

## ЛЕКЦИИ ПО КУРСУ «БИОЭТИКА»

### ЛЕКЦИЯ 1: МОРАЛЬ. ЭТИКА. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЭТИКА (2 ч.)

1. Мораль как предмет этики.
2. Особенность моральных норм как части социальных норм.
3. Профессиональная этика и ее основные теоретические концепции.

#### Литература.

1. *Ильин И.А.* Общее учение о праве и государстве. – Собр.соч., т. 3. М.: Русская книга, 1994., С. 68-75.
2. *Фаулер Марша.* Этика и сестринское дело. М., 1997. С.12,48.
3. *Гусейнов А.А.* О прикладной этике вообще и эвтаназии в частности // Философские науки. 1996. № 6. С. 80-84.
4. *Иванюшкин А.Я.* Профессиональная этика в медицине. Философские очерки. М., 1990. С.191-200.

1). Слово «мораль» - от латинского слова «*mos /mores/*», означающего обычай, нравы, поведение. В древнегреческом имеется аналогичное слово «этнос» - обычай, темперамент, характер, образ мыслей. Русское слово "нравственность" образовано от слова «нрав», означающего совокупность душевных качеств человека. В настоящее время слова «мораль» и «нравственность», в основном, употребляются как синонимы.

Слово «этика» впервые встречается в 4-м веке до н.э. у древнегреческого философа Аристотеля, и означает оно философскую науку о морали. Этика как наука исследует вопрос о природе и сущности морали.

Чаще всего, мораль определяют как особую форму общественного сознания, особый способ регуляции поведения людей в обществе. Понятия морали: добро, зло, долг, ответственность и т.д. - это особое знание, которое следует отличать от знания о вещах.

Природу наших знаний о вещах мы покажем на примерах научных знаний. Возьмем научные истины. В области анатомии - сердце человека состоит из 4-х

камер, из области химии - распад углеводов, жиров и белков в организме подчиняется циклу Кребса. Во-первых, истинность научных знаний заключается в их соответствии эмпирической, фактической стороне нашего опыта, как анатомических вскрытий или химических опытов. Проверка научных знаний опытом называется верификацией. Во-вторых, в той степени, в какой вещная природа дана нам в опыте многообразием своих отдельных частей, как множества стихий, минералов, растений, животных и т. д., наше знание о ней всегда конкретно, предметно-определенно, как физическое, химическое, биологическое и т.д. В-третьих, научное знание имеет логически строгую, логически развернутую систематическую форму. Иными словами, научное знание имеет дискурсивный характер. В-четвертых, истинное знание о вещной природе имеет объективный характер, то есть нейтральный по отношению к человеческим интересам и пристрастиям.

Понятия морали, возьмем основополагающие из этих понятий - добро и зло,- это знание, так сказать, пристрастное. Если в знании о вещной природе, как было сказано выше, существенными моментами являются объективность, верифицируемость, предметная определенность и дискурсивность, то сущностью знания о добре и зле является нормативность.

Мораль - это нормативное сознание. Что это значит? Понятия добра и зла - это нормы и оценки, образцы поведения людей, а не дискурсивное описание пространственных связей и отношений (сердце состоит из 4-х камер) или временных связей (цикл Кребса). Добро - это нравственно-позитивное, нравственно-подобающее в нашем поведении, а зло - нравственно-негативное, нравственно-неподобающее. Мораль - это знание о нормах, определяющих мотивацию нашего разумного поведения, которое всегда должно стремиться к добру и избегать зла. В плане этого рассуждения можно сказать: наука - это знание по преимуществу объективное, мораль- знание по преимуществу субъективное.

2).Трактуя сущность морали как нормативного сознания, как совокупности норм поведения человека, необходимо иметь в виду, что моральные нормы - это только часть социальных норм, к которым относятся также обычаи, ритуально-

этикетные, организационно-административные, технические, религиозные и правовые нормы. В чем же отличие морали от обычаев?

Существует древний обычай приветствовать человека, подавая ему руку. В прошлые времена один человек демонстрировал таким образом другому, что он миролюбив, настроен доброжелательно, ибо его рука без оружия. В настоящее время это ритуально-этикетный обычай, как бы социальный инстинкт, следуя которому мы не задумываемся, почему в качестве приветствия мы протягиваем руку. Следование же моральным нормам - это в высшей степени сознательная акция. Моральное сознание - это не просто знание о неких социальных нормах поведения человека в обществе, но это знание нравственных ценностей.

В философском понятии «ценность» есть очень важный для исследования сущности морали смысл – «социальная установка». Нравственные ценности - это высшие социальные ценности, так как они обеспечивают высшую устойчивость и солидарность человеческому сообществу. Добро - это высшее благо. Смысл нравственных ценностей в том, что через них человек осознает свою общественную природу, свое предназначение в мире. Моральные нормы и оценки универсальны для всего общества. Как социальные предписания они могут различаться в разных культурах, однако гуманистическое начало моральных систем всех цивилизованных народов свидетельствует о том, что нравственные ценности выявляют самое глубокое родство (равенство) абсолютно всех людей

В моральном сознании человек, оставаясь индивидом, возвышается до отождествления себя со всем человечеством. Ориентируясь на нравственные ценности, человек приобретает подлинную целостность и открывает для себя возможность достичь совершенства. Подлинное человеческое достоинство - это осознание в своем лице достоинства всего человечества. Но в том-то и дело, что всякий другой человек является носителем такого же достоинства, а отсюда субъектом всех человеческих и гражданских прав.

Ценностная природа понятий морали еще резче подчеркивает их отличие от научных истин. Дискурсивный характер научных истин означает, что человек, не

имеющий понятия о химических элементах, простых и сложных, органических и неорганических химических веществах, химических формулах и т.д., не в состоянии понять, что такое цикл Кребса. Каждый студент может вспомнить, что именно при изучении биохимии он логически постиг этот путь распада в организме углеводов, жиров и белков и таким образом стал владеть понятием «цикл Кребса». В то же время, очень трудно указать, когда человек узнает, что, например, ложь - это зло. Нормативно-ценностные понятия морали - это как бы самоговорящее знание. Простые нормы нравственности человек усваивает по мере того, как вообще начинает мыслить, потому что эти нормы есть обязательное условие всех процессов общественной коммуникации - игры, семейных отношений, учебной и трудовой деятельности.

На вопрос: «А почему ложь - зло?» неискушенный в этической науке человек ответит: потому, что это дурно, безнравственно. Как видим, собственно логического смысла, в чем сила научного дискурса, в таком тавтологическом объяснении очень мало. Однако, это обстоятельство совсем не подвергает сомнению огромный нравственный, социальный смысл в моральном запрете на ложь во взаимоотношениях людей. Смысл нравственных ценностей – это как бы естественный свет разума, что делает каждого человека за исключением случаев глубоких психических расстройств, независимо от образования, социального положения и т.д., морально вменяемым и, стало быть, ответственным за свои поступки.

Смысл нравственных ценностей понятен каждому - как быть, как стать, как оставаться везде и всегда человеком соответствовать этому понятию. Система нравственных ценностей имеет два полюса: с одной стороны, моральные усилия личности направлены на утверждение, охрану, защиту своего человеческого достоинства. С другой стороны, мораль требует от каждого из нас альтруизма в отношении к другим людям. Нравственное воспитание - это всегда двунаправленный процесс, это одновременно и школа самоуважения, и школа человечности, гуманности. Мораль - это важнейший фактор не только социализации, но и сапиентации человека. В свое время Бертран Рассел известнейший английский философ 20 века сказал, что человек, называя себя

«человеком разумным», позволяет себе несколько высокомерное заявление. В самом деле, чтобы стать в полном смысле homo sapiens, человек непременно должен быть homo moralis.

Исходно, человек - биологическое существо, наделенное биологическими потребностями и инстинктами. В животном мире есть только зачатки солидарности (стадной, семейной), а в материнском инстинкте биологически закреплена забота о детенышах, не исключая в некоторых случаях даже самопожертвования. Элементы солидарности, альтруизма в животном мире вплетены в биологические отношения между особями и актуализируются как продолжение действия конкретных физических и физиологических факторов (запахов, тактильных воздействий и т.д.). Мораль относится всецело к сфере духовной связи человеческой личности со всем человеческим родом. Мораль трансформирует биологическую природу в человеке и превращает эту частичную характеристику поведения высших животных в универсальную характеристику человеческого существования. Самодостаточность существования биологической особи как отдельного организма становится в человеке сознанием и чувством личного достоинства, а стадная солидарность или внутрисемейная забота у животных проявляющаяся у них лишь в каких-то ситуациях, лишь временно превращается в универсальную характеристику природы человека. Как homo moralis человек должен быть принципиальным антиэгоистом, и одновременно преисполнен личного достоинства.

Элементарные нормы нравственности прививаются человеческому индивиду самой организацией и течением общественной жизни. Однако, будучи посеянными, в разумной человеческой душе, эти «семена нравственности» прорастают в соответствии со своей духовной природой. Нравственная сила личности почти целиком зависит от самовоспитания, глубины духовной жизни этой личности. И если продолжать сравнение научных истин и нравственных ценностей, то необходимо заметить, что ученые занятия - это умственный труд, но не духовная жизнь по большому счету.

Личность вступает в пору нравственной зрелости, когда осознает

приоритетную роль морали в регуляции общественных отношений, когда без иллюзий отдаст себе отчет в весьма частом несовпадении эгоистических влечений и склонностей в каждом из нас, а также требований социальных обстоятельств, с одной стороны, и императивов морали - с другой. Вступая в пору нравственной зрелости, человек обречен далее до конца своей жизни осознавать и переживать названное противоречие.

Данное противоречие знакомо каждому как муки совести. Совесть - это заложенные в человеческой природе санкции за нарушение личностью моральных норм. Правда, в морали как социальном феномене есть и другой механизм контроля поведения человека - воздействие общественного мнения через присущее нам чувство стыда. Однако, возможности этого механизма ограничены, так как большая часть поступков человека недоступна внешнему контролю и санкциям со стороны общественного мнения. Механизм совести, укоры совести контролируют не только все наши поступки, но и побуждения к ним, мотивацию нашего поведения. Итак, мораль как особая форма общественного сознания, особый способ регуляции поведения человека в обществе. Это значит, что человек как член общества, как субъект сознания осваивает, осознает вырабатываемые в процессе общественной жизни моральные нормы, конкретные нравственные ценности - представления о добре и зле. В качестве нравственного сознания личности эти нормы и ценности становятся ее моральными убеждениями. Мораль как особый механизм регуляции поведения человека в обществе действует почти целиком через его личность. В сфере моральных отношений каждая человеческая личность суверенна и автономна, то есть обладает полной свободой и безусловным правом на самоопределение. Механизм моральной регуляции нашего поведения оказывается механизмом саморегуляции, механизмом «самопринуждения личности к добру». Мораль - это такой способ регуляции нашего поведения в обществе, который иными словами называется «моральный выбор». Именно сам человек и только он один должен определить, что в рассматриваемой им жизненной ситуации будет добром, а что - злом, и далее должен иметь достаточно «доброй воли», чтобы совершить нравственный поступок. Моральный выбор - это самопринуждение личности, но

одновременно это и есть свобода человека. Такая свобода, с одной стороны, «оплачивается» ответственностью личности за все свои решения и поступки, а с другой – «вознаграждается» сознанием и чувством подлинного человеческого достоинства.

Поскольку моральные нормы - это только часть социальных норм, и выше мы уже рассмотрели различие моральных норм и обычаев, то теперь коротко осветим отличия моральных норм от норм религиозных и правовых.

Как отмечал один из виднейших русских философов И.А.Ильин, нормы религии и морали функционально близки друг к другу, так как они регулируют преимущественно внутренний мир человека, определяют его душевные состояния. В то же время между религиозными и моральными нормами есть существенные различия. В религиозной вере Бог открывает человеку свою сущность и волю. Вступая в союз с Богом, человек делает Его волю нормами своей жизни. Религиозные нормы определяют как внутреннее душевное состояние, поведение человека, например, в молитве, так и его внешнее поведение, что проявляется в исполнении религиозных обрядов.

Религиозные нормы имеют и свои санкции - это страх верующего человека перед Божьим гневом. В отличие от религиозных правил человек соблюдая мораль предоставлен исключительно себе.

Сравнивая моральные и правовые нормы, И.А.Ильин подчеркивал, что между ними еще больше различий. Нормы права устанавливаются внешним авторитетом, авторитетом государственной власти. Правовые нормы предписывают нам должное поведение независимо от нашего мнения. В правовых нормах всегда есть составная внешнего принуждения.

3). В этике как науке выделяют ненормативную этику, к которой относятся метаэтика и дескриптивная (описательная) этика, и нормативную этику, частью которой является прикладная этика, а разновидностью последней является биомедицинская этика. Метаэтика исследует гносеологические, логические, семантические и др. проблемы этики и представляет интерес, по преимуществу, для профессионалов-философов. Дескриптивная этика - это применение конкретно-научных методов

исследования исторических, антропологических, психологических, конкретно-социологических и др. к проблемам морали и нравственного поведения. Эти направления этических исследований оформились только в 20-м веке, а их ненормативный характер означает, что их целью не является предписание должного поведения, что здесь не обосновываются нравственные ценности и те или иные определения добра и зла. Нормативная же этика как раз занимается обоснованием, систематизацией, оправданием морального идеала, моральных норм и стандартов. Она вырабатывает точные оценочные суждения, строгие определения нравственных ценностей и обязательств. Профессиональная этика решает названные задачи различных профессий.

Какие теоретические концепции нормативной этики имеют особенно большое значение при освещении, анализе конкретных проблем биомедицинской этики? В современных руководствах и учебниках по биомедицинской этике, прежде всего, рассматриваются утилитаристские и деонтологические теории.

Виднейшим представителем утилитаризма (от лат.- *utilitas* – польза) является британский юрист и мыслитель Иеремия Бентам (первая треть 19-го века). В основе его этической теории лежит принцип полезности. Добро, нравственный смысл в наших поступках определяются их результатом - насколько они доставляют нам удовольствие, насколько выгодны и насколько помогают избегать страданий. Так как с точки зрения морали все люди равны, они всегда должны помнить об общественном интересе, который есть совокупность личных интересов, а, в конечном счете, нравственный смысл наших поступков определяется тем, насколько они соответствуют формуле: «Наибольшее счастье наибольшего числа людей». Чтобы достичь этой цели, человек должен владеть «моральной арифметикой» - объективно рассчитывать все удовольствия и все страдания, проистекающие из его действий. Бентам составил своего рода шкалу – «лестницу удовольствий». Следует особо подчеркнуть, что боль здесь негативное явление, причем важна ее интенсивность. В современном обществе есть немало сторонников этики утилитаризма, которые, например, в отношении детей, с анэнцефалией рекомендуют эвтаназию (активную или пассивную), считают

оправданным использование их органов для трансплантации и т.д. Современная медицинская практика, поскольку она сопряжена с расчетом степени риска медицинских вмешательств, соотношения пользы и неизбежных побочных осложнений (вреда), подчиняется логике этики утилитаризма.

Интересно заметить, что одно из основных сочинений Бентама называется, «Деонтология, или наука о морали» (1834). Сам термин «деонтология» (от греч. deontos - должное и logos – учение) впервые ввел Бентам, однако в современной этике в целом и медицинской этике в частности деонтологические теории во многом противоположны утилитаризму. Наибольший интерес представляет деонтологическая теория немецкого философа Иммануила Канта (вторая половина 18-го века). Канту принадлежит заслуга в более строгом обосновании сферы морали как таковой. Моральная мотивация наших поступков - это и не внешняя целесообразность, например, выгода, польза, и не склонность нашего индивидуального характера, но нечто более высокое в природе человека - автономное и свободное следование сознанию долга. Кант дает чеканную формулу нравственного закона, который он назвал категорический императив: поступай всегда согласно такой максиме (правилу), которую ты хотел бы сделать обязательной для всех людей. В этом самопринуждении личность находит подлинную свободу и обретает подлинное человеческое достоинство, как осознание в своем лице достоинства всего человечества. Исключительно важную роль в современной биомедицинской этике имеет следующее этическое требование Канта: никогда нельзя относиться к человеку просто как к средству, но следует относиться как к цели самой по себе, в особенности оно важно в плане этического контроля биомедицинских исследований на людях.

Профессиональная этика - это прикладная нормативная этика. Содержание профессиональной этики составляет определение, обоснование миссии, целей профессиональной группы, системы нравственных ценностей данной профессии, моральных качеств, необходимых ее представителям. Общеизвестно, что профессиональная этика особенно важна в медицине, в профессиональной деятельности юристов, педагогов, социальных работников, журналистов, ученых, дипломатов, в практике оказания

психологической помощи людям. Почему же выделяются, прежде всего, эти профессии? Потому, что межличностное общение в названных профессиях затрагивает важнейшие ценности человеческого бытия - жизнь, здоровье, права человека и т.д. Медико-этический принцип «Не навреди», по сути дела, актуален и в педагогике, и в юриспруденции, и в журналистике и т.д. Этическая некомпетентность медика, как и представителей всех вышеназванных профессий неизбежно становится и профессиональной некомпетентностью.

Несмотря на то, что в словосочетании «профессиональная этика» используется термин «этика», во всех профессиях, кроме, медицинской, профессиональная этика не является наукой. Если говорить о профессиональной этике в целом, то она существует как живая традиция поддержания высокого уровня этических стандартов данной профессии.. Во всех названных профессиях их представители постоянно сталкиваются с очень трудными морально-этическими коллизиями для разрешения которых недостаточно обыденного житейского опыта, и именно профессиональная этика есть тот коллективный моральный опыт, та коллективная нравственная мудрость, которые помогают рядовым членам профессии избегать ошибок при принятии этических решений. В связи с этим, невозможно переоценить роль подлинных учителей в таких профессиях, персонифицирующих саму эту живую традицию: «Клятва Гиппократата», «Клятва» Флоренс Найтингейл, как и теоретические построения этической науки (этика И.Канта, этика А.Швейцера). В зрелом виде профессиональная этика - это упорядоченные систематизированные морально-этические принципы и нормы, которые излагаются в форме этического кодекса. Этический кодекс, регулирует практику. Медицинская этика резко выделяется, если ее сравнивать с профессиональной этикой юристов, журналистов, педагогов и т.д. Во-первых, ни в какой другой профессии, кроме медицинской, нет столь авторитетной и отчетливой исторической традиции, знакомство с которой есть первая ступень освоения профессиональной этики врача. Во-вторых, в последние десятилетия именно в медицине профессиональная этика стала также и теоретической дисциплиной, получившей название «биомедицинская этика» или «биоэтика».

## ЛЕКЦИЯ 2. ИСТОРИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ (2 ч.)

1. Основные положения врачебной этики в истории медицины.
2. История медицинской этики в России.
3. Особенности медицинской этики в России в советский период.

### Литература:

1. *Гиппократ*. Избранные книги. М., СВАРОГ, 1994. С.87-130.
2. *Гусева Н.* Аюрведа - наука о жизни. - Наука и жизнь, № 5, 1969. С.63
3. *Нуралиев Ю.Н.* Абу Али Ибн-Сина и вопросы врачебной этики. – Клини. медиц., № 10, 1980. С. 113.
4. *Массарыгин А.* От молитвы до присяги. - Мед. газ. 25 июня 1989 г.
5. *Глязер Г.* О мышлении в медицине. М., Медицина, 1969. С. 29.
6. *Бэкон Ф.* О достоинстве и приумножении наук. Соб. соч. в 2-х томах, Т.1. Мысль, 1971. С. 268-269.
7. *Яровинский М.Я.* Взаимоотношения медицинских работников. Конспект лекций. - Медицинская помощь, №8, 1996. С. 33-36.
8. *Мудров М.Я.* Слово о способе учить и учиться медицине практической или деятельному врачебному искусству при постелях больных.- Хрестоматия по истории медицины. М., Медицина, 1968. С. 79-94.
9. *Копелев Л.З.* Святой доктор Федор Петрович. ПЕТРО-РИФ, 1993.
10. *Пирогов НИ.* О крестовоздвиженской общине. Собр. соч. в 8-ми томах. Т.6. М., Медгиз, 1961. С. 4
11. *Святая преподобномученица Елизавета.* Житие. Акафист. Храм Рождества Богородицы. С. Поярково /б.г./ С. 28.
12. *Вересаев В.В.* Записки врача. Предисловие к 12-му изд-во. Соч. в 4-х томах. М., Правда, 1985. С. 217-218..
13. *Семашко Н.А.* О врачебной тайне. Бюллетень НКЗ, №11, 1925. С.12.
14. *Петров Н.Н.* Вопросы хирургической деонтологии. 5-е изд. Л., Медгиз, 1956. С. 29-30.
15. *Блохин Н.Н.* Деонтология в онкологии. М.. Медицина, 1977.

1). Особый интерес представляет «Клятва» Гиппократа. Еще за 1500 лет до нашей эры врачи Древней Индии давали профессиональную клятву. Для европейской медицины и по сей день непреходящее значение имеют этические

наставления «отца медицины» Гиппократ (5-4 вв. до н.э.).

Основные положения клятвы Гиппократ следующие.

Уважение к жизни: «Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла, точно так же не вручу никакой женщине абортативного pessaria».

Цель медицины - благо больного: « В какой бы дом я и вошел, я войду туда только для пользы больного».

Не навреди: «Я направлю режим больных к их выгоде, воздерживаясь от причинения всякого вреда, и несправедливости».

Медицинская тайна: «Что бы при лечении, а так же и без лечения я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской, из того, что не следует разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной».

В книге «Об искусстве» говорится об отношении к неизлечимым и умирающим больным: «К тем, которые уже побеждены болезнью она (медицина) не протягивает своей руки».

В книге «О педагогике и приличном поведении» дается обоснование «святой лжи» в медицине: «Все...должно делать спокойно и умело, скрывая от больного многое в распоряжениях...».

В книге «Наставления» обсуждается вопрос о гонораре медиков, дается совет сначала оказывать помощь, заботиться о оплате своего труда: « Лучше упрекать спасенных, чем наперед обирать находящихся в опасности». По Гиппократу, философия, этика медицинского дела непременно предполагает элемент филантропии.

Неоднократно Гиппократ касается практики парамедиков (псевдоврачей), т.е. тех, кто, обладая профессиональной ловкостью, обманывает людей. «Их всякий может узнать по одежде и прочим украшениям». И в те времена парамедики подчеркивали свой «особый дар», владение эзотерическим знанием, доступным лишь посвященным. В отличие от них, школа Гиппократ представляет научную медицину.

Тема авторитета медицины, уважения медика к своей профессии проходит красной нитью через многие книги Гиппократ. «Медицина поистине есть самое

благородное из всех искусств» («Закон»). «Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и свое искусство» («Клятва»). Таким образом, Гиппократ предписывает медику держать под этическим контролем не только профессиональную деятельность, но и вести правильный образ жизни.

Медицинская этика занимала важное место и в древнеиндийском руководстве по медицине «Аюр-веда» (Книга жизни)- первые века нашей эры. Здесь можно найти, в частности, такие требования к облику медика : « Твои ногти и волосы должны быть коротко острижены, одежду носи только чистую и белую, украшений не надевай». Своеобразным мостом от античной медицины к медицине эпохи Возрождения и далее к современной медицине явилось наследие арабских врачей. Особенно велика роль монументального «Канона врачебной науки» Авиценны (10 – 11 вв.). Врач, философ и поэт Авиценна так говорил о медицинской тайне: «Оберегай тайну от всех расспрашивающих... Пленница твоя - твоя тайна, если ты сберег ее; и ты пленник ее, если она обнаружилась».

Другой крупнейший медик этой эпохи Маймонид (12 век) в своей «Молитве врача», в частности, говорил: «...Даруй мне, о Боже, кротость и терпение с капризными и своенравными больными... Не допусти, чтобы жажда к наживе, погоня за славой и почестями примешивалась к моему призванию... Укрепи силу сердца моего, чтобы оно всегда было одинаково готово служить бедному и богатому, другу и врагу, доброму и злому...».

Если учесть, что в современной медицинской этике больше всего дискуссий вызывают вопросы «на грани жизни и смерти», то следует обратить внимание на взгляды английского философа 17-го века Ф.Бэкона. Ф.Бэкон писал, что профессиональным долгом врачей является помощь как при излечимых, так и при неизлечимых болезнях, что в будущем в медицине должно получить развитие направление «Помощь умирающим». Обеспечение безболезненного и спокойного умирания Ф.Бэкон называл греческим словом «эвтаназия», буквально – «хорошая смерть».

Вероятно, первый учебник по медицинской этике был создан в Великобритании Т. Персиваль «Медицинская этика. О профессиональном поведении, относящемся к больницам и другим медицинским

благотворительным учреждениям» (1797, 1803). Вот некоторые фрагменты этого труда, оказавшего большое влияние на медицинскую практику также и в США: «Медики любого благотворительного учреждения являются в какой-то степени хранителями чести друг друга. Поэтому, ни один врач или хирург не должен открыто говорить о происшествиях в больнице, что может нанести вред репутации кого-нибудь из его коллег... Нельзя вести себя эгоистично, стараясь прямо или косвенно уронить доверие пациента к врачу или хирургу. Однако, бывают случаи, когда энергичное вмешательство не только оправданно, но и необходимо. Когда ловкое невежество злоупотребляет доверием больного; когда пренебрежительное отношение к больному приводит к опасности для его жизни или спешка приводит к еще большей опасности...».

2). Излагая кратко историю медицинской этики в России, прежде всего, следует сказать о М. Я. Мудрове - первая треть 19-го века. Бессменный декан медицинского факультета Московского Университета. Он переизбирался 5 раз, переводчик Гиппократа - Мудров говорил студентам о его трудах: «Сию главу надо читать на коленях!». Этические наставления Мудрова сначала касаются образа жизни медиков: чистоплотности, опрятности одежды, жилища, особых требований к их речи и к тому, что в современном сестринском деле называется «языком тела». Далее Мудров говорит о необходимых моральных качествах медика: «...готовность помощи во всякое время, и днем, и ночью, ...бескорыстие, снисхождение к погрешностям больных,...вежливая важность с высшими: разговор только о нужном и полезном,...веселость без смеха и шуток при счастливом ходе болезни; хранение тайны и скрытность при болезнях предосудительных; молчание о виденных или слышанных семейных беспорядках, ...радушное принятие доброго совета, ...удаление от суеверия...». Вот как Мудров решает вопрос об информировании неизлечимых больных: «Обещать исцеление в болезни неизлечимой есть знак или незнающего, или бесчестного врача». Наконец, приведем слова Мудрова о призвании медика: «Кто не хочет идти сим многотрудным путем, кто звания сего не хочет нести с прилежностью до конца дней своих, кто не призван к оному, но упал, в оное препнувшись, тот оставь заблаговременно священные места сии и возвратись

восвояси».

Почти пятидесятилетняя жизнь в России, медицинская и общественная деятельность немецкого врача истового католика Фридриха Йозефа Гааза (первая половина 19-го века) есть подлинный пример нравственной гениальности в человеческой истории. Он любил говорить: «Я сначала христианин, а потом уже врач». Он широко известен своим девизом: «Спешите делать добро!». В 1994 году московские католики подняли вопрос об официальной канонизации римско-католической церковью «святого доктора Федора Петровича», как звали его в России. Главный урок медицинской этики, оставленный нам доктором Гаазом, который в течение четверти века состоял главным врачом московских тюрем: заключенные также имеют право на гуманное отношение и качественное медицинское обслуживание. В 1982 году Генеральная Ассамблея ООН официально одобрила «Принципы медицинской этики», сделавшие такой подход к заключенным нормой международного права.

Как известно, становление самостоятельной сестринской профессии произошло в 19 веке, причем России здесь, наряду с Великобританией, принадлежала лидирующая роль. В 1822 году Х.Опель издает «Руководство и правила, как ходить за больными, в пользу каждого, сим делом занимающегося, а наипаче для сердобольных вдов, званию сему особо себя посвятивших», в котором дает определение миссии сестринского дела: «Без надлежащего хождения и смотра за больными и самый искусный врач мало, или никакого даже, в восстановлении здоровья или отвращения смерти сделать не может... хожатый есть исполнитель или необходимое только орудие, от верности и точности коего много зависит успех врачевания...». Особая страница в истории отечественной медицины - движение сестер милосердия, возникшее в ходе Крымской войны (1853-1856 гг.). Н.И.Пирогов писал о сестре милосердия Е.М.Бакуниной: «Она сделалась примером терпения и неустанного труда для всех сестер общины. Вся ее личность дышала истиной. Полная гармония царствовала между ее чувствами и ее действиями. Она точно составляла слиток всего возвышенного». А вот слова И.С. Тургенева о погибшей от тифа в годы русско - турецкой войны (1877-1878 гг.) баронессе Ю.Вревской: «Такая сила,

такая жажда жертвы. Помогать нуждающимся в помощи... она не видела другого счастья. И вся пылая огнем неугасимой веры, отдалась на служение ближним».

Последние два десятилетия 19-го века постоянное внимание медицинской этике уделяла газета «Врач», созданная В.А. Манассеиным. которого современники называли «рыцарем врачебной этики». Манассеин был принципиальным бессребренником, он создал своеобразную «кассу взаимопомощи» медиков, каждый врач присылал в редакцию «Врача» ежегодно 1 рубль - знаменитый «манассеинский рубль». В газете «Врач» обсуждались вопросы медицинской этики, актуальные и в наши дни: этические нормы экспериментальных медицинских исследований, в особенности - на умирающих, заключенных; разоблачение «бесстыдной обманной медицинской рекламы»; несовместимость миссии медицины с участием ее в смертной казни; отступления отдельных врачей от древнего обычая - лечить коллег бесплатно и т.д. Особенно характерен взгляд Манассеина на медицинскую тайну, которая, с его точки зрения, не должна разглашаться ни при каких обстоятельствах как тайна исповеди. Иную позицию отстаивал в России в те годы крупнейший юрист А.Ф.Кони: медицинская тайна, как и адвокатская, коммерческая и др. - это тайна обязательная, однако в особых случаях, например, при расследовании преступлений, для нее должны быть сделаны исключения.

В самом начале 20 века были впервые напечатаны «Записки врача» В.В.Вересаева - произведение, значение которого для студентов - медиков невозможно переоценить. Здесь мы находим в художественно-публицистической форме запечатленный опыт души молодого человека, шаг за шагом входящего в мир медицины. Среди многих актуальных и по сей день сюжетов этой книги отметим следующие: методы и критерии качества подготовки специалистов в медицине; престиж и авторитет медицины; профессиональные медицинские ошибки; морально - этические аспекты вскрытий; «цена» экспериментальных медицинских исследований на людях и т.д.

3). После 1917 года вся система здравоохранения в России подверглась коренной реформе. В 20-е годы в нашей стране все больше стал распространяться

официальный взгляд "на профессиональную медицинскую этику как «пережиток капитализма». Создание в стране всеобъемлющей государственной системы здравоохранения, в которой практически все врачи и медсестры по своему социальному положению становились государственными служащими, потребовало преимущественно административного управления всем медицинским делом. То есть, медицинская этика в функциональном отношении как бы стала ненужной. К тому же, принципы классической медицинской этики, сутью которой было уважение к больному, к его личности, противоречили новой системе ценностей, началом начал которой были интересы коллектива, а не личности. Первый нарком здравоохранения Н.А.Семашко неоднократно повторял: «Мы держим курс на полное уничтожение врачебной тайны. Врачебной тайны не должно быть».

На фоне официально насаждаемого этического нигилизма в отечественной медицине в 30-40-е годы появляются работы одного из основоположников отечественной онкологии Н.Н.Петрова, посвященные медицинской деонтологии. Согласно Петрову, медицинская деонтология - это правила поведения медицинского персонала, направленного исключительно на максимальное повышение суммы полезности лечения и максимальное устранение вредных последствий неполноценной медицинской работы. В своей книге «Вопросы хирургической деонтологии» (1944) Петров, в частности, писал: «Особенное место занимает в хирургическом учреждении операционная сестра... Погрешности в ее работе приводят к самым тяжелым последствиям... Операционную сестру надо воспитать так, чтобы она и после многих лет работы не переставала учиться... Операционная сестра не должна мириться с нарушением асептики в ее операционной с чьей бы то ни было стороны, хотя бы со стороны ведущего хирурга... Операционная сестра во время операции не должна ждать, чтобы у нее спросили тот или иной инструмент; следя за операцией, она подает то, что нужно, раньше, чем спросят, и тем в высокой степени содействует художественному выполнению операции».

Хирургическая деонтология, по Петрову, это оптимальная организация всех звеньев хирургической работы, где в органической связи рассматриваются

административно-управленческие, собственно профессиональные медико-технические, педагогические, психологические и морально-этические вопросы. Особенно следует подчеркнуть, что выдающийся отечественный хирург выделяет вопрос – «информирование больного». В целом же, книга Н.Н.Петрова есть утверждение прежде всего таких принципов медицинской этики, как «не причинение вреда» и «уважение к профессии».

В нашей стране, по аналогии с работой Н.Н.Петрова, в 70-80-е годы были написаны работы о деонтологии в онкологии, акушерстве и гинекологии, психиатрии. Эти работы, а также работы выдающихся клиницистов Ф.Билибина. И.А.Кассирского. Е.М.Тареева и др., посвященные морально-этической проблематике в медицине, лишь отчасти могли противостоять причинам, направленным на ослабление этического начала в отечественном здравоохранении. К названным выше причинам, преимущественно административный характер управления медицинским делом в нашей стране и диктат господствующей идеологии, необходимо добавить еще одну причину - изоляцию наших медиков от мирового медицинского сообщества.

В определенном смысле начало современного этапа в истории медицинской этики связано со второй мировой войной. Пеле войны мир узнал о преступлениях фашистской антимедицины. Речь идет о практике врачебной экспертизы, действием которой были массовые убийства, подчас тоже маскируемые под медицинские процедуры, вместо лечения, о массовых заражениях мирного населения оккупированных территорий инфекционными болезнями, о насильственных «акциях эвтаназии», поначалу только в отношении неизлечимо больных немцев, а потом и в отношении лиц других национальностей, о насильственной медицинской стерилизации, о недобровольных медицинских экспериментах на военнопленных разных национальностей, кроме немцев и т.д. С 25 октября 1946 года по 19 июля 1947 года Первый Военный Трибунал США в г.Нюрнберге рассматривал «Дело медиков», суду были преданы 23 человека. В приговоре нацистским врачам почти все были приговорены к смертной казни, был сформулирован знаменитый «Нюрнбергский кодекс» - 10 правил, своего рода этическая азбука, проведения

медико-биологических экспериментов на людях. В этом же 1947 году возникла Всемирная Медицинская Ассоциация (ВМА) - международная неправительственная организация врачей, которая в 1948 году приняла «Женевскую декларацию» - современный аналог «Клятвы» Гиппократов. Здесь, в частности, говорится, что даже под угрозой врач не вправе поступать вопреки требованиям гуманности, что в профессиональной деятельности он должен руководствоваться высочайшим уважением к человеческой жизни с момента зачатия, что ни цвет кожи, ни национальная принадлежность и т.д. не должны отрицательно влиять на выполнение им профессионального долга. В 1949 году ВМА принимает более подробный Международный кодекс медицинской этики где, в частности, говорится : «Врач должен быть честен с пациентами и коллегами, должен разоблачать обман и мошенничество... Неэтичными признаются самореклама врача, кроме тех случаев, когда это разрешено законодательством данной страны и Кодексом Этики Национальной медицинской ассоциации. Врач должен уважать права пациента, коллег, другого медицинского персонала... Врач должен удостоверять только то, что он сам проверил... Врач должен соблюдать в абсолютной тайне все, что он знает о своем пациенте, даже после смерти последнего...».

С тех пор, вот уже на протяжении полувека своей истории, ВМА приняла десятки этических документов - Хельсинкскую декларацию (Биомедицинские исследования на людях -1964г.), Сиднейскую декларацию относительно смерти (1968 г.), Декларацию Осло о медицинском аборте (1970 г.), Лиссабонскую декларацию о правах пациента (1981 г.) и т.д. Используя профессиональный, социальный и духовный опыт всего мирового врачебного сообщества, лучших экспертов в области медицины, а также в других областях науки, ВМА стала своего рода Всемирной Лабораторией современной медицинской этики. В последние годы появились публикации, исследования по биоэтике, с формированием которой традиционная медицинская этика превратилась в особую отдельную науку.

## ЛЕКЦИЯ 3. БИОЭТИКА – СОВРЕМЕННЫЙ ЭТАП РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ (2 ч.)

1. Биоэтика, ее предмет и причины возникновения.
2. Подходы к биоэтике и ее этапы.
3. Биоэтика как социальный институт.

### Литература:

1. Введение в биоэтику / Под ред. Б.Г. Юдина. М., 1998.
2. Биоэтика: принципы, правила, проблемы / Под ред. Б.Г. Юдина. М., 1998.
3. Биомедицинская этика / Под ред. В.И. Покровского. М., 1997.
4. Медицинская этика / Под ред. Ю.М. Лопухина. М., 2004.
5. Лопухин Ю.М. Биоэтика // Вестник АМН СССР. №9, 1993. С. 41-47.
6. Юдин Б.Г. Социальная институционализация биоэтики / Биоэтика: проблемы и перспективы. М., 1992. С. 112-1123.

1). Термин «биоэтика» дословно означает этика жизни. Сам термин является информативным. Базовым для биоэтики является понятие «биологическое». Биологическое же определяется в смысле как природное, естественное, под которым понимаются общие природные закономерности существования живого, т.е. способность живого жить, где жизнь представляет собой совокупность функций, сопротивляющихся смерти. «Этическое» же определяется природной закономерностью сохранения и развития жизни, иными словами это есть регуляция человеческих отношений.

Зигмунд Фрейд – австрийский врач-невропатолог и психиатр (20 век) писал, что «все завоевания культуры, и, прежде всего, морально-этические нормы, произошли из необходимости защититься себя от подавляющей сверхмощи природы». Именно по причине опасностей, которыми грозит человеку природа, люди объединяются и создают культуру. Таким образом, можно свидетельствовать, что этическое являясь неотъемлемой частью культуры, есть своеобразная форма защиты от разрушительных начал природно-биологического. Но человек не знает границ своей деятельности, в связи, с чем возникает потребность защитить природу от подавляющей

сверхмощи культуры, создающейся человеком. При этом необходимо обратить на то, о чем свидетельствовал Мартин Хайдеггер – немецкий мыслитель 19 века, что опасна не техника сама по себе. «Угроза исходит от человека, от свободы его правосознания, от забвения подлинной «естественности» человека».

На защиту природы и самого человека, так как человек является составной частью природы, обратил внимание американский биолог Ван Ранселер Поттер. Он выступал за то, что человечеству необходима новая мудрость. И такое знание о выживании, улучшении условий жизни человека Поттер видел в биоэтике. Термин «биоэтика» был введен Поттером в начале 1970-х годов и первоначально означал «соединение биологического знания и человеческих ценностей», что подразумевало своего рода этическую экспертизу всех биологических наук – агрономии, экологии, медицины и т.д.

В последующие годы под биоэтикой стали понимать философские, религиозные, этические проблемы, возникающие при биомедицинских исследованиях на живых объектах, при применении новейших медицинских технологий, реанимации, искусственного оплодотворения, трансплантации органов и т.д. Нередко термин «биоэтика» употребляется как тождественный терминам «современная медицинская этика» и «биомедицинская этика».

Ведущую роль в формировании биоэтики в 70-90-е годы 20 века сыграли две причины. Первая причина это современный прогресс медико-биологических наук, новейшие медицинские технологии. Вторая причина находится вне медицины и даже вне науки в целом. Это все большее распространение в современном мире правозащитной идеологии. Успехи движений за права национальных меньшинств, женщин, инвалидов и т.д., в конце концов, изменили общественное сознание. Распространение правозащитных идей на медицину и стало второй причиной возникновения биоэтики.

Биоэтика, являясь прямым продолжением профессиональной медицинской этики, есть особое направление современных философских, этических исследований. В русле этих исследований преимущественно осмысливаются

морально-этические дилеммы, порожденные развитием медико-биологических наук в последнюю треть 20 века. Эти биоэтические исследования, прежде всего, сосредоточены на границе жизни и смерти на тех проблемных ситуациях, которые возникают в связи с медицинскими вмешательствами в процессы зарождения и умирания человека. Основные из этих проблемных ситуаций это искусственное оплодотворение; искусственный аборт; применение контрацептивных средств, в том числе стерилизация; состояния, возникающие при реанимации и интенсивной терапии (смерть мозга, стойкое вегетативное состояние); эвтаназия; отказ у умирающего больного от экстраординарных медицинских мер.

Другие направления биоэтических исследований связаны с практикой биомедицинских экспериментов на людях, трансплантацией органов, применением методов медицинской генетики, оказанием психиатрической помощи. В этих проблемных ситуациях, которые изучаются в биоэтике, не существует простых алгоритмов их разрешения. Объединяющим для всех этих проблемных ситуаций является то, что их разрешение предполагает альтернативные подходы, потому что вопрос критериев добра и зла остается открытым. Предметом изучения биоэтики как раз и являются морально-этические дилеммы современной медицины, под которыми подразумевается выбор между равнозначными, равноценными ценностями. Поиск выхода из таких дилемм это не просто выбор того или иного врача, это человечество перед выбором.

2). Биоэтика как научная и учебная дисциплина есть, прежде всего, грамотная постановка морально-этических дилемм современной медицины как биоэтических вопросов.

Во-первых, грамотная постановка биоэтических вопросов означает комплексный, междисциплинарный подход к ним. Биоэтика это междисциплинарная область знаний, в которой одинаково важен компетентный голос, как специалистов-медиков, так и философов, этиков, юристов, социологов, психологов, демографов и т.д. Так в качестве примера возьмем – состояние смерти мозга, когда необратимо отсутствуют все функции

головного мозга при сохраняющейся деятельности сердца. Жив этот человек или мертв? Квалифицированный анализ данного вопроса требует основательных знаний об анатомии и физиологии мозга, о клинической неврологии, о применении таких методов, как электроэнцефалография (проверка электрической активности мозга), ангиография (...кровообращения мозга) и т.д., а так же требует солидной философской, юридическо-правовой подготовки.

Во-вторых, грамотная постановка вопросов биоэтики требует учитывать социокультурный контекст. И, прежде, необходимо иметь в виду трактовку этих вопросов в свете религиозной морали. Так, авторитеты католицизма считают возможным отождествление смерти мозга и смерти самого человека, а авторитеты иудаизма считают таких пациентов живыми. Кроме того, в социальном плане биоэтические вопросы решаются преимущественно на основе международного консенсуса. Помимо данных подходов (междисциплинарный, международный, социокультурный), которыми характеризуется биоэтика, следует обратить внимание еще на одну не менее важную особенность биоэтики. Отдельные положения биомедицинской этики как научной дисциплины и прикладной этики со временем могут подвергаться пересмотру, развитию. Остановимся на этой особенности подробнее.

До возникновения биоэтики «Клятва» Гиппократов была средоточием неизменных, как бы вечных, морально-этических ценностей медицинской профессии. Биоэтика же возникла потому, что в современном обществе, современной медицине по некоторым морально-этическим вопросам обнаружился конфликт между духом и буквой «Клятвы Гиппократов».

Возьмем гиппократов принцип уважения к жизни: «Я не дам никому просимого у меня смертельного средства...». Наиболее существенным отступлением от этики Гиппократов в современной медицине допускается в отношении искусственных абортов. Таким образом, биоэтика это, в определенном смысле, новая этика в медицине, причем она постоянно открыта изменениям, дополнениям, уточнениям.

Итак, есть ли различие между понятиями «медицинская этика» и

«биоэтика»? С одной стороны, такого различия нет. В настоящее время по поводу практически всех биоэтических вопросов имеются нормативные документы ВМА, в которых с учетом морально-этической противоречивости каждой из проблемных ситуаций, даются рекомендации – это есть нормы и стандарты современной медицинской этики.

С другой стороны, биоэтика это не только профессиональная этика медиков. Категория прав человека имеет общегуманитарное содержание, является, образно говоря, «осью сознания» всего современного человечества. А так как категория прав является важнейшей категорией биоэтики (права пациента), и она выходит за рамки медицины, то биоэтические вопросы являются одновременно и вопросами права, богословия. Затрагивают политические интересы и т.д. Поэтому наиболее точным термином, обозначающим нашу дисциплину, следует считать термин «биомедицинская этика», однако в зависимости от контекста мы будем употреблять и два других термина - «биоэтика» и «медицинская этика».

Несмотря на то, что история биоэтики насчитывает только более 30 лет, в ее развитии можно выделить два этапа. В 70-е годы биоэтические исследования были, в основном, сосредоточены на отношении «медик – пациент» с акцентом на гарантиях, защите прав человека в современной медицине. В 80-е годы интенсивные биоэтические исследования распространяются и на отношение «медицина – общество» с акцентом на проблеме социальной справедливости.

3). Биоэтика является не только научной дисциплиной, но и социальным институтом. Формы институционализации различны: существуют центры биоэтических исследований (например, Гастингский центр в США); уже много лет издаются специализированные журналы (например, в США – «Доклады Гастингского центра», в Великобритании – «Бюллетень медицинской этики»). Наиболее ярким выражением институционализации биоэтики является возникновение во многих странах независимых этических комитетов, которые выполняют, в основном, консультативные, образовательные, просветительские функции, но иногда наделены властными полномочиями.

Первое в международной практике упоминание о «специальном комитете», главная цель которого определялась как защита прав, достоинства, а также физического и психического благополучия испытуемых, содержится в редакции текста «Хельсинской декларации». Принятой ВМА в октябре 1975г. В Токио. Согласно этой декларации, такой комитет должен быть «независимым, то есть не связанным ни с исследователем, ни с финансирующей данное исследование структурой; органом, действующим в соответствии с законодательством страны».

Вслед за принятием редакции текста «Декларации» последовало принятие целого ряда национальных и международных документов, регламентирующих вопросы организации и основные направления деятельности этических комитетов.

Прототипы этических комитетов впервые возникли в США в 50-е годы. Это были «экспертные комитеты», в задачу которых входила экспертная оценка того или иного исследования. В качестве своеобразного механизма осуществления подобной оценки научных исследований Федеральный закон США определил так называемые «наблюдательные советы учреждения» (IRB), которые призваны выполнять функции этических комитетов. Согласно Федеральному законодательству США, в состав IRB должны входить не менее пяти человек, включая юриста и «представителя общественности». Кроме того, закон выдвигает требование, согласно которому остальные члены не должны являться представителями только того учреждения, на базе которого предполагается проводить исследование, и не должны представлять одну профессию. Федеральное законодательство США наделяет эти комитеты полномочиями запрещать проведение тех или иных медико-биологических и поведенческих исследований, которые, по мнению его членов, нарушают этические принципы и нормы.

Другой разновидностью этических комитетов являются «больничные этические комитеты», которые действуют при учреждениях практического здравоохранения. Если этические комитеты по этике исследования занимаются в основном этической экспертизой протоколов научных исследований и

экспериментов на людях, то деятельность больничных этических комитетов направлена на оказание помощи – главным образом консультативной – врачам и пациентам в разрешении различного рода этических проблем, возникающих в процессе лечения. Еще одной отличительной особенностью больничных этических комитетов является то, что процедуры их создания и деятельности регламентируется не законодательно, а принятием соответствующего решения администрацией того учреждения, при котором они создаются и функционируют.

Третьей основной разновидностью американской модели этических комитетов является созданная в июле 1996 г. «Национальная консультативная комиссия по биоэтике» при Президенте США. Она выполняет роль своеобразного этического комитета общенационального уровня.

В европейских странах различные этические комитеты начали создаваться с конца 70-х годов. Их отличительной особенностью, позволяющей говорить о европейской модели этических комитетов, является то, что процессы их создания и деятельности регламентируются не законом, а решением того или иного профессионального объединения медиков.

Существуют общие черты, характерные для деятельности этических комитетов в различных европейских странах. Так, можно говорить о том, что основная работа по защите прав, достоинства и благополучия испытуемых осуществляется этическими комитетами регионального или местного уровня. В большинстве европейских стран существуют также этические комитеты национального уровня, но их нельзя назвать в собственном смысле этическими комитетами, так как они выполняют несколько иные функции. Так например, Центральный научно-этический наблюдательный комитет в Дании ориентирован на осуществление диалога с общественностью, ее образование в области биоэтики, Национальный совет по медицинской этике в Швеции на консультирование правительств и парламентов своих стран по вопросам медицинской этике.

По-разному организуется и деятельность собственно этических комитетов регионального или местного уровня. В одних странах их члены избираются, в

других – назначаются; в одних работа осуществляется на общественных началах, в других – оплачивается.

Рассмотренные модели обладают как преимуществами, так и недостатками, но главное то, что все они создаются и действуют с одной целью – защитить права и интересы испытуемых и пациентов. Очевидно, что возникновение этических комитетов – это введение дополнительного общественного контроля за современной медицинской практикой, поскольку она делает уязвимыми права человека на жизнь, на охрану здоровья.

В России этические комитеты стали формироваться лишь в начале 90-х годов, и до сих пор их деятельность находится в зачаточном состоянии. Главная проблема, связанная с созданием и функционированием в России этических комитетов, заключается не в том, какую именно модель следует положить в основу организации деятельности этических комитетов, а в том, чтобы эта модель существовала и отвечала международным стандартам. До настоящего времени ни в одном нормативном документе России нет положения об обязательности этической экспертизы любого медико-биологического исследовательского проекта. Именно это не дает этическим комитетам РФ возможности контролировать практику биомедицинских экспериментов, вплоть до приостановки и даже запрещения тех, в которых испытуемые могут подвергаться неоправданному риску.

Биоэтика в странах Европы и Америки функционирует как социальный институт, деятельность которого развивается в следующих направлениях: движение от широких кругов населения, проявляющего интерес к проблемам биоэтики; возникновение и формирование этических комитетов при лечебных учреждениях; наличие правовых механизмов контроля, дополняющих этические механизмы; биоэтическое образование; научные исследования по биоэтике. Судьба же биоэтики в России складывается трудно. Это касается не только общественного мнения, но и медицины и основной причиной является недостаточность научных знаний в этой области.

## ЛЕКЦИЯ 4. ПРИНЦИПЫ И ПРАВИЛА БИОЭТИКИ (2 ч.)

1. Основные принципы биоэтики: принцип гуманности, уважения автономии пациента; не навреди; благодеяния, справедливости.
2. Правила биоэтики: правдивости, конфиденциальности, информированного согласия.

### Литература:

1. Биоэтика: принципы, правила, проблемы / Под ред. Б.Г. Юдина. М., 1998. С. 5-72, 256-263.
2. *Кемпбелл А., Джиллетт Г.* Медицинская этика. М., 2005. С. 24-34, 39-48.
3. *Покуленко Т.А.* Принцип информированного согласия и вызов патернализму // Вопросы философии. 1994. № 3. С. 73-77.
4. *Тищенко П.Д.* Феномен биоэтики // вопросы философии. 1992. № 3. С. 104-113.
5. *Тищенко П.Д.* К началам биоэтики // Вопросы философии. 1994. № 3. С. 62-67.

1). Биомедицинская этика — это поле междисциплинарных научных исследований, где необходима основательная медицинская и одновременно философская, религиозная, юридическая и другая подготовка. Превратившись в научную дисциплину, она развивает научный аппарат, использует при осмыслении проблемных ситуаций возможности научного дискурса. К основным ее принципам относятся принцип гуманности, уважение автономии пациента, не причинение вреда, благодеяние, справедливость.

Принцип гуманности, уважения автономии пациента является основополагающим принципом биоэтики. Понять сущность данного принципа поможет его расшифровка. Для начала необходимо уяснить, что означает гуманизм. Гуманизм - это принцип мировоззрения, согласно которому человек есть высшая ценность. Хотя термин «гуманизм» появляется только в эпоху Возрождения, идея гуманности, человеколюбия была четко выражена уже в «золотом правиле нравственности» (известно с середины 1-го тысячелетия до н.э.): поступай по отношению к другим так, как ты хотел, чтобы они поступали по отношению к тебе. Характерно, что и «Клятвы» Гиппократовы, вся пронизанная

духом гуманности, появляется тоже в это время.

Гуманность, милосердие есть высшая этическая ценность медицинских профессий. Во-первых, дух гуманности воплощен в основных целях врачебной профессии, а совокупность этих целей и есть их миссия в обществе. Миссия медицинской профессии - уважение к жизни человек, начиная с момента зачатия, сохранение, защита, восстановление здоровья пациента, облегчение его страданий.

В трактовке принципа гуманизма в современной медицине имеется новый акцент. Согласно биомедицинской этике гуманность отношения медика к пациенту предполагает уважение его человеческого достоинства, его моральной автономии. Автономия (греч. autos - сам, nomos – закон) - самоуправление. В Древней Греции это слово означало право государства принимать свои собственные законы. В этике речь идет об автономии человека, что означает самоопределение личности, присущую ей нравственную свободу, ее право самостоятельно и ответственно решать различные вопросы своей жизни, например, касающиеся своего здоровья.

Это отнюдь не означает, что до возникновения биоэтики понятие уважения личности пациента было совсем неизвестно медикам. Это означает лишь то, что в современной медицине принцип автономии приобрел довлеющее значение, что категория прав пациента, которая есть конкретизация данного принципа, стала важнейшей категорией биоэтики и современного медицинского права.

Первый кодекс прав пациента был принят в США в 1972 году. В 1981 году ВМА приняла «Лиссабонскую декларацию о правах пациента» провозглашается его право на:

- выбор врача (причем такого, который обладает профессиональной независимостью);
- согласие или отказ в отношении предлагаемого лечения после получения адекватной информации;
- достойную смерть;

-духовное или моральное утешение, включая помощь представителя соответствующей религии.

В 1995 году ВМА одобрила новую, расширенную Декларацию о правах пациента. В нашей стране содержание прав пациента нашло отражение в законодательных актах и, прежде всего, в «Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан».

В литературе по биомедицинской этике выделяются следующие аспекты автономии пациента:

- уважение личности пациента, недопустимость навязывания ему медицинской сестрой (как и врачом) своих религиозных, философских воззрений, политических пристрастий и т.д.;

- представление ему необходимой информации (правдивость в отношениях с ним);

- возможность выбора из альтернативных вариантов;

- самостоятельность в принятии решений;

- возможность осуществления контроля за ходом исследования или (и) лечения;

- вовлеченность пациента в процесс оказания ему медицинской помощи.

С принципом гуманности, уважения автономии пациента связаны правила правдивости, конфиденциальности и информированного согласия, о которых речь пойдет позже.

Принцип не причинения вреда является старейшим в медицинской этике. В латинской формулировке он выглядит так: «Primum non nocere», что значит: «Прежде всего — не навреди». С незапамятных времен известно, что используемые в медицинском деле нож, лекарство и слово при неумелом применении могут принести вред больному. Уже законодательство первых государств в странах Древнего Востока определяло меру ответственности лекаря в таких случаях. Например, согласно законам древневавилонского царя Хаммурапи (18 век до н.э.), лекарь, удалявший бельмо и повредивший при этом

глаз, лишался руки. Может быть, суровость этого варварского принципа справедливости («Равное за равное» - талион) была одной из причин формирования профессиональной медицинской этики, в основу которой положена заповедь «Прежде всего - не вредить!».

В массовом сознании в сознании пациентов медико-этический принцип не причинения вреда просто напросто отождествляется с медицинской этикой в целом. Специалист - медик обязан иметь более глубокое, более конкретное представление об этом принципе. Всем известная формула «Primum non nocere!» подчеркивает, что моральный и профессиональный долг медицинского работника заключается в том, чтобы как минимум не нанести пациенту ущерба. В то же время абсолютизация этого принципа делает врача нерешительным, профессионально пассивным. Вот почему запретительный негативный принцип не причинения вреда в современной биомедицинской этике дополняется позитивным принципом благодеяния.

Углубленный анализ принципа не причинения вреда требует описания различных видов вреда, который медицинские работники могут причинить своим пациентам; обнаруживает переплетение морально-этического и юридическо-правового аспектов самого понятия «вред» («ущерб»); выявления соотношения субъективного и объективного моментов в данном понятии и т.д. Различные аспекты понятия "вред" подробно анализируются юристами. Вред здоровью пациента - это и причиненные ему боль и страдания, и потеря трудоспособности, и, может быть, неизгладимое обезображивание лица и т.д. Крайняя степень вреда здоровью пациента - его смерть. Вред благополучию пациента - это и вред его здоровью, и имущественный (материальный) вред и собственно моральный вред. Имущественный вред - это и потеря заработка, и расходы на усиленное питание, приобретение лекарств, протезирование, санаторно - курортное лечение (включая стоимость проезда), приобретение специальных транспортных средств и т.д. Пример собственно морального вреда - душевные страдания пациента по причине разглашения медицинской тайны. Как в морально-этическом, так и в юридическо-правовом отношениях исключительно важно разграничение

прямого и косвенного вреда, который может быть нанесен здоровью, благополучию пациента в условиях современной медицинской практики. Пример прямого вреда: медсестра ввела пациенту раствор цианистой ртути вместо внешне похожего раствора новокаина. Пример косвенного вреда: пациенту ампутируют пораженную саркомой ногу, хотя ее функция еще достаточно сохранена. Прямой вред нанесенный здоровью, благополучию пациентов, большей частью зависит от воли медицинского работника, то есть субъективный момент в его происхождении превалирует. Иногда может иметь место прямой злой, преступный умысел медика. Иными словами, есть виды преступлений, которые, будучи совершенными медицинскими работниками с использованием профессиональных знаний или даже при исполнении профессиональных обязанностей, являются одновременно вопиющим нарушением заповеди «Прежде всего - не вредить!». Как это ни кажется чудовищным, но в действительности нельзя исключить того, что некоторые медики, находясь при исполнении профессиональных обязанностей, могут совершить умышленные деяния, прямо запрещенные Уголовным Кодексом РФ: убийство (статья 105); умышленное причинение вреда здоровью (статьи 111-113); изнасилование (статья 131); незаконное помещение в психиатрический стационар (статья 128); принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации (статья 120); разглашение тайны усыновления - удочерения (статья 155); подмена ребенка (статья 153); хищение либо вымогательство наркотических средств или психотропных веществ (статья 229) и т.д. Итак, вред применительно к сфере биомедицины, главным образом в деятельности врача, его взаимоотношениях с пациентами представлен в виде следующих форм, в зависимости от того, чем он вызван:

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

Первые три формы можно отнести к прямому вреду, в происхождении

которого превалирует субъективный момент. Объективно необходимый вред считают косвенным. Если вред от профессионального бездействия медиков, их недобросовестности и некомпетентности в идеале может быть сведен к нулю, то косвенный — неизбежное зло и масштабы его имеют тенденцию к росту.

Как же морально оправдывается причинение вреда (зла) пациентам при оказании им медицинской помощи? Дело здесь в выборе меньшего зла. В современной биомедицинской этике есть правило двойного эффекта или пропорциональности, согласно которому побочный эффект никогда не может быть сам по себе целью, но лишь тем, с чем приходится мириться.

Принцип благодеяния является расширением и продолжением предыдущего, так что некоторые специалисты по биоэтике склонны объединить их. Однако между ними имеются различия. Принцип «твори благо» — норма, которая предполагает выполнение некоторых позитивных действий. Иногда он понимается как моральный идеал, а не моральное обязательство. Хотя следование ему заслуживает одобрения, нельзя считать аморальным и осуждать того, кто отказывается делать добро. Естественно, в этических теориях обязанность делать добро обосновывается по-разному. В целом врачи должны обеспечить здоровье пациентов: задача здравоохранения предупредить его потерю и, если возможно, восстановить утраченное.

Принцип справедливости можно сформулировать примерно так: «Каждый должен получать то, что ему причитается». Он предназначен для ориентировки в ситуациях, когда оценки, решения и действия индивида затрагивают многих людей, различные социальные группы. Основная проблема, возникающая при этом, — понять, каковы те характеристики и качества нуждающихся (или, наоборот, несущих затраты), которые необходимо принимать в расчет, иными словами, выявить критерий распределения. Известен восходящий к Аристотелю критерий справедливости «Равные должны рассматриваться равно, а неравные должны рассматриваться неравно», против которого трудно что-либо возразить. Его называют элементарным, минимальным или формальным критерием справедливости.

Русский философ и теоретик права И. А. Ильин существеннейшими признаками справедливости считал беспристрастность и неравенство. В каком же смысле справедливо неравенство? Во-первых, если это результат беспристрастного применения одних и тех же мерок к оценке конкурирующих индивидов с неравными способностями, талантами, экономическими и иными возможностями, т. е. возникающее после «честной» конкуренции неравенство справедливо. Во-вторых, если устойчивым мерилom признается неравенство как существенное человеческое различие. В любом обществе имеются люди, неспособные конкурировать на равных вследствие не зависящих от них обстоятельств (дети, старики, инвалиды).

Невозможно найти абсолютный критерий, пригодный для всех случаев жизни. Принимая решения, нужно основываться на таких критериях, которые наиболее обоснованы в конкретной ситуации.

2). Правдивость является условием нормального общения и социального взаимодействия. Ложь разрушает координированность совместных действий, делает их фиктивными. Согласно учению И. Канта правдивость есть долг человека перед самим собой как моральным существом. Лгать означает уничтожать в себе человеческое достоинство. Кант настаивал на том, что во всех ситуациях быть правдивым (честным) представляет собой священную, безусловно повелевающую и никакими внешними требованиями не ограничиваемую заповедь разума.

Вопрос о праве говорить и знать правду отличается от вопроса о долге говорить и знать правду тем, что обсуждение как бы переносится из "внутреннего плана" ценностных ориентации личности во "внешний план" социальных взаимодействий. Таким образом, правда заключается в том, что медик не обладает полнотой истины и не имеет морального права разыгрывать перед пациентом роль некоего "бога", которому доступна истина во всей полноте.

Вопрос о том, целесообразно ли говорить правду, инструментален в том смысле, что он превращает правдивость или сокрытие правды в средство для

достижения некоторой внешней цели. Эти цели могут быть как психо-социальными, так и физическими (клинико-физиологическими).

Если правило правдивости обеспечивает открытость партнеров по социальному взаимодействию - врачей и пациентов, то правило конфиденциальности призвано предохранить эту ячейку общества от несанкционированного непосредственными участниками вторжения извне. Та информация о пациенте, которую он передает врачу или сам врач получает в результате обследований, не может быть передана третьим лицам без разрешения этого пациента.

Та личная информация, которую больной сообщает врачу или которую врач получает в результате обследований, не может быть передана третьим лицам без разрешения пациента. Правило врачебной тайны зафиксировано во многих этических кодексах, начиная с клятвы Гиппократова и заканчивая «Обещанием врача Российской Федерации». Но это этическое требование может прийти в противоречие с социальными ценностями или законными интересами и правами других людей. Подобные морально-этические дилеммы также рассматриваются современной биомедицинской этикой.

Есть еще один важный морально-этический аспект проблемы конфиденциальности в медицине: легкомысленное отношение к ней многих врачей, медсестер и т.д. подрывает престиж, авторитет медицины в обществе. Беда заключается в том, что подавляющее большинство случаев разглашения конфиденциальной медицинской информации ощущается "фиксируется" пациентами, их близкими, то есть обществом. Пусть население не ведет строгого учета всех случаев этого вида ятрогений, но отрицательный груз подобных этически-некомпетентных, непрофессиональных поступков, действий отдельных медиков так или иначе остается в обществе и оказывает негативное влияние на авторитет, престиж медицины, еще больше понижает социальный статус медицинских профессий.

В ныне действующих "Основах..." регламентация вопроса содержится в статье 13. Право на конфиденциальность указывается как одно из

прав пациента. Здесь хотелось бы выделить строки Закона: «Гражданину должна быть подтверждена гарантия конфиденциальности передаваемых им сведений». Круг лиц, обязанных не разглашать конфиденциальную медицинскую информацию, - это медицинские работники, ставшие обладателями такой информации при исполнении профессиональных или служебных обязанностей, студенты - медики, а так же любые лица, получившие к ней доступ в официальном порядке, например, нотариусы. Закон допускает использование конфиденциальной медицинской информации в учебном процессе или в научных исследованиях, публикацию ее в средствах массовой информации - только с согласия самого пациента.

Важнейшая часть статьи 13 – перечень ситуаций, допускающих передачу конфиденциальной информации о пациенте без его согласия или даже вопреки его несогласию: предупреждения распространения отравлений, инфекций и т.д.; по запросу органов правосудия; при информировании законных представителей некомпетентных пациентов, например, родителей детей до 15 лет; если причина расстройства здоровья - противоправные действия, например, огнестрельное ранение; если пациент в силу своего состояния не может дать согласия.

Ответственность за разглашение медицинской тайны, во-первых, распространяется на весь круг лиц, обязанных ее хранить, а во-вторых, в зависимости от тяжести наступивших последствий она может быть от дисциплинарной (замечание, выговор и т.д.) до уголовной.

В «Лиссабонской декларации», в разделе 8 «Право на конфиденциальность», еще раз подчеркивается, что идентифицируемые сведения о пациенте должны сохраняться в тайне даже после его смерти, и далее говорится: «В виде исключения потомки пациента могут быть информированы относительно возможных наследственных факторов риска. Все идентифицируемые данные о пациенте подлежат защите от постороннего доступа. Степень защиты должна соответствовать способу хранения данных. Все биологические материалы человеческого происхождения, на основании которых могут быть сам врач получает в результате обследований, не может быть передана третьим

лицам без разрешения этого пациента».

Правило информированного согласия означает, что любое медицинское вмешательство (в том числе и привлечение человека в качестве испытуемого в биомедицинское исследование) должно в качестве обязательного условия включать специальную процедуру получения добровольного согласия пациента или испытуемого на основе адекватного информирования о целях предполагаемого вмешательства, его продолжительности, ожидаемых положительных последствиях для пациента или испытуемого, возможных неприятных ощущениях (тошнота, рвота, боль, зуд и т.д.), риске для жизни, физического и/или социопсихологического благополучия. Необходимо также информировать пациента о наличии альтернативных методов лечения и их сравнительной эффективности. Существенным элементом информирования должна быть информация о правах пациентов и испытуемых в данном лечебно-профилактическом или научно-исследовательском учреждении и способах их защиты в тех случаях, когда они так или иначе ущемлены.

Недооценка вопроса об информировании пациентов отечественными медиками есть проявление их приверженности преимущественно патерналистской модели взаимоотношений в медицине. Следует заметить, что в той или иной мере элемент патернализма всегда будет сохраняться в медицине, но в особенности в таких ее областях, как психиатрия, педиатрия и т.д. У нас речь о другом: а именно - о преимущественном распространении модели патернализма в отечественном здравоохранении и какой-то особой «скупости» наших медиков, когда речь идет об информировании их пациентов. Вышеназванная «скупость» отечественных медиков в отношении информирования своих пациентов это неоправданно расширительное толкование понятия «святая ложь».

Реализация права пациентов на информацию как того требует действующее российское законодательство должно коренным образом изменить морально-психологическую атмосферу в учреждениях нашего здравоохранения.

Если пациент хочет знать всю правду о состоянии своего здоровья, то ст. 22

«Основ...»), по сути, налагает запрет на «святую ложь»: «Каждый гражданин имеет право... получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о диагнозе и прогнозе заболевания. В случаях неблагоприятного прогноза информация должна в деликатной форме сообщаться гражданину и членам его семьи, если гражданин не запретил сообщать им об этом». Подчеркнем, это норма Закона, то есть в правовом государстве она должна выполняться неукоснительно.

В «Лиссабонской декларации» говорится: «В виде исключения, некоторые сведения могут быть сокрыты от пациента в тех случаях, когда есть веские основания предполагать, что будучи сообщенными пациенту, эти сведения могут представлять угрозу его жизни или здоровью». Подчеркнем, что это предписание профессиональной этики, за которым, однако, стоит авторитет международного врачебного сообщества.

Данное расхождение отражает одну из труднейших морально-этических дилемм, которые углубленно исследуются в биоэтике. Позиция правдивого информирования обреченных больных получает все больше признания в последние 25 лет. В американском «Билле о правах пациента» 1972 года говорилось, что каждый пациент имеет право получить от врача всю наличную информацию, в том числе - о прогнозе его заболевания. В настоящее время подавляющее большинство американских врачей в той или иной форме правдиво информируют обреченных больных. Число сторонников такого подхода среди европейских врачей тоже увеличивается. В Японии такая эволюция в профессиональном мировоззрении медиков началась позднее.

В России тоже наметилась соответствующая эволюция. До недавнего времени практически все онкологи строго придерживались деонтологического правила Н.Н.Петрова: «Терминов «рак», «саркома» лучше избегать совершенно, заменяя их словами «опухоль», «язва», «сужение», «инфильтрат» и т.п.. В последние годы и в обществе, и в профессиональной среде медиков все чаще обсуждается тема правомочности «святой лжи» в медицине. В настоящее время часть отечественных онкологов уже не скрывает сам диагноз рака, в особенности, тех

его разновидностей, которые легче поддаются радикальной терапии. Однако, и эти врачи в своем подавляющем большинстве придерживаются правила «святой лжи», когда обсуждают со своими пациентами вопрос о прогнозе в неизлечимых случаях. Своеобразие состояния этой проблемы в нашей стране заключается в том, что при этом отечественные врачи нередко вступают в противоречие с российским законодательством (ст. 22 «Основ...»).

## ЛЕКЦИЯ 5. МОДЕЛИ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА И ИХ ПРАВА (2 ч.)

1. Модели врачевания.
2. Некомпетентные пациенты и их правовая и моральная регуляция.
3. Правовые аспекты профессиональной ответственности медицинских работников.
4. Сущность понятия «врачебная ошибка».

### Литература.

1. *Витч Р.* Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений. - Вопросы философии. №3, 1994. С.67-72
2. Revised Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient. - Bull. Med. Eth., January, 1996. P. 8-10.
3. Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан. 2011г.
4. *Тихоненко В.А., Покуленко Т.А.* Основы профессиональной этики в психиатрии: принципы, нормы, механизмы. - Этика практической психиатрии. Под ред. В.А.Тихоненко. М., 1996. С.36.
5. *Мудров М.Я.* Слово о способе учить и учиться медицине практической или деятельному врачебному искусству при постелях больных. - Хрестоматия по истории медицины. - М., Медицина, 1968. С.96.
6. *Петров Н.Н.* Вопросы хирургической деонтологии. Л., Медгиз, 1956. С.51.
7. Проблемы биоэтики. Рефер. сборн. Отв.ред. Б.Г.Юдин. М., ИНИОН РАН, 1993. С.24-25.

1). Медицинская практика, особенно современная, - это сложно дифференцированная форма работы, в которой медики и пациенты могут находиться в самых разных формах социального взаимодействия. Каждая из этих форм отражает, во-первых, определенные модели врачевания, существующие в данном обществе, и, во-вторых, специфику состояния, в котором находится пациент.

Основываясь, на широко известной работе американского врача и биоэтика Роберта Витча, выделим четыре базовых модели: инженерную, пасторскую (патерналистскую), коллегиальную (договорную). С точки зрения Витча, эти

модели неравноценны по своему моральному значению и представляют собой иерархию от наименее морально обоснованной инженерной модели к наиболее обоснованной, контрактной.

В рамках так называемой инженерной модели врач относится к пациенту как к «безличностному механизму». Задача врачевания интерпретируется как исправление «поломки» механизма, обусловленных действием внешних или внутренних факторов. Смысл врачевания сводится к манипулированию с телом пациента. Врач с помощью определенных физических воздействий стремится вернуть физиологический механизм человека в положение равновесия. Инженерная модель строится на представлении о медицинской деятельности как о сфере прикладного применения объективного научного знания о природных механизмах жизнедеятельности человеческого организма. Объективное знание определяет выбор метода лечения, которое осуществляется как техническая процедура. Предполагается, что это знание ценностно нейтрально, а поэтому выбор лечебного воздействия не зависит от личностных предпочтений и интересов врача. Благо пациента (состояние здоровья) также уясняется через „совокупность объективных признаков: биохимических показателей, значений артериального давления, газообмена, данных рентгенографии и т.п.

Поскольку пациент не обладает необходимыми научными знаниями о собственном состоянии, то учет его мнения при выборе лечебного мероприятия не только бесполезен, но и может быть вреден из-за привнесения субъективных оценок. Его личное мнение о собственном благе (здоровье), поскольку оно необъективно и ненаучно, с точки зрения знающего медика-профессионала считается не заслуживающим внимания.

В то же время предполагается, что, поскольку врач руководствуется сугубо объективными знаниями, на его выбор не оказывают влияния собственные субъективные предпочтения и интересы. Поэтому властное доминирование врача признается не только естественным, но и благом для пациента. Есть мнения, что инженерная модель морально ущербна, поскольку практически низводит личность больного человека до статуса неодушевленного предмета, что

резко противоречит с принципом уважения автономии пациента.

В рамках патерналистской модели отношения между врачом и пациентом напоминают отеческое отношение родителя к ребенку или священника к прихожанину.

В этой модели, если сравнить ее с предыдущей, заметен существенный прогресс в моральном содержании взаимоотношений между врачом и пациентом. Это, уже не безличная манипуляция с предметом. Патерналистское отношение наполнено субъективным содержанием и строится как определенного рода межличностное общение. Оно мотивировано стремлением помочь страдающему человеку и избежать нанесения ему вреда. Его моральными характеристиками можно полагать любовь к ближнему, благотворительность, милосердие и справедливость.

Правда, личности находятся при этом в неравном положении. По сути дела, в данной модели присутствует элемент унижения личного достоинства больного, поскольку взаимодействие строится не как «горизонтальное» равноправное, а как «вертикальное», как отношение власти и подчинения. Пациент, фигурально выражаясь, вынужден глядеть на врача «снизу вверх».

В ситуации же, когда пациент в состоянии вести себя как автономная личность, с моральной точки зрения патерналистское нарушение его прав недопустимо. В этом отношении Р. Витч прав. Однако всегда ли это действительно так на практике?

Патернализм вполне морален в должном месте, в должное время и в должной степени. Патернализм не означает однозначно авторитарного отношения к пациенту. «Отеческое» отношение к ребенку меняется по мере его взросления, так и отношение врача к пациенту должно различаться в зависимости от дееспособности последнего и учитывать его личную готовность к ответственным автономным поступкам.

Коллегиальная модель характеризуется полным взаимным доверием медицинского персонала и пациентов. Стремясь к общей цели, врач или медицинская сестра становятся «друзьями», «коллегами» больного. Эта

модель как бы игнорирует иерархический характер положения медицинских специалистов и пациентов в структуре медицинского учреждения. В то же время, иной пациент с хронически текущим заболеванием почти профессионально может обсуждать с медиком динамику своего состояния и целесообразность тех или иных назначений. В рамках этой модели пациент предстает как равноправный с врачом, но для этого ему необходимо получить достаточное количество информации о своем состоянии здоровья, вариантах лечения, прогнозе развития заболевания, возможных осложнениях и т.д. Будучи в некоторой степени уравнен в отношении информированности с медиками, пациент становится в состоянии принимать участие в выработке конкретных решений, касающихся своего лечения, по сути дела действуя как коллега лечащего врача. В данном случае он реализует неотъемлемое право личности на свободу выбора.

Контрактная (информационная) модель характеризуется обязательным адекватным информированием пациента и негласным договором между врачом (медицинской сестрой) и пациентом - строить свои взаимоотношения на строгом соблюдении прав и обязанностей друг друга. В пределах данной модели часто исследуется морально-этическая дилемма, когда пациент иначе понимает высшее благо для себя, чем профессионал - медик, например, отказ пациента от переливания крови по религиозным мотивам. Именно контрактная модель предполагает последовательное уважение прав пациента. Очевидно, что и коллегиальная, и контрактная модели противоречат «Клятве» Гиппократова в том ее пункте, где «Клятва» предписывает определять благо больного исключительно соответствии с разумением врача.

Нарушение договора одной из сторон дают возможность расторгнуть договор. Чем привлекательна контрактная модель в качестве образцовой структуры взаимоотношений между медиками и пациентами? По мнению Р. Витча, в ней в наибольшей степени защищены права пациента и врача. Следует отметить, что каждая из рассмотренных моделей представляет собой то, что социолог назвал бы

идеальным типом: в конкретных ситуациях ни одна из них, как правило не реализуется в чистом виде. Надо также иметь в виду и то, что выбор той или иной модели может и должен быть обусловлен считать жалоб, то пациенту нечего сказать врачу по существу вопроса о сущности состоянием пациента.

Рассмотренные модели взаимоотношений между врачом и пациентом можно классифицировать и по иным основаниям. Их можно различать по тому, каким - монологичным или диалогичным - представляется в них взаимодействие между врачом и пациентом.

Монологичной моделью можно считать такую, в которой общение между врачом и пациентом выстраивается как монолог знающего специалиста с невежественным слушателем. Ярким примером монологичного взаимодействия представляется так называемая «пасторская модель»: если не заболевания и выборе лечения.

Диалогичной моделью может считаться такая, при которой взаимодействие врача и пациента разворачивается как диалог равноправных партнеров, обсуждающих общую проблему с разных сторон и как бы дополняющих познания друг друга для более точного отображения истинного положения дел. Но какое возможно общение между врачами и пациентами? Какого рода диалог возможен между ними? Коллегиальная модель приближается, по крайней мере в идеале, к диалогичной. Однако, как мы уже отмечали, равенство сторон в коллегиальной модели во многом иллюзорно. Если пациент не обладает основательной медицинской подготовкой, то это не позволит ему уловить тонкие нюансы научной медицины. В ответ на эти сомнения (следует сказать, что пациент мыслит преимущественно ценностными категориями: (в каждой конкретной ситуации он решает вопрос - что будет для него благом, а что злом. Медик должен приспособливать сообщаемую пациенту информацию к решению данного вопроса, опуская научные тонкости. Как говорится в «Лиссабонской декларации»: «Информация должна предоставляться пациенту в соответствии с требованиями местных культурных традиций и в доступной пациенту форме».

Наибольшее значение для пациента имеет оценка риска, описание и

надежность прогнозирования побочных осложнений медицинского вмешательства, рассмотрение альтернативных методов и их сравнение с предлагаемым врачом методом. «Пациент должен отчетливо представлять предназначение диагностической или лечебной процедуры, ее предполагаемый результат и возможные последствия своего согласия или отказа от ее проведения». («Лиссабонская декларация»).

Право пациента отказаться от проведения медицинского вмешательства закреплено в статье 20 «Основ законодательства РФ о здоровье граждан.». Если согласие пациента, как правило, дается в устной форме и со слов пациента фиксируется медицинским работником в медицинской документации, то отказ всегда должен быть письменным, то есть запись о нем в медицинских документах подтверждается подписью пациента или его законного представителя, а также медицинского работника. При этом, медицинский работник обязан в доступной для пациента форме объяснить ему последствия отказа.

Право пациента на отказ от лечения иногда может порождать острейшие морально-этические коллизии. Приведем пример. Больная оперирована в связи с внематочной беременностью. В послеоперационном периоде в крови очень низкое содержание гемоглобина. Рекомендовано переливание крови, от которого больная категорически отказалась, ссылаясь на принадлежность к Свидетелям Иеговы. Лечащий врач принимает решение произвести переливание крови под внутривенным наркозом. Однако, больная проснулась до окончания переливания, а в итоге всего у нее развилась тяжелая депрессия.

Анализ приведенной «проблемной ситуации» показывает, что в ней заключена еще одна морально-этическая дилемма. С одной стороны, врач здесь нарушил и международные требования «Лиссабонской декларации», и нормы статьи 20 «Основ...». С другой же, врач здесь поступил и по совести, и профессионально, и в соответствии с врачебным долгом правда, этот последний вывод утратит свою силу, если состояние больной еще позволяло применение альтернативных методов лечения.

Информирование пациента, получение его согласия на проведение медицинского вмешательства и, тем более, ситуация его отказа от медицинского вмешательства - все это оказывается отягощенным новыми вопросами, когда речь о некомпетентных пациентах.

2). Некомпетентные пациенты разделяются на две группы. 1. Пациенты находящиеся в бессознательном состоянии, а также те пациенты, которые по каким-либо иным причинам не в состоянии выразить свою волю, например, в силу внезапного глубокого психического расстройства. 2. Юридически недееспособные пациенты - дети до 15 лет и лица с психическими расстройствами, которые были определены судом как недееспособные.

Если больной в бессознательном состоянии, и если медицинское вмешательство показано ему в неотложном порядке, то, согласно статье 20 «Основ...», решение о вмешательстве принимает консилиум врачей, при невозможности собрать консилиум лечащий врач единолично.

Правовые аспекты решения вопроса о согласии на медицинское вмешательство у юридически недееспособных пациентов достаточно просты: согласие (осознанное и добровольное) должно быть получено от их законных представителей - родителей, опекунов.

Рассмотрим казус: отказ по религиозным соображениям от переливания крови, но не у взрослого пациента, а у ребенка до 15 лет. В действующем российском законодательстве, в статье 20 «Основ...», предусмотрено решение этой морально-этической и правовой коллизии: если речь идет о спасении жизни, то «больничное учреждение имеет право обратиться в суд для защиты интересов» такого пациента. «Лиссабонская декларация» в подобной ситуации оправдывает еще более решительную тактику поведения врача: «В безотлагательных случаях врачу следует действовать, исходя из высших интересов пациента».

Когда мы имеем дело с юридически недееспособными пациентами, то особенно очевидно, что правовая регуляция медицинской практики обязательно дополняется этической регуляцией. Хотя с правовой точки зрения, для

применения медицинских мер по отношению к таким пациентам достаточно согласия их законных представителей, медицинские работники обязаны получать согласие и самих пациентов - в меру их психической зрелости или психической сохранности. Лиссабонская декларация предписывает, что таких пациентов в меру возможностей следует вовлекать в процесс принятия решений, касающихся их здоровья. Более того, здесь дается этический ориентир на случай конфликта интересов: «Если юридически недееспособный пациент способен самостоятельно принимать осознанные решения, следует уважать его волеизъявление и право запрета на разглашение информации его законному представителю».

3). Переходя к правовым аспектам профессиональной ответственности медицинских работников, уместно привести формулу: «Юридический максимум - это этический минимум». Юридическая ответственность следует за нарушением гражданином правовых норм. Юридическая ответственность налагается на личность извне - к такой ответственности ее привлекают правомочные органы государства. Незнание Закона личностью, нарушившей это Закон, не освобождает ее от ответственности. В юриспруденции существует принцип, аналогичный медико-этическому принципу «Не навреди!», он называется «Принцип презумпции невиновности». Согласно этому принципу, предполагается, что, пока не доказана вина обвиняемого, последний не может считаться правонарушителем и, тем более, преступником.

Характер и мера юридической ответственности гражданина зависит от характера правонарушения и причиненного им общественного вреда. Различают дисциплинарную, административную, гражданскую и уголовную ответственность.

Приступая к работе в поликлиниках, больницах, санаториях и т.д., врачи, фельдшеры, акушерки и др. заключают с администрацией (государством, работодателем) трудовое соглашение, нарушения которого могут нанести вред пациентам, авторитету медицинской профессии, обществу. Нарушение медиком

профессиональных, служебных обязанностей называется дисциплинарным проступком и влечет за собой, в соответствии с Кодексом законов о труде РФ, Юридические санкции, а именно - дисциплинарные взыскания: замечание, выговор, строгий выговор, перевод на нижеоплачиваемую работу или смещение на низшую должность сроком до 3-х месяцев, увольнение. Должностные лица медицинских учреждений в случаях совершения административных проступков несут, в соответствии с Кодексом административных правонарушений РФ, административную ответственность. Здесь санкциями являются: предупреждение, штраф и т.д.

В ситуациях причинения вреда здоровью и благополучию пациента, виновные в этом медицинские учреждения, медицинские работники обязаны возместить ему ущерб, а в случае его смерти - его близким. Здесь речь идет о гражданской ответственности, которая определяется судом в соответствии с Гражданским кодексом РФ. Материальный вред поддается стоимостному исчислению, взять сумму потерянного по причине ятрогенной болезни заработка. Моральный вред - это физические и душевные страдания, жизненные потери и неудобства, которые не имеют непосредственного стоимостного выражения, а денежная сумма является здесь лишь эквивалентом понесенного личностью ущерба. Этот эквивалент отражает степень, глубину ятрогенного повреждения здоровья, то есть длительность расстройства здоровья, степень утраты нетрудоспособности и т.д.

Правонарушения медицинских работников, которые могут быть квалифицированы как преступления то есть, поступки, деяния, представляющие особую опасность для общества, подлежат уголовному наказанию: штраф; лишение права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью; конфискация имущества; лишение свободы на определенный срок и т.д.. Уголовная ответственность наступает лишь по решению суда. В действительности не исключены и преднамеренные преступления медицинских работников, находящихся при исполнении профессиональных обязанностей, но в подавляющем большинстве ситуаций речь идет о преступлениях по

неосторожности. Здесь мы подошли к очень трудному вопросу - где граница преступной невнимательности, небрежности, самонадеянности, с одной стороны, и извинительной, допустимо профессиональной ошибки в медицине, с другой.

4). Вопрос о так называемых «врачебных ошибках» обсуждается в истории медицины давно.

В 1837 году Н.И.Пирогов писал: « Я не постеснялся бы считать причиной той или другой ошибки свое незнание или свою неопытность... Я считал своим врачебным долгом откровенно рассказать читателям о своей врачебной деятельности и ее результатах, так как каждый добросовестный человек, особенно преподаватель, должен иметь своего рода внутреннюю потребность возможно скорее обнародовать свои ошибки, чтобы предостеречь от них других людей, менее сведущих». Как видим, у Н.И.Пирогова речь идет исключительно о морально-этической ответственности медика в случае профессиональной ошибки, о требовании беспощадной честности перед собой и коллегами.

Современный подход большинства отечественных медиков к проблеме профессиональных ошибок восходит к работе И.В.Давыдовского «Врачебные ошибки», опубликованной в 1941 году. Как считал И.В.Давыдовский, ошибки в медицине неизбежны, а острота данной проблемы прежде всего связана с «резко возросшей активностью современных методов лечения и диагностики» а также - с отрицательными сторонами специализации в медицине. Особенно важна трактовка И.В.Давыдовским вопроса об ответственности медицинского работника, совершившего профессиональную ошибку. Если в действиях медика имело место профессиональное невежество, то он должен быть отстранен от работы в противном же случае - незнание чего-либо не есть преступление.

В последующие годы отечественные судебные медики стали определять понятие «врачебная ошибка» как добросовестное заблуждение при исключении умысла, неосторожности и недобросовестности. Следует отличать врачебные ошибки от несчастных случаев. «Несчастные случаи» - это те случаи, когда медицинские работники действовали в рамках общепринятых профессиональных требований, но при этом никак не могли ни предвидеть, ни

предупредить возникших осложнений, например, анафилактического шока.

Юристы, рассматривая «медицинские дела», не используют понятия «врачебная ошибка» или «несчастный случай». Расследуя в судебном порядке неблагоприятные исходы оказания медицинской помощи, они используют совсем иные категории – «виновен» или «не виновен» медицинский работник в связи с определенными профессиональными действиями или, наоборот, с бездействием. Юридический подход обязательно учитывает не только сам исходный факт, например, смерть пациента после медицинского вмешательства, не только психологический фактор (ошибка медика), не только сугубо профессиональные обстоятельства, например, атипичное течение болезни, но и юридический фактор - обязан ли был специалист-медик в данном конкретном случае обладать такими-то знаниями, владеть такими-то навыками, то есть - такой-то квалификацией. У медицинских работников нет права на ошибку: ошибки у них случаются в силу каких-то обстоятельств, но не совершаются «по праву».

Тема профессиональных ошибок медицинских работников обсуждалась ВМА. В принятом ею «Положении о медицинской небрежности» (1992), в частности, отмечались следующие причины: возросший уровень медицинских технологий, зачастую сопряженных с серьезным риском; пагубная роль публикаций в средствах массовой информации, которые возбуждают недоверие к медицинским работникам, ставя под сомнение их компетентность и побуждая пациентов подавать жалобы на медиков; часто распространенная ошибка в массовом сознании, когда право на охрану здоровья, что достижимо, понимается как право на гарантию здоровья, что недостижимо и т.д.

Далее, в Положении четко различаются: 1) медицинская небрежность, которая связана с неспособностью медицинского работника обеспечить стандарты лечения, с его недостаточным мастерством, невнимательностью или неосторожностью, что и стало непосредственной причиной вреда, нанесенного пациенту; 2) неудачные последствия оказания медицинской помощи не по вине медицинских работников. Как считает ВМА, компенсацию пациентам желательно устанавливать в обоих случаях, конечно, во втором случае это

зависит от экономического положения общества, которое должно решить вопрос об источнике финансирования особого фонда солидарности без увеличения затрат со стороны медицинских работников.

## ЛЕКЦИЯ 6. МОРАЛЬНО-ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЗАРОЖДЕНИЕ И УМИРАНИЕ ЧЕЛОВЕКА (4 ч.)

1. Новые репродуктивные технологии и морально-правовые проблемы.
2. Искусственный аборт и его альтернатива
3. Моральные проблемы определения смерти: новый критерий смерти – смерть мозга.
4. Эвтаназия и проблемы связанные с данной технологией.
5. Паллиативная помощь.

### Литература:

1. Биоэтика: принципы, правила, проблемы / Под ред. Б.Г. Юдина. М., 1998. С.264-315.
2. Введение в биоэтику / Под ред. А.Я. Иванюшкин. М.,1998 С. 265-293, 197-240.
3. Иванюшкин А.Я. Новая медицинская помощь приходит из хосписа // Человек. 1994. № 5. С. 108-115.
4. Кемпбелл А., Джиллетт Г. Медицинская этика. М., 2005. С.133-168, 235-262.
5. Курило Л.Ф. Некоторые морально-этические проблемы репродукции человека/ Биомедицинская энциклопедия. Под ред. В.И. Покровского. М., 1997. С. 151-1271.
6. Курило Л. Ф.. Право родиться // Человек. 1995. № 4 С. 112-119.
7. Млечин Л. Эвтаназии, я и ее альтернативы // Новое время. 1989. № 31. С. 42-43.
8. Рейчелс Дж. Активная и пассивная эвтаназия // Этическая мысль: Научно-публист. чтения. М., 1990. С.205-212.
9. Сондерс С. Помощь умирающим // Здоровье мира. 1982. № 11 С. 16-19.
10. Фут Ф. Эвтаназия // Философские науки. 1990. № 6. С. 62-80.

1). Больше всего споров в современной биомедицинской этике связано с рождением и умиранием человека. Медицинские вмешательства, направленные, с одной стороны на рождение, с другой, на прерывание беременности сопряжены с рядом морально-этических, правовых и т.д. проблем, большая часть из которых не имеет однозначного решения.

Новые репродуктивные технологии

Методы искусственного оплодотворения искусственная инсеминация и ЭКО и ПЭ - экстракорпоральное оплодотворение и перенос эмбриона «оплодотворение в пробирке», в основном, применяются для лечения бесплодия. Искусственная

инсеминация известна уже более 200 лет. В современной модификации эта репродуктивная технология используется в массовой медицинской практике с 60-х годов, а в нашей стране - с 1981 года. Метод ЭКО и ПЭ соиздан эмбриологом Р.Эдвардсом и акушером - гинекологом П.Стептоу в Англии, где в 1978 году родился первый «ребенок из пробирки». Благодаря использованию спермы донора искусственная инсеминация получила широкое распространение в случаях мужского бесплодия в семье. Гораздо реже, но тоже применяется искусственная инсеминация спермой мужа, например, в случаях «отсроченного родительства» - после того, как сам он подвергся лечению, косвенным следствием, которого является стерильность. Этические проблемы, прежде всего, связаны с практикой применения донорской спермы. Авторитеты христианской, религии видят здесь аналог прелюбодеяния, светские же критики метода обвиняют доноров спермы в моральной распущенности и т.д. В противоположность такой позиции, ВМА в своем «Заявлении об искусственном оплодотворении» (Мадрид, 1987) считает медицинскую помощь, оказываемую при бесплодии, оправданной как с научной, так и с этической точек зрения. Однако, такой подход предполагает умение видеть и оптимально разрешать следующие этические трудности. Этический принцип не причинения вреда здоровью будущего ребенка, благополучию семьи требует особой строгости при обследовании здоровья доноров. Признанная во - всех странах тайна донорства, во-первых, требует надежной защиты информации о донорах от третьих лиц, а во-вторых, вступает в противоречие с правом родившихся таким образом детей по достижении совершеннолетия знать о своих биологических родителях. Не исключено также, что тайна донорства чревата опасностью инцеста (кровосмешения) в будущем между братом и сестрой по отцу. Такая возможность становится более вероятной в связи с принятым в нашей стране понятием «активные доноры»: это здоровые лица от 25 до 40 лет, сдающие сперму не чаще 5 раз в месяц и не дольше 5 лет. Этический аспект есть и у оплаты донорства спермы. Так как в нашей стране оплата, пусть и сравнительно небольшая, осуществляется только за качественный поданным спермограммы донорский

материал, можно говорить о купле-продаже при донорстве, что, безусловно, является неэтичным. Еще больше этических проблем связано с применением метода ЭКО и ПЭ. Религиозные авторы отвергают этот метод в принципе как «опасный шаг к дегуманизации человеческой жизни у самых ее истоков». ВМА же считает этот метод допустимым:

1) как оставшуюся единственную возможность при лечении некоторых форм бесплодия;

2) как способ профилактики генетических аномалий;

3) как важное научное направление исследования репродукции и контрацепции. Однако, здесь же ВМА подчеркивает исключительную важность соблюдения норм медицинской этики .

По сути дела, все фазы осуществления ЭКО и ПЭ сопряжены с трудными этическими проблемами. Само начало применения метода, а именно гиперстимуляция яичников, чтобы в одном цикле получить несколько, иногда до 20, зрелых яйцеклеток, нередко сопровождается серьезными осложнениями (кисты яичников и т.д.). Возникают вопросы: насколько адекватно информирована об этом женщина, удовлетворительна ли юридическая форма получения «информированного согласия». Процедуре оплодотворения, на самом деле - в чашке, а не в пробирке, подвергаются все полученные зрелые яйцеклетки, чтобы повысить вероятность успеха, но спустя примерно трое суток в матку переносят не более 3-х - 4-х ранних эмбрионов, состоящих из 4-8-16 клеток. некоторым данным в 20 раз выше, чем при естественном зачатии. Допустим, после первого переноса эмбрионов наступает долгожданная беременность. Что теперь делать с оставшимися «лишними» эмбрионами (они живые и сохраняются в замороженном состоянии при температуре минус 196 градусов)? Противники аборт заявляют, что просто разморозить их - это значит «сделать аборт». Трансплантировать их другой женщине или использовать их как объекты биомедицинских исследований - это новые этические и юридические проблемы. Состояние здоровья детей, родившихся с помощью ЭКО и ПЭ, к сожалению, еще недостаточно научно исследовано. Имеющиеся же данные

говорят, что в практике применения новых репродуктивных технологий у детей подчас встречается серьезная патология. Необходимо, однако, учесть при этом возраст, общее состояние здоровья и, в особенности, репродуктивное здоровье их матерей.

Согласно «Основам законодательства РФ об охране здоровья граждан» (ст. 35), право на применение методов искусственного оплодотворения есть у каждой совершеннолетней женщины детородного возраста. Однако, соответствующие Инструкции Минздрава РФ предписывают применение данных технологий по медицинским показаниям, что, кстати, соответствует рекомендациям ВМА. Данное противоречие усугубляется, когда речь идет о незамужней женщиной, которая хочет воспользоваться одним из методов искусственного оплодотворения, не имея к тому медицинских показаний. Упомянутые Инструкции Минздрава РФ разрешают ей такую медицинскую услугу.

Наиболее спорным применением метода ЭКО и ПЭ считается суррогатное материнство, когда эмбрион имплантируется в матку матери-носительницы. При этом могут быть разные ситуации - если генетическими родителями являются: а) супруги-заказчики; б) женщина из супружеской пары-заказчиков и анонимный донор спермы; в) женщина-заказчица, не состоящая в браке, и анонимный донор спермы; г) мужчина из супружеской пары-заказчиков и женщина - донор яйцеклетки. Как с морально-этической, так и с юридически-правовой точек зрения здесь возникает много вопросов: допустима ли вообще такая медицинская практика, если она допустима, то при каких условиях и т.д. В нашей стране суррогатное материнство можно считать разрешенным с введением в 1996 году в действие "Семейного кодекса РФ". Правда, в этом законодательном акте нашли отражение только вопросы определения материнства и отцовства в отношении таких детей. Супруги-заказчики записываются родителями ребенка только с разрешения суррогатной матери, то есть, Закон предоставляет ей право оставить ребенка у себя. Если супруги-заказчики или суррогатная мать уже были записаны в качестве родителей ребенка, они не вправе оспаривать свое родительство в суде, ссылаясь на то, что ребенок был рожден с помощью суррогатного материнства.

Имеет ли право прибегнуть к суррогатному материнству незамужняя женщина, должна ли применяться эта репродуктивная технология только по медицинским показаниям - эти и другие вопросы остаются пока в нашей стране открытыми. ВМА допускает практику суррогатного материнства только при оказании помощи женщине, не имеющей матки, осуждая и, безусловно, отвергая при этом любой коммерческий подход.

2). В «Клятве» Гиппократов аборт запрещен. Однако, в наши дни искусственное прерывание беременности распространено чаще, чем когда-либо в предшествующей истории. Сегодня примерно 10% зачатий у людей заканчивается искусственным абортом, а их общее число в мире - 36-53 млн. Около 1/3 от этого количества составляют криминальные аборты. В нашей стране долгие годы был самый высокий показатель абортов - до 180 на 1000 женщин детородного возраста, в настоящее время - он около 70, если учитывать только официально зарегистрированные аборты.

Искусственный аборт является, быть может, самой напряженной этической проблемой современной медицины. Позиции сторонников и противников абортов во многом непримиримы, а их спор иногда выливается в социальные эксцессы, взятые преследования за рубежом со стороны противников абортов, как женщин, так и врачей-гинекологов, делающих аборты.

Первым государством, легализовавшим «аборт по просьбе» (узаконившим право на аборт), была Советская Россия. Постановление Наркомздрава и Наркомюста от 18 ноября 1920 года, как отмечал З.П.Соловьев, является историческим документом. Учитывая большую распространенность нелегальных абортов при которых смертность достигала 4% и неэффективность борьбы с этим злом путем наказаний, Постановление разрешало по желанию женщины бесплатное прерывание беременности до 12 недель, только в больничных условиях и только врачом. Аналогичное нерепрессивное законодательство было принято в Японии в 1949 году, в Китае в 1953 году, в Англии и Аргентине в 1967 году, в Индии в 1971 году, в Замбии в 1972 году, в США и Ливане в 1973 году, в Сингапуре в 1974 году, в Италии, Франции, Швеции и Норвегии в 1975 году, в

Новой Зеландии в 1977 году, в Перу в 1981 году, в Кувейте в 1984 году и т.д.

Борьба с абортами в условиях нашей страны предполагает две четко определенные цели: 1) всемерное снижение доли небезопасных абортов; 2) совершенствование служб планирования семьи, компетентное применение альтернативных аборту методов контроля за рождаемостью, что приведет к общему снижению числа абортов /по расчетам специалистов МФПС, общее число абортов в Европе, включая всю территорию бывшего СССР, равное в начале 90-х годов 13,5 млн. может быть уменьшено до 1,6 млн..

Таким образом, нужна «двойная стратегия». В современном обществе женщина должна иметь доступ к сексуальному просвещению, у нее должен быть выбор средств регулирования фертильности. Но и при наличии этих возможностей при случайной беременности ей должен быть доступен адекватный, гуманный, легальный и безопасный аборт. Вопрос об аборте - это не только вопрос об его опасности или безопасности, но и вопрос права женщины.

Противники абортов не без основания делают главный акцент на том, что это всегда произвольное лишение человеческого существа жизни и, как они считают, есть убийство, а потому вообще нельзя говорить о «праве на убийство». Наиболее последовательно такой подход проводится у религиозных авторов. В своей Энциклике (Окружном послании) «HUMANAE VITAE» глава римско-католической церкви Павел VI в 1968 году подтвердил традиционный запрет христианских авторов на искусственный аборт, «пусть даже по здравоохранительным мотивам». Согласно католической «Хартии работников здравоохранения», допустим лишь косвенный искусственный аборт, например, беременной женщине рекомендовано удаление матки, пораженной раком. В принципе такой же бескомпромиссной позиции придерживается и один из православных авторов - протоирей Дмитрий Смирнов.

Философская проблема начала человеческой жизни, возникновения, формирования человеческой личности здесь предполагается окончательно решенной - это начало совпадает с зачатием, с образованием зиготы. Большой эмоциональной силой обладают аргументы противников абортов, приводимые

ими из научных источников. Сердцебиение возникает у плода на 18-й день после зачатия, на 21-й день у него имеется замкнутая система кровообращения, на 40-й день можно обнаружить электрические импульсы мозга, на 6-7-й неделе плод начинает самостоятельно двигаться, в 8 недель он начинает сосать палец, в 11-12 недель он активно дышит в околоплодных водах и т.д. Следует подчеркнуть особую значимость трех из вышеназванных фактов: начала сердцебиения и самостоятельного дыхания, в медицине всегда считалось, что с утратой именно этих функций человек умирает, и появления электрической активности мозга.

Обобщением приведенных фактов является утверждение противников аборт, что эмбрион, плод имеет право на жизнь, как и всякий другой человек. И тогда как ранние до 12 недель, так и поздние после 20 недель аборты следует квалифицировать как дискриминацию человека по возрасту и месту жительства. Особая тема, которая должна столько же волновать и сторонников аборт, хотя поднимают ее, в основном, их противники - чувствует ли плод боль. В научном плане это чрезвычайно сложный вопрос, потому что боль есть психофизиологический феномен. Дж. Уилки и Б. Уилки, авторы очень информативной книги об аборте, приводят мнения ученых, согласно которым эмбрион чувствует боль в 7 или 11 недель. Бесспорным можно считать следующее: чем позднее производится аборт, тем актуальнее становится этот вопрос.

Каково же решение проблемы аборта с позиций современной медицинской этики? ВМА приняла «Декларацию Осло о медицинский абортах» в 1970 году и дополнила ее в 1983 году. Здесь вначале провозглашается основополагающий моральный принцип медицины - уважения к человеческой жизни с момента зачатия, но далее признается неизбежность обстоятельств, противопоставляющих интересы матери и ее неродившегося ребенка, что ставит врача перед выбором сохранять или преднамеренно прервать беременность. Если личные убеждения не позволяют врачу рекомендовать или произвести аборт, он должен перепоручить пациентку другому специалисту.

Нельзя не сказать, что близкие к такому, компромиссу, позиции в отношении

аборта у протестантских церквей, а также у некоторых авторитетов ислама. В предварительном «Заявлении-Консенсусе» по аборту церкви Адвентистов Седьмого Дня отмечается, что «человеческая жизнь на предродовой стадии - это величайший дар Божий», однако «решения, касающиеся жизни, должны приниматься в контексте павшего мира». Бывают серьезные обстоятельства, которые могут заставить христианина примириться с абортом, например, в случае реальной угрозы жизни беременной женщины или когда беременность наступает в результате изнасилования. Когда зародыш человека становится личностью, если искать ответ на этот вопрос в источниках закона ислама? Как считает Факхер Бен Хамида, это происходит на 1-й неделе 4-го месяца беременности. Такое мнение является предпосылкой более-менее терпимого отношения к аборт в первом триместре беременности.

Итак, каков же природный и моральный статус эмбриона? Нет никакого сомнения, что началом жизни человеческого индивида является зачатие возникновение зиготы, в ядре которой - уникальный геном. И в то же время зигота - это всего лишь особая клетка. Это - самая ранняя форма бытия человеческого существа. Это - бытие человека в потенциальном смысле. Когда мы подчеркиваем факты возникновения сердцебиения у плода или появления биоэлектрических потенциалов его мозга, то лишь констатируем у него наличие отдельных качеств человека. Никакой из объективных фактов, отражающих непрерывный процесс эмбриогенеза, появления сердцебиения у плода, нельзя считать свидетельством появления «человека как такового».

Как потенциальный человек эмбрион обладает особым природным статусом. Его природа - преимущественно биологическая. Его природа - это становление биологической уникальности, предпосылок уникального характера будущего человека.

Особый природный статус эмбриона определяет и его особый моральный статус. На любой стадии своего развития человеческий эмбрион является носителем человеческого достоинства. Эмбрион еще не является нравственным субъектом, субъектом нравственного сознания и воли, но все наши действия по

отношению к нему подлежат моральным оценкам.

С точки зрения морали всякий искусственный аборт есть в конечном счете зло. Решение об аборте - это всегда трудный и мучительный моральный выбор. Женщина (супружеская пара), делающая такой выбор, стремится избежать «большого зла». Однако зло, даже во имя избежания «большого зла» всегда остается злом и обязательно причиняет боль человеческой душе. Эта боль, чувство вины, иногда чувство раскаяния - свидетельство нравственного здоровья людей. А сама проблема искусственного аборта всегда будет оставаться открытой моральной проблемой.

С давних времен вопрос об аборте - это также и юридический вопрос. В литературе выделяются 4 типа законов об аборте. 1) Самое либеральное законодательство разрешает «аборт по просьбе» - в Европе это большая группа стран всего около 25 - от Австрии до Швеции 2) Довольно свободные законы разрешают аборт по многочисленным медицинским и социальным показаниям в 6 странах (Финляндия, Англия, Венгрия и др.). 3) Довольно строгие законы разрешают аборт лишь при некоторых обстоятельствах (угроза физическому или психическому здоровью женщины, инкурабельные дефекты плода, инцест и изнасилование) в Польше, Португалии, Испании, Швейцарии. 4) Очень строгие законы, которые или вообще запрещают аборт или разрешают их в исключительных случаях, когда беременность представляет непосредственную опасность для жизни женщины (в Северной Ирландии, Республике Ирландии, Мальте).

В России одно из самых либеральных законодательств об аборте. Статья 36 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» разрешает «аборт по просьбе» до 12 недель беременности; по социальным показаниям - если женщина или муж безработные, число детей более 3-х и т.д. - до 22 недель; по медицинским показаниям - независимо от срока беременности.

Контрацепция - это профилактика нежелательной беременности. Контрацептивы есть средства контролирования рождаемости, важнейший элемент современной системы планирования семьи. Различают методы

контрацепции: традиционные (ритмический, прерванный половой акт и др.) и современные (стерилизация, оральные контрацептивы - ОК, внутриматочные средства - ВМС и др.). Мировоззренческие споры вокруг контрацепции, может быть, менее напряженны, чем вокруг аборт, но в своих крайних выражениях они тоже являются столкновением религиозного и светского подходов. Уже упоминавшаяся выше Энциклика римского папы Павла VI «*Humanae vitae*» (1968) запрещает использование всех видов контрацепции, кроме некоторых традиционных - ритмического и временного воздержания. В Энциклике папы Иоанна Павла II «*Veritatis splendor*» («Благородство истины»), опубликованной в 1993 году, современная контрацепция была охарактеризована как примеры действий, «присущих злу». Аналогичная позиция и у православного автора.

В контексте философии репродуктивного и сексуального здоровья право женщины на доступ к средствам современной контрацепции является ее приоритетным правом. Прежде всего, право женщины на контрацепцию коррелирует с ее правом на жизнь. В связи с беременностью в России ежегодно погибает 2500 женщин - половину этих смертей можно было бы предотвратить с помощью эффективных служб планирования семьи. Особенно следует подчеркнуть значение доступности средств современной контрацепции для женщин «зоны риска» - слишком юных и старше 35 лет. Право женщины на контрацепцию - это важнейшая составляющая ее права на охрану здоровья. Наконец, если учесть, что каждая женщина в течение своей жизни в среднем около 20 лет испытывает страх перед нежелательной беременностью, то право на контрацепцию означает для нее освобождение от этого страха.

Каковы же здесь собственно медико-этические вопросы? Средства контрацепции предназначены, как правило, для массового применения здоровыми людьми. С точки зрения этического принципа не причинения вреда, все имеющие при этом место осложнения должны оцениваться несколько иначе, чем в терапевтической ситуации. Далее. 100-процентно эффективного средства контрацепции пока нет, и бывают случаи,

когда женщина, будучи уже беременной и не зная об этом, принимает гормональные контрацептивы. Если возможности произвести аборт нет, то возникает вопрос, не нанесен ли уже серьезный вред здоровью ребенка? То есть, приходится признать некоторый резон в критике современных методов контрацепции как «противоестественных» со стороны религиозных авторов.

Современные системы планирования семьи предполагают эффективные программы полового воспитания, а в некоторых странах и распространение иногда бесплатное оральных контрацептивов, презервативов среди такой «группы риска» как подростки. В самое последнее время осуществление аналогичных программ началось и в нашей стране. В связи с этим и специалистам, и общественности необходимо обсудить непростые этические вопросы: должны ли информироваться родители детей и подростков о таких формах педагогической и медицинской деятельности, нужно ли при этом согласие родителей и т.д.

Среди методов контрацепции стерилизация занимает особое место. В 20-м веке было несколько периодов повышенного интереса к этому методу. Например, в конце 80-х годов 30% американских семей, находящихся в детородном возрасте, с целью надежной контрацепции выбирали мужскую или женскую стерилизацию.

Принятые в 1993 году «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» уже предоставили такое право всем гражданам, то есть и мужчинам (ст.37). Добровольная стерилизация в нашей стране может быть осуществлена при наличии письменного заявления пациента и одного из двух условий - наличия 2-х детей или возраста старше 35 лет.

Стерилизация с целью контрацепции не есть обычное медицинское вмешательство, что доказывают ее оценки с позиций религиозной морали. Стерилизация абсолютно запрещена официальными документами католической церкви. Согласно протестантским авторам, это дело супругов и даже самой женщины, если речь идет о женской стерилизации. Иудейская религиозная мораль допускает только женскую стерилизацию. Ислам допускает стерилизацию по обоюдному согласию супругов и при условии, что такая мера им

психологически полезна.

Наиболее трудный этический вопрос допустима ли недобровольная стерилизация, например, преступника-рецидивиста, совершавшего половые преступления. Современная биомедицинская этика не допускает такого использования медицины: любое медицинское вмешательство в отношении компетентного пациента может быть произведено только с его согласия и только в его интересах. Однако, и осуществление добровольной стерилизации не свободно от морально-этических сомнений, поскольку речь идет о медицинском вмешательстве у здорового человека, причем вмешательстве, как приняло, необратимом. Известно немало примеров, когда лицо, подвергнутое стерилизации с целью контрацепции, при изменившихся впоследствии обстоятельствах прибегало к использованию методов искусственного оплодотворения. Этически более приемлемыми являются методики стерилизации, делающие ее обратимой, когда при необходимости можно восстановить фертильность (зажимы Фильше).

3). Тема отношения человека к смерти имеет общекультурное содержание. Здесь интересы медицины переплетаются с интересами религии, философии, искусства, психологии и т.д. Согласно христианским воззрениям, душа человека бессмертна, смерть существует только в пределах земного греховного, падшего мира, а в каждом конкретном случае вопрос о жизни и смерти, в конечном счете, - в руках Творца Бога. Из многочисленных философских объяснений тайны смерти приведем материалистическое рассуждение древнегреческого мудреца Эпикура (341-270 гг до н.э.). «Самое страшное из зла, смерть, не имеет к нам никакого отношения, так как когда мы существуем, смерть еще не присутствует; а когда смерть присутствует, тогда мы не существуем». Общекультурные предпосылки постижения тайны смерти, так или иначе, учитываются при обсуждении конкретных проблем биомедицинской этики.

Морально-этические и юридические стороны вопросов, возникающих в связи с определением и критерия смерти, можно суммировать следующим образом

критерий смерти должен быть: 1. обоснованным с научно-медицинской точки зрения, то есть позволяющим надежно и с высокой точностью отличать того, кого уже нельзя спасти, от того за чью жизнь можно еще бороться. 2. доступным, в том смысле, что в каждом конкретном случае для его использования не должно требоваться чрезвычайных усилий множества специалистов и чересчур много времени. 3. объективным, то есть который будет одинаково пониматься и применяться любым достаточно квалифицированным специалистом, а также правильность применения может быть проверена в каждом конкретном случае. 4. Приемлемым, т.е. он должен быть воспринят не только медиками и юристами, но и в обществе в целом. Дело в том, что, как мы уже отмечали, смерть человека есть явление, наполненное глубочайшим культурным и моральным смыслом, и потому общество так или иначе должно санкционировать используемый специалистами критерий смерти.

В связи с последним условием необходимо иметь и виду, что такое санкционирование обществом предполагает и определенный, достаточно высокий уровень его грамотности в том, что касается существа предлагаемого критерия смерти.

Смерть мозга - новая концепция смерти.

Смерть мозга - это состояние, развивающееся иногда при реанимационной помощи пациенту, характеризующееся необратимым отсутствием всех функций головного мозга, включая продолговатый, при сохраняющейся деятельности сердца. Больной, естественно, находится на аппаратном дыхании. Впервые такое состояние было описано в 1959 году во Франции, где оно получило название запредельная кома, впоследствии же для его обозначения в мировой медицинской литературе закрепился термин «смерть мозга». Философский вопрос - жив или мертв человек, находящийся в таком состоянии, одновременно оказывается вопросом этическим: в чем заключается профессиональный долг медицинских работников – продолжить реанимацию или прекратить ее. В течение столетий "смерть" констатировалась только после остановки сердца и прекращения дыхания. В конце 70-х годов 20 века во многих

странах мира стали признавать, что смерть мозга - это уже смерть человека. Сначала такой взгляд распространился среди врачей, а затем к нему стали присоединяться и представители других общественных групп.

Сложность проблемы смерти мозга заключается в том, что одновременно в обществе оставалось и остается немало сторонников традиционного взгляда на смерть, которые считают таких больных живыми. Философский вопрос здесь аналогичен тому, с которым мы столкнулись, исследуя проблему аборта - с какой стадии развития эмбрион есть уже человек. Здесь же утрата каких функций означает, что человек уже умер. Таким образом, смерть мозга, как и проблема аборта, как и проблема искусственного оплодотворения и т.д., есть одна из морально-этических дилемм, исследуемых биомедицинской этикой. Еще в 1968 году ВМА признала, что «необратимое прекращение всей деятельности головного мозга, включая мозговой ствол», есть смерть человека. Дело в том, что с естественно-научных позиций смерть - это постепенный процесс на клеточном уровне, а ткани имеют различную способность сопротивляться кислородной недостаточности. Цель клинической деятельности - не в сохранении отдельных клеток, а в сохранении жизни человека, которой после утраты целостности функционирования его организма, по сути дела, уже нет.

Новый критерий смерти был выработан в 1968 г. в Гарварде (США). Для этого была создана комиссия специалистов, предложившая критерий смерти, основывающийся на необратимом прекращении деятельности не сердца и легких, а мозга. При выявлении смерти мозга регистрируется прекращение всех функций полушарий и ствола мозга: стойкое отсутствие сознания; отсутствие естественного дыхания; отсутствие всех движений - как спонтанных, так и в ответ на сильные раздражители; отсутствие реакции зрачков на яркий свет; неподвижность глазных яблок, зафиксированных в среднем положении, и др. Решающим признаком смерти мозга является смерть ствола, где заложен дыхательный центр. Медико-клинические критерии смерти мозга в основном были изучены уже в конце 60-х годов: атония всех мышц, исчезновение любых реакций на внешнее раздражение и любых рефлексов, замыкающихся выше

уровня спинного мозга, устойчивое расширение и ареактивность зрачков, прямая линия на энцефалограмме и т.д. Также были выработаны процедуры надежной диагностики, чтобы исключить ошибку. Все признаки присущие смерти мозга должны сохраняться в течение 12 часов, при пробном отключении ИВЛ спонтанное дыхание не восстанавливается. Если же такое состояние возникает при отравлении лекарствами, длительность наблюдения для вынесения диагноза смерти мозга должна быть не менее 3-х суток. Кроме того, при установлении диагноза смерть мозга с помощью ЭКГ тестируется отсутствие электрической активности мозга и с помощью ангиографии - прекращение мозгового кровообращения.

В последующем этот новый критерий смерти мозга был узаконен в большинстве стран мира. В нашей стране первый вариант «Инструкции по констатации смерти на основании смерти мозга» получил законную силу в 1984 году. Законодательно же был утвержден в 1992 г. в «Законе Российской Федерации о трансплантации органов и (или) тканей человека» (статья 9). Следует иметь в виду, что диагноз смерти мозга ставится лишь в особых случаях бригадой высококвалифицированных специалистов. В обычных же условиях продолжает использоваться прежний критерий.

Однако новый критерий смерти на основании смерти мозга подвергается критике с двух противоположных позиций. Одну из них можно назвать традиционной, другую радикальной. В чем же суть этих позиций?

С традиционной точки зрения новый критерий отвергается по религиозным и социально – психологическим соображениям. Один из используемых при этом в ряде религий аргументов состоит в том, что сердцу человека принадлежит особая роль. Сердце является органом высшего - не чувственного и не рационального, а сверхрационального, духовного - познания. Исходя из этого признать умершим человека, сердце которого продолжает биться неэтично.

Что касается социально-психологических аргументов, то в них обращается внимание на то, что у человеческого существа, у которого констатирована смерть мозга в течение некоторого времени (исчисляемого несколькими

сутками) может сохраняться дыхание и сердцебиение, а умершего принято хоронить; но можно ли хоронить того, кто продолжает дышать?

Надо сказать, что в некоторых странах законодательство позволяет отказываться от констатации смерти по новому критерию в том случае, если пациент, будучи живым, или его родственники не соглашаются с этим критерием. Такая норма установлена, в частности в Дании, а также в американских штатах Нью-Йорк и Джерси.

Радикальная точка зрения признает его недостаточным и требует идти дальше, в сторону узаконения критерия смерти высшего мозга, даже если мозговой ствол еще функционирует. С некоторой долей упрощения можно говорить о том, что критерий смерти высшего мозга есть смерть личности, иначе говоря - необратимая утрата сознания. Уже упоминавшаяся Президентская комиссия США критерий смерти высшего мозга отвергла по двум основаниям. Во-первых, в настоящее время не существуют тесты, которые позволили бы надежно и однозначно констатировать смерть высшего мозга. Более того, в самые последние годы появились сообщения о том, что в ряде случаев пациентов, довольно длительное время находившихся в коматозном состоянии, удавалось вернуть в сознание. Вторым аргументом комиссии было то, что до сих пор среди философов, а тем более среди рядовых людей, нет согласия в том, что такое сознание и что такое личность. Следовательно, на основе этих понятий нельзя построить ни такого определения, ни такого критерия смерти, которые понимались бы всеми одинаково.

4). Обсуждение возможности и условий отказа от жизнеподдерживающего лечения вплотную подводит нас к, пожалуй, наиболее острой и противоречивой проблеме биоэтики - к проблеме эвтаназии. «Эвтаназия» (иногда в отечественной литературе встречаются и другие написания - эйтаназия, эутаназия, эфтаназия, но мы будем пользоваться тем написанием, которое принято в нормативном документе – «Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан») - слово греческого происхождения: «ей» обозначает - благой, хороший, а «thanatos» - смерть. Таким образом слово «эвтаназия»

буквально означает хорошую (легкую) смерть. В современной медицине под эвтаназией подразумевается преднамеренное прерывание жизни неизлечимо больного пациента, с целью прекращения его страданий. Это может быть «смертельная инъекция», и тогда говорят об активной эвтаназии. В других случаях это может быть прекращение жизнеподдерживающего лечения, например, искусственного питания или искусственного дыхания (отключение ИВЛ), и тогда говорят о пассивной эвтаназии. То есть, в первом случае речь идет о действии, а во втором - отказе от действия. Еще различают добровольную, на основе «информированного согласия» и недобровольную, например, в отношении новорожденных с тяжелыми уродствами, эвтаназию, а также насильственную, принудительную эвтаназию, какой она была в фашистской Германии.

Впервые этот термин был использован Ф. Бэконом. Бэкон понимал под эвтаназией легкую, безболезненную, даже, счастливую смерть. Примерно это, как уже отмечалось, в наши дни стремится обеспечить хосписное движение.

В наше время рассматриваемый термин используется не только в бэконовском, но и в ряде других значений. Так, в «Энциклопедии биоэтики» выделяются четыре значения: 1) ускорение смерти тех, кто переживает тяжелые страдания; 2) прекращение жизни лишних людей; 3) забота об умирающих (это и есть изначальное бэконовское значение, в наше время неупотребляемое. Впрочем, еще в 1826 г. немецкий врач Карл Ф. Маркс использовал термин «эвтаназия», понимая под ней «науку, которая сдерживает угнетающие черты болезни, освобождает от боли и делает верховный и неизбежный час самым мирным».

Для многих первобытных обществ было обычной нормой умерщвлять стариков и больных или (для кочевых племен) не забирать их с собой при смене места стоянки, что соответствует второму и (отчасти) четвертому значениям из приведенного перечня. Хорошо известен обычай древнегреческой Спарты, где слабых, болезненных мальчиков (а иногда и девочек) сбрасывали в пропасть. В целом это отнюдь не шло вразрез с общественными представлениями. Вообще, в Древней Греции поддерживалось и поощрялось самоубийство тех, кто достиг 60

лет. Христианство, воспринимало представление о жизни человека как Божьем даре, с самого начала выступило против самоубийства, не исключая, и вызванного страданиями. Страдания были восприняты как то, что человек должен принимать как волю Бога. Самоубийство, даже перед лицом нестерпимой боли, было как проявление трусости.

Самоубийство не считается непростительным грехом, но при этом утверждается, что решение о судьбе души в вечности принадлежит одному Богу, а, следовательно, только Бог и может судить самоубийцу. Позднее в протестантизме высказывается мысль о том, что в некоторых случаях самоубийство является результатом психической неуравновешенности. Еще дальше идет английский поэт Джон Донн (1572-1631), бывший прелатом англиканской церкви. Он пытается доказать, что иногда самоубийство не нарушает ни естественного закона, ни норм человеческого разума, ни Священного писания, ни власти Бога над человеческой жизнью.

В этом контексте имеет смысл еще раз вернуться к рассуждениям Ф. Бэкона. Обсуждая этические вопросы отношения к неизлечимым, умирающим больным, он отмечал: а) у врачей многие болезни считаются неизлечимыми; б) исходя из этого, врачи несправедливо обрекают на смерть множество больных, однако, к счастью, немалая часть из них выздоравливает независимо от врачей; в) «само утверждение, что эти болезни являются неизлечимыми, как бы санкционирует и безразличие, и халатность, спасая невежество от позора»; г) необходимо специальное направление медицины по эффективному оказанию помощи неизлечимым, умирающим больным («Если бы они (врачи) хотели быть верными своему долгу и чувству гуманности, они должны были бы и увеличить свои познания в медицине и приложить (в то же время) все старания к тому, чтобы облегчить уход из жизни тому, в ком еще не угасло дыхание»; д) профессиональным долгом врачей в отношении таких больных является эвтаназия, понимаемая как облегчение мук умирания.

В конце XIX - начале XX века дебаты о допустимости эвтаназии разгораются в России. В это время возникают «тайные общества», которые, по договоренности

с родственниками с помощью медикаментозных средств ускоряли смерть безнадежных больных. Выдающийся русский адвокат А.Ф. Кони считал эвтаназию допустимой. В 1922 г. эвтаназия была узаконена в Советской России.

В первой половине нашего столетия Нацистская Германия была страной, где эвтаназия осуществлялась в преступных целях и в массовых масштабах. Медицинская Ассоциация осудила проводившиеся нацистами эксперименты, включая умерщвление неполноценных и больных детей и взрослых. Общественное мнение во всем мире стало резко отвергать эвтаназию. Однако прошло пятнадцать-двадцать лет, и ситуация начала меняться. Развитие новых медицинских технологий, прежде всего - жизнеподдерживающего лечения, наряду с утверждением в медицинской практике такой ценности, как право пациента на автономный выбор, а также появление в обществе движений отстаивающих «право на достойную смерть», привело к тому, что проблема эвтаназии вновь оказалась в центре внимания. Теперь, однако, этот термин понимается главным образом в первом из перечисленных выше значений: как ускорение смерти тяжело и неизлечимо больного, осуществляемое по его воле или по воле уполномоченных им близких.

Основные принципы биомедицинской этики, используемые в современных дискуссиях об эвтаназии, - это принцип уважения автономии личности и принцип «не навреди». Первый из них предполагает, что решение об эвтаназии принимается пациентом, либо его близкими.

Важно иметь в виду и такое обстоятельство. Согласно данным социологических опросов, проводившихся в разных странах, в том числе и в России, врачи намного более негативно относятся к эвтаназии, чем население в целом. Впрочем, как показывают данные опроса, проведенного среди московских врачей, более молодые врачи чаще считают эвтаназию допустимой в исключительных случаях, чем врачи более старших возрастных групп. Это может быть доводом в пользу того, что в будущем отношение врачей к эвтаназии может стать более терпимым.

Попробуем теперь кратко суммировать аргументы и контраргументы как сторонников, так и противников эвтаназии. Те, кто выступают в защиту эвтаназии, обычно обосновывают свою позицию следующими доводами:

1. Человеку должно быть предоставлено право самоопределения, вплоть до того, что он сам может выбирать, продолжать ли ему жизнь или оборвать ее. Слабость этого аргумента в том, что осуществление эвтаназии так или иначе предполагает участие врача, - а он тоже имеет и рано выбирать и, более того, отказаться от участия в эвтаназии, которое будет для него огромной тяжестью и в моральном, и в психологическом смысле.

2. Человек должен быть защищен от жестокого и негуманного лечения. Действительно, если пациенту приходится переносить тяжелые и непрекращающиеся боли, чувство сострадания может подсказывать такой выход, как эвтаназия. Однако не будет ли это свидетельствовать только от состояния условий клиники и как работает ее персонал?

3. Человек может быть альтруистом. Здесь имеется в виду то, что мучения больного заставляют страдать его близких и вообще тех, кто находится около его постели, а также и то, что посредством эвтаназии он сможет сберечь те финансовые средства, которыми могли бы воспользоваться его родные. Он, наконец, понимая безнадежность своего положения, может захотеть, чтобы усилия и ресурсы, которых требует его лечение, были направлены другому - тому, кому действительно можно помочь. Человек, безусловно, вправе быть альтруистом, но из этого не следует, что он должен отказывать в таком же праве другим - близким, медперсоналу и т.д.

4. «Экономический» аргумент. Порой утверждается, что лечение и содержание отнимает у общества немало средств, которые можно было бы, узаконив эвтаназию, использовать более рационально. Не говоря уже о том, что экономические соображения далеко не всегда являются приемлемым доводом при обсуждении моральных проблем, необходимо отметить еще и следующее.

Такого рода аргументация находится в опасной близости к тем соображениям, которыми руководствовались нацисты, осуществляя свои бесчеловечные программы «оздоровления нации».

Обратимся теперь к аргументам противников активной эвтаназии.

1. Активная эвтаназия суть покушение на непреходящую ценность, каковой является человеческая жизнь. Легализация уничтожения человеческих жизней (в нашем случае - практики активной эвтаназии), чревата глубочайшим потрясением всего морального порядка, благодаря которому люди продолжают оставаться людьми.

2. Возможность диагностической и прогностической ошибки врача.

3. Возможность появления новых медикаментов и способов лечения.

4. Наличие болеутоляющих средств. Можно возразить, что применение этих средств, к сожалению, бывает противопоказано для отдельных пациентов. Кроме того, в лучшем случае они снимают физическую боль, но не освобождают пациента, прикованного к постели, от мучительной постоянной зависимости от окружающих.

5. Риск злоупотреблений со стороны персонала. Речь идет о том, что в случае, если активная эвтаназия будет узаконена, у медицинского персонала будет возникать искушение использовать ее не столько исходя из интересов и желания пациента, сколько из других, гораздо менее гуманных, соображений.

Следует также учесть особое обстоятельство, делающее невозможной легализацию активной эвтаназии в современной России. Как мы уже знаем, сторонники активной эвтаназии настаивают на том, что она является реализацией свободы воли пациента, его осознанным и информированным выбором. Такой выбор, между тем, с необходимостью предполагает наличие у пациента точной, объективной информации о диагнозе и трагическом прогнозе заболевания. Практика отечественного здравоохранения, однако, такова, что в нем продолжает превалировать концепция «святой лжи» - от больного, как правило, информация скрывается. А это значит, что фактически российские пациенты обычно не имеют

возможности свободного выбора в тех случаях, когда имеет смысл говорить об эвтаназии. Эвтаназия, в особенности - активная - это еще одна дилемма биомедицинской этики. Во многих странах есть немало ее сторонников. Например, в США организация Hemlock Society, цель деятельности которой - легализация добровольной эвтаназии и самоубийства при помощи врача, насчитывала в начале 90-х годов более 30 тысячи членов. В Голландии медицинские работники в случае осуществления эвтаназии не преследуются законом с 1984 года. При этом они не должны нарушать ни одного из 5 условий: 1) психические и физические страдания больного очень тяжелые без перспективы устранения; 2) больной действительно хочет умереть и просил об эвтаназии недвусмысленно и неоднократно; 3) решение больного независимое и принято на основе хорошей информированности; 4) все виды альтернативной помощи исчерпаны или отвергнуты; 5) врач, принимающий такое решение, консультируется с коллегой. И все-таки в современном мире гораздо больше противников эвтаназии. ВМА приняла «Декларацию об эвтаназии» в 1987 году: «Эвтаназия, то есть акт преднамеренного прерывания жизни пациента, даже сделанная по просьбе самого пациента или по просьбе его близких родственников, является неэтичной...». Точно такая же позиция закреплена в «Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан»: «Ст. 45. Запрещение эвтаназии. Медицинскому персоналу запрещается осуществление эвтаназии - удовлетворение просьбы больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или средствами, в том числе прекращением искусственных мер по поддержанию жизни».

5). Одно из возражений против эвтаназии заключается в том, что в определенном смысле эвтаназия это медицинская капитуляция, это прикрытие позиции, отказывающейся развивать возможности и средства паллиативной помощи умирающим больным. Комитет экспертов ВОЗ по обезболиванию при раке и активной поддерживающей терапии, в частности, отмечал в 1989 году: «... с развитием современных методов паллиативного лечения легализация добровольной эвтаназии не обязательна. Сейчас, когда существует приемлемая

альтернатива смерти, сопровождающейся болями, следует концентрировать усилия на реализации программы паллиативного лечения, а не увлекаться борьбой за легализацию эвтаназии».

Паллиативное лечение (от лат. *pallium* - оболочка, покрытие) квалифицированная эффективная медицинская помощь терминальным больным, заключающаяся в купировании, а по возможности в предупреждении, болевого и других тягостных синдромов, сопровождающих умирание. Связь этимологии слова «паллиативный» и понятия «паллиативное лечение» такова: тягостные, мучительные симптомы, связанные с умиранием, берутся под контроль. Главная цель паллиативной медицинской помощи - добиться приемлемого качества жизни умирающего больного, заботиться о его комфорте. Поэтому паллиативная медицинская помощь руководствуется совершенно новой этической нормой качество жизни терминального больного имеет большую ценность, чем ее продолжительность.

Наиболее—актуальной при оказании паллиативной медицинской помощи является проблема - лечения хронической боли. Необходимо подчеркнуть, что профессиональная подготовка основной массы специалистов-медиков в этом отношении далеко недостаточна. Упомянувшийся уже комитет экспертов ВОЗ, обобщая становление служб паллиативной медицинской помощи в некоторых странах, отмечал: «..пришлось бороться с невежеством врачей, медицинских сестер, фармацевтов и общественности, иногда переходящим в активный антагонизм...». Новая этическая норма, которая в современной медицине в целом стала общепринятой, такова: ввиду того, что наращивание доз опиатов здесь, как правило, неизбежно, риск ускорения смерти пациента считается этически приемлемым.

Философия и этика паллиативной медицинской помощи в одном очень важном пункте совпадает с тем, что называется пассивной эвтаназией. Речь идет об отказе от экстраординарных методов лечения умирающих пациентов. Еще в 1957 году тогдашний римский папа Пий 12, выступая на конгрессе анестезиологов, первым сформулировал точку зрения, согласно которой врач

имеет моральное право отказаться от каких-то чрезвычайных (экстраординарных) медицинских мер, которые в узкоклиническом плане, может быть, и показаны, но на самом деле лишь продлевают процесс умирания и не позволяют больному спокойно умереть.

Итак, паллиативное лечение: утверждает жизнь и воспринимает умирание как нормальный процесс, не ускоряет и не отдалает смерть; воспринимает пациента и его семью как единое целое для своей заботы; освобождает пациента от боли и других тяжелых симптомов; объединяет психологические, социальные и духовные аспекты заботы, так чтобы пациенты смогли примириться со своей смертью так полно, как только это возможно; представляет систему поддержки, чтобы помочь пациентам жить настолько активно и творчески, как это для них возможно до самой смерти.

Наиболее полно принципы паллиативной медицины применяются в хосписах. Слово «хоспис» имеет английское происхождение и означает странноприимный дом, дом умиротворения. Они существовали еще в средние века при монастырях, где тяжелые больные и умирающие могли найти последнее убежище. В 1905 году в Лондоне был открыт приют Св. Христофора, в котором основное внимание уделялось помощи умирающим. Начиная, с конца 40-х годов, в таких приютах интенсивно накапливаются научно-медицинские знания и практический опыт по оказанию квалифицированной, действенной помощи умирающим, в особенности, в области лечения хронической боли, использования психотропных средств, паллиативной химиотерапии, учета психологической реакции семьи на стресс и понесенную утрату и т.д. Постепенно возродилась концепция «легкой смерти», но не в смысле эвтаназии, как «милосердного убийства», а как комплекс мер паллиативной медицинской помощи, с учетом того, что может сделать сам больной, чтобы противостоять своему физическому разрушению.

Основная заслуга в создании современных хосписов принадлежит англичанке Сесилии Сондерс. Временем рождения современных хосписов можно считать 1967 год, в них не только оказывали квалифицированную помощь умирающим, но и стали разрабатывать стандарты паллиативной медицинской помощи, чтобы

методы такой помощи могли использоваться и в домашних условиях. Типичный британский хоспис включает: уход на дому, осуществляемый патронажными медицинскими сестрами, дневной стационар; стационар; оказание поддержки семье в период утраты. Особо следует подчеркнуть широкое участие в хосписном движении добровольцев (волонтеров), число которых нередко превышает число работающих здесь профессионалов. С. Сондерс писала, что сестринский уход является краеугольным камнем всей деятельности хосписа. Благодаря системе помощи на дому, важным аспектом которой является консультирование и обучение, около 50% и даже более больных могут оставаться дома. Дневной стационар принимает около 10-15 пациентов в день, их привозят и увозят волонтеры, тем самым оказывается социальная поддержка и обеспечивается отдых семье. Стационарируются больные в особых случаях для установления контроля за симптомами, 40-50% возвращаются домой, среднее пребывание в стационаре 8-10 дней. Важно подчеркнуть высокий показатель соотношения между медицинским персоналом и количеством больных (потребности которых в лечебной помощи и уходе, как правило, значительны). Поддержка семье в период утраты оказывается получившими специальную подготовку волонтерами, социальными работниками и медсестрами.

Философия хосписа во многом определяется идеей, согласно которой это не «просто особая больница», но «дом для жизни». Если иметь в виду и стационар хосписа, то здесь создана обстановка, близкая к обычным условиям к жизни человека. Здесь предусмотрены условия для пребывания рядом с больным его родных, учитываются его вкусовые пристрастия: вегетарианство и т.д. Здесь допускается, чтобы вместе с больным находилась его любимая кошка или собака, и поддерживается замечательный обычай выполнять последнюю волю больного. Многие пациенты хосписов знают, что они обречены, то есть, от тех, кто хочет знать правду, ее не скрывают. Однако, здесь же лучше всего знают, какое это трудное искусство - сообщать плохие новости. Последовательные сторонники хосписного движения считают, что

помощь здесь должна быть совершенно бесплатной – «За смерть платить нельзя!».

В России первый хоспис был организован в 1990 году в Санкт-Петербурге. В год через его стационар проходит около 300 пациентов, патронажные сестры оказывают помощь на дому примерно 400 больным. В настоящее время хосписы имеются во многих городах, однако формы их деятельности и качество оказываемой здесь паллиативной медицинской помощи, нередко далеко не соответствуют стандартам, которые кратко были описаны выше. Так, например, в первом петербургском хосписе из-за нехватки помещений долго не могли организовать дневной стационар. Обобщая опыт трехлетней работы петербургского хосписа, его главный врач А.В.Гнездилов отмечал специфику развития хосписного дела в нашей стране: в течение нескольких лет главным препятствием при оказании действенной помощи терминальным больным был лимит дозы наркотических препаратов, в настоящее время эта доза, наконец, повышена; 2/3 больных умирает в стационаре; много поступающих больных находятся в социально-запущенном состоянии, в том числе, в санитарном отношении; очень высока текучесть кадров; крайне мало количество волонтеров. И, конечно, нужна система сертификации: хосписом может называться лишь учреждение, соответствующее мировому образцу.

## ЛЕКЦИЯ 7. ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ. ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ГЕНЕТИКИ (2 ч.)

1. Этические проблемы в трансплантологии:
  - а). Моральные проблемы получения органов от живых доноров;
  - б). Моральные проблемы пересадки органов от трупа.
2. Специфика моральных проблем в медицинской генетике.
3. Основные методы медико-генетического консультирования и этические проблемы.
4. Моральные проблемы генной терапии.

### Литература.

1. Биоэтика: принципы, правила, проблемы / Под ред. Б.Г. Юдина. М., 1998. С.318-319, 170-263, 326-327, 420-467.
2. Введение в биоэтику / Под ред. А.Я. Иванюшкина. М., 1998. С. 241-264, 294-318.
  3. Дземешкевич С.Л., Богорад И.В. Биоэтика и деонтология в клинической трансплантологии / Биомедицинская этика. Под ред. В.И. Покровского. М., 1997. С. 138-150.
  4. Кемпбелл А., Джиллетт Г. Медицинская этика. М., 2005. С. 109-127, 169-193.
  5. Тищенко П.Д. Свод этических правил проведения клинических испытаний и медико-биологических экспериментов на человеке // Вопросы философии. 1994. № 3. С. 91-93.
  6. Закон о трансплантации тканей и органов РФ (1992г.)
  7. Бочков Н.П. Методологические и социальные вопросы современной генетики человека // Вопросы философии. 1981. № 1. С. 51-62.
  8. Геном человека: новые возможности, новые проблемы // Человек. 1995. № 1. С. 7-20.

1). Медицина - это развивающаяся система, в которой трансплантология является одной из наиболее перспективных «зон роста». Трансплантология разрабатывает новейшие медицинские технологии высшей категории сложности, которые затем находят широкое применение и в других областях практической медицины. Поэтому некоторое перераспределение ресурсов в пользу трансплантологии как направления разработки и внедрения высоких медицинских технологий обеспечивает прогрессивное развитие здравоохранения

и в конечном итоге оказывается благом для населения в целом.

О важности и своеобразии этических вопросов в трансплантологии свидетельствует следующий факт: когда знаменитый российский хирург С.С.Юдин произвел в 1930 году в Московском Институте скорой помощи им.Н.В.Склифософского первое переливание трупной крови, эксперимент был успешным, , но не только от реципиента, но и от персонала скрыли, кто в данном случае был донором.

Существуют этические проблемы клинической трансплантологии: недопустимость купли-продажи донорских органов; этические и социальные аспекты проблемы компенсации живому донору, пожертвовавшему свой орган; высокая стоимость операций по трансплантации органов и проблема социальной справедливости в здравоохранении; отношение к современной трансплантологии различных религиозных конфессий и т.д.

Вопрос о справедливом распределении дефицитных ресурсов здравоохранения является одной из наиболее актуальных моральных проблем, исчерпывающий анализ которой выходит за рамки данной главы. Однако не вызывает сомнений то, что закрытый для общественного контроля ведомственный механизм распределения дефинитных ресурсов не способствует общественному пониманию необходимости, с точки зрения перспектив развития медицины, приоритетного финансирования программ в области трансплантологии. Для достижения доверия населения и его осознанного согласия на то, чтобы признать справедливым определенное перераспределение ресурсов в пользу развития трансплантологии, необходим заинтересованный общественный диалог и открытость для общественного контроля ведомственных механизмов их распределения. Пересадка органов не только спасает от смерти сотни тысяч пациентов, но и обеспечила им высокое качество жизни. Однако при этом возникает целый ряд непростых моральных проблем.

Этические проблемы трансплантологии существенно различаются в зависимости от того, идет ли речь о заборе органов для пересадки у живого человека или из тела умершего.

а). Моральные проблемы получения органов от живых доноров.

Пересадка органа от живого донора сопряжена с серьезным риском. Во-первых, это риск связанный с проведением самой хирургической операции, которая для любого пациента всегда является сильной психофизиологической травмой. В литературе описаны случаи серьезных осложнений в процессе и после изъятия почки у донора (и даже летальных исходов). Во-вторых, лишившись одного из парных органов или части непарного органа, донор становится; в большей степени уязвимым к неблагоприятным воздействиям, что чревато развитием различных форм патологии. Забор органа или его части у донора очевидно, является отступлением в отношении донора от одного из основополагающих этических принципов медицины – «не навреди». Хирург, забирающий орган или ткань у донора осознанно наносит ему травму и подвергает его жизнь и телесное благополучие значительному риску. Для минимизации ущерба здоровью донора законодательно утверждено бесплатное лечение, в том числе и медикаментозное. Следует, однако, констатировать, что в отечественном здравоохранении сфера предоставления «бесплатных» услуг быстро сужается. Поэтому в реальности после выписки из больницы, в которой был проведен забор органа, донор имеет серьезный шанс оказаться один на один со своими проблемами, прямо или косвенно обусловленными изъятием органа или его части. Возникает, как мы видим, конфликт двух этических принципов медицины: «делай благо и не навреди».

Для смягчения этой проблемы, вероятно, следует предусмотреть возможности усиления защиты интересов донора посредством медицинского страхования. Необходимо также учитывать, что добровольность и генетическое родство донора и реципиента не исключают возможности возникновения между ними конфликта. Поэтому, по нашему мнению, нет ничего предосудительного в том, что добровольная жертва близкому будет юридически оформлена с соответствующим распределением ответственности и обязательств сторон.

С этической точки зрения нарушение принципа «не навреди» является обстоятельством, которое проявляется как признаваемое право потенциального

донора из чувств сострадания, - любви к ближнему пожертвовать для спасения жизни больного своим органом. Вместе с тем не всякая жертва может быть разрешена. Законом запрещается пересадка органа, если априорно известно, что она нанесет необратимое расстройство здоровью донора.

Право на принесение жертвы в пользу близкого - с упомянутыми выше ограничениями достаточно широко признано. Оно предполагает наличие свободной воли донора для совершения благородного поступка. При этом моральные нормы не остаются нейтральными в отношении благонастроенности этой свободной воли. Помощь ближнему в форме определенной жертвы достаточно универсально признается не только как право, но и в качестве морального долга человека. Если жизни ребенка угрожает опасность, а отец, к примеру, отказывается выступить для него в роли донора костного мозга, то подобная эгоистичная направленность воли достойна морального порицания. Вместе с тем закон не может вменить ему в обязанность выполнение морального долга и не наделяет третьих лиц правом на принуждение в этом отношении.

С этической точки зрения донорство должно быть добровольной, осознанно совершаемой и бескорыстной (альтруистической) жертвой. Рассмотрим те условия, при которых эти принципы выполняются. Добровольность возможна при отсутствии принуждения к донорству, опирающегося на родовую, административную, финансовую или иную зависимость. Альтруизм предполагает исключение коммерческой сделки, то есть купли-продажи, в отношениях между донором и реципиентом. Осознанность жертвы должна быть основана на информации, предоставляемой врачом о возможном риске в отношении состояния здоровья и социального благополучия (трудоспособности) потенциального донора, а также о шансах на успех для предполагаемого реципиента. С этой точки зрения донорами не могут выступать недееспособные граждане, которые в силу возраста или состояния интеллектуальных способностей не в состоянии принять решение сознательно. Общество не может признать за ребенком или больным с тяжелым психическим расстройством. Впрочем, известны случаи, когда американские суды разрешали донорство почки

от несовершеннолетнего больного ребенка его психически здоровому брату, мотивируя это долгосрочными интересами донора.

В настоящее время во всех странах мира принята практика пересадки органов и тканей от живого донора только лицам, находящимся в близком родстве с донором, призванная обеспечить принципы добровольности и альтруизма. Сегодня, правда, обсуждается возможность разрешить такие пересадки и не родственникам, но под наблюдением уполномоченных независимых органов. В связи с этим следует заметить, что разрешение таких форм донорства несет в себе серьезную угрозу его коммерциализации, даже вымогательства органов и тканей, - опасности, справиться с которой будет очень и очень непросто.

При близкородственных пересадках могут возникать моральные проблемы. Так, при пересадке органов и тканей особо важное значение имеет правило информированного согласия. В отечественной медицине вместо осознанного информированного согласия обычно применяется в чем-то сходная, однако, по сути, иная процедура - получение письменного разрешения донора. Этот документ не содержит развернутой информации о риске неблагоприятных последствий как медицинских, так и социальных, например, о возможности ограничения работоспособности или даже инвалидизации, а также о вероятности благоприятного исхода для данного конкретного реципиента. Поэтому имеется возможность, «дозируя» характер устно предоставляемой информации, фактически манипулировать решением потенциального донора. В качестве причин возможного интереса в манипуляции информацией в пользу склонения к донорству может выступать финансовая заинтересованность, а также научный интерес, связанный с испытанием новых хирургических приемов, осуществлением анестезии, интенсивной терапии и медикаментозного лечения.

В обоих случаях существует отмеченная ранее опасность, что медики осознанно или неосознанно будут предоставлять потенциальному донору лишь благоприятную информацию, умалчивая, к примеру, о имевших место неудачах, оканчивавшихся смертельным или инвалидизирующим исходом, низких шансах на успех для реципиента, наличии альтернативных для реципиента методов

лечения. Вероятностный характер медицинских прогнозов эффективности того или иного метода лечения объективно создает возможности для влияния субъективных интересов участвующих сторон на оценку их предпочтительности. Устный характер информирования исключает объективную оценку со стороны незаинтересованных в пересадке специалистов и контроль от субъективных искажений. Аналогичные проблемы имеют место и при получении согласия реципиента. Многие моральные затруднения можно разрешить путем их обсуждения на заседаниях уже упоминавшихся нами «этических комитетов».

Другой проблемой, которая может возникнуть при получении согласия на донорство, является опасность в отношении того, действительно ли при этом обеспечивается добровольность. В отечественном здравоохранении медицинская информация о пациентах традиционно передается членам семьи. Поэтому существует вероятность откровенного семейного давления и даже принуждения в отношении потенциального донора. Такое принуждение может иметь и характер непрямого, завуалированного психологического или морального воздействия. Особенное внимание должно уделяться пациентам, относящимся к этническим группам, в которых традиционно женщины рассматриваются как имеющие меньшую социальную ценность, чем мужчины, так что они более зависимы, следовательно, более несвободны и в большей степени подвержены принуждению со стороны родственников. В связи с этим можно считать оправданной практику тех трансплантологических центров, в которых любая медицинская информация о потенциальном доноре (или реципиенте) передается даже родственникам только с его прямого согласия. Иными словами, обеспечивается конфиденциальность.

Другая группа моральных проблем возникает в связи с запретом на продажу органов для пересадки. Тенденция к коммерциализации имеет свои объективные причины. Во-первых, это дефицит органов для трансплантации, вынуждающий больных к поиску неординарных источников получения донорских органов. Во-вторых, обнищание значительной части населения подталкивает людей к поиску заработка даже путем продажи собственных органов. В-третьих, кризис

бюджетного финансирования и слабость финансирования по линии обязательного медицинского страхования побуждает медицинские учреждения к борьбе за выживание путем коммерциализации своей деятельности.

В чем моральное зло торговли органами? Прежде всего, оно состоит в том, что тело человека превращается в товар-вещь, приравниваемую через механизм купли-продажи к прочим вещам, тем самым разрушается его особый социальный статус. Через телесность человека, так или иначе, во множестве самых различных форм, реализуются его личностные потенции и устремления. Поэтому манипуляции с телом являются ни чем иным, как формами воздействия на личность. Превращение тела в вещь и товар деперсонализирует человека, наносит ему моральный ущерб.

Разрешение торговли органами усилит социальную несправедливость, богатый будет в буквальном смысле выживать за счет бедного. Эта новейшая форма эксплуатации человека человеком способна в немалой степени дестабилизировать общественную жизнь. Следует отметить, что фактически коммерциализация человеческого тела уже началась, так как можно продать и купить кровь, сперму, яйцеклетку. Потому, с точки зрения сторонников рыночных механизмов в заготовке органов для трансплантации, вопрос лишь в том, чтобы поставить реально складывающийся рынок человеческих органов от живых доноров (и от трупов) на твердую правовую основу.

Чтобы избежать таких негативных последствий, общество обязано пойти либо по линии легализации торговли органов от живых доноров (что вряд ли приемлемо), либо разработать комплекс мер, способных: а) эффективно контролировать запрет коммерциализации; б) ослабить давление объективных факторов путем улучшения финансирования программ по трансплантологии, создания национальной системы заготовки и распределения трупных органов для пересадки; в) усилить механизмы социальной защиты населения.

В качестве «третьего» пути некоторые авторы предлагают заменить механизм купли-продажи органа механизмом материальной компенсации за донорство органа. Действие подобной модели можно представить следующим образом.

Независимая в финансовом и административном отношении трансплантологическая медицинская организация, занятая заготовкой и распределением органов для пересадок (которые рассматриваются при этом в качестве общественного достояния), компенсирует донору нанесенный ущерб в виде денежной выплаты, предоставления медицинской страховки на случай лечения осложнений, а также других социальных льгот. По своей организации эта система может напоминать действовавшую в СССР систему заготовки и переливания крови.

Компенсационная модель смягчает некоторые негативные в моральном отношении аспекты прямой коммерциализации, учитывает объективно складывающиеся мотивации к донорству, предоставляет определенные гарантии качества как для доноров, так и для реципиентов. Вместе с тем некоммерческая бюрократическая организация имеет и свои слабые в моральном отношении стороны. В частности, она предрасположена к обычной для государственных структур, распределяющих общественные ресурсы, коррупции.

б). Моральные проблемы пересадки органов от трупа.

Со светской, секулярной точки зрения смерть человека не обрывает действительности его воли в отношении того, что ему принадлежит. Завещание представляет собой особую форму волеизъявления, которая как бы продлевается за черту, отделяющую жизнь человека от смерти. Также признается, что любой акт надругательства над телом покойного является предосудительным поступком, оскорбляющим его память. Иными словами, как для религиозного, так и для светского сознания мертвое тело обладает особым моральным статусом и предполагает определенные нормы, регулирующие обращение с ним. Целесообразно выделить несколько групп проблем, возникающих при пересадке органов от трупа: моральные проблемы процедуры забора органов; проблема справедливости распределения между потенциальными реципиентами дефицитных ресурсов (органов и тканей) в трансплантологии; этические проблемы связанные с торговлей человеческими органами и тканями в трансплантологической практике.

Концепция смерти мозга была разработана в неврологии независимо от целей и потребностей трансплантологии. Однако именно для трансплантологов концепция мозговой смерти открыла широчайшие возможности, недоступные при использовании традиционных легочно-сердечных критериев смерти. Не случайно поэтому, что именно в связи с развитием трансплантологии эта проблема подверглась всестороннему обсуждению с этической и правовой позиций.

Среди них центральное место занимает вопрос о надежности диагностики смерти мозга. Он почти целиком входит в рамки профессиональной компетенции неврологов и становится моральной проблемой тогда, когда речь заходит о доверии населения к достоверности и качеству практического использования этих процедур перед принятием решения о заборе органов для трансплантации.

Неинформированность населения о мерах, осуществляемых органами здравоохранения по обеспечению надежности применения процедур постановки диагноза смерти мозга, создает благоприятную почву для необоснованных обвинений, распространения слухов и, в целом, подрывает общественное доверие в отношении деятельности медиков в области трансплантологии. Важнейшим принципом, который охраняет процедуры диагностики смерти мозга от влияния корыстных интересов «заготовителей» органов и тем самым обеспечивает их надежность, является организационная и финансовая независимость медицинских учреждений, осуществляющих диагностику и забор органов, от трансплантологов. Последнее возможно только при наличии федеральной или региональных систем по забору и распределению органов и тканей для трансплантации по аналогии с системами, существующими за рубежом. Такая служба действует в настоящее время в Москве.

Подобные системы должны финансироваться из бюджета независимо от программ по трансплантациям. Без того всегда сохраняется опасность умышленной или неумышленной «передиагностики» при постановке диагноза смерти мозга вследствие наличия серьезного материального интереса. Типы забора органов для трансплантации от трупа и связанные с ними моральные

проблемы

Существует три типа забора органов от трупа, которые имеют различное моральное содержание, - рутинный забор; забор, основанный па презумпции согласия; забор, осуществляющийся через механизмы информированного согласия.

Рутинный забор осуществлялся в СССР, фактически нередко осуществляется и в современной России. Его основанием является сложившаяся профилактика, согласно которой власти могут по своему усмотрению распоряжаться телом умершего человека. В частности, они дают службам здравоохранения полномочия производить вскрытие, забирать органы для научных и прочих манипуляции, использовать физиологические жидкости и ткани трупа для самых разных целей. Тело умершего человека в данном случае трактуется как государственная собственность и врачи могут использовать в общественных интересах.

Здесь в полной мере реализуется исходная установка утилитаристской этики.

Рутинным забор органов для пересадки затрагивает также моральные ценности семьи покойного. В глубь веков ухолит традиция, предписывающая родственникам умершего в качестве морального долга его достойное погребение. При этом неприкосновенность останков и почтительное отношение к ним являются строго обязательными. Манипуляции с телом покойного без разрешения семьи очень многими людьми могут быть восприняты как их личное оскорбление и нанесение морального ущерба.

Механизм презумции согласия (или предполагаемого согласия), заложенный в ныне действующий российский закон по трансплантологии является важным шагом на пути признания этого права и, следовательно, на пути улучшения моральных стандартов отечественной трансплантологической практики. Этот принцип отличается от рутинного забора тем, что хотя специальное разрешение на забор органон после смерти и не испрашивается, но согласие на такой забор предполагается, то есть констатируется отсутствие отказа от подобной манипуляции.

Действующий закон по трансплантологии предоставляет право на отказ как самому человеку - заранее, так и его родственникам - после его смерти. Важно, однако, чтобы это право могло быть реализовано на практике. Население должно быть информировано о своем праве на отказ, понимать содержание этого права и знать, как оно может быть реализовано. То обстоятельство, что механизм отказа разъяснен лишь в ведомственной инструкции Минздрава, является существенным препятствием на пути реализации позитивных сторон презумпции согласия и нарушением прав граждан. В свою очередь, поскольку механизм отказа не оформлен юридически, дополнительный риск предъявления жалоб и даже судебных исков со стороны родственников умершего ложится и на медиков, изымающих органы и ткани в целях трансплантации.

Презумпция согласия вполне соответствует коллективистским ценностным ориентациям, которые свойственны отечественным моральным традициям. Запреты и предубеждения против использования органов умерших людей для трансплантации основываются обычно не на рациональной аргументации, а на архаичном символизме, смысл которого напрочь утерян современными людьми, поскольку он был неразрывно связан с определенного рода социальной практикой древних цивилизаций.

Информированное согласие потенциального донора в форме прижизненного распоряжения или согласия членов семьи после его смерти используется в Соединенных Штатах, Голландии, Португалии и других странах. Этот механизм иногда называют «презумпция несогласия», поскольку в данном случае предполагается, что отсутствие явно выраженного согласия равносильно отказу.

В основе подхода, опирающегося на информированное согласие, лежит фундаментальное право индивидуума на самодетерминацию, автономию. Человек должен иметь возможность сам распоряжаться своей жизнью и своим телом, в том числе - и разумных пределах - и после смерти. В то же время информированное согласие не противоречит и общественному интересу в получении органов и тканей для пересадок.

Информированное согласие представляет собой более демократичный меха-

низм, чем рутинный забор, при котором медики как бы присваивают себе право распоряжаться телом умершего без его разрешения.

2). Современная генетика, а особенно генетика человека - одна из наиболее бурно развивающихся областей научного знания. Характерно при этом, что многие ее достижения очень быстро находят свои практические приложения, в частности, в области медицины и здравоохранения. Не лишены известных оснований утверждения тех, кто считает, что в будущем биология и медицина будут все больше опираться на фундамент генетики.

Этот стремительный прогресс медицинской генетики неизбежно сопровождается непрерывным появлением все новых моральных и юридических проблем. Некоторые из них, например те, что связаны с возможностью получения генетически идентичных копий (клонов) ныне живущих или уже умерших людей, привлекают внимание самых широких слоев общества; другие, быть может, не менее важные и острые, обсуждаются главным образом в среде специалистов.

Традиционная медицинская этика ориентирована, прежде всего, на взаимоотношения между двумя индивидами - врачом и пациентом. Одна из основных особенностей этических проблем медицинской генетики в том, что она связана с тем, что наследственные заболевания (хотя они и проявляются у отдельных индивидов) в результате репродуктивных процессов передаются потомкам. Проблемы, изучаемые в медицинской генетике, носят родовой, а не только индивидуальный характер, как это бывает при обычных заболеваниях. Другой особенностью медицинской генетики, которая проявляется и в специфике этических проблем, является то, что лишь для очень небольшого числа наследственных болезней имеется более или менее успешное лечение. Преимущественно приходится ограничиваться мерами профилактики и диагностики этих нарушений. Именно последнее обстоятельство обуславливает наличие таких специфических проблем, как этичность диагностики того или иного патологического состояния, если отсутствует достаточно эффективный

метод его лечения. Есть большие сомнения относительно того, захочет ли человек знать свою судьбу, не имея возможности ее избежать.

Специфика этических проблем медицинской генетики состоит также в том, что предметом генетической практики является в основном забота о здоровье еще нерожденных детей - будущих поколений. Поэтому как разновидность медицинской помощи медицинская генетика может развиваться лишь в такой социальной ситуации, где как отдельные граждане, так и общество в целом признают ответственность за здоровье не только уже живущих сограждан, но и тех, кому еще только предстоит родиться. Признание этой ответственности заставляет задуматься над проблемой справедливости применительно к распределению общественных ресурсов между поколением уже живущих и тех, кто придет им на смену.

3). Медицинская генетика использует многочисленные методы, но в связи с обсуждаемыми нами проблемами наибольший интерес представляют генеалогический анализ, тестирование и скринирование, выявления генетической патологии. Применение каждого из этих методов связано с определенными моральными проблемами. Одно из центральных мест при этом занимает проблемы конфиденциальности генетической информации.

Классическим способом установления генетической природы того или иного заболевания человека является составление родословной. Такая практика генеалогического анализа изначально противоречива. Для того чтобы помочь индивиду или паре, генетик должен получить информацию о соматических и психических признаках, касающихся целой группы людей. Однако, родственники также становятся объектом исследования, то нужно ли спрашивать и их разрешения?

Согласно Конституции РФ и «Основам законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», нельзя проводить исследования на людях и медицинские вмешательства без их добровольного информированного согласия. Должен ли пациент (пробанд) спрашивать согласие своих родителей на передачу врачу данных об их

заболеваниях, вредных привычках, чертах характера о всем том, что медицинский генетик может считать относящимся к интересующим его наследственным признакам? Имеет ли право врач-генетик работать с медицинскими картами родственников пациента, не ставя их в известность.

Имеет ли право пациент знать всю информацию, которую опытный генетик может извлечь из изучения родословной, или лишь то, что касается непосредственно его и его потомков? Может ли он взять у врача копию родословной? Имеют ли право его родственники получить эту информацию без его согласия или, тем более, вопреки его запрету. По всем обозначенным вопросам существуют серьезные расхождения мнений.

Корень проблем в том, что этические стандарты медицинской практики традиционно строились, исходя из модели индивидуального взаимодействия «врач – пациент». Применимы ли в полной мере к генетике такие правила, как неприкосновенность частной жизни? Информация о заболеваниях, психических и соматических особенностях, привычках и образе жизни - все это информация, относящаяся к частной жизни пациента. Но в рамках родословной эта же информация может иметь медико-генетическое значение и для других родственников. Обладая ею, родственники пациента могут более ответственно подойти к вопросу о рождении потомства, вовремя проконсультироваться, провести необходимые обследования, принять профилактические меры при наличии предрасположенности к развитию определенного заболевания и т.д.

Соблюдение конфиденциальности, как и принципа уважения автономии пациента - важнейшие моральные начала врачевания. Но и долг помочь человеку, вытекающий из принципа «делай благо», является столь же обязательным моральным требованием в деятельности медицинского работника. Практически невозможно выработать универсальный подход к разрешению подобной моральной дилеммы. Каждый случай требует индивидуального, ситуативного анализа, в ходе которого следует помнить и о том, что все принципы и правила биоэтики бывают применимы не абсолютно, а лишь *prima facie*, после тщательной оценки последствий принятия того или иного решения. Впрочем,

ситуация может несколько упроститься, когда речь идет о двух крайних случаях: если информация касается признаков, не имеющих существенного клинического значения, или, наоборот, если информация касается вероятности тяжелого психического или соматического заболевания. В первом случае обычно можно придать решающее значение требованию конфиденциальности и воздержаться от передачи информации родственникам пациента. Во втором же, когда налицо серьезная опасность развития (появления у потомков) тяжелого наследственного заболевания, угрожающего жизни или ведущую к тяжелой инвалидизации, долг врача-генетика будет заключаться в том, чтобы по возможности предотвратить беду, проинформировав и проконсультировав родственников пациента. Однако и в данном случае следует сделать все возможное для получения разрешения на передачу информации от пациента. Если же это не удастся, то необходимо поставить его известность, что информация, в силу ее особой клинической значимости, будет передана соответствующему родственнику несмотря на запрет. Разумеется, представляя информацию родственнику, следует ограничиться лишь той ее частью, которая касается вероятности развития у него или его потомков данного конкретного тяжелого заболевания.

Принятие морального решения в сложных случаях, которые не могут быть отнесены к крайним, целесообразнее осуществлять в рамках так называемого «этического комитета» (этической комиссии), который может быть организован в медицинском учреждении, занимающемся медико-генетическим консультированием. Аналогичные проблемы возникают при генетическом тестировании пациентов, которое может проводиться как по запросу пациента, так и в обязательном порядке, например для определенных профессиональных групп. В последние годы возможности тестирования наследственных заболеваний быстро возрастают благодаря введению в практику методов ДНК-диагностики.

Несанкционированно пациентом использование касающейся его генетической информации может представлять для него серьезную опасность. Например, полученная в результате обязательного медицинского обследования генетическая информация может быть использована администрацией пред-

приятия как средство дискриминации, повод для увольнения, препятствие продвижению по службе.

Генетическое скринирование популяции осуществляется с целью определения носителей генов тяжелых наследственных заболеваний. В применении программ скрининга возможен моральный конфликт, в основе которого - столкновение правила конфиденциальности с долгом предупредить возникновение тяжелого заболевания. Наряду с этим особая моральная проблема, которая возникает при скринировании наследственных заболеваний, заключается в необходимости эффективного материального обеспечения не только самих процедур скрининга, но и полноценного последующего лечения.

Серьезные моральные проблемы возникают при разработке и внедрении в практику новых скринирующих программ. Ни один из существующих методов диагностики не является абсолютным. Всегда есть определенный процент ошибочных диагнозов. Часть больных диагностируется как здоровые (ложноотрицательный результат), часть здоровых - как носители патологических генов (ложноположительный результат). Отношение между числом ложноположительных и ложноотрицательных диагнозов имеет динамический характер. Ложноотрицательная диагностика имеет вполне очевидные последствия, больной не получает необходимого лечения. Ложноположительная диагностика может нанести серьезный психический вред здоровому ребенку и его родителям, а неоправданное лечение - вред его здоровью.

Аналогичные проблемы могут возникнуть и при тестировании, но, поскольку оно обычно проводится при наличии определенных медицинских показаний, в том числе при наличии в семье случаев наследственного заболевания, а также в индивидуальном порядке, - вероятность ошибочных диагнозов при тестировании меньше, хотя она и не может быть исключена полностью.

Итак, основные требования, предъявляемые к медицинскому генетику: деликатность и такт, принцип добровольности обследования, исключительная важность принципа конфиденциальности, порог откровенности в общении врача и пациента и т.д.

Ответственным моментом является вынесение заключения и сообщение его пациенту. Этическая и профессиональная позиция медицинского генетика - это позиция эксперта консультанта, тактично помогающего пациентам сделать свободный осознанный выбор, например, планировать ребенка, рождение ребенка, прервать или сохранить уже имеющуюся беременность. Недопустимо давление на пациента, навязывание ему своей системы ценностей.

#### 4). Моральные проблемы генной терапии.

Генная терапия представляет собой одно из новейших направлений развития медицины. К настоящему времени она применялась в отношении уже сотен пациентов, причем в некоторых случаях с достаточно обнадеживающим результатом. Метод основан на переносе генетического материала с помощью вирусных или фаговых векторов (переносчиков) либо непосредственно в кровь и ткани пациента, либо вначале в лабораторно изолированные клетки больного, которые пересаживаются ему впоследствии.

Наиболее перспективным считается применение генной терапии для лечения моногенных наследственных заболеваний, при которых предполагается, что введение в организм генетического материала содержащего нормально функционирующий ген, вызовет решающий терапевтический эффект. Перспективна разработка методов генной терапии злокачественных новообразований. Значительные надежды связываются с разработкой эффективных методов генной терапии СПИДа.

Вместе с тем следует подчеркнуть, что в настоящее время ни один из существующих методов генной терапии не может считаться достаточно отработанным и надежным. Успешные случаи, вызывавшие ажиотаж и энтузиазм общественности, чередовались с трагическими неудачами, за которыми следовали настойчивые призывы прекратить эти опасные эксперименты. Такая ситуация естественна, если учесть, что, например, на клиническую отработку сейчас уже рутинных и широко практикующихся методов пересадки костного мозга и внутренних органов ушло почти четверть века. В настоящее время

продолжает сохраняться значительная неопределенность в отношении учёта возможных негативных последствий переноса генетического материала в организм пациента, а также оценки эффективности генной терапии. Поэтому международно признанным является, например, запрет на проведение испытаний методов генной терапии на половых клетках человека. Этим предотвращается передача потенциально неблагоприятных генетических изменений потомкам и их распространение в последующих поколениях. Следует, однако, учесть, что половые клетки не изолированы в организме, так что в принципе сохраняется вероятность воздействия на них векторов генетического материала и при генотерапии соматических клеток.

Признанным считается выполнение следующих условий для разрешения проводить клинические испытания в области генной терапии:

- 1) Необходимо доказать в экспериментах на животных, что нужный ген может быть перенесен в соответствующие клетки-мишени, где он будет функционально активен достаточно продолжительное время.
- 2) Нужна уверенность в том, что, будучи перенесен в новую для себя среду, этот ген сохранит эффективность.
- 3) Нужна абсолютная гарантия того, что перенесенный ген не должен вызывать неблагоприятных последствий в организме.

## ЛЕКЦИЯ 8. БИОЭТИКА: ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ (2 ч.)

1. Цель и задачи психиатрии.
2. Патернализм и антипатернализм в истории психиатрии.
3. Сущность принципа добровольности в психиатрии.
4. Принцип «не навреди» в психиатрии.
5. Защита конфиденциальности психически больных.
6. Злоупотребления в психиатрии.

### Литература:

1. Биоэтика: принципы, правила, проблемы / Под ред. Б.Г. Юдина. М., 1998 С. 319-320.
2. Введение в биоэтику / Под ред. А.Я. Иванюшкина. М., 1998. С. 318-378.
3. *Кемпбелл А., Джиллетт Г.* Медицинская этика. М., 2005. С. 211-212.
4. *Иванюшкин А.Я.* Биоэтика и психиатрия // Вопросы философии. 1994. № 3. С. 77-91.
5. Кодекс профессиональной этики психиатра // Социальная и клиническая психиатрия. 1993. № 3. С. 120-124.
6. *Семичев С.Б.* Антипсихиатрическое движение: его современное состояние // Медицина и идеология М., 1985. С. 170-185.
7. *Тихоненко В.А., Иванюшкин А.Я.* Этика практической психиатрии Руководство для врачей / Под ред. В.А. Тихоненко. М., 1996. С. 154-176.

1). Этимология слова «психиатрия» (от греч. «psyche» - душа, «iatros» - врач) адекватно отражает главную цель профессиональной деятельности психиатра - врачевание психических расстройств, компетентную и умелую помощь, прежде всего, душевно больным людям, но также и всякому человеку, нуждающемуся в такой помощи. Из всех медицинских дисциплин психиатрия в наибольшей степени имеет дело с человеком в целом, с учетом его биологической, психической, духовной и социальной составляющих. Большинство этических проблем современной медицины имеет особую остроту в психиатрии. Это, прежде всего, принцип добровольности лечения, принцип не причинения вреда в психиатрии, который может быть связан с недостаточно обоснованными мерами

принуждения при оказании психиатрической помощи, также могут иметь место и недостаточно обоснованные социальные ограничения и запреты в отношении пациентов, стигматизация их в обществе, нарушение конфиденциальности, недопустимое вмешательство в личную жизнь пациентов. Сама госпитализация в психиатрическую больницу в каких-то случаях может нанести вред больному, длительное пребывание в стационаре подчас ведет к госпитализации, характеризующейся разрывом семейных, социальных связей и т.д. Наконец, следует помнить, что в психиатрии нередко применялись и применяются очень инвазивные методы терапии, например, «шоковые методы». Да и лечение нейралептиками может осложниться нейролептическим синдромом, иногда представляющим опасность для жизни. Чрезвычайно важно сохранение медицинской тайны в психиатрии, но требование профессиональной этики и Закона не разглашать профессиональную тайну может стать очень трудноразрешимой этической дилеммой. Например, следует ли информировать жену больного шизофренией о диагнозе у ее мужа? Обязаны ли медицинские работники быть правдивыми по отношению к ней? Что соответствует благополучию пациента - чтобы жена знала правду о диагнозе и прогнозе его болезни или чтобы эта правда была от нее скрыта. Как ни в какой другой клинической дисциплине, в психиатрии актуальна проблема злоупотреблений. В самом общем виде алгоритм решения этих проблем представлен, во-первых, в Законе РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», который действует с начала 1993 года, и во-вторых, в «Кодексе профессиональной этики психиатра», который был принят Российским обществом психиатров в 1994 году. В нашей стране психиатрия – пока единственная клиническая дисциплина, в которой разработан особый кодекс профессиональной этики. Важно подчеркнуть, что содержание принципов и многих норм современной этики в психиатрии имеет международное признание. Такие документы, как «Свод принципов и гарантий защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи», подготовленный в 1990 г. одной из комиссий по правам человека ООН, как «Гаванская декларация», принятая в 1977

г. и пересмотренная в 1983 г. Всемирной психиатрической ассоциацией (ВПА) и др., определяют минимальные этические стандарты в работе каждого психиатра. «Женевская декларация» ВМА (1948 г.) предписывает каждому врачу не допускать никакой дискриминации пациентов. Среди всех возможных видов дискриминации отдельных групп больных (в связи с полом, возрастом, вероисповеданием, этнической или национальной принадлежностью и т.д.) необходимо выделить дискриминацию пациентов, связанную с самой болезнью или недееспособностью, что особенно актуально в психиатрии. Проявления дискриминации душевнобольных при оказании им медицинской помощи могут быть: 1) преимущественно моральными; 2) преимущественно социальными. Относительно первого из этих пунктов отечественный «Кодекс профессиональной этики психиатра» предписывает: «Унижение психиатром человеческого достоинства пациента, негуманное, немилосердное отношение к нему являются грубейшими нарушениями профессиональной этики».

## 2). Патернализм и антипатернализм в истории психиатрии.

Традиция осмысления дилеммы патерналистского и непатерналистского подходов в психиатрии во многом предвосхищает современную биоэтику. Патерналистское начало сыграло чрезвычайно важную роль в истории психиатрии. С утверждением патерналистских взаимоотношений врача и психически больного связано, во-первых, самоопределение самой психиатрии как самостоятельной медицинской дисциплины, а во-вторых, формирование отношения общества к «помешанным» как к больным людям. До этого отношение к ним в западноевропейских странах было по преимуществу полицейским.

Предместником кризиса врачебного патернализма в психиатрии в западных странах стал кризис психиатрических больниц, начавшийся в 50-е гг. XX в. В 60 - 70-е годы в психиатрии США проводится новая политика - политика деинституционализации психически больных, то есть отказа от принудительного лечения в психиатрических больницах. Основная причина нововведений

заклучалась в широком применении инвазивных средств, в результате чего в психиатрических больницах стали скапливаться больные, которых в силу сложившихся традиций не выписывали из больницы, но которые, по сути дела, уже не нуждались в стационарном лечении.

Однако антигоспитальное движение имело и другую сторону. Основное негативное следствие политики деинституционализации заключалось в том, что новая система психиатрической помощи оказалась не способной обеспечить квалифицированной медицинской помощью наиболее тяжелый контингент больных. В последние годы в США получили развитие различные формы психиатрической помощи - частичная госпитализация, психиатрическое обслуживание в больницах общего типа и т. д. В контексте этой эволюции некоторый возврат к идее больничной психиатрии представляется показательным, тем самым патерналистская этическая доктрина в психиатрии в определенном смысле устояла.

Одновременно в 60-е годы в Европе, а затем и в Америке возникают движения антипсихиатров, в их практической программе акцент ставится на устранение любых «иерархически-репрессивных» черт жизни больниц, обучение персонала «новым ролям», а больных - новому пониманию «своего кризиса». Реальные антипсихиатрические эксперименты (в Великобритании, ФРГ и других странах) прежде всего, разрушали институциональный порядок психиатрических больниц, отменяли использование психотропных, седативных средств. Некоторые антипсихиатры не считали необходимым препятствовать человеку даже в его стремлении к самоубийству.

В нашей стране эти изменения нашли отражение, во-первых, в Федеральном Законе «О психиатрической помощи и правах граждан при ее оказании» (1993 г.) и, во-вторых, в «Кодексе профессиональной этики психиатров» (принят Российским обществом психиатров в 1994 г.).

Наибольшим морально-этическим напряжением при оказании психиатрической помощи характеризуются ситуации, когда врач-психиатр принимает решение о применении мер медицинского характера в

недобровольном порядке. Вплоть до середины XX в. недобровольная госпитализация подавляющей части душевнобольного являлась общепринятой социальной нормой.

3). Современный подход к недобровольному лечению психически больных был обозначен в 1954 г, когда комитет экспертов ВОЗ по психическому здоровью определил госпитализацию социально опасных лиц с психическими расстройствами через суд как унижительную для них и их родственников. Дело в том, что существовавшее тогда во многих странах законодательство, регламентировавшее недобровольное лечение, копировало модель уголовного судопроизводства.

Получение согласия компетентных больных в каждом случае назначаемого психиатрического лечения является краеугольным камнем всей современной системы оказания помощи душевнобольным. Уже юридическая сторона получения информированного согласия на психиатрическое лечение выделяет эту дисциплину из ряда других клинических дисциплин. Во-первых, в психиатрии согласие больного на лечение обязательно должно быть оформлено письменно. Во-вторых, основные требования этики к получению согласия на лечение больного в психиатрии нашли закрепление в законе: «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». Далее в законе говорится, что согласие за некомпетентных больных (несовершеннолетние до 15 лет и лица, признанные в законном порядке недееспособными) дают их законные представители.

Особый вопрос - сообщение больному информации о диагнозе. Закон не обязывает врача-психиатра при получении согласия на лечение непременно сообщать больному его диагноз. Если диагноз не вызывает у больного категорического неприятия или выраженных отрицательных эмоций, то врач

вполне может обсудить с больным этот вопрос (причем не только такие диагнозы, как «невроз», «психопатия», «депрессия», «эпилепсия», но и «шизофрения», «маниакально-депрессивный психоз» и т.д.). Обсуждая другой очень важный для больного вопрос - о продолжительности лечения, врач должен быть с ним правдивым.

Принцип добровольности при оказании медицинской помощи включает в себя право больного на отказ от медицинского вмешательства. Это право пациента закрепляется ст. 12 Закона РФ «О психиатрической помощи». Ограничение права больного или его законных представителей на отказ от лечения допускается лишь в строго и четко оговоренных случаях.

Предоставление психически больным гарантированного законом права на отказ от лечения порождает новые морально-этические дилеммы. В литературе ведутся дискуссии по поводу «специфического ограничения» правоспособности душевнобольных, когда пациент может быть признан сохранившим другие гражданские права, но одновременно - утратившим «право отказа от лечения». Дело в том, что у некоторых душевнобольных может быть нарушена преимущественно способность суждения о болезни - феномен так называемой апозогнозии.

В ст. 29 Закона РФ «О психиатрической помощи» определяются необходимые и достаточные условия, допускающие госпитализацию определенных категорий душевнобольных без их добровольного согласия. Во – первых, речь идет о психопатологических состояниях, которые закон определяет как «тяжелые психические расстройства». Во-вторых, предусмотрены случаи, когда обследование или лечение больного возможно только в стационарных. В-третьих, состояние больного должно иметь хотя бы одну из следующих трех характеристик:

- а) больной представляет непосредственную опасность для себя самого и окружающих;
- б) больной беспомощен, то есть неспособен самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности;

в) психическое состояние больного таково, что оставление его без психиатрической помощи нанесет существенный вред его здоровью.

#### 4). Принцип «не навреди» в психиатрии.

Применение этого принципа при оказании психиатрической помощи имеет много специфических особенностей.

Схематически ущерб от психиатрической практики, можно свести к следующим видам:

1. Принуждение. Меры принуждения в психиатрии ведут от безобидных ситуаций недобровольного освидетельствования психиатром (например, в некоторых случаях экспертизы трудоспособности) до принудительного введения лекарств или принудительного кормления.

2. Социальные ограничения к запрету, которые, прежде всего, касаются выполнения психически больными отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, не являющейся профессиональной, но связанной с источником повышенной опасности.

3. Отчуждение, которое, как правило, присуще отношение современного общества к душевнобольным. Факты обращения к психиатру или пребывания в психиатрическом стационаре («на учете» в диспансере), психиатрические диагнозы, ставшие известными посторонним - все это становится в оценках обывателей «ярлыками», стигматизирующими психически больных, унижающими их человеческое достоинство, создающими вокруг них эмоциональную изоляцию, способствующими их дискриминации эксплуатации.

4. Собственно моральный вред, причиняемый душевно больным врачами или медперсоналом, проистекает из нарушения медиками профессиональных этических норм - конфиденциальности, правдивости, невмешательства в личную жизнь и т.д. В частности, в своей психотерапевтической работе психиатр не должен забывать об опасности нанесения пациенту вреда через навязывание ему своих

убеждений и ценностей. Вред, который сопутствует применению инвазивных методов исследования и методов лечения с побочными действиями.

Здесь уместно напомнить, что в истории терапии душевных болезней имеются самые разные страницы, в том числе и так называемая «механизированная психотерапия» немецких психиатров первой половины XIX в. Особо примечательны средства, причиняющие боль: жгучие тирания, нарывные пластыри, прижигание железом, а то и просто применение плетки. Применение в целях лечения психических расстройств «механизированных методов», методов психохирургии, «шоковых» методов и последующий отказ от такой терапии или значительное сужение показаний к ней лишней раз подтвердили особую актуальность в психиатрии этического принципа «не навреди». Надо помнить, что современная практика применения психотропных лекарственных средств нередко сопровождается весьма серьезными побочными действиями - нарушениями двигательной активности, расстройством походки и т.д. По разным данным, в 0,4 -14% случаев лечения нейролептиками развивается грозный «нейролептический синдром», который иногда становится причиной смерти пациентов.

В согласии с принципом «не навреди» больному, моральный выбор в таких условиях должен быть «выбором меньшего зла». Практическое действие данного принципа в работе врача-психиатра дифференцируется в зависимости от клинической картины заболевания и главное - от тяжести состояния больного. Но при этом действия врача должны полностью соответствовать закону и должны следовать также важному этическому требованию, которое можно охарактеризовать как получение косвенного, «суррогатного» согласия больного на такого рода медицинское вмешательство.

По отношению к некомпетентным одиноким душевнобольным критерием оправданности таких решений врача является его совесть. В таких случаях действенным оказывается известное еще из Евангелия «золотое правило нравственности»: «Итак, во всем, как хотите, чтобы с вами поступали люди, так поступайте и вы с ними, ибо в этом закон и пророки». Очевидно, что в данном

случае «согласие» за больного дает сам врач, предварительно поставив себя на его место.

5). Применение нормы конфиденциальности в психиатрии тоже имеет немало особенностей. В условиях сохраняющейся и в современном обществе стигматизации душевнобольных особенно настоятельным является требование строжайшего соблюдения врачами и медперсоналом врачебной тайны при оказании психиатрической помощи. Ст. 9 Закона РФ «О психиатрической помощи», определяя объект врачебной тайны, называет сведения о фактах обращения за психиатрической помощью, о наличии психического расстройства, о лечении у психиатра, а также иные сведения о состоянии психического здоровья.

Морально-этические коллизии, связанные с необходимостью сохранения врачебной тайны при оказании психиатрической помощи, бывают преисполнены подлинного драматизма. Приведем всего лишь один пример из тех, что были опубликованы недавно в прессе. Психиатры скрыли от жены больного, что ее муж страдает эндогенным психическим заболеванием. Спустя 10 лет (за это время в семье родился второй ребенок), когда прогрессирование болезни само собой убедило женщину, как тяжело болен ее муж, она пишет письмо постороннему врачу (как отклик на его популярную книгу о психиатрии): «... И вот недавно его снова положили в больницу. На этот раз меня было трудно обмануть. Врачи только подтвердили, что это не неврастения, а настоящее психическое заболевание (какое мне не сказали). Что вышло из святой лжи врачей? Мне не мил белый свет, я не хочу жить. Страшно сознавать, но я хочу смерти мужа или своей... Если бы в 26 лет мне честно все сказали, я разошлась бы с мужем и устроила свою судьбу... Я хочу сказать, что ваша «святая ложь» все равно раскрывается. Сейчас я говорю: будьте вы прокляты со своей ложью!». Этот случай характерен тем, что здесь мы имеем дело с подлинной, жизненной моральной дилеммой - любое решение врача, с одной стороны, может быть обосновано соответствующей моральной нормой, но вместе с тем любой выбор будет и уязвимым с морально-этической точки зрения.

б).С особой остротой при рассмотрении этического принципа «не навреди» в психиатрии встает вопрос о злоупотреблениях врачей и медперсонала. Основным нормативным актом медицинской этики по поводу злоупотребления психиатрией является уже упоминавшаяся «Гавайская декларация» ВМА.

Злоупотребления психиатрией как знанием могут иметь самые разные аспекты. Наиболее серьезные из них связаны с постановкой психиатрического диагноза. С этической точки зрения необходимо четко разграничить две группы ошибочных врачебных диагнозов такого рода. Первая группа - это диагностические врачебные ошибки, понимаемые как «добросовестные заблуждения». Вторая группа - это случай, когда ошибочные диагностические заключения психиатров не просто неверно отражают состояние психического здоровья пациентов, но и обязательно обусловлены немедицинскими факторами.

Моральная ответственность психиатров в таких ситуациях определяется мерой их ответственности за судьбу своих пациентов, а также - ответственностью за престиж своей профессии. Гарантией верности врача-психиатра профессиональному долгу и призванию является неукоснительное следование следующей норме российского «Кодекса профессиональной этики психиатра»: «Диагноз психического расстройства не может основываться на несовпадении взглядов и убеждений человека с принятыми в обществе».

Начиная с принятия ВМА «Гавайской декларации», как международные, так и национальные этико-правовые документы содержат конкретные положения и нормы, запрещающие под видом лечения применение психиатрических средств в немедицинских целях (в частности, для наказания лиц, страдающих психическими расстройствами, или в интересах других лиц). Тем не менее, в отечественной психиатрии вплоть до конца 80-я годов весьма нередко встречалось назначение сульфазина или нейролептиков не по клиническим показаниям, а в порядке наказания (допустим, за нарушение режима), - особенно красноречив факт зависимости назначаемой дозы медикамента от тяжести проступка. Сюда же следует отнести факты назначения снотворных, седативных

средств - опять же не по клиническим показаниям, а, например, чтобы спокойнее прошло дежурство и т.п. Неудивительно, что «Гавайская декларация» была опубликована в нашей стране только в 1992 г. В настоящее время такое использование психиатрических средств и методов прямо запрещается ст. 10 Закона РФ «О психиатрической помощи» и, конечно, осуждается как несовместимое с врачебной этикой в отечественном «Кодексе профессиональной этики психиатра».

Помимо злоупотребления психиатрией как знанием имеют место быть злоупотребления психиатром своим профессиональным положением. Уже первый контакт психиатра с пациентом несет в себе возможность недобросовестного поведения врача. Далеко не случайно ст.23 Закона РФ «О психиатрической помощи» гласит, что врач в такой ситуации обязан представиться пациенту в качестве психиатра. Это требование, разумеется, не распространяется на случаи недобровольной госпитализации. Однако и здесь, если у больных сохранена ориентировка в окружающем и сознание не нарушено, по этическим соображениям сохранение психиатром инкогнито (по сути дела - обман пациента) неоправданно.

С точки зрения этики психиатр не вправе, пользуясь своим положением врача, заключать имущественные сделки с пациентом, использовать его труд. Допустим, лечащий врач хотел бы снять жилье, сдаваемое его пациентом, или нанять последнего для работы на своем дачном участке. Допустим также, что врач при этом соблюдает все требования закона и заботится о том, чтобы заключаемые договора соответствовали общепринятым требованиям «финансовой справедливости». Юридически обе сделки возможны (разумеется, если пациент в установленном законом порядке не признан недееспособным), однако они противоречат профессиональной этике психиатра.

Важнейшим фактором, определяющим предупреждение злоупотреблению психиатрией, является профессиональная независимость врача-психиатра. Проблема профессиональной независимости врача имеет как морально-этическое, так и социальное (в том числе правовое) измерение. В российском «Кодексе

профессиональной этики психиатра» четко формулируется: «Моральное право и долг психиатра - отстаивать свою профессиональную независимость». В Законе РФ «О психиатрической помощи» имеется ст.21 «Независимость врача-психиатра при оказании психиатрической помощи», одной из норм которой гарантируется свобода независимого мнения того или иного врача-психиатра, когда оно не совпадает с решением врачебной комиссии.