинформировать иные органы, в компетенцию которых входит защита прав граждан.

Статья 41

Врач обязан облегчить страдания умирающего всеми доступными и легальными способами.

Врач обязан помочь пациенту реализовать его право по его желанию воспользоваться духовной поддержкой служителя любой религии.

Статья 42

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.

III. Врач и врачебный коллектив

Статья 43

Врач обязан охранять честь и благородные традиции медицинского сообщества. Врачи должны относиться друг к другу с уважением и доброжелательно, быть готовыми бескорыстно передавать свой опыт и знания.

Статья 44

В течение всей жизни врач обязан сохранять уважение и благодарность к своим учителям.

Статья 45

Врач обязан делать все от него зависящее для консолидации врачебного сообщества, активно участвовать в работе профессиональных общественных организаций, защищать честь и достоинство своих коллег. Врачи должны помогать друг другу в беде.

Статья 46

Врач не имеет права допускать как публичных негативных высказываний о своих коллегах и их работе, так и в присутствии пациентов и их родственников. Профессиональные замечания в адрес коллеги должны быть аргументированными, доброжелательными и определяться защитой интересов больного.

Статья 47

При участии в диагностическом и лечебном процессе нескольких врачей они должны информировать друг друга о полученных результатах. Каждый врач несет личную ответственность за информированность пациента.

Статья 48

Врачи обязаны с уважением относиться к медицинскому персоналу и представителям иных профессий, принимающим участие в охране здоровья населения и оказании медицинской помощи.

IV. Врач и научно-исследовательская деятельность, биоэтика

Статья 49

Этический комитет решает профессионально-этические и профессионально-правовые вопросы, связанные с научно-исследовательской деятельностью при вмешательстве в психическую и физическую целостность человека, а также при использовании материалов или данных, принадлежащих определенному человеку.

Статья 50

Врач, занимающийся научно-исследовательской деятельностью, не должен использовать свои научные знания в ущерб здоровью и безопасности пациента или общества.

Интересы науки и общества не могут превалировать над интересами человека.

Статья 51

Планируя эксперимент с участием пациента, врач обязан быть честным и порядочным в своих действиях, сопоставить степень риска причинения ущерба пациенту и возможность достижения предполагаемого положительного результата.

Статья 52

Испытания и эксперименты могут проводиться лишь при условии получения добровольного согласия пациента после предоставления ему полной информации. Пациент имеет право отказаться от участия в исследовательской программе на любом ее этапе.

Статья 53

Новые медицинские технологии и методики, лекарственные и иммунобиологические препараты могут применяться в медицинской практике только после оформления в установленном порядке в соответствии с российским законодательством.

Кодекс профессиональной этики православного врача

Кодекс принят во время работы Медицинской секции, организованной Обществом православных врачей России, во время XX Международных Рождественских образовательных чтений в Синодальном отделе по церковной благотворительности и социальному служению Русской Православной Церкви в январе 2012 г.

Раздел I. Общие положения

1.1. Православный врач — это врач-профессионал православного вероисповедания, который осознает христианский смысл болезней и здоровья человека, важность своего призвания, направленного на сохранение жизни.

1.2. Профессиональная этика православного врача основывается на Священном Писании и Предании Церкви, а также на соборных документах Русской Православной Церкви — «Основы социальной концепции Русской Православной Церкви», «Основы учения Русской Православной Церкви о достоинстве, свободе и правах человека».

1.3. Православный врач посвящает свою жизнь воплощению Евангельских идеалов любви, милосердия, сострадания и служению страждущему человеку.

1.4. Профессиональная работа православного врача требует постоянного самосовершенствования, повышения уровня своих медицинских знаний, умений и врачебного мастерства ради спасения и самоотверженного служения на благо человека.

Раздел II. Взаимоотношения врача и пациента

2.1. Отношение православного врача к пациенту изначально ориентировано на помощь, поддержку пациента и заботу о нем.

2.2. Православный врач готов к оказанию медицинской помощи любому нуждающемуся в различных обстоятельствах, с одинаковым старанием и терпением независимо от оплаты или благодарности пациента, его благосостояния, социального положения, возраста, национальности, вероисповедания или убеждений.

2.3. Православный врач направляет лечение больных к их пользе, соблюдает их права и интересы, не разглашая доверенные сведения даже после их смерти.

2.4. Православный врач уважает честь и достоинство пациента, проявляет доброжелательное и терпеливое отношение к нему и его близким.

2.5. Православный врач не участвует в действиях, связанных с преднамеренным лишением жизни пациента, даже по его просьбе или просьбе его близких.

2.6. Православный врач оказывает нравственную поддержку пациенту, находящемуся при смерти, облегчая физические и духовные страдания умирающего.

2.7. По просьбе больного или его близких православный врач содействует приглашению к пациенту священнослужителя.

2.8. Православный врач, не отказывая больному в помощи, вправе не проводить тех видов медицинского вмешательства, которые противоречат его нравственным принципам.

2.9. Православный врач может работать в медицинских учреждениях разных форм финансирования исходя из традиций христианского врачевания (Мф. 10:8—10).

2.10. Православный врач не вправе препятствовать пациенту, решившему доверить свое дальнейшее лечение другому специалисту.

Раздел III. Взаимоотношения медицинских работников

3.1. Православный врач поддерживает честь и благородные традиции отечественной медицины и медицинского сообщества.

3.2. Православный врач с благодарностью и уважением относится к своим учителям, помогает им в их делах и нуждах.

3.3. Православный врач строит свои отношения с коллегами в соответствии с Евангельскими заповедями об отношении к ближним.

3.4. Православный врач, не подрывая авторитета коллег, должен исходить из пользы больного, руководствоваться христианскими принципами врачевания, а не корпоративными интересами.

3.5. Критика православным врачом действий коллег должна быть доброжелательной, конструктивной и определяться защитой интересов больного.

3.6. Православный врач анализирует врачебные ошибки своих коллег доброжелательно и беспристрастно.

3.7. Православный врач бескорыстно передает свои знания, умения и опыт врачевания коллегам и ученикам.

3.8. Православный врач в интересах больного обращается за советом к товарищам по профессии и сам не отказывает им в совете и помощи.

Раздел IV. Врач и научно-исследовательская деятельность

4.1. Православный врач добросовестно изучает медицинские науки и способствует их развитию.

4.2. Православный врач никогда не будет использовать свои научные знания в ущерб здоровью и безопасности пациента и (или) общества.

4.3. Православный врач полагает, что интересы науки и общества не могут превалировать над интересами человека.

4.4. Православный врач не должен участвовать в медицинских экспериментах или клинических испытаниях лекарственных средств с участием человека без его добровольного согласия.

4.5. Православный врач не применяет новые биомедицинские технологии без достаточных оснований и соблюдения баланса вреда и пользы для пациента.

Раздел V. Врач и общество

5.1. Деятельность православного врача осуществляется в интересах человека и на благо общества.

5.2. Православный врач сознает, что от его профессиональной деятельности зависит доверие общества к врачебному сообществу, безопасность человеческой жизни и стабильность моральных отношений в обществе.

5.3. Православный врач должен действовать таким образом, чтобы привести национальное законодательство в сфере охраны здоровья в соответствие с принципами христианской этики.

5.4. Православный врач имеет моральное право отказаться от проведения операции по прерыванию беременности и стерилизации пациентов в соответствии со своими религиозными и моральными убеждениями, даже в условиях законодательного разрешения на такие медицинские вмешательства.

5.5. Православный врач имеет моральное право не участвовать в процедурах, связанных с искусственным оплодотворением в соответствии со своими религиозными и моральными убеждениями, даже в условиях законодательного разрешения на такие медицинские вмешательства.

5.6. Православный врач должен сознавать свою ответственность за действия, связанные с геномом человека. Генная терапия применяется с учетом интересов пациента и его родственников, с подробным согласованием всех заинтересованных сторон, только в терапевтических целях, исключая какие-либо евгенические задачи.

5.7. Православный врач должен осознавать свою ответственность перед обществом по вопросам общественного здоровья. Если состояние пациента представляет угрозу для общества, то лечение применяется с учетом интересов окружающих, с уведомлением об этом пациента.

5.8. Учитывая роль врача в обществе, православный врач должен принимать посильное участие в преодолении таких социальных явлений, как насилие в семье, жестокое обращение с детьми и пожилыми людьми. Православный врач не должен участвовать в действиях, унижающих достоинство человека.

5.9. Православный врач имеет моральное право не участвовать в изъятии органов и (или) тканей с целью их трансплантации после смерти человека при отсутствии его прижизненного согласия в соответствии с его религиозными и моральными убеждениями.

5.10. Православный врач, понимая важность патологоанатомических исследований, не допускает пренебрежительного отношения к мертвому телу и надругательству над ним.

5.11. Православный врач обязан хранить свою профессиональную независимость, участвуя в экспертизах, судах, консилиумах, комиссиях, консультациях, и отклонять попытки административного, политического, силового давления при оказании помощи больным, прежде всего — заключенным, военнослужащим, руководителям высшего ранга, прибегая к юридической и общественной защите.

Кодекс профессиональной этики православного врача принимается свободно и исполняется по совести и с достоинством.

Женевская декларация (Международная клятва врачей)

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

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

- На всю жизнь сохранить благодарность и уважение к своим учителям.
- Исполнять свой профессиональный долг по совести и с достоинством.
- Здоровье моего пациента будет моим первейшим вознаграждением.
- Уважать доверенные мне секреты даже после смерти моего пациента.
- Делать все, что в моих силах, для поддержания чести и благородных традиций медицинского сообщества.
- Коллеги будут мне братьями.
- Не позволить соображением религиозного, национального, расового, партийно-политического и социального характера встать между мной и моим пациентом.
- Я буду проявлять абсолютное уважение к человеческой жизни с момента зачатия и никогда, даже под угрозой, не использую своих медицинских знаний в ущерб нормам гуманности.

Я принимаю эти обязательства обдуманно, свободно и честно.

Наши книги можно приобрести:

Учебным заведениям и библиотекам:

в отделе по работе с вузами
тел.: (495) 744-00-12, e-mail: vuz@urait.ru

Частным лицам:

список магазинов смотрите на сайте urait.ru
в разделе «Частным лицам»

Магазинам и корпоративным клиентам:

в отделе продаж
тел.: (495) 744-00-12, e-mail: sales@urait.ru

Отзывы об издании присылайте в редакцию

e-mail: red@urait.ru

**Новые издания и дополнительные материалы доступны
в электронной библиотечной системе «Юрайт»
biblio-online.ru**

Учебное издание

Силуянова Ирина Васильевна

БИОМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА

Учебник и практикум для академического бакалавриата

Формат 70×100^{1/16}.

Гарнитура «Petersburg». Печать цифровая.

Усл. печ. л. 24,18. Тираж 1000 экз. Заказ № 8950, 20 экз.

ООО «Издательство Юрайт»

111123, г. Москва, ул. Плеханова, д. 4а.

Тел.: (495) 744-00-12. E-mail: izdat@urait.ru, www.urait.ru