

**ВУЗ**

студентам  
высших  
учебных  
заведений

# ОСНОВЫ БИОЭТИКИ



**ОСНОВЫ  
БИОЭТИКИ**

# ОСНОВЫ БИОЭТИКИ

Допущено Министерством образования  
Республики Беларусь  
в качестве учебного пособия  
для студентов высших учебных заведений  
по медицинским и биологическим  
специальностям

Под редакцией Я.С. Яскевич,  
С.Д. Денисова



Минск  
«Вышэйшая школа»  
2009

УДК 608.1(075.8)

ББК 87.75я73

075

Авторы: Я.С. Яскевич, С.Д. Денисов, Б.Г. Юдин, Т.В. Мишаткина, Ф.И. Висмонт, А.П. Ермишин, В.В. Жарков, В.П. Курчин, Т.С. Морозкина, А.Л. Усс, О.Р. Айзберг, А.А. Александров, Б.Ю. Анощенко, М.Т. Воевода, В.П. Максимчук, И.М. Мишута, Э.А. Фоотова, С.П. Ярошевич.

Научный консультант: первый заместитель министра здравоохранения Республики Беларусь, председатель Национального комитета по биоэтике Р.А. Часнойть

Рецензенты: кафедра философии и политологии Белорусского государственного медицинского университета (зав. кафедрой – кандидат философских наук, доцент Н.П. Савко); ректор Белорусской медицинской академии последипломного образования, доктор медицинских наук, профессор Г.Я. Хулуп

*Все права на данное издание защищены. Воспроизведение всей книги или любой ее части не может быть осуществлено без разрешения издательства.*

**Основы биоэтики** : учеб. пособие / Я. С. Яскевич [и др.];  
075 под ред. Я. С. Яскевич, С. Д. Денисова – Минск : Выш. шк.,  
2009. – 351 с.

ISBN 978-985-06-1610-4.

Рассматриваются вопросы сущности, статуса и функций биоэтики, ее генезиса и исторической эволюции. Выявляются междисциплинарные стратегии и приоритеты биоэтики. Анализируются морально-этические, организационные и нравственные аспекты жизни и смерти, трансплантологии, психиатрической помощи, применения новых генно-инженерных технологий, манипуляций со стволовыми клетками, клонирования человека, регулирования биобезопасности и биомедицинских исследований с участием человека и животных.

Для студентов, магистрантов, аспирантов, преподавателей медицинских, биологических и других специальностей высших учебных заведений, а также всех тех, кто интересуется проблемами биоэтики, этикой современных научных исследований.

УДК 608.1(075.8)

ББК 87.75я73

ISBN 978-985-06-1610-4

© Издательство «Вышэйшая школа»,  
2009

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Сегодня наблюдаются ярко выраженные реальные основания междисциплинарного синтеза знания, что связано с поворотами, произошедшими в науке в последние десятилетия прошлого века: в орбиту научного исследования попали сложно-организованные, саморазвивающиеся (человекоразмерные) объекты, которые невозможно изучить в рамках одной научной дисциплины только ее методами, изолированно, вне целостной системы научного знания. Сохранение таких систем (в которые включен сам человек) зависит от манипулирования отдельными компонентами системы. При изучении «человекоразмерных» объектов, уже доминирующих в современной науке, поиск истины освещается гуманистическими ценностями и моральными ориентирами. В состав объясняющих положений нового научного знания предполагается включение аксиологических аргументов и установление связей между этическими ценностями науки и нормами общесоциального характера. Аксиологические и гуманистические ориентации, внутренне присущие социально-гуманитарному знанию, в современной науке приобретают универсальный характер.

Тенденция взаимосвязи отдельных наук выражается в интеграции естественнонаучного, социогуманитарного и технического знания; взаимодействии биологического и гуманитарного знания, существенно влияющего на изменение стратегии научного поиска в целом и способствующего становлению новых научных направлений. Биофилософия — комплексная, междисциплинарная отрасль знания, вскрывающая проблемы Универсума через призму феномена жизни, биополитика, ставящая задачи выяснения эволюционно-биологических корней человеческого общества и государственности, исследования биологических основ и ограничения поведения индивидов и групп в политически важных ситуациях (бунт, уличные шествия, избирательные кампании и др.), *синергетика* — наука о саморазвивающихся системах и т.д.

В процессе взаимодействия биологии, медицины и этики формируется *биоэтика* как междисциплинарное научное направление, академическая дисциплина и социальный институт. Биоэтика опредмечивается в контексте общей стилистики, характерной для постнеклассической науки последней тре-

ти XX в., когда в ткань науки входят непривычные для классической науки идеалы блага человека и человечества, нормы морали, добра, долга, ответственности за результаты, полученные в процессе научного изучения человекообразных объектов.

Основное предназначение биоэтики как интегративного междисциплинарного направления в современной науке заключается в систематическом анализе действий человека в биологии и медицине в свете нравственных ценностей, в разработке новых гуманистических и моральных принципов научного исследования в таких тонких сферах, как клонирование человека, генная инженерия, защита прав и достоинств человека при проведении биомедицинских исследований, экспериментальная деятельность с животными; формирование морально-правовых и социально-этических основ решений в области трансплантации органов, эвтаназии, психиатрии и др.

Современные проблемы биомедицинской этики предполагают открытый диалог представителей различных областей знания — медиков, философов, этиков, юристов и др.

Учебное пособие подготовлено специалистами различных наук и областей знания. В конце книги имеется словарь терминов. Ссылки на термины даются в квадратных скобках.

Авторами отдельных глав и параграфов являются:

*Я.С. Яскевич* — д-р филос. наук, проф., Белорусский государственный экономический университет, зам. председателя Национального комитета по биоэтике Республики Беларусь (предисловие, 1.1, 1.2, 3, 4.1, 5.1, 5.3, 10.2, заключение, словарь терминов); *С.Д. Денисов* — канд. мед. наук, проф., Белорусский государственный медицинский университет, член Национального комитета по биоэтике Республики Беларусь, (предисловие, 10.3, 10.4, заключение); *Б.Г. Юдин* — д-р филос. наук, проф., член-корр. Российской академии наук, Институт философии Российской академии наук (1.3, 10.1); *Т.В. Мишаткина* — канд. филос. наук, доц., Международный государственный экологический университет им. А.Д. Сахарова, член Национального комитета по биоэтике Республики Беларусь (2, 9, словарь терминов); *Ф.И. Висмонт* — д-р мед. наук, проф., член-корр. Национальной академии наук Республики Беларусь, Белорусский государственный медицинский университет, зам. председателя Национального комитета по биоэтике Республики Беларусь (10.2); *А.П. Ермишин* — д-р биол. наук, Институт генетики и цитологии Национальной академии наук Республи-

ки Беларусь, Национальный координационный центр биобезопасности, член Национального комитета по биоэтике Республики Беларусь (6, 7); *В.В. Жарков* — д-р мед. наук, проф. Научно-исследовательский институт онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова (5.4); *В.П. Курчин* — д-р мед. наук, Научно-исследовательский институт онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова (5.4); *Т.С. Морозкина* — д-р биол. наук, проф., Белорусский государственный медицинский университет, член, Национального комитета по биоэтике Республики Беларусь (10.4); *А.Л. Усс* — д-р мед. наук, проф., Республиканский центр трансплантации органов и тканей, член Национального комитета по биоэтике Республики Беларусь (4); *О.Р. Айзберг* — канд. мед. наук, врач-психиатр Республиканской клинической психиатрической больницы (5.2); *А.А. Александров* — канд. мед. наук, главный нарколог Министерства здравоохранения Республики Беларусь (5.5, 5.6); *Б.Ю. Аношенко* — канд. биол. наук, Национальный координационный центр биобезопасности (8); *М.Т. Воевода* — канд. мед. наук, доц., Научно-исследовательский институт онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова, член Национального комитета по биоэтике Республики Беларусь (10.2); *В.П. Максимчук* — канд. мед. наук, врач-психиатр Республиканской клинической психиатрической больницы (5.1, 5.5); *И.М. Мишута* — Научно-исследовательский институт онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова (5.4); *Э.А. Фонова* — канд. филос. наук, доц., Белорусский национальный технический университет (9.6, словарь терминов); *С.П. Ярошевич* — канд. мед. наук, доц., Белорусский государственный медицинский университет (10.3).

Надеемся, что актуальность и многообразие рассматриваемых в пособии вопросов, междисциплинарность исследовательского поиска будут способствовать желанию будущих специалистов присоединиться к обсуждаемым темам.

*Я.С. Яскевич,  
С.Д. Денисов*

# Глава 1. НРАВСТВЕННЫЕ ОРИЕНТИРЫ СОВРЕМЕННОЙ НАУКИ

- 1.1. *Современная наука на пути к нравственности, открытости и гуманистическим ценностям*
- 1.2. *Междисциплинарный потенциал современной науки: экология, биофилософия, биополитика и биоэтика*
- 1.3. *Антропологический и моральный поворот в современной науке и социокультурные предпосылки становления биоэтики.  
Свобода и ответственность современного ученого*

## 1.1. Современная наука на пути к нравственности, открытости и гуманистическим ценностям

В современной науке формируются императивно-нравственные нормы, обогащающие стандарты общественной морали и задающие высокую моральную планку исследовательского поиска и социального действия в различных феноменах культуры и междисциплинарных направлениях.

Сегодня наука является не только особым видом познавательной деятельности, которая направлена на формирование объективных системно организованных и обоснованных знаний о мире, но и важным социальным институтом, обеспечивающим функционирование специфических норм и высоких нравственных идеалов организации научно-исследовательского поиска.

*Институционализация науки*, т.е. функционирование науки как социального института, связана с появлением системы учреждений, научных сообществ, внутри которых существуют различные формы коммуникации, утверждаются нормы и правила научного этоса, регулирующие творческий поиск, организуются соответствующие научные исследования, формируется особый способ воспроизводства субъекта научной деятельности.

Уже во второй половине 40-х гг. XX в. отмечается стремительное вхождение в аргументационную систему науки *человекоцентристских* ориентиров и аксиологических параметров, а также обострение рефлексии. Все сильнее звучит тезис об этической ответственности ученых за применение результатов на-

учных исследований, которые могут пойти как на благо человечества, так и во вред ему. «В реальной науке и ее этике, — писал немецкий физик, теоретик *М. Борн* (1882—1970), — произошли изменения, которые делают невозможным сохранение старого идеала служения знанию ради него самого... Мы были убеждены, что это никогда не сможет обернуться злом, поскольку поиск истины есть добро само по себе. Это был прекрасный сон, от которого нас пробудили мировые события»<sup>1</sup>. В свою очередь *А. Эйнштейн* (1880—1952) предостерегал, что существует опасность полного самоуничтожения человечества, которую нельзя сбрасывать со счета. Обеспокоенный экономическим, духовным и социальным кризисом, великий ученый 3 октября 1933 г. на митинге в Лондоне призывал: «Мы должны выполнить еще один долг, более высокий, чем решение проблем нашей эпохи: сохранить те из наших благ, которые носят наиболее возвышенный и непреходящий характер, благ, наполняющих смыслом нашу жизнь, благ, которые мы хотим передать нашим детям в более прекрасном и чистом виде, чем получили их от наших предков»<sup>2</sup>.

Как особый социальный институт наука наилучшим образом обеспечивает должное, ответственное человеческое поведение, что является предметом анализа социальной этики. Общественная мораль исследует нравственные компоненты и регулятивы науки, ее гуманистические приоритеты, ориентируя и другие феномены культуры на реализацию высоких нравственных идеалов.

Наука на пути исторического развития в эпоху становления естествознания и борьбы с религиозным мировоззрением заявила о своем праве на формирование *научного мировоззрения*: начиная с XVIII в., она стала претендовать на высокий статус в *системе образования*; в XIX в. превратилась в *реальную производительную силу*, и уже в первой половине XX в. — это мощная *социальная сила*, пронизывающая различные сферы человеческой деятельности. Сегодня наука выполняет *стратегические задачи по формированию новых мировоззренческих ориентаций* современного человечества, обеспечивая органическое соединение идеалов истины и системы нравственных ценностей.

Наука является особой ценностью человеческой культуры, задавая гуманистический вектор ее развития, соединяя идеа-

---

<sup>1</sup> *Борн М.* Моя жизнь и взгляды / М. Борн. М., 1973. С. 130.

<sup>2</sup> *Эйнштейн А.* Собрание научных трудов / А. Эйнштейн: в 4 т. М., 1967. Т. 4. С. 189.

лы добра, бескомпромиссности с высокими помыслами. Фундаментально доминирующий статус науки в системе ценностей культуры обусловлен ее технологическим вектором, т.е. необходимостью синтеза научно-технического проектирования с теми социальными ценностями, которые сформировались в морали, искусстве, религии, философии.

Современная наука причастна к постижению таких сложных объектов, как атомная энергия, объекты экологии, биоэтика, генная инженерия, микроэлектроника, информатика, кибернетика, вычислительная техника, в которые включен сам человек. Широкое внедрение роботов и компьютеров в производство, в самые различные сферы жизни человека и общества, функционирование науки на современном этапе в качестве социально интегрированной технологической экспертизы в ряде областей ставят под сомнение тезис об «этической нейтральности» науки и обуславливают особую близость естествознания нашего времени по стратегии исследования к гуманитарным наукам, вводя в него непривычные для традиционного естествознания категории долга, морали и т.д. Отсюда ясно, что аргументы, используемые при постижении уникальных эволюционных систем, не могут быть этически безразличными. Позиция, нацеленная лишь на получение нового истинного знания, является слишком узкой, а порою и опасной.

В иерархии ценностей параллельно с научной истиной выступают такие ценности, как благо человека и человечества в их единстве и взаимодействии, добро и мораль. Поиск научной истины «освещается» аксиологическим императивом: не увеличит ли новое знание риск существования и выживания человека, будет ли оно служить благу человечества, его интересам<sup>1</sup>.

Каков же путь современной науки к нравственным ориентирам и междисциплинарности?

Механизмы, трансформирующие идеалы современного научного знания, особенно интенсивно вошли в науку во второй половине XX в. через разработку концепции ноосферы, идей нелинейной, «сильно неравновесной» термодинамики (школа И. Пригожина), синергетики, современной космологии, развитие системных и кибернетических подходов, идей глобального эволюционализма, так называемого «антропного

---

<sup>1</sup> *Степин В.С. Теоретическое знание / В.С. Степин. М., 2000. С. 140.*

космологического принципа», формирования междисциплинарных направлений и исследования саморазвивающихся систем.

*Постнеклассический тип рациональности*, который формируется в последней трети XX в., учитывает соотношенность знаний об объекте с их ценностно-целевыми структурами. Поиск научной истины ориентируется как на внутринаучные, так и на социальные ценности и целеполагания. Объектами научного исследования становятся *человекоразмерные*, исторически саморазвивающиеся системы: объекты современных биотехнологий, генной инженерии, медико-биологические объекты, крупные экосистемы, биосфера в целом, человеко-машинные системы, сложные информационные комплексы, социальные системы и т.д.

Идея целостности человека и Космоса, человека и мира, обоснованная еще в античной философской традиции и ставшая предметом анализа «русского космизма» в концепции ноосферы русского ученого *В.И. Вернадского* (1863–1945), художественной и гуманитарной области, во второй половине XX в. приобрела реальное звучание для всей современной науки, поскольку нельзя понимать законы мира, не помещая в этот мир человека.

Современная наука особенно ярко демонстрирует ограниченность внутринаучных, когнитивных регулятивов (объективность, обоснованность, достоверность, системность и т.д.), включая в себя весь комплекс социокультурных, аксиологических и гуманистических оснований. Теоретическое описание и объяснение объекта учитывает наряду с принципом соотношенности к средствам его изучения принцип соотношенности исследования с ценностными структурами человеческой деятельности: «объективно-истинное объяснение и описание применительно к «человекоразмерным» объектам не только допускает, но и предполагает включение аксиологических факторов в состав объясняющих положений».<sup>1</sup>

Осознание противоречий человекоразмерного мира, а также социальной опасности внеценностного знания обуславливает и новые требования на современном этапе к научному по-

---

<sup>1</sup> *Степин В.С.* Научное познание и ценности техногенной цивилизации / В.С. Степин // Вопросы философии. 1989. № 10. С. 17.

иску. Наука нуждается в социальном контроле, ориентирующем на служение общественному прогрессу. За пределами социально-нравственного использования научное знание теряет культурно-гуманистическое измерение и впадает в фаустовские коллизии. Поскольку для объяснения многих исследуемых на современном этапе комплексных развивающихся объектов и предсказания их возможного поведения чаще всего предлагаются альтернативные конкурирующие программы, возрастает роль коммуникативно-прагматического компонента в структуре современной науки, а вместе и *социальная ответственность ученых* или *исследовательской группы* в отдельных проблемных областях. Чтобы получить экономическую поддержку и социальную санкцию на проведение тех или иных исследований ученые не только должны обосновать целесообразность таких исследований в соответствии с ценностью истины, но и убедить в несомненной социальной значимости этих научных исследований. В данном случае необходим обстоятельный анализ используемых аргументов, критическая оценка не только когнитивных (научно-логических), но и социокультурных факторов, синтез научных и гуманистических идеалов, а в ряде случаев квалифицированная и гуманитарно-философская экспертиза. Вопрос о допустимости использования тех или иных механизмов научного поиска приобретает на современном этапе мировоззренческое содержание. Основным ценностным критерием современного научного знания становится установка на осознание социально значимых пределов теоретического поиска, дополнения его культурно-этическими параметрами и гуманистическими ориентирами, своеобразного преодоления отчуждения человеческого мира, возникающего на уровне абстрактных теоретических построений.

Напомним, что современная наука характеризуется ярко выраженной тенденцией к интегративным тенденциям, взаимодействию между естественными, техническими и гуманитарными науками. Если классическая наука была ориентирована на исследование мира объектов, мира вещей, то современная наука в большей степени ориентируется на рассмотрение мира, включающего человека с его деятельностью, детерминированной соответствующими социокультурными установками. Формируется новый тип рациональности, который связан с идеалом открытости сознания, готовностью к разнообразию

подходов, к диалогу различных культур, междисциплинарных исследований.

«Открытая рациональность» противопоставляется «закрытой рациональности» и отличается критической рефлексией над исходными предпосылками научного знания, предполагает возможность выхода за рамки жестких конструкций, создает условия для сотрудничества между людьми, междисциплинарного взаимодействия различных наук, нахождения «точек пересечения» в многообразии мнений, установления консенсуса и достижения понимания<sup>1</sup>.

## 1.2. Междисциплинарный потенциал современной науки: экология, биофилософия, биополитика и биоэтика

Важнейшей особенностью современной науки является *междисциплинарный характер ее развития и синтез научных знаний*. Предпосылкой междисциплинарного синтеза научных знаний выступило взаимодействие отдельных наук, четко заявившее о себе во второй половине XX в. и корнями уходящее в период завершения классической науки, — время возникновения первых «стыковых» наук, например, физической химии.

Междисциплинарные исследования — способ организации исследовательской деятельности, предусматривающий взаимодействие в изучении одного и того же класса объектов и систем представителями различных дисциплин. При этом выявляются новые типы междисциплинарного взаимодействия такие, как взаимодействие систем дисциплинарно организованного знания в процессе функционирования отдельных наук, их интеграции и дифференциации, а также взаимодействие ученых при совместном исследовании различных аспектов одного и того же объекта. Более того, в современном научном знании формируются трансдисциплинарные стратегии, обеспечивающие инновационную систему организации научных

---

<sup>1</sup> Кузнецова Л.Ф. Динамика науки как смена научных картин мира / Л.Ф. Кузнецова / Я.С. Яскевич, А.В. Барковская // Современная наука: ценностные ориентиры. Минск, 2003. С. 123.

знаний, которая не ограничивается междисциплинарными связями, а выходит на необходимость *привлечения социальных ценностей и регулятивов* при гуманитарной экспертизе современных научных проектов, их соотнесение как с внутринаучными идеалами, нормами и ценностями, так и с социально-гуманистическими приоритетами и установками.

Существующие философско-методологические исследования еще не в полной мере учитывают факторы социокультурной динамики и глобальных изменений в современной науке, ее междисциплинарный, а точнее говоря трансдисциплинарный характер, выражающийся в усилении участия общественности в принятии решений в области научно-технической политики, в необходимости разъяснения содержания научно-технических проектов за рамками научного сообщества. Именно политика должна воплощать нормативные идеи, будучи связанной при этом с научными обоснованиями, ибо без науки многие проблемы в силу их сложности современная политика не может даже сформулировать. В этом смысле ученые сегодня говорят о так называемой трансдисциплинарной науке, выходящей не только за рамки отдельных дисциплин, но и дисциплинарной науки вообще в широкую общественную среду<sup>1</sup>. В биоэтике эти идеи реализуются за счет создания биоэтических комитетов (гл. 10.2).

Сегодня классическое понимание науки дополняется *новой оценкой ее функционирования и научного потенциала*, вследствие чего даже фундаментальные исследования должны быть подчинены общественным интересам и нравственно-аксиологическим установкам, а производство научных знаний непосредственно интегрироваться в процессы принятия экономических и политических решений. Современное общество, которое не может существовать без нововведений (инноваций), должно их стимулировать, а государственная инновационная политика должна ориентироваться на принятие решений о поддержке или не поддержке конкретных инновационных проектов.

---

<sup>1</sup> Бехманн Г. Проблемно ориентированное исследование как новый вид науки / Г. Бехманн [и др.] // Философия науки и техники — природа и техника на пороге третьего тысячелетия. М., 2005; Горохов, В.Г. Междисциплинарные исследования научно-технического развития и инновационная политика / В.Г. Горохов // Вопросы философии. 2006. № 4. С. 80—96; Степин, В.С. Научная картина мира в культуре, техногенной цивилизации / В.С. Степин, Л.Ф. Кузнецова. М., 1994. С. 176—196.

Будучи в свое время прогрессивным явлением, дисциплинарная организация науки недостаточна для организации новых научных направлений, многие из которых имеют междисциплинарный характер с самого возникновения. Постепенно инновационная государственная политика преодолевает традиционные дисциплинарные подходы и барьеры. Так, нанотехнология, как приоритетное трансдисциплинарное направление современности, объединяет ведущих ученых самых различных областей — физиков, химиков, медиков, инженеров, философов, социологов, экономистов и др. Трансдисциплинарность нанотехнологии проявляет себя уже на уровне понимания объекта исследования, определенного лишь приблизительно как область явлений, расположенных между микромиром и макромиром, интегральных методов исследования и специфических средств (оборудования), привлекаемых из различных областей науки. Широкое признание нанотехнологии основывается во многом на пропагандируемых учеными и средствами массовой информации будущих проектов, способных дать феноменальные практические результаты (например, в сфере медицинской техники и т.п.).

Тенденция современной науки к сближению естественнонаучного и социально-гуманитарного знания и их интеграции в единую науку о человеке приводит, во-первых, к взаимообогащению этих областей знания, когда идеи необратимости, непредсказуемости, многовариантности развития, получившие физико-математическое обоснование, транслируются в социально-гуманитарную область, а система ценностей, разрабатываемая в рамках философско-гуманитарного знания, входит в ткань современного естествознания. Во-вторых, к переходу от системы ценностей, состоящей из традиций герменевтики и наук о духе к системе естественных, технических и математических наук. В-третьих, к отказу от концепции жесткого детерминизма и строго однозначного, четко определенного научного языка к ориентированию на концепцию гибкости, многозначности. Интегрирующим началом такого сближения выступает человек с его ценностными и мировоззренческими установками.

Гуманистические обновленные ценности, органично включающиеся в современное научное знание, должны транслироваться в образовательные технологии и усваиваться студентами и молодыми исследователями в процессе обучения. Особая

роль при этом отводится классическому университету с его фундаментальным и системным образованием.

Стратегическая задача, стоящая сегодня как перед зрелыми, так и перед молодыми учеными, это не только включение в структуру научно-познавательной деятельности этических и аксиологических аргументов, но и наработка новых ценностных смыслов и подходов в самых различных областях исследования — истории, философии, экономике, политике, медицине, биоэтике.

В отличие от классической эпохи, где мораль носила неинституциональный характер регуляции поведения индивидов, в современном обществе возникает потребность в институционализации общественной морали, т.е. формировании новых институтов морали — этических комитетов по этике и биоэтике, комиссий по экологии, комиссий по этической оценке и экспертизе научных проектов, советов по корпоративной и профессиональной этике и др. «Проблема институтов как фактора действенности морали с особенной остротой, — замечает известный философ *Р.Г. Апресян*, — проявилась в связи с обсуждением более специального вопроса о функционировании корпоративных и профессиональных моральных комплексов, в том числе, кодифицированных<sup>1</sup>. Формируется своего рода социальный заказ на разработку регулятивов общественной морали и нравственных норм в самых различных областях — в науке, политике, экономике, культуре. Особую роль в процессе наработки новой системы ценностей, идеалов гармонии, защиты прав и достоинства человека призвана сыграть *биоэтика*.

Становление новых междисциплинарных направлений происходило в 60–70-е гг. XX в. В методологических исследованиях все отчетливее осознавалась необходимость включения аксиологических факторов в состав научных положений, подвергалась критике установка о ценностной нейтральности научного знания, длительное время господствующая в культурном пространстве науки. Формировались экологические и биоэтические движения, на основе которых произошло становление таких междисциплинарных направлений, как экология, биофилософия, биополитика, биоэтика, экология.

Понятие «экология» ввел в 1858 г. представитель философии американского трансцендентализма *Г.Д. Торо* (1817–

---

<sup>1</sup> *Апресян Р.Г.* Понятие общественной морали (опыт концептуализации) / *Р.Г. Апресян* // Вопросы философии. 2006. № 5. С. 14.

1962), но в биоэкологическом контексте впервые было использовано в 1866 г. немецким биологом Э. Геккелем (1834—1919) в работе «Всеобщая морфология организмов» для обозначения раздела биологии, в котором изучалось воздействие на организм неорганической и биотической среды. Полагается, что с этого времени экология приобрела статус самостоятельной биологической дисциплины. Предпосылками ее оформления являются экологические идеи, которые развивались в русле геологических, географических и биологических наук. При определении предмета экологии Э. Геккель исходил из установки, что экология — наука, изучающая все сложные взаимосвязи и взаимоотношения в природе. В своей работе он сделал акцент на изучении, главным образом, физиологических механизмов взаимоотношения живых организмов с окружающей средой и тем самым редуцировал предмет экологии к физиологии<sup>1</sup>.

Постепенно границы предмета экологии расширялись: понятием «экология» начинают обозначать взаимосвязи в мире живого, а также между этим миром и косной средой. В результате оно выходит за рамки физиологии, а в первой четверти XX в. проникает в сферу социологии, антропологии, антропогеографии, биогеографии и т.д. В это время происходит процесс формирования частных экологических дисциплин: организмоцентрическая биоэкология (животных и растений) разделяется на аутоэкологию (видов) и синэкологию (сообществ).

Современная экология как научная дисциплина структурно включает в себя общую экологию, геоэкологию и прикладную экологию (экология человека, городов и т.д.). Наука вышла за рамки традиционного отношения: «организм — среда», характерного для классической экологии, и это способствовало появлению нового отношения «естественное — искусственное». В результате появляется понятие «социальная экология», предложенное в 20-х гг. XX в. ученым Р. Парком и Э. Берджессом. Социальная экология стала изучать структуру функционирования объектов «второй», искусственной среды обитания человека. В последние годы особую актуальность приобретает *прикладная экология*<sup>2</sup> с различными направлениями и методами исследований (промышленная, медицинская

---

<sup>1</sup> Барковская А.В. Антропологическая парадигма в философии природы / А.В. Барковская. Минск, 2000.

<sup>2</sup> Вронский В.А. Прикладная экология / В.А. Вронский. Ростов н/Д, 1996.

и т.д.). Активно развивается *антропозкология* (экология человека), изучающая взаимодействие человека как биосоциального существа со сложным многокомпонентным окружающим миром, с постоянно усложняющейся динамической средой обитания. В связи с интенсивными процессами урбанизации и миграцией населения в города получила развитие и такая научная дисциплина как *экология города*, призванная изучать закономерности взаимодействия человека с городской средой. Не меньшее значение приобрели исследования в области *экологии культуры*.

Смена мировоззренческих ориентаций современного общества приводит к переходу экологических понятий в категориальные структуры таких достаточно автономных областей знания, как этика, эстетика, вынужденных в процессе развития не только расширять свой язык, но и стремиться построить собственные концептуальные модели этики или эстетики природы на базе новых понятий: окружающая среда, природа, ландшафт и др.

Сегодня совокупная человеческая деятельность способна коренным образом подорвать природное равновесие биосферы [18] и тем самым привести к гибели человеческую цивилизацию. Не случайно в основание концепции современной экологии положена идея о том, что вся Земля — это единое сообщество.

Важное значение для формирования современного социально-экологического знания имеет концепция *культурной экологии* (А. Кардинер, Дж. Стюард и др.), отражающая процессы адаптации обществ к окружающей среде. Основной задачей этого процесса становится поиск ответа на вопрос — дают ли они начало внутренним социальным изменениям, так как культурная адаптация представляет собой единый процесс приспособления социума и его членов к условиям среды и ее преобразования в процессе деятельности человека. При этом измененная среда сама становится фактором эволюции культуры, что приводит к возникновению в ней качественно новых явлений.

Особенно заметно сегодня взаимодействие биологического и социогуманитарного знания, которое обнаруживает себя в становлении новых междисциплинарных направлений. Это касается, прежде всего, такого междисциплинарного направления, как *биофилософия*. Термин «биофилософия» вошел в

обиход в 70-е гг. прошлого столетия. Сегодня биофилософия рассматривается как комплексная, междисциплинарная отрасль знания, вскрывающая проблемы Универсума через призму феномена жизни.

Становлению биофилософии предшествовала ориентация биологии на исследование надорганизменных уровней организации живых систем, что позволило подойти к изучению биологического феномена жизни как целостного явления. Важной причиной становления биофилософии явилась ценностно-гуманистическая ориентация биологии в целом.

Формированию новой мировоззренческой концептуальной схемы, связанной с изменением места и роли общества в Универсуме как специфической форме бытия живого вещества, способствовал весь комплекс экологических наук, в том числе экология человека, социальная экология, глобальная экология, выступивших в качестве необходимого условия возникновения биофилософии.

В структуре биофилософского знания выделяют два основных уровня: фундаментальный и прикладной. *Фундаментальный уровень* — это уровень, представленный философской рефлексией над жизнью, исследованием ее возникновения, места и роль в Универсуме и позволяющий с достаточной отчетливостью проследить теоретическую связь биофилософии с естествознанием, философией науки, науковедением.

*Прикладной уровень* — уровень, представленный материально-практическим отношением к живой природе, выходом биофилософии в сферу объективирования содержания ее идей в этологии, биотехнологии, биоэнергетике и т.п.

Несмотря на то, что разработка проблем биофилософии еще только начинается, уже сейчас становление биофилософии рассматривается в качестве отправной точки дальнейшего расширения и углубления междисциплинарных исследований, усиления взаимосвязи философии и биологии. Разработка проблем биофилософии может стать своего рода ответом на исторический вызов современной эпохи в третьем тысячелетии, обеспечивая разработку стратегических программ гармонизации человека и природы<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Кузнецова Л.Ф. Роль научной картины мира в междисциплинарном синтезе знаний и проблема открытой рациональности / Л.Ф. Кузнецова, Я.С. Яскевич, А.В. Барковская // Современная наука: ценностные ориентиры. Минск, 2003. С. 126—140.

Биофилософия, как фундаментальное междисциплинарное направление обеспечивает сегодня базу для оформления различных направлений, имеющих прикладной характер. Одним из таких направлений является *биополитика*. Термин «биополитика» был предложен группой политологов из США и ФРГ (Г. Шуберт, П. Корнинг Х. Флор и др.) в 60–70-е гг. XX в.

Он используется для характеристики биологических подходов, методов и данных в политологических исследованиях; для выяснения эволюционно-биологических корней человеческого общества и государственности; исследования биологических основ и ограничения поведения индивидов и групп в политически важных ситуациях (бунт, уличные шествия, избирательные кампании и др.); изучения влияния соматических факторов на политическое поведение людей (голод, алкоголь, наркотики, невербальная коммуникация и др.). Считается, что решение всех этих задач возможно на основе биополитических исследований (разработка политических предсказаний, экспертных оценок, рекомендаций).

В теории биоса биоокружение несет и биополитические черты как среда, имеющая утилитарное значение: жизнь рассматривается в этической, эстетической и культурной перспективах. Такая интерпретация биоса вносит в социум систему этических принципов, основанных на признании абсолютной ценности всех уникальных форм жизни на земле. Эти идеи коррелируются с идеями, развиваемыми в рамках так называемой *экологической этики* и основываются не столько на индивидуальных ценностях, сколько на необходимых требованиях адаптации человечества как глобальной системы к окружающей природной среде.

В рамках этих подходов формируются новые смыслы универсалий культуры и соответственно новые системы ценностных приоритетов, предполагающие гуманистические стратегии человеческой жизнедеятельности.

В процессе взаимодействия таких наук, как биология, медицина и этика, формируется и *биоэтика*. Биоэтика как междисциплинарное научное направление, академическая дисциплина и социальный институт опредмечивается в контексте общей стилистики, характерной для постнеклассической науки последней трети XX в. В это время в науку входят непривычные для классической науки идеалы блага человека и человечества, морали и добра, долга и ответственности за результаты, полученные в процессе научного изучения человекообраз-

мерных объектов. Актуализация же проблем трансплантации, эвтаназии, биомедицинских экспериментов, внедрение в практику новых медицинских технологий, проводимых на людях и животных, необходимость морально-этического и правового регулирования возникающих в процессе биомедицинских исследований коллизий послужили своеобразным социальным заказом по отношению к развитию биоэтики.

Становлению биоэтики как академической дисциплины и социального института предшествовали развитие междисциплинарных исследований, изучение моральных проблем биомедицины, связанных с необходимостью защиты достоинств и прав пациента. Биоэтика объединяет биологическое знание и человеческие ценности и представляет собой систематическое исследование человеческого поведения в области наук о жизни и здравоохранении в той мере, в какой это поведение рассматривается в свете моральных ценностей и принципов (гл. 2).

Начиная со второй половины 80-х гг. XX в. в биоэтике наряду с развитием биомедицинских технологий формируется достаточно мощный пласт философских знаний, трансформирующих концептуальные основания традиционной модели биоэтики западного типа. В новом ракурсе рассматриваются типичные для биоэтики проблемы прав и свобод личности, формируется расширенная трактовка концепции свободы, включающая признание автономии личности.

Глубинная этика диалога в сочетании с принципом информированного согласия заменяет преобладающую в традиционной модели биоэтики этику патернализма [68]. Абсолютизации приоритетов как со стороны врача или биолога-экспериментатора, так и со стороны пациента или экспериментируемого, современная модель биоэтики предпочитает согласованность в обосновании прав и обязанностей сторон, активное привлечение пациентов к принятию решений в выборе методов лечения, особенно в случаях риска здоровью и жизни человека [82].

Этические и аксиологические аргументы с неизбежностью пронизывают и медико-биологические проблемы, решаемые в танатологии [92], изучающей причины, признаки и механизмы смерти. С особой остротой звучит проблема этической аргументации при пересадке органов, при продлении жизни больного с помощью аппаратуры, при решении вопроса о сохранении жизни неизлечимых больных и т.д.

Философской рефлексии по мере углубления наших знаний о живой материи подвергается и категория свободы в направлении от свободы потребительской («свободы от») к свободе созидательной («свободе для себя»). «Свобода от» интерпретируется при этом как способность современного человека преодолевать природные формы зависимости от внешнего мира и удовлетворять свои растущие потребности (увеличение активного периода жизни, вплоть до поддержания жизни в вегетативном состоянии, освобождение от ранее неизлечимых болезней, свободоизъявление в изменении внешности, пола, в личном выборе иметь или не иметь детей, даже без участия мужчины и т.д.). Современный уровень биомедицинских исследований позволяет человеку достичь определенного уровня «свободы от». Однако отделяясь от природного естества и возвышаясь над миром, человек порою попадает во все большую зависимость от современных технических средств и только в органической целостности человека и космоса, в творении самого себя, нравственном самосовершенствовании человек приближается к *свободе созидательной* («свободе для себя»). Ценностный статус свободы в процессе углубления наших знаний о живой материи, в биомедицинских исследованиях, имеющих дело с уникальными единичными объектами (человеческий геном, социоприродные системы) предполагает необходимость самоограничений со стороны исследователей, формирование концепции коллективной ответственности за результаты научного поиска и единства человечества. Из плоскости индивидуальной понятие ответственности трансформируется в ранг коллективной ответственности за ущерб, наносимый человеку и природе.

Традиционные для биоэтики категории долга и блага, выступающие в гиппократовской формуле «не вреди», т.е. применяй в медицине те средства, которые не причинят вреда пациенту, в современной биоэтике расширены до «не только не вреди, но и сотвори благодеяние». Заметим, что сама трактовка понятия благодеяния не является однозначной, в особенности при обсуждении вопросов о поддержании жизни в вегетативном состоянии, клонировании живых существ и даже человека [52].

Таким образом, современная парадигма биоэтики характеризуется радикальным поворотом от способов эмпирического описания врачебной морали к обостренной философской рефлексии над основаниями нравственности в биомедицин-

ских исследованиях, своих собственных положений о моральных ценностях, расширению проблемного поля биоэтики с включением в нее не только нравственных, философских, но и правовых компонентов. Происходит объединение различных видов системы ценностей: *биологические* (физическое существование, здоровье, свобода от боли и т.д.), *социальные* (равные возможности, получение всех видов медицинских услуг и т.п.), *экологические ценности* (осознание самоценности природы, ее уникальности, коэволюции), *личностные* (безопасность, самоуважение и т.п.) [2, 35, 99, 101].

### **1.3. Антропологический и моральный поворот в современной науке и социокультурные предпосылки становления биоэтики. Свобода и ответственность современного ученого**

Один из главных векторов развития науки (да и техники) в последние десятилетия — неуклонное движение к человеку, к его потребностям, устремлениям, чаяниям. В результате происходит все более полное погружение человека в мир, проектируемый и обустроиваемый для него наукой и техникой. Наука и техника приближаются к человеку не только извне, но и как бы изнутри, в известной мере делая и его своим производением, проектируя не только для него, но и его же самого. В буквальном смысле это наблюдается в некоторых современных генетических, эмбриологических и т.п. биомедицинских исследованиях, например, связанных с клонированием\* [31, 33, 51].

Истоки сдвигов, радикально меняющих ориентиры и установки научного поиска, можно обнаружить в событиях конца 60-х гг. XX в., когда молодежь многих западных стран («новые левые») развернула мощное движение протеста, против социальных институтов западного буржуазного общества и его культуры; и в этом контексте резкой критике подвергалась наука.

---

\* Ф. Фукуяма в своей книге «Our Postmodern Future: Consequences of the Biotechnology Revolution» (N.Y.: Farrar, Strauss and Giroux, 2002) выделяет науки о мозге, нейрофармакологию, исследования в области продления жизни и генетическую инженерию в качестве таких «путей в будущее», неконтролируемое движение по которым может в корне изменить природу человека.

Прежде наука в основном воспринималась как сила, несущая свет разума, тесно связанная с идеалами свободного критического мышления и, следовательно, демократии. Одним из ярких выразителей этой позиции был видный американский социолог *Р. Мертон*. Существовала и другая точка зрения, которая опиралась на некоторые установки неопозитивизма и акцентировала внимание на утилитарно-прагматических сторонах научной деятельности — она выражалась в нейтральной оценке социальной роли науки.

Теперь же критики науки определяли ее как силу, тесно связанную с системой власти, далекую от жизненных интересов простых людей и даже враждебную человеку, способствующую вовсе не демократическим, а тоталитарным тенденциям, дегуманизирующую мир, усиливающую отчуждение и порабощение человека.

Среди последствий, порожденных этими контркультурными и контрнаучными движениями, особый интерес представляли последствия, связанные с основательной и мучительной переоценкой многих широко разделяемых ценностей. Именно в этом отношении критика науки со стороны «новых левых» оказалась весьма эффективной.

Сегодня научно-технический прогресс все более ориентируется на интересы и нужды отдельного человека, который выступает в качестве главного и при том массового потребителя продукта прогресса. Более того, сами интересы и нужды рядового человека-потребителя становятся стимулом, во многом определяющим направления и темпы научно-технического прогресса. И в той же мере, в какой наука разрабатывает все новые, все более тонкие и эффективные средства воздействия на человека, возрастают элементы риска и опасности, которым он подвергается. Следовательно, актуализируется задача защиты человека, ради которого теперь осуществляется прогресс науки и техники, от негативных последствий этого же самого прогресса. В результате резко обостряется необходимость выявлять такие последствия и тем или иным образом реагировать на них. А это — проблемы области, которая получила название «биоэтика».

Итак, фактором, повлиявшим на возникновение биоэтики, являются последствия научно-технического прогресса в области биомедицины, очень часто заставляющие осмысливать заново традиционные представления о благе пациента, о начале и

конце человеческого существования. Биоэтика дает интеллектуальное обоснование и социальное оформление публичным дискуссиям о границах человеческого существования. Вопрос о том, что значит быть человеком, становится одним из центральных не только в академических исследованиях. От его решения зависит моральная оценка действий медиков и пациентов в конкретных ситуациях.

Становление и развитие биоэтики, таким образом, сопровождается переосмыслением статуса и роли этических норм и ценностей науки. В науке, как и в любой области человеческой деятельности, взаимоотношения подчиняются определенной системе этических норм. Эти нормы возникают и развиваются в ходе развития самой науки, являясь результатом своего рода исторического отбора, который сохраняет только то, что необходимо науке и обществу на каждом этапе истории.

В нормах научной этики находят свое воплощение, в первых, общечеловеческие моральные требования и запреты<sup>1</sup> такие, как «не укради», «не лги», приспособленные, разумеется, к особенностям научной деятельности. Скажем, как нечто подобное краже оценивается в науке плагиат, когда человек выдает научные идеи, результаты, полученные кем-либо другим, за свои; ложью считается преднамеренное искажение (фальсификация) данных эксперимента. Во-вторых, этические нормы науки служат для утверждения и защиты специфических, характерных именно для науки ценностей. Главной из них является *бескорыстный поиск и отстаивание истины*. Достаточно вспомнить слова выдающегося русского биолога *Н.И. Вавилова* (1887–1943): «Мы на крест пойдем, а от своих убеждений не откажемся», подтвердившего эти слова собственной трагической судьбой<sup>2</sup>.

Среди областей научного знания, в которых особенно остро и напряженно обсуждаются вопросы социальной ответственности ученого и нравственно-этической оценки его деятельности, особое место занимают *генная инженерия, биотехнология, биомедицинские и генетические исследования человека*, которые довольно близко соприкасаются между собой и составляют проблемное поле биоэтики. Развитие генной ин-

---

<sup>1</sup> *Merton R.K. Sociology of science: Theoretical and empirical investigations / R.K. Merton. Chicago, L.: Wiley, 1973.*

<sup>2</sup> *Юдин Б.Г. Этика науки / Б.Г. Юдин // Философия / под ред. Я.С. Яскевич. Минск, 2007. С. 474–483.*

женерии привело к уникальному в истории науки событию, когда в 1975 г. ведущие ученые мира добровольно заключили мораторий, временно приостановив ряд исследований, потенциально опасных не только для человека, но и для других форм жизни на нашей планете.

Мораторию предшествовал резкий рывок в исследованиях по молекулярной генетике. Перед учеными открылись перспективы направленного воздействия на наследственность организмов, вплоть до инженерного конструирования организмов с заранее заданными свойствами. Начались обсуждение и даже поиски возможностей практического осуществления таких процессов и процедур, как получение в неограниченных количествах ранее труднодоступных медикаментов (включая инсулин, человеческий гормон роста, многие антибиотики и пр.); придание сельскохозяйственным растениям свойств устойчивости к болезням, паразитам, морозам и засухам, а также способности усваивать азот прямо из воздуха, что позволило бы отказаться от производства и применения дорогостоящих азотных удобрений; избавление людей от некоторых тяжелых наследственных болезней путем замены патологических генов нормальными (генная терапия).

Наряду с этим началось бурное развитие биотехнологии на основе применения методов генной инженерии в пищевой и химической промышленности, а также для ликвидации и предотвращения некоторых видов загрязнения окружающей среды. В невиданно короткие сроки, буквально за несколько лет, генная инженерия прошла путь от фундаментальных исследований до промышленного и вообще практического применения результатов. Однако другой стороной этого прорыва явилась таящаяся в нем потенциальная угроза для человека и человечества. Простая небрежность экспериментатора или некомпетентность персонала лаборатории в мерах безопасности могут привести к непоправимым последствиям. Опасность обусловлена прежде всего тем, что организмы, на которых проводятся опыты, широко распространены в естественных условиях и могут обмениваться генетической информацией со своими «дикими» сородичами. В результате подобных экспериментов возможно создание организмов с совершенно новыми наследственными свойствами, ранее не встречавшимися на Земле и эволюционно не обусловленными.

Только после разработки чрезвычайно строгих мер безопасности при проведении экспериментов (в их числе — биологической защиты, т.е. конструирования ослабленных микроорганизмов, способных жить только в искусственных условиях лаборатории), исследования постепенно возобновились и расширились. Однако некоторые наиболее рискованные типы экспериментов до сих пор остаются под запретом.

Развитие генной инженерии и близких ей областей знания (да и не только их) заставляет по-новому осмысливать тесную связь свободы и ответственности в деятельности ученых. На протяжении веков не только словом, но и делом приходилось утверждать и отстаивать принцип свободы научного поиска перед лицом догматического невежества, фанатизма, суеверий, просто предубеждений. Ответственность ученого при этом выступала, прежде всего, как ответственность за получение и распространение проверенных, обоснованных и строгих знаний, позволяющих рассеивать мрак невежества.

Сегодня же принцип свободы научного поиска должен осмысливаться в контексте далеко неоднозначных последствий развития науки. В нынешних дискуссиях по социально-этическим проблемам, наряду с защитой ничем не ограничиваемой свободы исследования, представлена и диаметрально противоположная точка зрения, предлагающая регулировать науку точно так же, как регулируется движение на железных дорогах. Между этими крайними позициями располагается широкий диапазон мнений о возможности и желательности управления исследованиями и о том, как при этом должны сочетаться интересы самого исследователя, научного сообщества и общества в целом.

В этой области еще очень много спорного, нерешенного. Но, как бы то ни было, идея неограниченной свободы исследования, которая была, безусловно, прогрессивной на протяжении многих столетий, уже не может приниматься безоговорочно, без учета социальной ответственности, с которой должна быть неразрывно связана научная деятельность. Есть ответственная свобода и есть свободная безответственность, чреватая при современных и будущих возможностях науки — весьма тяжелыми последствиями для человека и человечества.

Опыт истории убедил нас, что знание — это сила, что наука открывает человеку источники невиданного могущества и власти над природой, но последствия научно-технического прогресса бывают серьезными и далеко не всегда благоприятными для людей. Поэтому, действуя с осознанием своей социальной ответственности, ученый должен стремиться к тому, чтобы предвидеть возможные нежелательные эффекты, которые потенциально заложены в результатах его исследований. Благодаря своим профессиональным знаниям, он подготовлен к такому предвидению лучше других и в состоянии сделать это раньше, чем кто-либо другой. Социально ответственная позиция ученого предполагает, чтобы он максимально широко и в доступных формах оповещал общественность о возможных нежелательных эффектах, о том, как их можно избежать, ликвидировать или минимизировать. Только те научно-технические решения, которые приняты на основе достаточно полной информации, можно считать в наше время социально и морально оправданными. Все это показывает насколько велика роль ученых в современном мире, ибо они обладают теми знаниями и квалификацией, которые необходимы для ускорения научно-технического прогресса, и для того, чтобы направлять этот прогресс на благо человека и общества. Иными словами, в результате сложного социального согласования формируются формальные, утвержденные правом антропологические границы человеческого существования, разрабатываются философские, социокультурные, нравственно-правовые основания и предпосылки становления биоэтики как академической дисциплины и социального института.

Термин «биоэтика» предложил в 1969 г. американский онколог *В.Р. Поттер*\*. Он призвал объединить усилия представителей гуманитарных наук и естествоиспытателей (прежде все-

---

\* *Поттер Ван Ранслер* (1911–2001) — известный американский исследователь-онколог, который в 1969 г. впервые ввел понятие «биоэтика» и дал ему определение; считается основоположником биоэтики как нового направления в науке. Автор книги «Биоэтика: мост в будущее» (Киев, 2002), которая посвящена поиску путей решения глобальной проблемы выживания человечества, включающей в себя демографическую, экологическую и технологическую составляющие. Поттер оценивает проблематичность существования человечества как биолог, но пути решения проблемы он видит в моральном совершенствовании сознания.

го биологов и врачей) для того, чтобы обеспечить достойные условия жизни людей. По Поттеру, наука выживания должна быть не просто наукой, а новой мудростью, которая объединила бы два наиболее важных и крайне необходимых элемента — биологическое знание и общечеловеческие ценности.

Важнейшая задача биоэтики — способствовать выявлению различных позиций по сложнейшим моральным проблемам, которые лавинообразно порождает прогресс биомедицинской науки и практики. Можно ли клонировать человека? Допустимы ли попытки создания генетическими методами новой «породы» людей, которые будут обладать высокими физическими и интеллектуальными качествами? Нужно ли спрашивать разрешения у родственников умершего при заборе его органов для пересадки другим людям? Можно и нужно ли говорить пациенту правду о неизлечимом заболевании? Является ли эвтаназия преступлением или актом милосердия? Биоэтика призвана способствовать поиску морально обоснованных и социально приемлемых решений этих и подобных им вопросов, которые встают перед человечеством практически ежедневно<sup>1</sup>.

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

*Вторая предпосылка* формирования биоэтики — *правозащитное движение*. Если экологическое движение возникло как ответ на угрозу физическому (природному) благополучию человека, то биоэтика начала бурно развиваться в результате угрозы моральной идентичности человека, исходящей от технологического прогресса в области биомедицины. Дело в том, что человек в биомедицине выступает и как главная цель, и как неизбежное «средство» научного изучения. Для ученого-врача каждый человек существует, с одной стороны, как

---

<sup>1</sup> Биоэтика. Вопросы и ответы / под ред. Б.Г. Юдина, П.Д. Тищенко. М., 2005.

представитель «человечества в целом», а с другой — как конкретный индивид, который руководствуется своими собственными, а не общечеловеческими интересами.

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

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

В качестве *третьей* (идейной) *предпосылки* формирования биоэтики можно рассматривать осознание необходимости *междисциплинарного подхода к осмыслению и практическому решению проблем, порождаемых научно-техническим прогрессом*.

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

Создатели первого этического комитета, по сути, совершили фундаментальное «открытие». Традиционно врачи решали вопросы жизни и смерти у постели больного, считая себя

единственно компетентными в этом деле. В Сиэтле стало ясно, что распределение дефицитного ресурса (доступа к аппарату «искусственная почка») — *это не только медицинская, но и моральная проблема, в данном случае — проблема справедливости.* Для ее решения недостаточно чисто врачебных знаний и опыта. Однако тут же выяснилось, что в современном обществе нет общепризнанных экспертов по разрешению моральных проблем. Люди руководствуются разными системами норм морали. Поэтому вызвать для консультации какого-то наделенного особым авторитетом эксперта просто невозможно.

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

*Четвертой* предпосылкой, повлиявшей на возникновение биоэтики, являются *последствия научно-технического прогресса в области биомедицины,* очень часто заставляющие осмысливать заново традиционные представления о добре и зле, о благе пациента, о начале и конце человеческого существования. Биоэтика дает интеллектуальное обоснование и социальное оформление публичным дискуссиям, в ходе которых общество принимает свои решения о том, где пролегают границы человеческого существования. Решения эти, как правило, не бывают окончательными — по мере появления новых биомедицинских технологий, вовлечения в дискуссии все новых социальных групп их снова и снова приходится переосмысливать.

Как всякая наука, биоэтика базируется в своей основе на ряде *мировоззренческо-методологических принципов и правил.* Можно выделить четыре основных принципа биоэтики: принцип уважения человеческого достоинства — принцип «твори добро и не причиняй зла», принцип признания автономии личности и принцип справедливости. Правил также четыре —

правдивость, конфиденциальность, неприкосновенность частной жизни и добровольное информированное согласие. В совокупности они образуют этические «координаты», описывающие отношение к пациенту как к личности. (Подробно вопросы о предмете, функциях и принципах биоэтики будут рассмотрены в гл. 2, 9).

### Вопросы для самопроверки

1. Каким образом наука как социальный институт обеспечивает должное, ответственное поведение ученых и задает высокие идеалы по отношению к другим феноменам культуры?
2. Каков путь современной науки к нравственным ориентирам и междисциплинарным стратегиям?
3. В чем сущность междисциплинарных и «трандисциплинарных» подходов в современной науке?
4. Какие междисциплинарные направления сформировались в современной науке?
5. Каковы механизмы институционализации общественной морали в современном обществе?
6. В чем проявляется междисциплинарность современной экологии и какие направления она включает в себя?
7. Что изучает биополитика, биофилософия?
8. Что представляет собой биоэтика как междисциплинарная наука?
9. О чем свидетельствует 30-летний период существования биоэтики?

### Литература

- Апресян, Р.Г.* Понятие общественной морали (опыт концептуализации) / Р.Г. Апресян // Вопросы философии. № 5. 2006. С. 14.
- Биомедицинская этика / под ред. В.И. Покровского, Ю.М. Лопухина. Выпуск 1. 1997; Выпуск 2. М., 1999; Выпуск 3. М., 2002.
- Биоэтика: принципы, правила, проблемы / отв. ред. Б.Г. Юдин, М., 1998.
- Биомедицинская этика / под ред. Т.В. Мишаткиной, С.Д. Денисова, Я.С. Яскевич. Минск, 2003.
- Биоэтика. Вопросы и ответы / под ред. Б.Г. Юдина, П.Д. Тищенко. М., 2005.
- Введение в биоэтику / отв. ред. Б.Г. Юдин, М., 1998.
- Вронский, В.А.* Прикладная экология: учебное пособие / В.А. Вронский. Ростов н/Д, 1996.
- Гиппократ.* Избранные книги / Гиппократ. М., 1994.
- Горохов, В.Г.* Междисциплинарные исследования научно-технического развития и инновационная политика / В.Г. Горохов // Вопросы философии. 2006. № 4. С. 80–96.

Рабочие тетради по биоэтике. Выпуск 1: Биоэтика: антропологические проблемы: Сборник научных статей / под ред. Б.Г. Юдина. М., 2006.

*Силуянова, И.В.* Биоэтика в России: ценности и законы / И.В. Силуянова. М., 1997.

*Степин, В.С.* Теоретическое знание / В.С. Степин. М., 2000.

*Уинклер, Д.* На грани жизни и смерти. Краткий очерк современной биоэтики в США / Д. Уинклер [и др.]. М., 1989.

*Фролов, И.Т.* Этика науки: Проблемы и дискуссии / И.Т. Фролов, Б.Г. Юдин. М., 1986.

*Шрейдер, Ю.А.* Этика. Введение в предмет / Ю.А. Шрейдер. М., 1998.

*Яскевич, Я.С.* Философия и методология науки. Вопросы и ответы. Полный курс подготовки к кандидатскому экзамену / Я.С. Яскевич. Минск, 2007.

## Глава 2. ПРОБЛЕМНОЕ ПОЛЕ, УНИВЕРСАЛЬНЫЕ ПРИНЦИПЫ И МОРАЛЬНЫЕ ЦЕННОСТИ БИОЭТИКИ

- 2.1. Место и роль биоэтики в системе прикладного этического знания
- 2.2. Биоэтика: особенности, круг проблем
- 2.3. Универсальные этические принципы и нормы биоэтики
- 2.4. Специфика высших моральных ценностей в биоэтике

### 2.1. Место и роль биоэтики в системе прикладного этического знания

Сегодня все более утверждается мнение, что XXI в. будет веком гуманизации науки. Система медико-биологических знаний и исследований, объектом которых является человек не исключение. В этой области испытывается особо острая нужда в гуманистическом осмыслении происходящих процессов, и поэтому анализ взаимодействия естественного и гуманитарного знания приобретает первостепенное значение.

Напомним, что биоэтика возникает в 60-е гг. XX в. как ответ на призыв «выковать науку выживания». В.Р. Поттер определил биоэтику как «мост в будущее», имея в виду, что только формирование нового стиля мышления, в котором приоритетными будут ценности выживания, способно обеспечить человечеству сохранение жизни и возможность будущего. Возникла потребность в более адекватной модели взаимоотношений действующих лиц в области биологии и медицины, основанной на современных гуманистических и демократических ценностях. Ответом на эти требования стало появление не только биоэтики, но и биомедицинской этики, экологической этики, интегрирующих в себе гуманитарное и естественнонаучное знание. Их возникновение, как мы уже говорили, связано с рядом обстоятельств:

- необходимостью и потребностью осмысления и нравственной оценки бурно развивающихся исследований в сфере биологии и медицины. Грандиозные изменения в техническом и техноло-

гическом перевооружении медицины, кардинальные сдвиги в медико-клинической практике, успехи генной инженерии, появление новейших биотехнологий, возможности трансплантологии и длительного поддержания жизни умирающего пациента явственно продемонстрировали опасность отношения к человеку только как к объекту наблюдения, экспериментирования и манипулирования. Стала актуальной необходимость совершенствования и переосмысления *этико-гуманистических факторов* в профессиональной деятельности медиков и биологов;

- увеличением *внимания к правам человека* в условиях гуманизации общественной морали. Фундаментальной проблемой современной биомедицины становится *защита прав человека* при его соприкосновении (вынужденном или добровольном) с медико-биологическими воздействиями и манипуляциями. Забота о жизни и здоровье начинает рассматриваться как *право каждого человека*, а не приоритетное право ограниченного круга лиц (медиков и биологов), которые ранее считали это своей корпоративной профессиональной привилегией;

- процессом *трансформации традиционной этики* вообще [104] и *медицинской этики* в частности.

Биоэтика появляется на фоне действовавшей тысячелетия медицинской этики, а точнее — медицинской деонтологии, давно определившей свою нишу в системе общемедицинских и этических знаний. Вопрос заключался, казалось бы, лишь в разделе сфер их влияния, но ситуация осложнилась тем, что в научный оборот вводится понятие — *биомедицинская этика*, которую сразу же стали отождествлять с био- и медицинской этикой, практически не разграничивая этих понятий. Независимо от появления этих направлений в этике формируется еще одно — *экологическая этика*, как ответ на грозящую миру экологическую катастрофу и связанную с ней проблему выживания всего живого. Нравственный смысл экологической этики, как считает один из ее основоположников *А. Леопольд*, — формирование нравственных ценностей и критериев вокруг двух стержней: *чувства времени*, перешагивающего рубеж одного человеческого поколения и предполагающего заботу о природных условиях существования будущих поколений, и *чувства любви и сострадания к природе*.

Появление новых отраслей этики оказывается в русле тенденций современной практико-ориентированной прикладной

этики и отвечает всем ее требованиям, а возможность разделить их «сферы влияния» позволяет определить их *сущность, статус и иерархию*.

**Экологическая этика** (экоэтика) — этика, предметом которой выступают наиболее фундаментальные принципы и проблемы нравственных *взаимных* отношений в триаде «Человек — Природа — Общество», где *все* участники рассматриваются как автономные моральные субъекты, и *вся* Природа включается в круг забот, внимания и взаимности; ценностно-мировоззренческой основой экоэтики выступают отказ от «эгоцентризма» и *нравственно-понимающее отношение к природе* — живой и неживой.

**Биоэтика** — практическая этика, возникающая как совокупность моральных норм с различной степенью систематизации, рационализации, композиции и институциональной поддержки; она ориентирована на выработку и установление в практике био- и медицинских исследований нравственно-понимающего отношения к Жизни вообще и любому Живому, на заботу о правах биоса на основе швейцеровского принципа благоговения перед жизнью\*.

**Биомедицинская этика** (БМЭ) — прикладная этика, основная особенность которой состоит в конкретизации общечеловеческих моральных норм и принципов применительно к определенным ситуациям, для отдельных групп людей, с учетом специфики их деятельности (лечебной или исследовательской); полем деятельности БМЭ является нравственное отношение общества в целом и профессионалов — медиков и биологов — к *человеку*, его жизни, здоровью, смерти — как в процессе лечения, так и в ходе проводимых с его участием исследований; это область знания, предметом которой выступают практические моральные проблемы, имеющие *пограничный и открытый* характер.

**Медицинская этика** — профессиональная этика, конкретизирующая общие моральные требования применительно к

---

\*Швейцер Альберт (1875—1965) — немецко-французский философ, врач, богослов, всемирно известный своими гуманистическими акциями, лауреат Нобелевской премии мира, основатель бесплатных лечебниц в Африке. Автор этического принципа благоговения перед жизнью. По Швейцеру, нравственность есть не только закон, но и условие существования и развития жизни. Основой прогресса человечества и духовного совершенствования индивида является органичное единство этики и культуры, критерием развития которой выступает гуманизм.

профессии и занимающаяся нормами и правилами профессионального поведения. Ее особенностями являются, во-первых, «санкционирование» конкретной профессии как особой миссии, возведение ее до уровня этических норм; во-вторых, выявление в ней особенностей и ситуаций, в которых иногда требуется отступить от общих моральных повелений, «оправдать» эти отступления, квалифицируя их как «неизбежное зло», и в то же время минимизировать их. Медицинская этика включает традиционные установки медицинской деонтологии, но не сводится к ней, а поднимается на новый уровень осмысления этических проблем, возникающих в ходе медицинских манипуляций и отношений в системе «врач — больной».

*Функциональные различия* этих этик состоят в том, что экоэтика становится *универсальной этикой человеческой деятельности*, выполняя функцию методологического основания других этик. Биоэтика регулирует отношение человека к жизни вообще, ориентируя его на защиту прав *всего живого*, в то время как биомедицинская этика выдвигает на первый план защиту жизни и здоровья *человека*, а медицинская этика устанавливает нормы отношений в медицине между *взаимодействующими субъектами* — врачом и пациентом.

Между этими видами этик существует сложная взаимосвязь. Так, биоэтика тесно связана с экологической этикой. Экоэтика предполагает новый тип общественного морального сознания — *энвайронментальный*, синтезирующий глобальное видение мира с подлинно гуманистическими ценностями. Такой подход находит конкретное проявление в двух основных принципах экоэтики — *экоцентризме* и *биоцентризме*, объединенных общим предметом изучения — *отношения человека и природы*, что является общим базисом экоэтики и биоэтики. Выявим их единство, общность, возможное (и необходимое) «сотрудничество». На теоретическом уровне возможность их сотрудничества определяется моральными принципами, ценностями и императивами, одинаково пронизывающими сферы их действия и выступающими регулятивами биоэтики, экоэтики и общественной морали в целом.

Первым общим и, безусловно, главным принципом био- и экоэтики выступает *принцип благоговения перед жизнью*, сформулированный выдающимся ученым *А. Швейцером*. Этика благоговения перед жизнью включает любовь, самопожертвование, сострадание и стремление помочь любому живому

существо. Поэтому нравственным человек является «только тогда, когда он повинуется внутреннему побуждению помогать любой жизни, которой он может помочь, и удерживается от того, чтобы причинить живому какой-либо вред», когда он выказывает равное благоговение как по отношению к собственной жизни, так и по отношению к любой другой.

Другим общим принципом био- и экоэтики выступает *принцип субъект-субъектных отношений человека и природы*. Он вытесняет традиционные отношения, в которых природа и Иное Живое (животное, человеческий эмбрион, неправомочный человек) выступают как *объект*, и заменяет их принципиально иными, необходимыми для установления равноправного диалога человека и природы. Этико-методологическим основанием данного принципа выступает ориентация на взаимодействие человека с Иным Живым как с *иным субъектом*, обладающим собственными правами (правом на жизнь, на избавление от страданий и др.). Этот принцип предполагает необходимость учитывать одинаковую уязвимость и человека, и природной среды; требует не допускать превышения их «пределов прочности»; не вступать в противоречие с природными закономерностями; минимизировать «старые» принципы полезности, целесообразности и *использования* животных, заменяя их новыми гуманистическими принципами самоценности Живого.

Особенно тесная взаимосвязь существует между биоэтикой и биомедицинской этикой. Обусловлена она, прежде всего, тем, что сегодня многие исследования и действия специалистов в сферах и биологии, и медицины, затрагивают непосредственные жизненные интересы человека. Поэтому требуется моральная определенность в отношении феноменов жизни и смерти — всего, что входит в *проблемное поле* и биоэтики, и БМЭ. Вместе с тем смысловым ядром биомедицинской этики, своеобразной призмой, через которую определяется этическое содержание и медицинских манипуляций, и биологических исследований, является *медицинская практика*. Кроме того, если на уровне БМЭ возможны и даже необходимы взаимоисключающие точки зрения, открытые проблемы, *плюрализм мнений* и даже отсутствие согласия на нормативном уровне, то биоэтика стремится к *определенности* и *нормативности*. При этом, если решение открытых проблем БМЭ осуществляется, как правило, на *индивидуальном уровне*, путем личного выбора, то их реализация в сфере биоэтики переходит на уровень *ин-*

*ституциональной, публичной значимости* и должна зависеть от решения не только профессионалов, но и всего общества. Вместе с тем по своим *целям, задачам и проблемам, по субъекту деятельности* (в обоих случаях им чаще всего является врач или медик-исследователь), а главное – по *объекту своей заботы* биоэтика и БМЭ настолько близки друг другу, что имеет смысл рассматривать их в едином контексте как комплементарные, взаимодополняющие.

Биоэтика отличается от традиционной медицинской этики, в том числе и деонтологии, поскольку включает в себя круг проблем, выходящих за ее рамки, например, проблемы трансплантации, суицида, психической нормы и патологии. Кроме того, она решает свои вопросы не на узко специальной, корпоративной, а на более широкой научной и социальной основе. Сегодня она становится важнейшей этической составляющей не только медицины и здравоохранения, но и социальной работы, деятельности экологических, научно-исследовательских, образовательных и общественных центров и организаций. Биоэтика расширяет границы корпоративного сознания медиков, биологов, философов, политиков и социологов, позволяет преодолевать узкие рамки обыденности вплоть до осмысления глобальных проблем человечества, становясь мировоззренческим основанием всех видов деятельности людей.

## 2.2. Биоэтика: особенности, круг проблем

По отношению к биомедицинской и традиционной медицинской этике биоэтика имеет особый статус: она захватывает их круг проблем и простирается дальше. Это обусловлено рядом принципиальных *особенностей биоэтики*:

- *универсальным и глобальным* характером;
- *нормативностью предписаний*;
- *публичностью*;
- *институциональностью*.

В условиях современной *гуманистической парадигмы* (исходной концептуальной схемы) именно биоэтика обеспечивает разрешение противоречия между антропоцентризмом [6] «старого» мировоззрения, делавшего человека исключительным центром мироздания, и новым, «не-антропоцентри-

ческим» подходом, заботящимся о Жизни и Живом во всех их проявлениях. Таким образом, биоэтика с одной стороны, становится *глобальной биоэтикой* (В.Р. Поттер), с другой — основной современной *гуманологии* (Г.Л. Тульчинский), открывая новую *пост-человечность* — человечность более высокого уровня, выявляющую способность личности к заботе о жизни и правах всего Живого на *до-, не- и недо-*человеческом уровне, что выводит человечность за пределы человеческого как биологического вида. Иными словами, биоэтика вырабатывает новые нравственные нормы поведения личности как в *человеческих*, так и в нечеловеческих ситуациях, ориентирует человека на отказ от собственного антропоэгоизма и учит его проявлять любовь, уважение и ответственность по отношению ко всему природному миру. Именно биоэтические концепции предполагают оптимальное соотношение интересов человечества и всей остальной биосферы Иного Живого, при котором, воздействуя на объекты живой природы, используя их в своих целях, человек обязан учитывать их возможности и интересы. Таким образом, коренное изменение морально-этического отношения к природе в рамках биоэтики состоит в том, что гуманизм человека должен проявляться в отношении к ней в той же мере, как и в межличностных отношениях, и в отношении его к самому себе.

Соотношение интересов человека и всего живого проявляется в стремлении понять Живое, вплоть до взаимопроникновения в его чувствования и переживания. Для такого *со-*чувствия, *со-*страдания необходимо, чтобы любое Живое, в том числе и *не-человеческий субъект*, признавалось источником отношений, равным субъекту человеческому. Это, в свою очередь, требует пересмотра проблемы моральных ценностей: ведь в этом случае должна признаваться независимость и внутренняя *самоценность природных феноменов* «для себя», независимо от их ценности для человека и его потребностей. Поэтому человек не вправе решать с позиции пользы и целесообразности вопрос о ценности или праве на жизнь того или иного Живого (человека, животного или биологического вида). Его долг — заботиться о *правах биоса*, проявляя широкий человеческий подход, предполагающий пересмотр традиционных этических принципов и формирование новых.

Одним из таких новых подходов, определяющих отношение человека к природе как Иному Живому, является понима-

ние своей сущности как *части природы*. Этот внутренний фактор *единства и взаимодействия* человека и природы обусловлен, прежде всего, природной (биологической) сущностью самого человека, что, вероятно, и натолкнуло его в свое время на мысль использовать для изучения собственной природы другие животные системы. Вместе с тем именно это обстоятельство требует от нас признавать приоритетным, естественным правом, определяющим все другие права и моральные ценности, *право на жизнь* — не только человека, но и других природных систем. Именно оно предупреждает об опасности, общей и для всей природы, и для человека — опасности излишне активного вмешательства человека в природу, такого, например, как достижения генной инженерии по вторжению в природу человека и других живых существ и растений.

*Методологическим основанием* биоэтики являются *общечеловеческие моральные ценности*, которые выработаны социумом, составляют базис всей его жизнедеятельности и обретают свою специфику в сфере биологии и медицины, а также фундаментальные положения и принципы *глобальной биоэтики и экологической этики*, выступающих в этой связке как моральные регулятивы отношений человека и окружающей среды в целом.

*Междисциплинарность* биоэтики проявляется в постоянном расширении ее проблемного поля благодаря включению в него нравственных, философских, правовых компонентов. Биоэтика объединяет самые различные системы ценностей: биологические (физическое существование, здоровье, свобода от боли), социальные (равные права на достойное качество жизни и получение всех видов медицинских услуг), экологические (осознание самоценности природы, ее уникальности), личностные (безопасность, самоуважение) и др.

Особенностью биоэтики является и нормативность, в рамках которой исследуются специфика и «работоспособность» общечеловеческих моральных ценностей в клинической медицине и биомедицинских исследованиях. К особенностям нормативной биоэтики можно отнести:

- *экспериментальный* характер биоэтики, предполагающий распространение моральных принципов на биомедицинские исследования и их этическую экспертизу — так называемые стандартные операциональные процедуры (СОП);

- *деонтологический* характер, регулирующий функции и принципы поведения врача во взаимоотношениях по вертика-

ли (в системе «врач — больной») и по горизонтали (в системе «врач — врач»);

- *институциональный*, связанный с необходимостью решения социальных и профессиональных проблем здравоохранения и ролью биоэтических комитетов как специальных институтов в этом процессе.

*Особый статус* биоэтики также определяется открытым, пограничным характером ее проблем. С одной стороны, это их нерешенность (или принципиальная нерешаемость), особенно, когда речь идет о праве человека на жизнь или смерть: каждый раз, в рамках биомедицинской этики эти проблемы требуют от медиков — врачей и исследователей — частных, *ситуативных* решений и, соответственно, индивидуального морального выбора и личной ответственности. С другой стороны, они создают определенный прецедент, позволяющий биоэтике, несмотря на ситуативность, сохранять свою универсальность и глобальность.

Определение проблемного поля биоэтики позволяет очертить его *контуры* и выявить три *круга проблем*, которые, переплетаясь и дополняя друг друга, определяют *содержание* биоэтики. Основными проблемными кругами являются:

- модификация традиционных моральных принципов и ценностей в профессиональной деятельности медицинских работников и биологов — *нормативно-этический круг*;

- нравственные коллизии в конкретных ситуациях — *казусы*, возникающие в процессе биомедицинских исследований и лечения больных — *ситуативный круг*;

- «новые» межличностные отношения в системе вертикальных и горизонтальных связей в сфере современной медицины — *деонтологический круг*.

Первый круг проблем биоэтики — *нормативно-этический* — связан с необходимостью проследить, как могут и должны проявлять себя в медицинской деятельности или биологических исследованиях на теоретическом и практическом уровнях *общечеловеческие моральные ценности и принципы*, как регулируют они нормы поведения врача и исследователя, выступая основой «стратегии и тактики» их профессионального выбора. Выделяются два этических аспекта первого круга проблем:

- отсутствие однозначной экспликации сущности и критериев *жизни и смерти* человека как высших базовых ценностей — до

сегодняшнего дня нет единства в их понимании, что трагически сказывается на судьбах людей, ждущих, например, пересадки донорских органов от умерших людей. Постигание этой задачи даст возможность определиться в решении вопроса о *праве человека на достойную жизнь и праве на достойную смерть*, что, в свою очередь, выступает необходимым основанием практической деятельности трансплантологов, реаниматологов, акушеров-гинекологов и других специалистов. Особенно актуальной является проблема *границы жизни и смерти*. Сегодня огромное количество философских, юридических, медицинских работ посвящается так называемому праву человека на смерть, связанному с «пограничными ситуациями» его жизни;

- активное включение в клиническую и исследовательскую практики таких высших общечеловеческих моральных ценностей, как *добро и зло, страдание и сострадание, долг и совесть, честь и достоинство, свобода и ответственность*. С одной стороны, у современных медиков, особенно молодых, эти ценности стали терять свой престиж и значимость, с другой — преломленные сквозь призму профессиональной деятельности, эти ценности обретают особую специфику, что зачастую приводит к кардинальному рассогласованию их восприятия и оценки между «обычными» людьми (пациентами) и профессиональными медиками. Мы сталкиваемся с феноменом, который не привычен для мышления «естественника», но является атрибутом морально-этических суждений — *субъективность и относительность*. Особенно наглядно это видно на примерах добра и зла, проявляющих в сфере медицины свою нерасторжимую связь; страдания и сострадания, демонстрирующих иногда неизбежность и даже полезность первого и сомнительное значение и опасность второго; свободы, дающей медику и биологу-исследователю право на риск, а поэтому и на ошибку, но и налагающей на них высокую ответственность.

Большинство проблем, связанных с особенностями проявления высших моральных ценностей в медицине, носят открытый характер, поскольку они ставят исследователя и пациента перед *выбором*, который не является однозначным и простым и может быть одинаково мучительным для обеих сторон. Вместе с тем наличие и необходимость выбора порождает и определенное противоречие: вариативность выбора входит в конфликт с требованиями нормативной регуляции, которая, напротив, предполагает однозначность решения, особенно если речь идет о правовой регуляции.

Второй круг проблем биоэтики — *ситуативный* — связан со спецификой, развитием и современными достижениями медицины, которые проявляются каждый раз в конкретных, неповторимых случаях и сказываются на человеческой судьбе. Одной из особенностей биоэтики является ее сконцентрированность преимущественно на анализе отдельных случаев — *медицинских казусов* [50], затрагивающих жизнь и здоровье человека, и призвана выявить и проанализировать *моральные стороны конкретных ситуаций*. Многочисленность и вариативность подобных ситуаций и порождает так называемые *открытые вопросы*. К их числу относятся:

- проблема эвтаназии, ставшая столь актуальной в результате небывалых достижений медицины по продлению жизни человека и зачастую его страданий;
- проблемы трансплантации и связанные с ними проблемы реанимирования;
- нравственно-правовые проблемы искусственного оплодотворения и прерывания беременности, установления критериев нормы и патологии человеческого зародыша;
- проблема предвидения и предотвращения негативных последствий медико-биологических, особенно генетических, исследований и экспериментов на человеке; определение меры ответственности исследователя и степени риска испытуемого.

Решение этих и других ситуативных проблем биомедицины во многом зависят от этической компетентности и этической позиции специалиста — *гуманистической* или *авторитарной*. Поэтому сегодня биоэтика рассматривается не только как новая отрасль теоретического и прикладного знания, но и как учебная дисциплина, овладение которой необходимо профессионалу.

К третьему — *деонтологическому* [38] *кругу проблем биоэтики* относится определение современного характера отношений в системе вертикальных и горизонтальных связей в сфере медицины. Вторгаясь в область медицинской деонтологии, а точнее, включая ее в себя, биоэтика и биомедицинская этика вырабатывают рекомендации по моральному регулированию человеческих отношений как в системе «врач — больной», так и в медицинском коллективе. Решение практических задач в этом направлении во многом зависит от *моделей отношений* между медиками-профессионалами и их пациентами. Актуальными являются традиционная *патерналистская* и новая, *автономная* модели. Тенденцией современной деонтологии высту-

пает переход от патерналистской модели к признанию автономности личности пациента или участника биомедицинских исследований.

### 2.3. Универсальные этические принципы и нормы биоэтики

Требования практической медицины и биологии с одной стороны и социально-гуманистические ожидания общества с другой, вызывают необходимость рассмотрения *универсальных этических принципов*, на базе которых биоэтикой вырабатываются конкретные моральные нормы поведения врача и медика-исследователя. В условиях развития геномной инженерии и новых биомедицинских технологий они должны быть положены в основу системы обеспечения здоровья народонаселения. Международная общественность и научно-медицинское сообщество ведет постоянную работу в этом направлении, о чем свидетельствуют этические принципы биомедицинских исследований, разработанные Нюрнбергским кодексом (1947), Хельсинкской декларацией (1964), Международной Конвенцией Совета Европы «О правах человека в биомедицине» (1997), Всеобщей Декларацией ЮНЕСКО о биоэтике и правах человека (2005) и др. В число основных этических принципов включаются такие принципы биоэтики, как принцип *автономии личности, информированного согласия, конфиденциальности*.

В медицинском научном сообществе также разрабатываются и обсуждаются принципы биоэтики, которые можно признать универсальными: *уважение автономии личности* (ее права на самоопределение) и *стремление к обеспечению блага пациента*, базирующиеся на фундаментальных демократических ценностях – солидарности, соучастии, сострадании, идее коммуналистских интересов (Б. Дженнингс). «Классические» принципы биоэтики, предложенные американскими учеными Т. Бичампом и Дж. Чилдресом – так называемые «джорджтаунские мантры» – также включают в себя *уважение автономии личности, справедливость, непричинение зла, ориентацию на благо* (делай добро). В основные этические принципы *европейской биоэтики и биоправа* (или «принципы Кемпа» – по имени координатора и автора концептуальных идей) – в качестве основополагающих входят все те же принципы: автоно-

мия, достоинство, целостность и уязвимость человеческой личности.

Таким образом, особенностями решения современных биоэтических проблем являются плюралистичность и неоднозначность подходов, среди которых можно выделить следующие:

- *принципалистский* подход [77] ориентирующий медика на рефлексию по поводу высших моральных ценностей и биоэтических принципов, обеспечивающих Благо пациента;

- *казуистический* подход [49] связанный не только с «вечными» этическими проблемами, но и с конкретными ситуациями, вызываемыми бурным развитием биотехнологий, генной инженерии и т.п. и вариативностью ситуаций в современной медицине; базируется на безоговорочном признании Автономии пациента;

- *институционально-организационный*, основанный на междисциплинарном подходе, соответствующий постмодернистской эпохе «управляемой этики», более всего «озабоченный» соблюдением принципа справедливости.

Один из ведущих специалистов России в области биоэтики *Б.Г. Юдин* считает, что именно приоритет этих подходов определяет общие черты различия дальнейших путей развития биоэтики в Европе и Америке. Несмотря на то что принципализм как подход к решению проблем возник в США, сегодня он более распространен в Западной Европе. В Северной Америке в настоящее время активно разрабатывается более приземленный — казуистический подход, нацеленный на выработку конкретных правил и рекомендаций по принятию решений в конкретных ситуациях лечения и биомедицинских исследований, а также на их институционально-организационное обеспечение. Это нашло свое воплощение в пристальном внимании и в Европе, и в Америке к организации и деятельности биоэтических комитетов. Особенностью отечественной биоэтики является интегративный подход, требующий объединения в деятельности врача и исследователя всех этих подходов и отвечающий духовным традициям восточноевропейских культур и велениям времени.

Универсальные этические принципы могут быть условно подразделены на *субъектные* и *объектные*. Основой принципов так называемого *субъект-субъектного ряда* выступает *симметрия* — равенство и независимость партнеров, активная роль пациента и его право на самоопределение в процессе лечения или обследования, иными словами — признание авто-

номности, независимости личности. Поэтому основные универсальные принципы этого ряда — принципы автономии и уважения достоинства личности, в свою очередь, предполагающие соблюдение таких принципов, как информированность пациента, добровольность принятия им решения и конфиденциальность [55] в отношениях врача и пациента. (Последние могут нести в себе и разное содержание, отражающее специфику региональных походов к правам человека, национальных традиций и ценностей.)

*Автономия личности* — принцип, основанный на единстве прав врача и пациента, предполагающий их взаимный диалог, при котором право выбора и ответственность не сосредоточиваются всецело в руках врача, а распределяются между ним и пациентом. Согласно этому принципу, принятие надежного в этическом отношении медицинского решения основано на взаимном уважении врача и больного и их активном совместном участии в этом процессе, требующем *компетентности, информированности* пациента и *добровольности* принятия решения. Этическим основанием принципа автономии личности выступает признание ее *независимости* и *права на самоопределение*. Таким образом, уважение автономии относится, прежде всего, к личности, обладающей возможностью и правом распоряжаться своей жизнью и здоровьем, вплоть до сознательного отказа от лечения, даже если это решение будет стоить ей жизни.

*Достоинство* — в широком этическом контексте — *самоценность*, которой обладает каждый человек по праву своего рождения, поскольку он человек. Достоинство проявляется в самоуважении, внутренней уверенности личности в собственной ценности, сопротивлении попыткам посягнуть на ее индивидуальность и независимость. Все люди независимо от их социального статуса, психического и физического состояния и поведения имеют *равные права на признание и уважение собственного достоинства*. В биоэтике этот принцип охватывает даже более широкий круг, чем принцип автономности, который предполагает осознанную дееспособность и самостоятельность личности. Уважение же человеческого достоинства связано не только с наличием осознания и чувства своего достоинства (их может и не быть), но и с такими ситуациями, когда человек не в состоянии выразить свою волю, когда в силу своего физического или психического расстройства он не способен к автономным действиям, когда речь идет не о человеческой

личности, а о человеческом существовании. Это, например, ситуации вегетативного существования, тяжелые формы гериатрического состояния, эксперименты с эмбрионом человека и др. Принципы автономии и уважения достоинства личности тесно связаны с другим основополагающим принципом биоэтики — информированным согласием.

*Информированное согласие* — принцип, требующий соблюдения права пациента знать всю правду о состоянии своего здоровья, о существующих способах лечения его заболевания и риске, связанном с каждым из них. В автономной модели взаимоотношений этот принцип — не жест доброй воли или желание врача, это его *обязанность*; соответственно получение информации становится *правом пациента*. Информированное согласие — это коммуникативный диалог врача и пациента, предполагающий соблюдение ряда этических и процессуальных норм: учет психического состояния, уровня культуры, национальных и религиозных особенностей пациента, тактичность врача или исследователя, его моральные качества, способность обеспечить понимание информации пациентом. Правильное информирование о состоянии здоровья и его прогнозе дает пациенту возможность самостоятельно и достойно распорядиться своим правом на жизнь, обеспечивая ему свободу *добровольного* выбора.

*Добровольность* — еще один принцип биоэтики, связанный с автономией пациента. Это уважение свободы волеизъявления личности, что предполагает самостоятельное принятие ею решения или согласия на медицинские манипуляции или исследования при условии информированности и отсутствия внешнего принуждения — не только физического или морального давления, но и зависимости любого рода. В свою очередь, добровольность и отсутствие зависимости приводят к требованию и ожиданию взаимного *доверия* между врачом и пациентом, проявляющегося в принципе *конфиденциальности* и строгом соблюдении врачебной тайны, которые традиционно относятся к области медицинской деонтологии, но приобретают сегодня новое звучание.

Принципы автономии личности, информированного согласия, добровольности — это принципы *субъект-субъектного* порядка, предполагающие равенство и независимость партнеров, активную роль пациента и его право на самоопределение в процессе лечения или обследования. По мере развития медицины и вовлечения в биомедицинские исследования и

манипуляции все большего числа людей, между ними и профессионалами-медиками особую роль начинают играть принципы *субъект-объектного* ряда, предполагающие *заботу* общества и медиков — врачей и исследователей о соблюдении этических требований по отношению к пациентам, попадающим в *зависимость* от них. Особое место в этой связке занимают принципы целостности и уязвимости, выдвинутые европейскими биоэтиками. Эти принципы непосредственно связаны с уважением достоинства личности и затрагивают как физическую, так и психическую стороны жизнедеятельности индивида.

**Целостность** — принцип биоэтики, который обеспечивает тождественность личности самой себе, ее самоидентификацию, и поэтому не должно подвергаться манипуляциям или разрушению. Она связана с «жизненной историей» индивида, которая создается памятью о наиболее важных событиях собственной жизни и интерпретацией жизненного опыта. Иными словами, целостность личности — это ее уникальность, индивидуальность и неповторимость. К сожалению, некоторые медицинские вмешательства, имеющие благую цель восстановить здоровье человека, улучшить его состояние, часто бывают связаны с нарушением целостности. Необходимость защищать психофизическую целостность человека, минимизировать ее нарушения требует разработки этических и правовых норм, относящихся, в частности, к генетическим манипуляциям и вмешательствам в генетическую структуру индивида, к проблеме использования органов, тканей в процессе их трансплантации и т.п.

**Уязвимость** как принцип биоэтики следует понимать в двух смыслах. Во-первых, как характеристику любого живого существа, каждой отдельной жизни, по своей природе конечной и хрупкой. В этом смысле уязвимость как общая характеристика жизни может иметь более широкое значение, чем только биоэтическое. Она может стать связующим звеном между социально и морально отчужденными в обществе людьми, объединив их в поисках преодоления собственной уязвимости. В определенной мере весь прогресс в области медицины и биологии может рассматриваться как борьба с человеческой уязвимостью, вызванная стремлением минимизировать ее. При этом уязвимость — в том числе смертность и конечность — оптимистически расценивается как некое обстоятельство, которое может и должно быть преодолено. Во-вторых,

понимание уязвимости (более узкое) относится к отдельным человеческим группам и популяциям (бедным, малограмотным, детям, заключенным, инвалидам и т.п.). В этом смысле данный принцип становится основой особой заботы, ответственности, эмпатии по отношению к другому, более слабому и зависимому. Для своей реализации он требует соблюдения еще одного принципа биоэтики – принципа справедливости.

**Справедливость** – принцип, в основе которого лежит представление о *равноправии*, уравнивающем права каждого человека на единые стартовые возможности и дающем каждому одинаковые шансы на *достойную жизнь*. Справедливость предполагает реализацию социальной программы, в соответствии с которой обеспечивается равный доступ всех слоев и групп населения к общественным благам, в том числе получению биомедицинских услуг, доступность фармакологических средств, защита при проведении биомедицинских исследований наиболее уязвимых слоев населения. Однако *равноправие* отнюдь не то же самое, что *равенство*. Люди равны в своих правах, но не равны в своих возможностях, способностях, интересах, потребностях. Поэтому в биоэтике специальная роль отводится защите прав наиболее *уязвимых слоев населения*. Кроме того, согласно принципу справедливости, польза для пациента всегда должна превышать научный или общественный интерес.

В последнее время все более обсуждаемым в биоэтике становится **принцип предосторожности**, регулирующий принятие решений и осуществление исследовательской и клинической деятельности, когда последствия ее неопределены и вызывают опасения в силу непредсказуемости или неблагоприятного развития ситуации. Принцип предосторожности основывается на *требовании «не навреди»* и *чувстве ответственности* тех, кто принимает решения, делает прогнозы и осуществляет медицинскую деятельность. Он обусловлен высокой степенью *риска* в медицине и предполагает необходимость осторожного отношения врача к проблеме выбора целей и средств, чтобы избежать или уменьшить *морально неприемлемый ущерб*. Под ним понимается то, что может угрожать жизни или здоровью людей, или являться серьезным и практически невозполнимым, или наноситься без должного внимания к правам тех, кому причиняется. Принцип предосторожности включает также внутреннюю защиту врача от самого себя – собственных безнравственных поступков, и от произвола других (на-

пример, администрации или обвинений со стороны родственников больного).

С одной стороны, сравнение американской и западноевропейской моделей биоэтических принципов демонстрирует их концептуальное единство и, следовательно, работоспособность в любых условиях. С другой стороны, прослеживается и некоторое различие. Американская модель ориентирована в основном на индивидуальное взаимодействие врача и пациента, в то время как европейская носит более социологизированный характер. В европейской биоэтике фундаментальные моральные принципы рассматриваются как *нормы защиты личности в государстве*, что требует более широкого социального контекста справедливости, ответственности и солидарности. В Беларуси концепция биоэтики строится на *универсальных принципах*, но крен делается в сторону их социологизации. Подтверждение тому – принципы конфиденциальности и секретности в области клинической медицины и биомедицинских исследований.

## 2.4. Специфика высших моральных ценностей в биоэтике

### 2.4.1. Категории «добро» и «зло»

*Добро* и *зло* являются критериями разграничения нравственного и безнравственного в любой поведенческой деятельности человека; это универсальная этическая характеристика всякой человеческой деятельности и отношений. *Добро* есть все, что направлено на созидание, сохранение и укрепление блага; *зло* – уничтожение, разрушение блага. Особое значение эти категории приобретают в медицине, от которой зависит не только сохранение, но и качество жизни людей. Врачи, медицинские сестры, фармацевтические работники уже в силу своей профессии нацелены на добро. Не случайно все профессиональные медицинские кодексы и клятвы, определяющие идеалы, мотивы и действия врача, содержат в себе *нормы добра*. Эти нормы сами по себе есть добро и нацелены на добро. Казалось бы, их соблюдение автоматически решает проблему добра и зла. Однако нравственные коллизии медицины здесь только начинаются.

Как утверждал Сократ, никто сознательно зла не творит: его совершают по *неведению*. Но если нарушил основную заповедь медицины «не навреди» и сотворил зло, не желая того, не специально, а по неведению, — оправдывается ли такое зло? И какое это неведение? Неведение самой медицины (которая действительно сегодня еще многого не знает и не умеет) или собственное невежество врача?

Что означает библейское, общечеловеческое «не убий» в медицине, когда, несмотря на действия врача или даже в их результате наступает смерть больного? Это убийство? И если да, то всегда ли убийство — зло? А если это помощь больному в прекращении его страданий? Но имеет ли врач юридическое и моральное право на подобную «помощь»?

Или другая традиционная медико-морально-религиозная проблема — аборт. Это убийство? Это нарушение заповеди «не убий»? И как решить здесь проблему добра и зла, особенно если речь идет о плоде с заранее известными аномалиями развития?

Как видим, проблема добра и зла в биоэтике нацеливает на неоднозначные решения в конкретных ситуациях, которые осложняются тем обстоятельством, что в реальной жизни нет *абсолютного добра* и *абсолютного зла*. Каждое действие врача может в той или иной степени нести в себе и то, и другое. Задача врача — суметь выявить эту степень и минимизировать зло, максимально творить добро.

#### 2.4.2. Категории «страдание» и «сострадание»

Медицинская профессия не может вырабатывать особую душевную стойкость и невосприимчивость к чужой боли и страданию. У врачей, какими бы мужественными они ни казались, есть предел — предел выдержки и терпения, определяемый его *отношением к страданию* и *способностью к состраданию*. Страдание и сострадание — это конкретное проявление добра и зла в медицине, взаимодополняющие друг друга этические категории. *Страдание* — эмоциональное состояние человека, порожденное трудностями, превышающими его физические, душевные и духовные возможности; физическая или нравственная мука, боль. Страдание рассматривается в этике как *школа жизни*: учит правде и справедливости; очищает душу, успокаивая совесть; облагораживает человека, являясь

источником нравственных ценностей; закаляет волю, выдержку, настойчивость. Стрaдание может быть связано с личными установками человека, вызвано воспоминаниями или предвидением условий, при которых оно возникало или должно возникнуть. Но какими бы ни были причины страдания, очевидно: «Всякое страдание и болезнь вносят в духовный мир человека такие перемены, которые меняют подчас гармонию личности, а также характер отношения к самому себе, ко всему окружающему» (Г.И. Россалимо). Стрaдание вызывает ситуацию, в которой человек чувствует себя одиноким, потерпевшим поражение. Будучи не в состоянии преодолеть трудности самостоятельно, страдающий человек, тем более нездоровый, нуждается в поддержке.

Больной, обращаясь к врачу, видит в нем, прежде всего, человека, способного помочь ему *освободиться от страдания*. Врач не может смириться со страданиями больного, привыкнуть к ним — в этом и состоит основное предназначение врача. Он должен знать, каковы причины страдания, как оно проявляется и как помочь пациенту преодолеть его. Однако страдание — это еще показатель и симптом болезни, поэтому врач должен быть осторожен в стремлении облегчить страдания больного. Существует корреляция между *страданием* и *болью*: боль испытывает тело, а страдание — личность; боль не обязательно влечет за собой страдание; страдание человек может испытывать и без боли; боль сопровождается страданием, когда она невыносима, не прекращается, внушает страх или отвращение; боль преодолима, если она имеет смысл; испытывает страдание не только тот, кто испытывает боль, но и сопереживающие ему. Поэтому, стремясь облегчить страдания больного, врач не должен делать это самоцелью, добиваясь облегчения любой ценой (например, ценой образования впоследствии у больного наркотической зависимости).

Нравственный ориентир врачу в отношении к страданию больного дает *сострадание*, помогая ему находить «золотую середину», проявлять необходимую гибкость, облегчая или сохраняя страдание. Для врача это элемент его профессионализма. *Сострадание* — жалость, сочувствие, вызываемые несчастьем, горем, страданием другого человека, соединенное с желанием помочь ему. *Со-страдание* как способность страдать вместе с другим, сочувствовать, сопереживать, соболеznовать ему — неотъемлемое качество врача, в основе которого лежит высокоразвитая эмоционально-чувственная сторона личности.

Однако существует точка зрения, что сострадание «мешает» врачу: препятствует моментальному принятию решения, заставляет его колебаться, терять драгоценное время в экстремальных ситуациях, отвлекает на эмоциональные переживания вместо того, чтобы сконцентрировать все силы на рационально-рассудочном анализе хода болезни, стратегии и тактики ее преодоления, поисках оптимальной методики лечения.

Моральная ценность сострадания определяется степенью его действенности. Формами проявления сострадания выступают: поддержка другого словом и делом, благотворительность, умение прощать. Вместе с тем существует, как писал С. Цвейг, «сострадание малодушное и сентиментальное... нетерпение сердца, спешащего поскорее избавиться от тягостного ощущения при виде чужого несчастья; это не сострадание, а лишь инстинктивное желание оградить свой покой от страданий ближнего... Врачу должно быть свойственно сострадание истинное, которое требует действий, а не сантиментов, знает, чего хочет, и полно решимости, страдая и сострадая, сделать все, что в человеческих силах».

Действенной формой сострадания больному со стороны медицинских работников выступает *милосердие* — общечеловеческая ценность, проявление человеческого в человеке, «сердолобие, готовность делать добро всякому, любовь на деле» (Вл. Даль). В медицинской практике это наиболее «практическая» форма сострадания больному, «сострадание действием». Вместе с тем всякое действие при определенных условиях может привести к противоположным результатам. Если, проявляя милосердие, постоянно освобождать больного от преодоления трудностей, то, войдя в роль страдальца, он не захочет из нее выходить. Ему понравится, что за ним ухаживают, проявляют внимание. Больной становится капризным и пассивным, не принимает активного участия в лечении, не включает внутренние резервы своего организма, не ориентирует себя на преодоление болезни. В медицинской практике, где врачи, медсестры, фармацевтические работники часто имеют дело с инвалидами, тяжелобольными, немощными, стариками, роль милосердия особенно велика. Например, понятие милосердия легло в основу названия одной из медицинских профессий — «*сестра милосердия*». В истории медицины можно найти немало примеров, когда врачи были зачинателями добрых дел, проявляя тем самым любовь к людям, верность принципам гуманизма и милосердия. Не случайно на могильном камне заме-

чательного русского врача-гуманиста XIX в. *Ф.И. Гааза\** был начертан девиз его жизни: «Спешите делать добро».

Огромную роль играет и *эмпатия*, проявляющаяся в сочувствии, сопереживании больному со стороны медицинских работников. Эмпатия – это способность эмоционально отзываться на переживания другого, в чем особенно нуждаются больные. Внимательно выслушивая больного, сочувствуя ему, врач, сестра дают ему возможность высказаться и тем самым облегчить его душевное состояние. Наиболее высокий уровень эмпатии, требующий большой самоотдачи – *соучастие*, умение «взять боль пациента на себя» и помочь ему действием.

### 2.4.3. Свобода и моральная ответственность

Отношением к добру и злу определяется *мера свободы* в деятельности врача. *Свобода* – философско-этическое понятие, выражающее способность человека к моральному самоопределению, моральной автономии, интеллектуально-нравственному волеизъявлению; поведение, которое зависит от собственных действий, сознания и воли индивида. Нравственная свобода предполагает превращение моральных требований во внутренние потребности, убеждения человека. Индивид свободен, если он способен сознательно принимать решения, учитывать последствия собственного поведения и управлять им. В деятельности врача свобода проявляется в его умении: делать осознанный *моральный выбор* действий и поступков, в том числе применять (или открывать) новые научные методы, научные знания в медицине; давать своим действиям и поступкам нравственную оценку, предвидеть их последствия, осуществлять разумный контроль над своим поведением,

---

\**Гааз Фридрих Иосифович* (Федор Петрович) (1780–1853) – врач и общественный деятель. Родился в Германии, образование получил в университетах Йены и Вены, в Россию переехал в 1803 г. С 1828 г. и до конца жизни был членом московского губернского тюремного комитета и главным врачом московских тюрем. Всю свою жизнь *Ф.И. Гааз* посвятил заботе о заключенных, осужденных на каторгу, их детях, больных и бездомных бедняках. На собранные *Ф.И. Гаазом* пожертвования в Москве была построена больница, куда принимали на лечение бесприютных, пострадавших при пожарах, от холода, голода. «У Гааза нет отказа» – такую поговорку сложил о нем народ. На его могильном камне начертан девиз его жизни: «Спешите делать добро».

чувствами, страстями, желаниями. В биоэтике понятие свобода конкретизируется через такие понятия, как «свобода принятия решения», «свобода действий», «свобода выбора» и выступает в тесной взаимосвязи с нравственно-правовой *ответственностью* субъекта, принимающего решение в конкретной биомедицинской ситуации.

Формой проявления свободы врача выступает в медицине *моральный выбор*, требующий от него решительности, заставляя переходить от размышлений и сомнений к действиям. При рассмотрении отношения «цель — средства» в медицине часто упускаются из вида, во-первых, неоднозначность зависимости в системе «лечебное воздействие — терапевтический эффект», во-вторых, нравственные аспекты этого отношения. Так, утверждение «все, ведущее к здоровью, не должно отвергаться медициной», не содержит в себе ошибки, но не содержит и истины, потому что надо еще убедиться, что некий конкретный фактор воздействия действительно лечит болезни и укрепляет здоровье. Широко распространено другое упрощенное представление: «все, что способствует здоровью, должно применяться в медицине». Отсюда всего лишь шаг к суждению: «Цель оправдывает средства», которое, будь оно принято в медицине, станет прикрывать любое невежество, в том числе *знахарство и шарлатанство*.

Давая клятву нести людям добро, врач практически уже сделал свой выбор. С одной стороны, в соответствии с собственным мировоззрением он сам определяет свои дальнейшие действия: «в любое время помогать каждому больному, независимо от его социального происхождения, вероисповедания и национальности». С другой — в соответствии с нравственными требованиями общества, он будет действовать более ответственно. Сегодня категория свободы претерпевает переосмысление — в направлении от *свободы потребительской* («свободы от») к *свободе созидательной* («свободе для себя»). Современные биомедицинские исследования и манипуляции позволяют человеку в определенной мере достичь «свободы от». Он освобождается от природных форм зависимости от внешнего мира, может удовлетворять свои растущие потребности: увеличивать активный период жизни, освобождаться от ранее неизлечимых болезней, изменять внешность, пол, осуществлять личный выбор — иметь или не иметь детей и т.д. Но, отделяясь от природного естества и возвышаясь над миром,

человек порою попадает во все большую зависимость от современных технических средств. Вместе с тем только в своей органической целостности, творении самого себя человек приближается к свободе созидательной — «свободе для себя».

Во многих медико-этических кодексах XX в. особо подчеркивается, что врач в своих решениях должен иметь *профессиональную независимость и свободу*. Свобода врача *обеспечена* гуманистическими принципами, которым подчиняется его деятельность; *ограничена* уровнем развития медицины и знаний врача, техническим оснащением, наличием лекарственных средств, а также внешними обстоятельствами: экономическими возможностями общества, политическим режимом, социальным или национальным неравенством, уровнем культуры населения. Кроме того, свобода врача ограничена *вероятностным характером* научного знания в медицине: конкретные научные истины содержат в себе момент относительности, что приводит к необходимости делать трудный моральный *выбор*. При этом свобода действий врача неразрывно связана с *правами* на это действие. Действия врача регламентированы и ограничены клятвой Гиппократов, устаревшими методиками, инструкциями, приказами, распоряжениями от Минздрава до главврача своей больницы.

Вместе с тем быть свободным, самостоятельным — значит быть ответственным. Объективная логика такова, что автономия, суверенность личности врача, его *нравственная свобода* уравниваются ответственностью, которая проявляется как обратная сторона свободно принятого решения, как естественное следствие свободы выбора.

*Моральная ответственность* — это умение, способность и готовность думать о последствиях своих действий и нести ответ за них. Для врача она определяется соблюдением основополагающих принципов медицинской этики, прежде всего, принципа «не навреди». *Виды ответственности* определяются тем, перед кем (чем) и за что врач несет ответственность. Выделяются:

- ответственность врача перед самим собой — делая выбор, он «выбирает себя», свою жизнь, свое место в профессии и потому несет за них ответственность;
- ответственность врача как профессионала за жизнь и здоровье пациентов, за свои конкретные действия и поступки:

здесь моральная ответственность может совпадать с правовой и административной ответственностью, в частности, если речь идет о *врачебной ошибке* или *риске* (дифференциация понятий «несчастный случай» или «врачебная ошибка» для юридических органов самостоятельного значения не имеет);

- ответственность человека перед миром и человечеством, требующая особой самовключенности человека в систему естественных и социальных связей, их осознания (например, при проведении исследований по созданию новых биотехнологий).

*Мера моральной ответственности* зависит:

- от степени *самостоятельности* совершаемого действия, (однако наличие принуждения не снимает ответственности с человека);

- *значимости* совершаемого деяния для судеб других людей;

- *масштабов* принимаемых решений (идет ли речь о судьбе отдельного человека или о судьбах человеческого генофонда);

- *влиятельности, авторитета, общественного положения* или должности личности, принимающей решение.

При этом свобода и ответственность находятся в *прямой зависимости*: чем шире пространство свободы, тем больше ответственность врача, связанная с соблюдением им основных моральных принципов.

#### 2.4.4. *Право на риск и ошибку*

Врач не только имеет *право на свободу*, он «обречен» на *свободу* действий. Проявляется это, в частности, в *праве на риск*, который присутствует в деятельности врача практически постоянно. Обусловлено это тем, что природа заболевания по своему содержанию всегда богаче знаний медицины о ней. *Врачебный риск* – это необходимость принятия решения и совершения осознанного ответственного выбора в экстремальных лечебных ситуациях.

Риск может быть:

- *оперативным* – связанным с профессиональными навыками и опытом либо неопытностью врача (в этом случае он отражает уровень знаний и возможностей медицины);

• *этическим*, отражающим область межличностных отношений врача с больными, с их близкими, самооценку врачом своих возможностей и способностей;

• *рассчитанным* — в случае, когда методы диагностического или лечебного воздействия тщательно проанализированы и врач выбирает тот метод, который связан с меньшим риском и большей эффективностью медицинского вмешательства.

«Этический риск» сводится к минимуму, если пациент предельно объективно информирован о действительном и возможном риске операции для его жизни и если сокращен до минимума «оперативный риск», т.е. операции такого рода проводятся на уровне высших достижений клинической медицины. Понятие риска близко, но не тождественно понятию «опасность», которое характеризует объективную жизненную ситуацию саму по себе; понятие риска отражает субъективное отношение врача к опасной жизненной ситуации.

Оценка риска в клинической практике и отношение к нему врача — важнейший аспект проблемы морального выбора в современной медицине. В случаях, когда психическое, соматическое или возрастное состояние пациента не позволяет врачу собрать более полную информацию о причинах, обстоятельствах заболевания, отягощенности организма пациента наследственностью, действия врача могут принимать «произвольный», случайный характер, и возможность риска увеличивается. Поэтому выбор оптимальных решений в клинической медицине все больше требует учета, оценки *степени риска*, сопровождающего применение современных методов врачевания. Традиционно проблема риска наиболее тесно связана с хирургией: «оперативный риск», который, к сожалению, сопровождается определенным процентом смертности, существует при любой хирургической операции. Сегодня имеется тенденция распространения хирургических методов лечения на многие разновидности патологии, которые раньше считались терапевтическими. Такая тенденция, связанная с одновременным возрастанием риска при операциях, даже получила название *хирургической агрессии*. И теперь нежелательный риск, сопровождавший раньше в основном хирургическое вмешательство, имеется и в терапевтических областях, представители которых еще не привыкли к соответствующей бдительности. Так, большую тревогу вызывает рост осложнений медикаментозного лечения — ятрогений [113]. Новые вопросы возникают и в связи с высоким риском некоторых современ-

ных диагностических методик исследования. Поэтому, отступая в некоторых случаях от буквы заповеди «не навреди», биоэтика подтверждает значение ее духа и противостоит повышению рискованности методов врачевания на современном этапе. Как конкретно-деонтологическое указание норма «не навреди» «санкционирует» риск диагностического или лечебного воздействия только в том случае, когда он хорошо рассчитан — «рассчитанный риск», и врач выбирает тот из двух конкурирующих методов, который связан с меньшим риском, или вообще отказывается от вмешательства. Что касается таких «агрессивных» методов лечения, как применение иммунодепрессантов в трансплантологии, химиотерапии и лучевой терапии в онкологии, тетурама в наркологии, то с этической точки зрения риск от их последствий не является неожиданным и поэтому тоже может считаться «рассчитанным».

Проблема риска тесно связана с *проблемой новаторства* в медицине, когда риск особенно трудно рассчитать. Дерзание, предпочтение большего риска во имя большего блага — без этого не может быть научного творчества и прогресса. Однако врачу-новатору каждый его смелый шаг, связанный с первым применением принципиально нового средства лечения, дается нелегко и сопровождается мучительными раздумьями в таких ситуациях, которые никто не может облегчить или взять на себя. Это подлинное *моральное одиночество*. Драматизм, присущий врачеванию, достигает здесь своего апогея. Не случайно после неудачи одной из новаторских операций и смерти пациентки на операционном столе герой повести известного хирурга Н.М. Амосова говорит себе: «В последний раз, больше не буду. Пусть умирают без меня».

Вместе с тем право врача на риск часто порождает так называемые *врачебные ошибки* и ставит вопрос о *праве на ошибку* и степени ответственности за нее. В биоэтике определение *врачебной ошибки* и *моральной ответственности* врача имеет ряд подходов:

- причина *врачебной ошибки* может заключаться в необычайной сложности объекта, с которым имеют дело медики или же в резко возросшей активности современных методов лечения и диагностики, а также в прогрессирующей специализации медицины, поэтому *врачебная ошибка* не всегда зависит от личности врача;

- необходимо четко дифференцировать *незнание* и *невежество*: невежество врача должно вести к его дисквалификации,

незнание может быть результатом добросовестного заблуждения;

- причинная связь между действиями (или бездействием) врача и ухудшением здоровья или даже смертью больного не означает еще виновности врача — это может быть и *несчастный случай*;

- если в *моральном плане* врачебные ошибки могут быть *извинительны* в силу объективных или субъективных обстоятельств — стесненных, неоптимальных условий деятельности врача, исключительной сложности самой врачебной профессии, то в *юридическо-правовом отношении* акцент обычно делается на *виновность* врача и, следовательно, его ответственность.

Анализ и изучение врачебных ошибок, их регистрация и систематизация должны быть основанием для развития научно-медицинской мысли.

С точки зрения биоэтики, врач всегда должен быть честным перед самим собой и признавать свои профессиональные ошибки. *Этическая норма* врача — быть непримиримым к профессиональным ошибкам. Поэтому, в *о-первых*, как уже отмечалось, биоэтика требует каждый раз давать оценку собственной врачебной ошибке: даже если она не влечет за собой уголовной ответственности, врач не освобождается от моральной ответственности; в *о-вторых*, отношение к профессиональным ошибкам коллег должно быть прямым и нелицеприятным. Причем такое принципиальное отношение в одних случаях должно играть роль обвинения, исполняя справедливую карающую функцию. В других — безразличная и компетентная позиция коллег должна играть роль защиты: ведь иногда врач сам нуждается в нравственно-психологической реабилитации.

Понятию «врачебная ошибка» по своему содержанию близко понятие «несчастный случай». В *клиническом смысле* они означают разновидности неблагоприятных исходов лечения, неправильного врачевания; в *морально-этическом* и то, и другое — поражение врача в борьбе за жизнь и здоровье вверившегося ему пациента и, конечно, несчастье больного, его близких. Поэтому наличие в медицинской практике врачебных ошибок и несчастных случаев как неизбежных явлений, сопутствующих лечению, ни в коей мере не должно означать права врача на ошибку. Подобное право могло бы порождать профессиональную недобросовестность, за которой стоят обычно неправильные диагнозы основного и сопутствующих заболе-

ваний, недооценка хирургического риска, запоздалое оперативное вмешательство и др. Тезис о «праве врача на ошибку» несостоятелен и с логической, и с мировоззренческой точки зрения. С точки зрения логики нельзя существующее выдавать за должное: профессиональные ошибки врачей случаются в силу неконтролируемых врачом обстоятельств, а не «по праву». С точки зрения мировоззренческой, если профессиональная деятельность врача заведомо ориентируется на ошибки, она утрачивает свою гуманистическую природу. Идея «права на ошибку» деморализует врачей, поэтому с позиции биоэтики отношение к профессиональным ошибкам должно быть непримиримым.

#### 2.4.5. Особенности долга в медицинской этике

Первостепенная роль *долга* в профессии врача обусловлена ценностью здоровья и жизни людей. Требования врачебной морали всегда носили явно выраженный *категорически-императивный характер*. Поэтому иногда всю медицинскую этику обозначают термином «*медицинская деонтология*», подчеркивая тем самым значение профессионального врачебного долга — теснейшего переплетения обязанностей врача по отношению к больному, коллегам и обществу в целом.

*Врачебный долг* заключается в выполнении врачом всех требований, связанных с его работой и достижением главной цели — успеха в лечебной деятельности и оздоровлении больного, в независимости от условий и времени оказания медицинской помощи, от состояния врача и его отношения к личности больного. Врач должен всегда оказать медицинскую помощь, индивидуально и вдумчиво подходить к каждому больному, быть внимательным и заботливым, проявлять при этом максимум творческой активности.

Исполнение врачебного долга связано с рядом *этических проблем*:

- врачу необходимо выяснить, в чем конкретно заключается его долг как врача и человека; в случае расхождения попытаться их совместить, руководствуясь не только моральным кодексом, но и собственной *совестью*;
- профессиональный врачебный долг категорически запрещает проведение *научно необоснованных экспериментов* на живых людях (в том числе над заключенными, безнадежно больными, умственно неполноценными) даже с их согласия;

- новые, *научно обоснованные*, но еще не допущенные к всеобщему применению методы диагностики, профилактики, лечения и лекарственные средства могут применяться врачом по отношению к больному лишь при соблюдении *основных принципов биоэтики*; их несоблюдение при апробации, испытании нового медицинского метода или средства, не связанного с излечением больного, или несущего в себе слишком большой риск, делает эксперимент *неправомерным и безнравственным*;

- долг врача — приходить на помощь прежде всего тем, кто в ней нуждается в первую очередь, независимо от его социального происхождения; предпочтение собственного интереса или желание избежать беспокойства и риска — это нарушение морально-этического долга врача, независимо от причины такой поступок признается аморальным и непростителен для врача.

Высшим проявлением профессионального долга врача является соблюдение принципа гуманизма, добросовестное выполнение своих обязанностей по отношению к больному. Прямое нарушение профессионального долга — черствое, формальное отношение врача к больному человеку, поскольку вера больного в успех лечения, доверие его к медицинскому персоналу играют часто не меньшую роль в выздоровлении, чем применение новейших лекарств и оборудования. Академик В.М. Бехтерев подчеркивал, что если больному после разговора с врачом не становится легче, это не врач. Врач призван психотерапевтическими методами — словом ободрения, утешения, успокоения, чутким отношением — тактично и умело мобилизовать физические и душевные силы больного на борьбу с его болезнью.

#### 2.4.6. *Понятия чести и достоинства в биоэтике*

*Понятия чести и достоинства* определяются в биоэтике, прежде всего, следованием общечеловеческим моральным ценностям, порядочностью, культурой и интеллигентностью врача, и уже потом — его профессионализмом и мерой заслуженного им почета и уважения.

Честь — наряду с достоинством — этические оценочные категории, которые отражают *моральную ценность* личности и представляют собой общественную и индивидуальную *оценку*

нравственных качеств и поступков человека. Честь выступает необходимым условием выполнения врачом своего профессионального долга. Как моральный феномен она есть *внешнее общественное признание* поступков человека, его заслуг, проявляющееся в почитании, авторитете, славе. Поэтому чувство чести, внутренне присущее врачу как личности, связано со стремлением добиться высокой оценки со стороны окружающих, похвалы, известности. *Профессиональная честь* воздается врачу в соответствии с оценкой, которую получают его качества как человека и как представителя медицинской профессии, выполняющего свой долг.

Вместе с тем поддержание чести и достоинства врача во многом зависит не только от него самого, но и от условий, которые предоставляет ему государство (оснащение современным оборудованием, фармацевтическими средствами, обеспечение рабочего места, повышение квалификации, достойное материальное вознаграждение). Безнравственно, если труд врача не оценивается в обществе соответствующим образом, если врач не может выписать журналы, купить книги и т.д. Кроме экономических факторов, в поддержании и защите чести врача большую роль играют факторы социальные и юридические.

*Достоинство* играет в биоэтике особую роль, выступая одним из ее универсальных принципов. Руководствуясь им, врач обязан уважительно относиться и к достоинству *каждого пациента*, независимо от его положения, личностных качеств, состояния здоровья. Святость жизни и ценность личности — главное, что лежит в основе уважения достоинства любого пациента. Совершенно недопустимо *унижать достоинство пациента*, ибо, унижая достоинство другого, ты унижаешь собственное человеческое достоинство.

Кроме того, в медицине следует иметь в виду сложное взаимодействие достоинства человека с болью и страданиями. Существуют две противоположные точки зрения влияния боли и страдания на человеческое достоинство. Первая — сильные боль и страдание лишают человека достоинства; именно поэтому иногда смерть предпочтительнее жизни в непереносимых физических или душевных мучениях. Вторая — как человек ведет себя перед лицом страданий, так проявляется его сущность; поэтому желание жить вопреки боли и страданию не умаляет, а упрочивает человеческое достоинство.

Сегодня уважение человеческого достоинства связано и с новыми подходами к проблеме умирания, в частности, к проблеме «умирания с достоинством». Человек все чаще уходит из жизни не дома, не в кругу родных и близких, а в больнице, где процесс умирания жестко регламентируется персоналом клиники и представлениями, общепринятыми в медицинской практике. Будучи до этого свободным в выборе того, как ему следует распорядиться своей жизнью, в ее финальной стадии он оказывается несвободным, а иногда и полностью лишенным права голоса, вынужденным принимать тот стиль поведения, который считается обязательным в общественном мнении. Вместе с тем умирание с достоинством должно включать в себя и уважение личной уникальности человека, его мировоззренческих, этических, религиозных или атеистических взглядов и убеждений, его национальной принадлежности. Поэтому попытки решить проблему умирания с достоинством предпринимаются сегодня с двух противоположных сторон: внедрения *хосписного движения* и отстаивания права на *эвтаназию*.

### Вопросы для самопроверки

1. Какие социокультурные обстоятельства привели к появлению биоэтики, экологической и биомедицинской этики?
2. Каким образом распределяются сферы влияния и иерархия биоэтики, экологической, биомедицинской и медицинской этики? Какие общие принципы объединяют их, и в чем состоит их различие?
3. Какова сущность биоэтики и в чем ее основные особенности?
4. Что составляет содержание концептуальной модели биоэтики?
5. Определите проблемное поле биоэтики.
6. Что входит в нормативно-этический круг проблем биоэтики?
7. Что составляет содержание ситуативного круга проблем биоэтики?
8. В чем состоит новизна деонтологического круга проблем биоэтики?
9. Какие принципы и нормы биоэтики считаются универсальными? Какие подходы выстраиваются на их основе?
10. Каковы сущность и содержание биоэтических принципов субъект-субъектного ряда: принципов автономии и уважения достоинства личности, принципов информированного согласия и добровольности?
11. Каковы сущность и содержание биоэтических принципов субъект-субъектного ряда: принципов целостности, уязвимости и справедливости?
12. Какова специфика высших моральных ценностей в биоэтике? В чем состоит специфика добра и зла?

13. Каково соотношение вреда и пользы, приносимых страданием и состраданием?
14. В чем состоит проявление свободы и ответственности в медицинской деятельности? Имеет ли врач право на риск и ошибку?
15. Каковы особенности долга, чести и достоинства в биомедицинской этике?

## Литература

- Биомедицинская этика / под ред. В.И. Покровского, Ю.М. Лопухина. М., 2002.
- Биомедицинская этика / под ред. Т.В. Мишаткиной, С.Д. Денисова, Я.С. Яскевич. Минск, 2003.
- Биоэтика: принципы, правила, проблемы / под ред. Б.Г. Юдина. М., 1998.
- Введение в биоэтику / под ред. Б.Г. Юдина, П.Д. Тищенко. М., 1999.
- Вековщина, С.В. Биоэтика: начала и основания / С.В. Вековщина, В.Л. Кулиниченко. М., 1997.
- Геращенко, Л.И. Медицинские аспекты проблемы прав человека / Л.И. Геращенко. СПб., 1996.
- Гнездилов, А.В. Путь на Голгофу. Очерки работы психотерапевта в хосписе / А.В. Гнездилов. СПб., 1995.
- Жизнь как ценность. М., 2000.
- Зильбер, А.П. Трактат об эвтаназии / А.П. Зильбер. Петрозаводск, 1998.
- Коновалова, Л.В. Прикладная этика. Выпуск 1: Биоэтика и экзотика / Л.В. Коновалова. М., 1998.
- Кюблер-Росс, Э. О смерти и умирании / Э. Кюблер-Росс. София, 2001.
- Марков, Б.В. Мертвое и живое / Б.В. Марков. СПб., 1998.
- Международные этические правила для биомедицинских исследований // Материалы семинара 25–26 мая 1999 г. СПб., 2001.
- Мишаткина, Т.В. Биоэтика и биомедицинская этика: статус, содержание, проблемы / Т.В. Мишаткина // Практическая философия, 2006. № 3. С. 59–81.
- Мишаткина, Т.В. Три круга этики / Т.В. Мишаткина // Человек. 2006. № 3. С. 89–98.
- Орлов, А.Н. Право на жизнь. Эвтаназия и дети-уроды / А.Н. Орлов // Медицинский вестник. 2001. № 1.
- Основы биоэтики / под ред. А.Н. Орлова. Красноярск, 1997.
- Павлова, Т.Н. Биоэтика в высшей школе / Т.Н. Павлова. М., 1998.
- Поттер, В.Р. Биоэтика. Мост в будущее / В.Р. Поттер. Киев, 2002.
- Православие и проблемы биоэтики. М., 2000.
- Проблемы биоэтики / отв. ред. Б.Г. Юдин. М., 1993.
- Пулмэн, Д. Достоинство человека, боль и страдание / Д. Пулмэн // Человек. 2001. № 3.
- Рязанцев, С. Танатология: учение о смерти / С. Рязанцев. СПб., 1994.
- Сгречча, Э. Биоэтика / Э. Сгречча. В. Тамбоне. М., 2002.

Требования биоэтики. Медицина между надеждой и опасениями. Киев, 1999.

Уиклер, Д. На грани жизни и смерти. Краткий очерк современной биоэтики в США / Д. Уиклер [и др.]. М., 1989.

Философия биологии: вчера, сегодня, завтра. М., 1996.

Философия биомедицинских исследований: этос науки начала третьего тысячелетия. М., 2004.

Харакас, С. Православие и биоэтика / С. Харакас // Человек. 1994. № 2.

Шамов, И.А. Биоэтика / И.А. Шамов. М., 2002.

Швейцер, А. Благоговение перед жизнью / А. Швейцер. М., 1992.

Этика биомедицинских исследований. М., 1989.

Этика психиатрии: сборник статей / под ред. С. Блох, П. Чодофф. Киев, 1998.

Этические и правовые проблемы клинических испытаний и экспериментов на человеке и животных. М., 1994.

Этическая экспертиза биомедицинских исследований. Практические рекомендации / под общ. ред. Ю.Б. Белоусова. М., 2005.

Яровинский, М.Я. Лекционный курс по медицинской этике (Биоэтика): в 2 ч. / М.Я. Яровинский. М., 1999. Ч. 1, М., 2000. Ч. 2.

## Глава 3. ФЕНОМЕН ЖИЗНИ И СМЕРТИ ЧЕЛОВЕКА

- 3.1. *Жизнь как высшая ценность. Этические аспекты дискуссий о начале человеческой жизни, абортах, репродуктивных технологиях, контрацепции*
- 3.2. *Проблема смерти в философском и медицинском измерениях. Эвтаназия, достойное умирание, хосписы*

### **3.1. Жизнь как высшая ценность. Этические аспекты дискуссий о начале человеческой жизни, абортах, репродуктивных технологиях, контрацепции**

Жизнь и смерть — фундаментальные антиномии человеческого бытия, затрагивающие каждое живое существо в своей вечной, неумолимой дилемме. Отсюда и глубинное желание осмыслить феномен жизни и смерти в различных ракурсах — философском, естественнонаучном, культурологическом, правовом, а в настоящее время и в биоэтическом ракурсе, предусматривающем исследование проблем начала и конца человеческой жизни (зачатия, аборт, эвтаназии и т.д.).

В биомедицинском смысле *жизнь* — специфическая форма организации материи, характеризующаяся наследственной программой, записанной в совокупности генов (геном), т.е. в соответствующих последовательностях нуклеотидов дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК); обменом веществ, специфика которого определяется наследственной программой и самовоспроизведением в соответствии с этой программой. Код, с помощью которого записывается наследственная программа, универсален. Все живые существа используют одну и ту же схему для кодирования, переноса (и перевода) информации и биосинтеза. В основе жизни лежит определенная и сложная генетическая программа, которая реализуется через обмен веществ.

Проблема происхождения жизни на Земле имеет три версии — естественное зарождение жизни; занесение жизни из Космоса; сотворение живого. Вопрос о зарождении и начале человеческой жизни — это глубокая и пока еще не раскрытая в полном объеме тайна.

В рамках современной биоэтики при исследовании этики жизни встают вопросы: с какого момента зародыш можно считать живым существом? допустимы ли аборт? следует ли поддерживать жизнь безнадежно больных пациентов? допустима ли с морально-правовой, социокультурной и религиозной позиции эвтаназия? и т.д.

Осознание самоценности жизни, нравственное освящение жизни как фундаментальной ценности: жизни, наполненной духовным смыслом, характерно для русской этической мысли — «этики жизни» [107]. В различных философских концепциях духовный смысл жизни трактовался по-разному. В этических концепциях *русской религиозной мысли* фундаментальную основу и систему отсчета задавали идеи православия, что было характерно и для *космизма этики всеединства* известного философа В.С. Соловьева (1853—1900) и для философской антропологии Н.А. Бердяева (1874—1948), и для «проекта» Н.Ф. Федорова (1828—1903) воскрешения умерших («отцов») и преодоления смерти средствами современной науки, и для христианского социализма С.Н. Булгакова (1871—1944). Как справедливо отмечает известный российский философ А.П. Огурцов<sup>1</sup>, этика является ядром русской религиозной философии. В своей философии общего дела Н.Ф. Федорова обосновывает идею регуляции природы, сознательного управления всеми природными силами вплоть до космических, а итогом этого процесса должна стать победа над смертью, ибо «всеобщее воскрешение есть полная победа над пространством и временем», процесс одухотворения природы. Именно в нравственном одухотворении природы и В.С. Соловьев видит путь утверждения добра. Для него «без любви к природе для нее же самой нельзя осуществить нравственную организацию материальной жизни».

В «Живой этике» представители буддистской мысли (наиболее известный из них русский живописец, писатель, археолог Н.К. Рерих (1874—1947) считают, что духовное преображение человека осуществляется не в одиночестве, а в общине, в сотрудничестве с космической иерархией. Живая этика как этика взаимной солидарности, милосердия и справедливости, основанная на религиозных и философских ценностях буддизма, исходит из того, что наша планета вступила в эпоху

---

<sup>1</sup> Огурцов А.П. Этика жизни или биоэтика: аксиологические альтернативы / А.П. Огурцов // Вопросы философии. 1994. № 2.

Огня, где возрастает роль психических энергий и вообще космических энергий. Сердце — средоточие психической энергии, как части космической энергии. Необходимо соединить сердце и соответственно психические энергии в «хоровод согласия». Овладение психической энергией предполагает поэтому нравственное преобразование природы. Этическое учение Н.К. Рериха наполняло концептуальную модель феномена жизни такими моральными категориями, как «содружество», «милосердие», «сопротивление злу», «чуткость», «доверие», «взаимность», «труд», «помощь», «живая мудрость», «свобода познания» и др., что отразилось и в названиях его статей.

В натуралистическом направлении этики жизни, ориентирующемся на естественные науки и, прежде всего, биологию, жизнь осмысливается как природно-исторический феномен, а этика основывается на идее борьбы со смертью. Реконструируя идеи отдельных представителей этого направления начала XX в., А.П. Огурцов передает мысли выдающегося русского физика Н.А. Умова (1846–1915) о том, что этика должна основываться на осмыслении специфичности жизни, что она неразрывно связана с естествознанием, и что основная цель этики заключается в стремлении устранить бедствия человеческой жизни с помощью деятельного вмешательства в жизнь природы, в превращении хаотичных сил природы в организованные, «стройные». Ведущими ценностями новой этики являются борьба с хаосом, любовь и творчество, причем этические идеалы не противопоставляются жизни, подобно позиции неокантианцев, а выводятся из жизни, из первичных форм стройностей, существующих в органической жизни и развивающихся до высшей формы — этических идеалов добра и любви. «Твори и созидай на основе научного знания» — в этом девиз новой этики.

В «Записках врача» в 1903 г. известный писатель (врач) В. Вересаев<sup>1</sup> подчеркивает, что нет ни одной науки, которая приходила бы в такое непосредственно близкое и многообразное соприкосновение с человеком, как медицина, и что тесная и разносторонняя связь с живым человеком делает необходи-

---

<sup>1</sup> Вересаев В.В. (1867–1945) — русский врач и писатель, оставивший медицинскую практику ради литературного творчества, автор книги «Записки врача» (1901), посвященной вопросам врачебной этики, неоднозначно оцениваемой современниками. Книга содержит много продуктивных мыслей о роли медицины в обществе; о подготовке будущих специалистов-медиков; о проблеме врачебной тайны; о проведении медицинских исследований на человеке и животных и др.

мым, чтобы все, даже научные вопросы решались здесь при свете основного этического вопроса. По его словам «вопрос о правах человека перед посягающей на это право медицинской наукой неизбежно становится коренным, центральным вопросом врачебной этики». В эту же парадигму вписываются и опубликованные в годы тоталитарного режима работы Д.П. Филатова (1876–1943) «Норма поведения, или мораль с естественноисторической точки зрения», и работа А.А. Любищева (1890–1972) «Основной постулат этики», работа В.И. Вернадского (1863–1945) «Научная мысль как планетное явление».

В различных вариантах этики — от религиозных до натуралистических, наблюдается стремление преодолеть разрыв нравственности и жизни, укоренить этику в жизнь, понять единство факторов эволюционного процесса и этических ценностей, осмыслить жизнь во всей целостности ее проявлений, нравственных побуждений, ориентаций, поступков. Жизнь выступает здесь как процесс, ответственный за увеличение организованности природы и человеческой жизни. Нравственный поиск русских мыслителей освещает общий принцип — любовь к жизни.

В качестве основного принципа этики жизни, жизнеучения А. Швейцера, выступает принцип *благоговения перед жизнью*. Отталкиваясь от идеи Ф. Ницше о глубоком кризисе европейской культуры и идеи Л. Толстого о необходимости ее возрождения на путях этического обновления, А. Швейцер приходит к заключению, что восторжествовавшее в Новое время оптимистическое и жизнеутверждающее мировоззрение не имело адекватной моральной основы, укорененной в мышлении этики. Это и послужило причиной кризиса культуры, выразившегося в господстве материального над духовным, общественного над индивидуальным. Вместо Декартовского «Мыслью, следовательно, существую», Швейцер провозглашает «Я есть жизнь», и в качестве основного оптимистичного мировоззрения утверждает принцип благоговения перед жизнью. Причем этот элементарный принцип следует понимать прямо и буквально как *благоговение перед жизнью*: добро есть то, что утверждает жизнь, зло есть то, что разрушает ее. Благодаря принципу благоговения перед жизнью человеческая жизнь оказывается изначально этически ориентированной. Этика имеет своим предметом отношение ко всему живому, существующему. Она универсальна, поскольку может практиковаться каждым индивидуально и непосредственно. Зло, по Швейце-

ру, не может быть уничтожено, но его можно минимизировать, что как раз и обязывает к постоянному этическому бодрствованию, направленной ответственности.

Этическо-философские концепции феномена жизни задавали моральный вектор отношения человека к жизни, в целом к миру, к окружающей среде, тем самым создавая предпосылки для осмысления моральных коллизий и альтернатив, встающих перед современной биоэтикой. Контекст, заданный философской рефлексией над этическими основаниями феномена жизни, рассмотрение жизни как высшей ценности, нашло отражение в международных и национальных документах, способствующих этико-правовому регулированию принимаемых в медицинской практике решений. Так, Женевская декларация врачей (1848) гласит: «Я буду поддерживать высшее уважение к человеческой жизни с момента ее зачатия; даже под угрозой я не использую мои знания в области медицины в противовес законам человечности». Хельсинско-Токийская декларация врачей (1964, 1975) по проведению медико-биологических исследований с участием людей указывает: «Миссия врача — охранять здоровье людей. Знания врача и его совесть служат выполнению этой миссии». Ст. 2 Кодекса врачебной этики, принятого I съездом врачей Республики Беларусь (1998), утвержденного Министерством здравоохранения РБ (1999), гласит: «Главной целью профессиональной деятельности врача является сохранение жизни и здоровья человека, предотвращение болезней и облегчение страданий больных вне зависимости от пола, возраста, расовой и национальной принадлежности, социального и материального положения, политических убеждений и вероисповедания».

Биоэтические основы исследования феномена жизни связаны сегодня с проблемами *статуса начала и конца зарождающейся человеческой жизни, ее искусственного зачатия, пренатальной диагностики, развития контрацепции, стерилизации женщин, аборт*ов и др.

Одна из проблем, которая интересует биомедицинскую этику — это проблема *возникновения человеческой жизни*. Вопрос о том, с какого момента беременности можно говорить о существовании плода как человека волнует ученых, как отечественных, так и зарубежных. Вопрос этот очень важен потому, что именно решение этого вопроса определяет весь спектр

проблем, которые связаны с искусственным прерыванием беременности. В том случае, если мы поймем, что человеческая жизнь начинается с момента зачатия, то все последующие манипуляции с человеческим эмбрионом: исследование, уничтожение, замораживание и т.д. — это манипуляции с живым человеческим существом, и уничтожение человеческого эмбриона, это прежде всего уничтожение человеческой жизни (гл. 8.3).

Как этот вопрос решается современной наукой? С течением времени представления о том, когда начинается человеческая жизнь, существенно менялись. Еще буквально сто лет назад биологи писали о том, что человеческая жизнь начинается с четырех месяцев развития человеческого плода, поскольку в четыре месяца начинает формироваться нервная система, что и рассматривалось биологами как начало человеческой жизни. Сейчас исследователи полагают, что развитие нервной ткани плода начинается и фиксируется не на четвертом месяце развития плода, а на четвертой неделе. И если мы согласимся с этой позицией, то таким образом уничтожение плода на восьмой, седьмой, десятой, двенадцатой неделе есть уже ни что иное, как уничтожение человека или, попросту говоря, убийство. Среди естественнонаучных подходов нет единой точки зрения. Одна позиция — это начало формирования нервной ткани плода в четыре недели. Но среди медиков и эмбриологов существует и другая позиция — возникновение человека в том случае, когда сформирована легочная система — двадцать вторая неделя. Единства в этих позициях нет. Представители различных эмбриологических школ пока не могут определить, что взять за исходный пункт, начала человеческой жизни. Помимо этической позиции существует позиция религиозная. Но в данном случае и религиозная и этическая, сугубо философская позиция, совпадают.

Этическая позиция говорит о том, что человеческая жизнь и личность существуют тогда, когда человеческое существо является субъектом морального взаимоотношения. Поэтому с точки зрения этики и с точки зрения христианской религии человеческая жизнь начинается с момента зачатия<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> *Силуянова И.В.* Биоэтика в России: ценности и законы / И.В. Силуянова. М., 2001.

Ожесточенные моральные дискуссии сегодня идут по проблеме аборта, выявляя при этом три главные для понимания вопроса позиции: либеральная, умеренная и консервативная.

Согласно *либеральной позиции* до момента естественного рождения женщина имеет полное право принять решение о проведении аборта, а врач обязан обеспечить реализацию этого права. Нерожденный плод не признается ни в каком смысле человеческой личностью, на нерожденный плод не распространяется право на жизнь и, следовательно, он не обладает качеством, которое обязывало бы других воздержаться от действий, прекращающих его существование. Для либералов аборт ни в каком смысле не является убийством. Статус недочеловеческих существ (абортированных плодов) рассматривается исключительно в интересах третьих лиц. С либеральной точки зрения запрещение абортов неприемлемо, ибо ограничивают права человека — матери. Плод человеком не признается и правами не обладает.

Для *умеренной позиции* характерно представление о том, что превращение природного существа в человеческую личность осуществляется постепенно в процессе развития от зачатия до рождения. Плод в процессе формирования как бы накапливает объем своей человечности и, следовательно, объем права на жизнь. Если разделить беременность на три равные части (каждая часть длительностью в три месяца называется триместр), то в первые три месяца объем прав у плода минимален и их могут превысить социальные или экономические интересы матери. В последний триместр он уже весьма значителен, и с умеренной позиции интересы матери могут превысить право плода на жизнь только при наличии прямой угрозы для ее жизни.

Принятие решения о правомерности аборта наиболее сложно во втором триместре. Здесь меньше всего согласия и больше всего возможных вариантов логической аргументации или морального взвешивания прав матери и плода. Поскольку плод обладает некоторым объемом человеческих прав, то аборт, с данной точки зрения, может быть квалифицирован как убийство невиновного. Естественно, что возникает ситуация, требующая предложить аргументы для оправдания практики убийства невиновного. Статус абортированных плодов

авторы умеренной интерпретации рассматривают как промежуточный между человеческим и животным, что предполагает необходимость разработки особых этических и правовых норм, регламентирующих использование (утилизацию) этих существ.

По мнению *консерваторов*, аборт не может иметь морального оправдания. Аборт рассматривается как прямое умышленное убийство. Зародыш с момента зачатия — это личность, которой необходимо приписать основной объем прав человека — прежде всего право на жизнь.

В рамках общего консервативного понимания существует *ультраконсервативная* позиция, запрещающая аборт. Сторонники *умеренного консерватизма* признают право на аборт при наличии прямой угрозы для жизни женщины, или в тех случаях, когда беременность является следствием насилия или инцеста. Основанием консервативных точек зрения, как правило, выступает религиозная позиция<sup>1</sup>. В любом случае аборт представляет собой глубокую моральную и физическую травму для женщины, нанося вред ее здоровью и прерывая жизнь нерожденного человека.

В рамках биоэтического дискурса высказываются различные точки зрения и относительно искусственного зачатия. *Искусственное зачатие* или *оплодотворение in vitro* (в пробирке) произвело революцию в акушерстве и лечении женского бесплодия. В 1978 г. в Англии родилась Луиза Браун — первый ребенок, появившийся на свет благодаря методу «оплодотворение in vitro», проверенному на животных. Вскоре после этого во Франции родилась Амандин (1982). На сегодняшний день число детей, появившихся на свет таким образом, превышает 14 000. Однако этот метод, как указывает исследователь медицины *Жак Судо*, имеет и теневую сторону — и не только из-за использования спермы постороннего человека (донора) по отношению к супружеской паре, привлечения суррогатной матери, но и из-за разрушения человеческих эмбрионов. Для того чтобы оплодотворение прошло успешно, в матку женщины вводят несколько эмбрионов; остальные остаются в замороженном состоянии. Из числа введенных эмбрионов в утробе матери будет развиваться один-два, другие подлежат аборти-

---

<sup>1</sup> *Тищенко, П.Д.* К вопросу о методологии мысленных экспериментов в биоэтике / П.Д. Тищенко // Вопросы философии. 1994. № 3.

рованию. Замороженные эмбрионы, если их не используют, погибают после 5 лет хранения. Более того, сегодня в качестве материала для научных экспериментов метод искусственного оплодотворения предлагает живые эмбрионы человека.

Практика репродуктивных технологий, связанных с рождением человека, таких, как искусственная инсеминация спермой донора или мужа, оплодотворение вне организма (экстракорпоральное) с последующей имплантацией эмбриона в матку женщины, суррогатное материнство [90], когда яйцеклетка одной женщины оплодотворяется *in vitro*, а затем эмбрион имплантируется другой женщине, вынашивающей плод для генетической матери, ставит перед биоэтикой новые философско-этические проблемы. Насколько нравственно и юридически оправдано донорство спермы или яйцеклетки? Должна ли соблюдаться врачебная тайна (конфиденциальность) при искусственном оплодотворении донорского зародышевого материала? Имеют ли право на получение информации о своих биологических родителях дети, рожденные с помощью использования спермы донора? Должно ли донорство генетического материала быть безвозмездным, альтруистическим?

Такого же рода этические и правовые коллизии возникают в случае применения оплодотворения в пробирке, когда приходится решать вопросы о моральном и правовом статусе эмбриона, стадии развития зародыша как человеческого существа, установлении материнства ребенка при донорстве яйцеклетки (матерью является женщина, родившая ребенка или донор яйцеклетки).

В 70-е гг. XX в. с появлением способа *диагностики состояния плода в утробе матери*, т.е. с определением наличия пороков развития, аномалий, генетических заболеваний, в биоэтике появился новый важный раздел. Частью такого диагностирования является *эхография (УЗИ)* — этически приемлемый способ диагностики и *амницентез* — метод, представляющий опасность для плода, но используемый в случае опасности физического или генетического дефекта плода. В настоящее время не найден способ терапевтического или хирургического лечения плода в утробе матери. Пока медики ставят своей задачей поиск возможности аборттировать такой зародыш на ранней стадии его развития. Отсюда возникает *нравственная ди-*

лемма для родителей, поскольку принятие такого диагноза означает принятие идеи аборта.

*Контрацепция* — еще один важный аспект биоэтических дискуссий. Внедрение внутриматочных средств (ВМС) контрацепции и их систематическое применение в слаборазвитых странах, наносят вред по оценке Жака Судо<sup>1</sup>, этически неоднозначный не только потому, что эти средства по своим характеристикам являются контрацептивно-абортными, но и из-за того, что в слаборазвитых странах способ установки этих противозачаточных средств сродни ветеринарному, и не несет в себе никакого уважения к человеку.

Противозачаточные эстроген-гестогенные таблетки, индекс Перла 1 (количество женщин из 100, способных забеременеть за год) были приняты на вооружение для освобождения женщин от нежелательных беременностей. При этом они стали средством лишения полового акта его детородной направленности, средством достижения свободных, ни к чему не обязывающих сексуальных отношений, и привели к самой низкой рождаемости в истории человечества.

Новые противозачаточные средства — таблетки, не содержащие эстрогенов, инъекционные средства или имплантируемые по своим характеристикам также являются абортными.

Распространение абортов, делает категорический вывод Жак Судо, очень мало связано с развитием медицины и ее прогрессом. Споры по поводу абортов выходят далеко за рамки биоэтики. Однако биоэтический аспект в этой сфере важен, так как именно благодаря ему эмбрион можно рассматривать как человеческое существо и поэтому требовать для него правовой защиты.

### 3.2. Проблема смерти в философском и медицинском измерениях.

#### Эвтаназия, достойное умирание, хосписы

*Проблема смерти* противостоит проблеме жизни. Смерть является одной из основных тем философского и биомедицинского размышления, и в духовном опыте человечества трактовалась по-разному. *Смерть* означает прекращение жизни, естественный или насильственный конец индивидуального живо-

<sup>1</sup> Судо, Ж. // [http://www.kcn.ru/tat\\_ru/religion/catholic/aborto2.htm](http://www.kcn.ru/tat_ru/religion/catholic/aborto2.htm).

го существа. Сопровождающие смерть потрясения настолько велики и глубоки, что некоторые исследователи происхождения почти всех видов искусства выводят из осмысления феномена смерти: музыки — из печальных и горьких песнопений, стонов и жалоб по покойнику; скульптуры и живописи — из стремления изобразить телесный облик навсегда утерянного, отдельных событий прошедшей жизни, радостях и горестях ушедшего человека. Переживание факта существования смерти, размышления о жизни, судьбе человека, его месте и предназначении в мире, смысле существования всегда были целенаправленными в философии. Философия рассматривала смерть главным образом с точки зрения осознания факта и смысла смерти как завершающего момента человеческой жизни, ибо человек, в отличие от других живых существ, *осознает свою смертность*. В последующие после античности века христианское мировоззрение способствовало перемещению вопроса о смерти в личностное, особое, духовное измерение. Сама тема смерти надолго стала темой религиозного, а не философского сознания. Только в XIX—XX вв. возрастает философский интерес к проблеме смерти, «смерти как конечности жизни», «конечности временности пребывания на земле» и происходит это в связи с критическим переосмыслением рационалистических идеалов классической философии. В последние десятилетия проблема смерти становится предметом биоэтического исследования.

Стремление людей «освоить», «обжить» феномен смерти проявилось во множестве мифов, сказаний, ритуалов (похороны, жертвоприношения и т.п.). В Древнем Вавилоне считалось, что души умерших попадают в подземный рай и ведут там унылое существование, а посему религия здесь была ориентирована на земную жизнь. В Древнем Египте представления о потустороннем существовании получили, наоборот, гипертрофированный характер, поэтому важно было позаботиться об умершем и снабдить его всем необходимым. В Древней Индии считалось, что душа не погибает вместе с телом, а переселяется в другое тело и последующее переселение души зависит от поведения человека в теперешней жизни.

В античной философии наиболее оригинальное учение о бессмертии души создал Платон (ок. 428—347 до н.э.). Согласно его учению, Бог, сотворивший «мировую душу» и «мировое тело» (Космос), образует также все отдельные души, каждой из которых соответствует своя звезда. После смерти бессмерт-

ная душа, если человек себя достойно вел при жизни, может вернуться к звездам и вести блаженную жизнь. Прочие же души вынуждены переселяться в новые тела. Учение о бессмертии души имело великий этический смысл, побуждая людей к возвышению души, очищению ее от земной скверны, страстей, пороков и зла, чему во многом способствует философия. Философия, по мнению Платона, является и подготовкой к смерти, умением умирать — уходить от неистинной жизни. Позже *Иоанн Дамаскин* (ок. 675 — до 753) скажет: «Философия есть помышление о смерти». Согласно атомистическому учению *Демокрита* (ок. 460—380 до н.э.), индивидуальная душа, подобно прочим вещам, состоит из атомов и должна будет распастись на атомы и прекратить свое существование, правда ее «бессмертные» атомы войдут в состав новой души. *Эпикур* (ок. 342 — 271 до н.э.), будучи как и Демокрит атомистом и считая душу смертной, видел цель философии в достижении счастья, избавлении от страхов жизни и смерти, судьбы, загробного мира и учил, что «самое страшное из зол, смерть, не имеет к нам никакого отношения; когда мы есть, то смерти еще нет, а когда смерть наступит, то нас уже нет».

Противоположную по отношению к предшествующей ему традиции трактовку проблемы смерти обозначает *А. Шопенгауэр* (1788—1860). Основной чертой его философии, принимающей за неразрушимое вечное в человеке разум и интеллект, является рассмотрение в качестве первоначала *волю*. Именно воля — начало обуславливающее, тогда как интеллект — «феномен производный и обусловленный мозгом, и поэтому он вместе с ним начинается и кончается». Со смертью таким образом погибает сознание, но не то, что породило и поддерживало это существование. Воля, считает Шопенгауэр, испытывает страх, хотя смерти она не подлежит. Страхи смерти питаются главным образом иллюзией, будто «я» исчезнет, а мир останется. На самом деле как раз наоборот, исчезает мир, т.е. *видимое нашему сознанию*, а «сохраненное ядро я, носитель и создатель того субъекта, в чьем представлении мир только и имеет свое существование, остается. Шопенгауэр надеется, что его учение позволит снять противоречие между мнением, будто смерть — наш конец, и верой в то, что мы все-таки должны быть вечны. Как видим, на взгляды Шопенгауэра в отношении смерти большое влияние оказали традиции восточной культуры.

Особое (лично переживающее) понимание смерти обосновывает *М. Хайдеггер* (1889—1976). Смерть он рассматри-

вает как фундаментальный фактор самого человеческого бытия, а не как биологический переход из одного состояния в другое. Тем самым феномен смерти приобретает особый статус: человеческое бытие есть «бытие-к-смерти». Именно сознание смертности, а не самосознание человека определяет его субъективность. В то же время феномен смерти является позитивным параметром человеческого бытия, поскольку именно осознание, осмысление своей смерти делает бытие «собственным». «Смерть есть конец пребывания в бытии данного существующего к своему концу».

В отличие от Хайдеггера, А. Камю (1913–1960) не ставит перед собой цель выяснить, что такое смерть. Его интересует общая «философская» основа отказа от жизни. «Есть лишь одна по-настоящему серьезная философская проблема — проблема самоубийства» («Бунтующий человек», 1951). Решение покончить с собой, по мнению Камю, это признание человека в том, что жизнь в его глазах сделалась бессмысленной, непонятной, абсурдной, что он стал чувствовать себя посторонним в мире. Однако самоубийство — ложный вывод из осознания абсурда. Абсурд — это ясность, т.е. ясное осознание человеком того, что существование бессмысленно, и эта ясность делает человеку честь. Кроме того, самоубийство не отменяет бессмысленности бытия, а только поддерживает ее. «Абсурдный человек», — человек, осознавший абсурд, он способен сам придать ценность своему существованию, по-человечески жить в этом мире. Смерть для Камю выступает не как исходный пункт смыслоопределяющей активности человека, а как отрицание всякого смысла. Ж.П. Сартр (1905–1980) также отрицает смыслоопределяющий статус смерти, рассматривая ее как то, что не индивидуализирует человека, а обезличивает его, лишает подлинности, «собственности». В соответствии с этим отношение к смерти должно строиться как сопротивление, противопоставление ей.

Вспомним, что в России во второй половине XIX в. сформировались учения (Н.Ф. Федоров, В.С. Соловьев), в которых смерть объявлялась врагом рода человеческого, помехой всеединству, космическим злом, считалось, что с нею не может быть никакого примирения.

В современной культуре и науке особое внимание уделяется проблеме *эвтаназии*. Термин «эвтаназия» означает безболезненную добровольную смерть и отражает естественное для человека желание умереть спокойно, легко и безболезненно. В дан-

ном понятии можно выделить такие смыслы, как ускорение смерти тех, кто переживает тяжкие страдания, забота об умирающих, предоставление человеку возможности умереть, прекращение жизни «лишних» людей. Возникает вопрос, как с этими смыслами сочетаются знаменитые принципы, изложенные в *клятве Гиппократа* [52]: «Клянусь не давать смертельного лекарства, даже если меня об этом попросят, или советов, которые могут привести к смерти». Сегодня использование медициной новейших средств позволяет продлить биологическое существование человека на бесконечно долгий срок, превращая порой несчастных пациентов и его близких в заложников сверхгуманизма. Проблема эвтаназии порождает многочисленные дискуссии, в которых одни отвергают эвтаназию как акт убийства, другие рассматривают ее как панацею от всех бед.

Поворот медицины «лицом к умирающему больному», как отмечают А.Я. Иванюшкин и А.К. Хетагурова<sup>1</sup>, предсказал на рубеже эпохи Возрождения и Нового времени английский философ Ф. Бэкон (1561–1626), который первым употребил слово «эвтаназия». Обсуждая в своем труде «О достоинстве и приумножении наук» (1605) цели медицины, Ф. Бэкон подробно останавливается на проблеме отношения к неизлечимым больным. Он писал:

— «у врачей многие болезни считаются неизлечимыми; исходя из этого, врачи подчас несправедливо обрекают на смерть множество больных, однако, к счастью немалая часть их выздоравливает независимо от врачей»;

— «...само утверждение, что эти болезни неизлечимы, как бы санкционирует и безразличие, и халатность, спасая невежество от позора»;

— «...необходимо специальное направление научной медицины *по эффективному оказанию помощи неизлечимым, умирающим больным*» («если бы они (врачи — авт.) 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... Эта дисциплина должна получить развитие». «Я абсолютно не сомневаюсь в необходимости создать какую-то книгу о *лечении болезней, считающих*

---

<sup>1</sup> Курс лекций по паллиативной помощи онкологическим больным: в 2 т. / под ред. Г.А. Новикова, В.И. Чиссова, О.П. Модникова. М., 2004.

ся неизлечимыми, для того, чтобы она побудила и призвала выдающихся и благородных врачей отдать свои силы этому труду, насколько это допускает природа»;

— «...профессиональным долгом врачей по отношению к таким больным является эвтаназия, понимаемая, исключительно как облегчение мук умирания. И я хотел бы пойти здесь немного дальше: я совершенно убежден, что долг врача состоит не только в том, чтобы восстанавливать здоровье, но и в том, чтобы облегчить страдания и мучения, причиняемые болезнями, и это не только тогда, когда такое облегчение боли, как опасного симптома болезни может привести к выздоровлению, но даже и в том случае, когда уже нет совершенно никакой надежды на спасение и можно лишь сделать самое смерть более легкой и спокойной, потому что эта эвтаназия... уже сама по себе является немалым счастьем».

В течение XIX в. призыв Ф. Бэкона к врачам об обязательности помощи умирающим стал этической нормой.

Обсуждение моральных проблем отношения врачей к умирающим приобрело на рубеже XVIII—XIX вв. вполне современный вид не случайно: расширилось понимание предмета медицины, в него стали включать важнейшие социальные вопросы (организации борьбы с эпидемиями; санитарного надзора за продуктами питания; общественной и профессиональной гигиены). Особое внимание уделялось охране здоровья женщин, детей, бедных, инвалидов (слепых, глухонемых, душевнобольных). Тем самым, присущая издавна врачебному сознанию идея гуманности включила в себя новые аспекты.

До начала современного хосписного движения во второй половине XX в., проблема отношения медиков к умирающим обсуждалась в основном как проблема эвтаназии.

Определяющее влияние на судьбу идеи эвтаназии в 40—50-е гг. XX в. (а в некотором смысле и по сей день) оказала медицинская практика в нацистской Германии. В 1935 г. здесь вышла книга врача-нациста Клингера «Милость или смерть», в которой обосновывалась концепция «жизни, не стоящей того, чтобы жить». В 1939—1941 гг. в нацистской Германии осуществляется практика эвтаназии по отношению к душевнобольным, дряхлым старикам, детям с неизлечимыми уродствами. Практика эвтаназии в нацистской Германии имела особенности.

Во-первых, обосновали, а затем санкционировали такую медицинскую практику представители германской медицинской науки (прежде всего генетики и психиатры).

Во-вторых, сама эта практика проводилась по отношению к немцам (что даже подчеркивалось), подтекст, здесь таков — только они достойны такой гуманности.

В-третьих, речь идет об эвтаназии насильственной (одно дело, когда это пациент некомпетентный в силу возраста или психического статуса, и решение за него принимает его законный представитель, другое, когда решение об эвтаназии принимали исключительно административные органы).

В-четвертых, врачебная экспертиза, лежавшая в основе отбора пациентов, целиком была лишена признаков индивидуального подхода к пациенту: решение принималось в бюрократическом порядке на основании документов.

В-пятых, смерть от используемых в нацистской практике средств активной, насильственной эвтаназии (отравляющие газы, яды, которые вводились парентерально) не была безболезненной.

Данные приводятся по книге профессора *А.П. Зильбера* «Трактат об эвтаназии»<sup>1</sup>. Это энциклопедический труд в плане собранных в нем исторических сведений, касающихся проблемы эвтаназии.

Принудительная смерть как разновидность эвтаназии в своем чудовищном аморальном виде, противоречащем человеческому существованию, предстала на Нюрнбергском процессе. Именно тогда стало известно, что нацистские врачи уничтожили тысячи людей с физическими недостатками, считавшихся бесполезными для общества, душевнобольных и т.п. Нацистами была разработана чрезвычайно эффективная программа умерщвления. Миру также стало известно, что некоторые врачи, вопреки данной ими клятве Гиппократата, ставили злодейские опыты на военнопленных и на депортированных из занятых нацистами стран, тем самым обесчестив профессию медика.

Спустя 18 лет стали известны скандальные случаи нарушения медицинской этики в Соединенных Штатах Америки. В 1963 г. в Бруклине в Еврейской больнице для страдающих хроническими заболеваниями престарелым пациентам без их согласия в качестве эксперимента были введены активные раковые клетки.

В период 1965—1971 гг. в Государственной больнице Уиллоубрук (Нью-Йорк) проводились исследования вирусного ге-

---

<sup>1</sup> *Зильбер А.П.* Трактат об эвтаназии / *А.П. Зильбер.* Петрозаводск, 1998.

патита. В ходе этих исследований вирус гепатита вводился детям с физическими недостатками. Эти и другие факты показали, что биолого-медицинские исследования могут приводить к аморальным последствиям, несовместимым с человеческим достоинством и правом на жизнь.

В 1950 г. Генеральная ассамблея здравоохранения рекомендует всем государствам «осудить практику эвтаназии при любых обстоятельствах». Запретительное решение Всемирной организации здравоохранения [29] эвтаназии совпало с историческим моментом зарождения хосписного движения, формированием философских, теоретических и этических основ современной паллиативной [57] медицины.

Вся вторая половина XX в. характеризуется ростом внимания специалистов-медиков, а также и ученых, работающих в гуманитарных науках, к проблеме умирания и смерти.

В 1969 г. выходит книга *Элизабет Кюблер-Росс* (сельского врача, впоследствии — психиатра) «О смерти и умирании», оказавшей наибольшее влияние на всю современную паллиативную медицину<sup>1</sup>.

Особого внимания заслуживает вышедшая в 1977 г. во Франции книга историка и культуролога *Филиппа Арьеса* «Человек перед лицом смерти» (переведена на русский в 1992 г.). Ф. Арьес — представитель школы исторической антропологии, рассматривает изменение отношения человека к смерти на протяжении исторического периода от раннего Средневековья до последней четверти XX в. В середине 70-х гг. Ф. Арьес обращает свой взгляд на факты и тенденции, которые в настоящее время находятся в центре внимания специалистов современной паллиативной медицины: все чаще умирание и смерть происходят в больницах, где методы оказания медицинской помощи нередко превращаются в средства отчуждения, затягивания умирания, казенной изоляции; от умирающего всячески скрывают правду<sup>2</sup>.

Как считают некоторые исследователи, книга Ф. Арьеса повернула многих ученых к теме смерти.

В 1990 г. вышел русский перевод книги *Р. и В. Зорза* «Путь к смерти. Жить до конца»<sup>3</sup>, которая определила развитие хос-

---

<sup>1</sup> *Кюблер-Росс Э.* О смерти и умирании / Э. Кюблер-Росс. Киев. 2001.

<sup>2</sup> *Арьес Ф.* Человек перед лицом смерти / Ф. Арьес. М., 1992.

<sup>3</sup> *Зорза Р., Зорза В.* Путь к смерти. Жить до конца / Р. Зорза, В. Зорза. М., 1990.

писного движения во всем мире (прежде всего, в США). В ней рассказывается о 25-летней дочери авторов, страдавшей меланомой, и умиравшей в течение 8 дней в одном из английских хосписов. Воздействие книги Р. и В. Зорза объясняется не только ее документальным характером, но и изложением философской и этической позиций современной паллиативной медицины.

Следует обратить внимание и на работу психиатра А.А. Шутценбергера «Тяжелобольной пациент (15-летний опыт применения психодрамы для лечения рака)»<sup>1</sup>, опубликованную в журнале «Вопросы психологии» (1990, № 5).

Достижения в области биомедицинских научных и методологических исследований, граничащие с настоящей научной революцией, позволяют сегодня сохранить жизнь серьезно больным и получившим травмы людям, лечение которых еще вчера не представлялось возможным. Современные методы обеспечения работы сердечно-сосудистой системы, дефибриляция сердца, вентрикулярная, респираторная поддержка, мониторинг и стимуляция сердца, регулирование и выравнивание обменных процессов, диализ и профилактика инфекционных заболеваний позволяют поддерживать жизнь больных, получивших серьезные травмы с глубокими обменными нарушениями и с нарушениями функций различных органов. В результате можно искусственно поддерживать жизнь серьезно пострадавшего человека, не надеясь привести его в сознание и вернуть к нормальной жизни. Такая реанимация и отсутствие права на смерть послужили причиной горячих дискуссий. Свою роль в этих дискуссиях сыграли и известные случаи необоснованно затянутой реанимации. Так, например, американка Карей Квинлан впала в коматозное состояние в 1975 г. и пробыла в коме до 1985 г. или Пол Бейлей, находившийся в коматозном состоянии 25 лет.

Различают пассивную и активную эвтаназию [100]. *Пассивная* — это отказ от жизнеподдерживающего лечения, когда оно либо прекращается, либо вообще не назначается. Пассивная эвтаназия означает недопустимость использования для сохранения жизни больного экстраординарных и чрезвычайных средств, если он не хочет их применения. Она также предпола-

---

<sup>1</sup> Шутценбергер А.А. Тяжелобольной пациент (15-летний опыт применения психодрамы для лечения рака) / А.А. Шутценбергер // Вопросы психологии. 1990. № 5. С. 94—106.

гает прекращение дальнейшего лечения, за исключением того, которое уменьшает боль, — в этих случаях по желанию пациента должны быть прекращены даже внутривенные вливания и искусственное питание. Нельзя предпринимать попыток воскрешения человека, если его сердце или легкие перестали работать. Если пациент хочет выписаться из больницы для того, чтобы умереть дома, то ему это разрешается<sup>1</sup>. *Активной эвтаназией* называется эвтаназия, когда пациент требует специальных средств для ускорения смерти<sup>2</sup>.

Итак, под эвтаназией понимается не просто легкая, безболезненная смерть, а смерть, которая соответствует желанию самого умирающего (либо желанию его родственников и близких, если умирающий безвозвратно потерял сознание) и происходит при содействии (активном или пассивном) медика. Именно этим эвтаназия определяется как контекст медицинской практики, в котором можно обсуждать проблемы эвтаназии, как таковой, и круг непосредственно причастных к ней лиц. Вместе с тем вопросы эвтаназии затрагивают глубинные слои человеческого существования и фундаментальные ценности общества, чем и объясняется острота и сложность дискуссий. Противоречивые взгляды на эвтаназию с медицинской и морально-этической точек зрения породили и противоречивую юридическую оценку этого явления<sup>3</sup>. Активная эвтаназия — это преднамеренное действие с целью прервать жизнь пациента. Различают такие ее формы, как умерщвление из сострадания, когда жизнь является мучением и прерывается врачом, даже без согласия пациента; добровольная [100] — эвтаназия и уход из жизни по согласию с пациентом при помощи врача.

Право человека распоряжаться собственной жизнью и отказ от негуманного, уничтожающего его достоинство лечения, выступает основным *аргументом сторонников активной эвтаназии*. Святость человеческой жизни, возможность врачебной ошибки при безнадежном диагнозе, опасность злоупотреблений, если эвтаназия будет узаконена и т.п. являются вескими *аргументами против активной эвтаназии*. Все эти проблемы

---

<sup>1</sup> Куртц П. Запретный плод. Этика гуманизма / П. Куртц. 2002. С. 189.

<sup>2</sup> Там же. С. 161, 190.

<sup>3</sup> Павлова Ю.В. Проблемы эвтаназии в праве / Ю.В. Павлова // Здравый смысл. 2005. № 3. (36).

свидетельствуют о том, что эвтаназия — это междисциплинарная проблема, требующая для своего разрешения профессиональных и нравственных усилий философов, медиков, правоведов, всех заинтересованных людей.

В развитии отдельных заболеваний наступают моменты, когда попытки остановить болезнь бессильны, и перед медиками встает задача обеспечить *достойное для человека умирание и смерть*. Концепция больничного пространства не предполагает таких механизмов, ибо клиника сегодня предназначена для человека, который достаточно быстро и эффективно может поправиться.

В соответствии с этим все более востребованной становится методика *паллиативной медицины*.

Вопросы паллиативной помощи, особо остро заявили о себе в 70-е гг. XX в. и инициировали создание специальных учреждений — хосписов. Понятие хосписа включает понятие глубочайшего милосердного отношения человека к страданиям другого человека. Определение *милосердия* восходит к Пятикнижию, где означало любящую доброту. Для Аристотеля это чувство понималось как противоположное гневу и означало сочувствие, сострадание, жалость.

С точки зрения нормативных правил милосердие непосредственно связано с требованием прощения обид, непротивления злу насилием, любви к врагам, состраданию. В биоэтике милосердие понимается как сострадание человеческому горю, желание помочь человеку переносить боль, муки, чувство одиночества, беду.

В средневековье хосписами называли кельи при монастырях, в которых отдыхали странствующие паломники, обессиленные больные, которые там же и умирали. Первый современный хоспис был открыт в 1967 г. в Лондоне благодаря усилиям доктора *С. Сандерс* — Хоспис Св. Кристофера. Главным вдохновителем создания хосписов в СССР был уже упоминавшийся В. Зорза. Его дочь Джейн, узнав перед смертью, что ее отец родом из России (он всю жизнь это скрывал), завещала ему строить хосписы в Индии и России, чему он и последовал.

Существует несколько форм организации хосписов: хоспис-больница, домашний хоспис, мобильный хоспис, или хоспис-амбуланс, и смешанный тип хосписа. На сегодняшний день наиболее распространены два типа хосписов — хоспис-больница и домашний хоспис.

*Хоспис-больница* — это специально построенное здание, больница, в которой пациенту оказывают необходимую медицинскую помощь, и в которой он может находиться достаточно долго, как правило, до конца отведенного болезнью срока.

В условиях *домашнего хосписа* пациента на дому курирует паллиативная команда, состоящая из врача, медсестры, социального психолога, волонтера, а также духовника, когда это необходимо. В работе с каждым пациентом и его семьей разрабатывается индивидуальный план паллиативного ухода.

*Мобильный хоспис* (хоспис-амбуланс) создается при больницах и оказывает помощь после выписки пациента на паллиативный уход на дому. Больного, как правило, для оказания экстренной медицинской помощи посещают врач и медсестра. Положительным в мобильных хосписах является то, что больного до конца сопровождают врачи и медицинские сестры, знакомые ему еще со времени пребывания в больнице. Негативной стороной при этом является невозможность оказывать помимо медицинской, другие виды профессиональной комплексной помощи, включая психологическую, социальную и духовную.

*Смешанный хоспис* подразумевает наблюдение больного на дому, но в случае обострения болезни его помещают в стационар, обычно рассчитанный на 15–20 мест для взрослого хосписа и 5–8 для детского.

Этические и социальные заповеди хосписа.

- Хоспис — дом жизни, а не дом смерти. Это достойная жизнь до конца, работаем с живыми людьми. Только они умирают раньше нас.

- Основная идея хосписа — облегчить боль и страдания как физические, так и душевные. Мы мало можем сами по себе и только вместе с пациентом и его близким мы находим огромные силы и возможности.

- Нельзя торопить смерть и нельзя тормозить смерть. Каждый человек живет свою жизнь. Ее времени не знает никто. Мы лишь попутчики на этом этапе жизни пациента.

- За смерть нельзя платить, как и за рождение. Хосписы должны быть бесплатными.

- Если пациента нельзя вылечить, это не значит, что для него ничего нельзя сделать. То, что кажется мелочью, пустяком в жизни здорового человека, — для пациента имеет огромный смысл.

- Пациент и его близкие — единое целое. Будь деликатен, входя в семью. Не суди, а помогай.

- Пациент ближе к смерти, поэтому он мудр, узри его мудрость.

- Каждый человек индивидуален. Нельзя навязывать пациенту своих убеждений. Пациент дает нам больше, чем мы можем дать ему.

- Репутация хосписа — это твоя репутация.

- Не спеши, приходя к пациенту. Не стой над пациентом — посиди рядом. Как бы мало времени не было, его достаточно, чтобы сделать все возможное. Если думаешь, что не все успел, то общение с близкими ушедшего успокоит тебя.

- Ты должен принять от пациента все, вплоть до агрессии. Прежде чем что-нибудь делать — пойми человека, прежде чем понять — прими его.

- Говори правду, если пациент этого желает и если он готов к этому. Будь всегда готов к правде и искренности, но не спеши.

- «Незапланированный» визит не менее ценен, чем визит «по графику». Чаще заходи к пациенту. Не можешь зайти — позвони; не можешь позвонить — «вспомни и все-таки... позвони».

- Хоспис — дом для пациентов. Мы — хозяйева этого дома, поэтому переобуйся и вымой за собой чашку.

- Не оставляй свою доброту, честность и искренность у пациента — всегда носи их с собой.

- Главное, ты должен знать то, что ты знаешь очень мало.

Для стандартизации работы различных хосписных программ в ноябре 1981 г. руководство Национальной организации хосписов США приняло специальный перечень принципов и стандартов. На их основе в 1993 г. Международной организацией детских хосписов были сформулированы «Стандарты хосписного попечительства над детьми».

На официальном сайте Общественной благотворительной организации «Белорусский детский хоспис», созданной в 1994 г., размещены такие слова:

*Когда моя жизнь отмерена месяцами, неделями, днями, часами...*

*Я хочу жить свободным от боли, унижений, одиночества.*

*Дайте мне укрытие, протяните мне руку, поймите меня и дайте мне свою любовь. Затем позвольте мне мирно уйти и помогите моей семье понять<sup>1</sup>.*

<sup>1</sup> <http://hospice.by> — официальный сайт Белорусского детского хосписа.

Белорусский детский хоспис существует за счет благотворительных пожертвований иностранных доноров; государственных и коммерческих структур, частных лиц. Вся помощь оказывается семьям пациентов хосписа бесплатно. Пациентами хосписа являются дети до 18 лет, чьи заболевания признаны неизлечимыми. В первую очередь это пациенты с онкологической патологией, находящиеся в терминальной стадии, для которых все возможные виды активного лечения оказались неэффективными (67%). Кроме того, пациенты хосписа — это люди с тяжелыми врожденными и приобретенными хроническими заболеваниями, чье состояние предполагает медленное угасание и сопряженное с этим тяжелое соматическое и психологическое состояние как самого пациента, так и его близких, длительно ухаживающих за таким больным. Помощь оказывается любому человеку, вне зависимости от возраста, пола, цвета кожи, вероисповедания, социальной принадлежности и положения в обществе.

Профессиональная комплексная помощь со стороны хосписа предоставляется не только самому пациенту, но и его семье на протяжении всего периода сопровождения больного, включая особую психологическую поддержку после утраты близких людей.

Семьям в хосписах оказываются следующие виды помощи:

- *медицинскую* помощь, которая включает контроль над течением заболевания, проведение специально разработанных протоколов обезболивания, симптоматическое лечение (снятие неприятных ощущений, противопролежневая терапия), медицинский осмотр и т.д.;

- *психологическую*, подразумевающую специфическую работу с больным ребенком (работа со страхами, тревожностью, негативными эмоциями, связанными с болезнью), работу с братьями, сестрами больного ребенка, с родителями и близкими родственниками;

- *социальную* — оказание материальной помощи в случае тяжелого положения семьи и т.д.;

- *юридическую* — разъяснение законов, гарантирующих права детей-инвалидов, права семей, имеющих неизлечимо больных детей;

- *духовную* — встречи и беседы со священником и теологом, причастие на дому, другие ритуальные церковные услуги;

- *волонтерскую* (добровольческую), включающую визиты к пациентам на дом, организацию праздников для детей, работа со спонсорами и др.

Поскольку хосписы являются в некотором роде альтернативой эвтаназии, а последняя законодательствами большинства стран отвергается, необходимо заинтересованное обсуждение общества и научных кругов проблемами правовой и этической регламентации деятельности хосписов. Необходимы соответствующие законодательные документы, которые бы защищали больного, формировали его уверенность в том, что последние часы жизни он проведет достойно.

В то же время для биоэтики хосписы оказываются «территорией» для решения глубинных философских и нравственных вопросов, учитывая, что наша жизнь есть «бытие к смерти», и близость последней заостряет до предела извечные проблемы нашего существования. И если хосписы ставят целью обеспечить человеку *достойную смерть*, то конечность человеческого земного существования всегда считалась поводом для размышлений о *достойной жизни*.

Близость смерти, несомненно, ранит достоинство человека, не говоря уже о том, что само наличие смерти принижает человека мыслящего в его стремлении к бесконечному совершенствованию. Общий вывод классической этики состоит в том, что нравственность есть критерий как достойной жизни, так и достойной смерти. Размышления о смерти стимулируют нравственное сознание, они не обессиливают личность, а дают ей глубинный взгляд на собственную судьбу в целостности мироздания, позволяют осознать смысл своего существования перед лицом вечности.

Расширение философско-культурологических и биомедицинских исследований, касающихся проблем жизни и смерти обуславливают необходимость междисциплинарных подходов в современной медицине, объединяющих в себе специально-научные, философско-антропологические, морально-этические, организационно-правовые и социокультурные исследования и аспекты с целью выработки адекватной стратегии принятия решений в столь тонкой и важной для человека сфере.

### Вопросы для самопроверки

1. Что собой представляет *жизнь* в биомедицинском смысле слова?
2. Как трактовался духовный смысл жизни в различных философских концепциях?

3. Каким образом в современной науке решается вопрос о возникновении, начале человеческой жизни?
4. В чем сущность либеральной, умеренной и консервативной позиции в трактовке проблемы аборта?
5. Какие точки зрения высказываются относительно искусственного зачатия или оплодотворения *in vitro*?
6. Какие подходы сложились в философии относительно феномена смерти?
7. Каково ваше отношение к эвтаназии и какие подходы к трактовке эвтаназии вам известны?
8. Каковы истоки паллиативной медицины и в чем ее суть?
9. Какие вам известны формы организации хосписов?
10. Каковы этические и социальные заповеди хосписа?

## Литература

*Абрамов, Б.Э.* Хоспис и паллиативная медицина — альтернатива эвтаназии / Б.Э. Абрамов, П.Н. Ковальчук // Христианство и медицина. 2001. Арьес, Ф. Человек перед лицом смерти / Ф. Арьес. М., 1992.

Биоэтика: теория, практика, перспективы. Материалы конференции / под общ. ред. С.Д. Денисова. Минск, 2005.

*Быкова, С.* Что думают об эвтаназии врачи / С. Быкова, Б. Юдин, Л. Ясная // Врач. 1994. № 4.

*Гуревич, А.Я.* Предисловие: Филипп Арьес: смерть как проблема исторической антропологии / А.Я. Гуревич // Арьес Ф. Человек перед лицом смерти. М., 1992.

*Зильбер, А.П.* Трактат об эвтаназии / А.П. Зильбер. Петрозаводск, 1998.

*Зорза, Р.* Путь к смерти. Жить до конца / Р. Зорза, В. Зорза. М., 1990.

*Иванюшкин, А.Я.* Паллиативная медицина (историческое введение) / А.Я. Иванюшкин, А.К. Хетагурова // [www.palmedfund.ru](http://www.palmedfund.ru), 20 ноября 2006 г.

Курс лекций по паллиативной помощи онкологическим больным: в 2 т. / под ред. Г.А. Новикова, В.И. Чиссова, О.П. Модникова. М., 2004.

*Куртц, П.* Запретный плод. Этика гуманизма / П. Куртц, 2002.

*Кюблер-Росс, Э.* О смерти и умирании / Э. Кюблер-Росс, Киев. 2001.

*Линдерберг, И.* Уничтожение больных и немецкая психиатрия / И. Линдерберг // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. 1992. № 4.

*Мюллер-Хилл, Б.* Психиатрия при нацизме. Этика психиатрии / Б. Мюллер-Хилл. Киев, 1998.

*Огурцов, А.П.* Этика жизни или биоэтика: аксиологические альтернативы / А.П. Огурцов // Вопросы философии. 1994. № 2.

*Павлова, Ю.В.* Проблемы эвтаназии в праве / Ю.В. Павлова // Здра- вый смысл. 2005. № 3 (36).

*Силуянова, И.В.* Биоэтика в России: ценности и законы / И.В. Силуянова. М., 1997.

*Судо, Ж.* // [http://www.kcn.ru/tat\\_ru/religion/catholic/aborto2.htm](http://www.kcn.ru/tat_ru/religion/catholic/aborto2.htm).

*Судо, Ж.* Вызов биоэтики сегодня / Ж. Судо // <http://dovgan.medico.ru/bioaeth.htm>.

*Тищенко, П.Д.* К вопросу о методологии мысленных экспериментов в биоэтике / П.Д. Тищенко // Вопросы философии. 1994. № 3.

*Тищенко, П.Д.* Эвтаназия: Российская ситуация в свете американского и голландского опыта / П.Д. Тищенко // Медицинское право и этика. 2000. № 2.

*Шутценбергер, А.А.* Тяжелобольной пациент (15-летний опыт применения психодрамы для лечения рака) / А.А. Шутценбергер / Вопросы психологии. 1990. № 5.

*Юдин, Б.Г.* Жить или не жить? / Б.Г. Юдин. Человек. 1990. № 2. <http://hospice.by>

## Глава 4. МОРАЛЬНЫЕ И ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ

4.1. Трансплантация органов и тканей человека: история и современность

4.2. Правовые и биоэтические основы законодательства о трансплантации органов и тканей человека

### 4.1. Трансплантация органов и тканей человека: история и современность

*Трансплантация органов и тканей человека* — замещение отсутствующих у больного или каким-либо образом поврежденных органов или тканей, основанное на заборе органов и тканей у донора или трупа человека, их типизировании, консервации и хранении и осуществляемое посредством проведения хирургической операции. При этом следует иметь в виду, что органы и ткани человека — это анатомические образования, не определяющие отличительных черт личности. *Донор* органов и тканей человека — лицо, добровольно отдающее свои анатомические образования для пересадки больным людям. *Реципиент* — лицо, которому с лечебной целью пересаживают органы или ткани человека.

В 1967 г. *К. Бернارد* (ЮАР) произвел первую в мире пересадку сердца. В 1968 г. были сделаны еще 101 подобные операции. «Трансплантационная эйфория» началась.

Исследователи медицины выделяют в истории трансплантации ее начало или донаучный (ненаучный) этап и этап собственно научной трансплантации.

Ведущей идеей донаучного этапа трансплантации, которая остается значимой и для современной медицины, является идея *переноса жизни*. В древних языческих культурах за субстанцию жизни принималась *кровь*. Возникновение болезни связывали с ослаблением жизненных сил в крови, и поддержание этих сил осуществлялось с помощью вливания здоровой крови. Летопись врачевания и знахарства полна историями переливания крови от животных, младенцев людям пожилого возраста с целью омоложения. Римский поэт *Овидий* (43 до н.э. — 18 н.э.) в мифологическом эпосе «*Метаморфозы*»

рассказывает, что Медея, вливая старцу Пелию кровь овцы, возвращает ему юность<sup>1</sup>.

Переливание крови как научный метод возник из «магии крови»<sup>2</sup>. Доктор *И.Т. Спасский* в 1834 г., принимая участие в обсуждении метода переливания крови во время родов, писал: «Вводимая в сих случаях (потеря крови при родах) в вену кровь, вероятно, действует не столько своим количеством, сколько живительными свойствами, возбуждая деятельность сердца и кровеносных сосудов»<sup>3</sup>.

Переливание крови в истории трансплантации, как обеспечение переноса жизни, является логическим и конкретно-историческим началом теории и практики пересадки органов и тканей. Развитию современной проблемы трансплантации органов послужило оригинальное открытие русских хирургов — переливание *трупной крови*. Это стало толчком к созданию первого советского законодательства о праве изъятия у трупов крови, костей, суставов, кровеносных сосудов и роговиц». Первое в мире отделение по заготовке трупной крови в НИИ им. Н.В. Склифасовского явилось прообразом «банка органов», созданного впоследствии в США.

Историки медицины определяют *этап собственно научной трансплантации XIX* веком. Первые исследования связывают с итальянским врачом *Баронио* и немецким врачом *Райзиндером*. Особое значение в этот период имеет деятельность русского хирурга и анатома *Н.И. Пирогова*<sup>4</sup> по созданию костнопластической хирургии.

На начальном этапе, собственно научной трансплантации, согласно исследователям Г.С. Азаренко и С.А. Поздняковой, трансплантация предполагала *удаление хирургическим путем патологических изменений тканей и аутотрансплантацию*. Следующий шаг был связан с собственно гомотрансплантаци-

---

<sup>1</sup> *Олейник С.Ф.* Переливание крови в России и в СССР / С.Ф. Олейник. Киев. 1955.

<sup>2</sup> *Бернард С.* Река жизни / С. Бернард. М., 1965. С. 64.

<sup>3</sup> *Олейник С.Ф.* Переливание крови в России и в СССР. С. 15.

<sup>4</sup> *Пирогов Н.И.* (1810–1881) — выдающийся русский ученый, педагог, общественный деятель, врач, один из основоположников общей хирургии как научной дисциплины, основоположник военно-полевой хирургии. Впервые привлек женщин (сестер милосердия) к уходу за ранеными на фронте. В знаменитой автобиографической работе «Анналы» излагает свои взгляды на проблемы медицинской деонтологии, в частности, на проблему врачебной ошибки.

ей, т.е. заменой утратившего функциональность органа новым от другого организма того же вида (будь то почка, сердце, легкие). Значимыми вехами этого периода являются экспериментальные пересадки почки *А. Карреля*; первая ксенотрансплантация (пересадка в пределах разных классов и видов) почки (от свиньи) *Ульмана* (1902); первая в мире пересадка кадаверной (от трупа) почки — аллотрансплантация *Ю. Вороним* (1931); первая имплантация искусственного сердца *В.П. Демиховым* (1937); первые успешные пересадки почки от живых доноров в клинике *Д. Хьюма* (1952); разработка действующей модели искусственного сердца для клинических целей *У. Колффом* и *Т. Акуцу* (1957); первая в России успешная пересадка почки в клинике *Б. Петровским* (1965); первая трансплантация поджелудочной железы *В. Келли* и *Р. Лиллихей* (1966); первая успешная трансплантация печени *Т. Старзи* (1967); первая в мире пересадка сердца от человека к человеку *К. Бернардом* (1967); публикация «гарвардских» критериев «смерти мозга» (1967); организация Евротрансплантата для обмена органами по тестам гистологической совместимости *В. Роодом* (1967); создание научно-исследовательского института трансплантации органов и тканей Академии медицинских наук СССР *Г. Соловьевым* (1967); трансплантация комплекса сердце-легкое *Б. Рейтсом* (1981); первая успешная трансплантация легкого *Д. Купером* (1983); первая в России успешная пересадка сердца в клинике *В. Шумаковым* (1986); присуждение *Д. Томасу* Нобелевской премии за работы (1957–1989) по трансплантации костного мозга (1990 г.); принятие Верховным Советом Российской Федерации Закона «О трансплантации органов и (или) тканей человека» (1992). Для развития трансплантации в Беларуси важное значение имеют такие вехи, как первая трансплантация почки в Республике Беларусь (1974), первая трансплантация костного мозга в Республике Беларусь (1993), первая трансплантация стволовых клеток человека в Республике Беларусь (1997).

Каждый вид трансплантации отличается от другого не только средствами и методами пересадки, но и этическими проблемами.

При пересадке органа от *живого донора* речь идет об изъятии только тех органов или тканей, без которых донор в состоянии продолжать полноценную жизнь. Наиболее часто заимствуется почка, проводятся также операции по пересадке части печени и др. Безусловно, донор идет на определенный

риск, связанный, во-первых, с самой операцией по изъятию органа и, во-вторых, с возможностью таких нежелательных последствий, которые могут обнаруживаться спустя месяцы и даже годы после операции.

Основные проблемы, возникающие при пересадке от живого донора, связаны с тем, в какой мере и каким образом может быть гарантировано подлинно добровольное согласие донора. Не может считаться добровольным согласие, даваемое по принуждению. Спорным считается согласие, при котором донор получает вознаграждение, а проще говоря, продает свой орган. Коммерческое использование органов запрещено, но, тем не менее, известно, что в ряде стран мира такая практика имеется.

Целый спектр моральных и юридических проблем появляется в связи с изъятием и пересадкой органов и тканей от *умершего донора*. Прежде всего необходимо конкретизировать понятие «умерший донор». Согласно традиционным критериям, смерть констатируется при необратимом прекращении работы сердца и легких. Но какой же смысл пересаживать нежизнеспособные органы? А если эти органы жизнеспособны, то можно ли признать человека умершим? Эти вопросы возникли сразу после первой пересадки сердца южноафриканским медиком.

Использование органов умерших доноров стало возможно после того, как был узаконен новый критерий смерти — *смерть мозга* — после наступления смерти мозга в течение нескольких дней еще можно искусственно поддерживать вегетативные функции организма, в частности, работу сердца, легких, печени.

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

Как бы то ни было, для разрешения коллизии между необходимостью бороться за жизнь умирающего и необходимостью скорее получить органы для пересадки принимаются специальные меры. Согласно Закону Республики Беларусь «О трансплантации органов и тканей человека» (ст. 10) изъятие у трупа органов и тканей для трансплантации возможно только в случае необратимых потерь функции головного мозга (смерти мозга), зафиксированных консилиумом врачей.

Особые дискуссии вызывают как среди специалистов, так и среди всех, кто интересуется проблемами трансплантологии, две юридические модели забора органов от трупных доноров: «презумпция согласия» (неиспрошенное согласие) и «испрошенное (информированное) согласие».

Первая юридическая модель «презумпция согласия» (неиспрошенное согласие) предполагает, что забор и использование органов из трупа осуществляется, в случае, если *умерший при жизни не высказывал возражений против этого*, или, если *возражения не высказывают его родственники*. Отсутствие выраженного отказа трактуется как согласие, т.е. практически каждый человек автоматически превращается в донора после смерти, если он не высказал своего отрицательного отношения к пересадке органа. «Презумпция согласия» является одной из двух основных юридических моделей регулирования процедурой получения согласия на изъятие органов от умерших людей.

Вторая юридическая модель – «испрошенное (информированное) согласие», означает, что до своей кончины умерший *явно заявлял о своем согласии на изъятие органа, либо член семьи четко выражает согласие на изъятие* в том случае, когда *умерший не оставил подобного заявления*. Доктрина «испрошенного информированного согласия» предполагает определенное документальное подтвержденное «согласие». Примером подобного документа являются «карточки донора», получаемые в США теми, кто высказывает свое согласие на донорство. Доктрина «испрошенного (информированного) согласия» принята в законодательствах по здравоохранению США, Германии, Канаде, Франции, Италии.

Специалисты, как правило, считают принцип «презумпции согласия» является более эффективным, т.е. более соответствующим целям и интересам клинической трансплантации, а процесс получения согласия на изъятие органов является основным фактором, сдерживающим развитие (расширение) донорства.

Прямое обращение врачей к пациенту или его родственникам («испрошенное согласие») в силу культурно-исторических особенностей ряда стран, как правило, ответного движения не вызывает, но в то же время принятие врачом решения о «неиспрошенном согласии» в условиях почти полной неинформированности населения по правовым вопросам органного донорства может иметь в дальнейшем негативные последствия для должностного лица со стороны родственников умершего.

В современной медицине продолжается процесс расширения показаний к различным видам пересадок, что является следствием «дефицита донорских органов», (в любой момент времени приблизительно 8000—10 000 человек ожидают донорский орган). Это заставляет специалистов-трансплантологов искать дополнительные источники донорского материала (путем определения «момента смерти», «ранней констатации смерти мозга», выявления «потенциальных доноров» и т.д.).

Некоторой гарантией справедливости при распределении донорских органов является включение реципиентов в трансплантологические программы, которые формируются на базе «листа ожидания», и где «равные права» реализуются через механизм выбора по медицинским показаниям, тяжестью состояния пациента-реципиента, показателям иммунологической или генотипической характеристики донора. Программами также предусмотрен обмен донорскими трансплантатами трансплантационных объединений. К известным трансплантационным центрам относятся Евротрансплантант, Франс-трансплант, Скандиотрансплант, Норд-Италия-трансплант и др. Оценивая такую систему распределения органов как гарантию от всевозможных злоупотреблений, рекомендации по созданию «системы заготовки донорских органов на региональном или национальных уровнях» оценивается как одно из общих этических правил.

*Либеральная позиция* биоэтики по отношению к трансплантологии сводится к обоснованию, трансплантации как нового направления в медицине. Расширение практики трансплантации связывается с преодолением «мифического отношения к сердцу как вместилищу души» и символу человеческой идентичности, с преодолением отношения к смерти как «переходному состоянию». Успех трансплантологии возможен только в условиях «развитого и подготовленного общественного мнения, признающего безусловность гуманистических ценностей по всему кругу вопросов практики трансплантации органов». Среди безусловных гуманистических ценностей особо выделяются добровольность, альтруизм, независимость.

Особое место в либеральной биоэтике занимает понятие «анатомические дары». Подчеркивая дарственность, т.е. безвозмездность анатомических даров, либеральная биоэтика пытается преодолеть и исключить возможные экономические мотивы данного поступка. Включение любой формы экономического расчета означает потерю ценностно-значимого, нрав-

ственного статуса дарения. Тем не менее, либеральная биоэтика представлена и попытками объединения экономической выгоды и гуманности.

Гуманность целей трансплантации не вызывает сомнений, но средства ее реализации, предполагающие экономические отношения по типу «купли-продажи», включая и их формы, с неизбежностью умаляют ее этический смысл.

*Консервативно-христианская позиция*, которую выразил профессор богословия В.И. Несмелов, основана на положении, что физическая смерть — не столько переход в новую жизнь, сколько «последний момент действительной жизни». Понимание смерти как последней стадии жизни, как лично значимого события, отношение к которому — это область человеколюбия, область собственно нравственного отношения между человеком умершим и человеком живым, в частности, между умершим больным и врачом как субъектом нравственных отношений. В христианстве мертвое тело остается пространством личности. Почтение к умершему непосредственно связано с уважением к живущему. Утрата почтения к умершему, в частности, нанесение повреждений телу, влечет за собой, потерю уважения к живущему.

Отдельным специфическим направлением трансплантации органов и тканей сегодня является *нейротрансплантация*. Термином «нейротрансплантация», оставляя в стороне аспекты аутотрансплантации нервных стволов в восстановительной нейрохирургии как отдельное клиническое направление, обозначается трансплантация адреномедуллярной ткани надпочечника или эмбриональной мозговой ткани в центральную нервную систему (головной или спинной мозг).

В клиническом диапазоне такая трансплантация может помочь целому ряду патологических состояний: болезнь Паркинсона, детский церебральный паралич, хорею Хантингтона, мозговую дегенерацию, последствия черепно-мозговой травмы, апаллический синдром, эпилепсию, микроцефалию, рассеянный склероз, торсионный спазм, олигофрению, синдром Дауна, шизофрению, болезнь Альцгеймера, сирингомиелию, травматическую болезнь спинного мозга, болевые синдромы<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Цимбалюк В.И. Нейротрансплантация как модель медицины будущего: морально-этические проблемы / В.И Цимбалюк // Мистецтво лікування. 2005. № 5. С. 23—26.

В марте 1983 г. кубинские врачи пересадили четырех больным паркинсонизмом эмбриональную мозговую ткань от абортированного человеческого плода в возрасте 9–13 недель. Следом гомотрансплантацию эмбриональной ткани мезенцефалона осуществили нейрохирурги во многих странах мира. Только до 1991 г. было выполнено около 100 таких операций. Однако использование в качестве трансплантата эмбриональной человеческой ткани столкнулось с определенными морально-этическими проблемами, которые стали предметом обсуждения на многочисленных съездах и симпозиумах по трансплантации. И даже в тех странах, где нет закона о трансплантации, врачи их проводят, руководствуясь международными положениями, принятыми Всемирной Медицинской Ассоциацией, в особенности «Хельсинской декларацией: Рекомендации для врачей, проводящих биомедицинские исследования на человеке», принятой 18-й Всемирной медицинской ассамблеей.

Важным этическим документом, регламентирующим трансплантацию, является «Декларация относительно трансплантации человеческих органов», принятая 39-й Всемирной медицинской ассамблеей (Мадрид, 1987), а «Положение о трансплантации фетальных тканей», принятое 41-й Всемирной медицинской ассамблеей (Гонконг, 1989), регламентирует трансплантацию, в том числе и нейротрансплантацию, с использованием фетальных (эмбриональных) тканей.

Трансплантация органов от человека к человеку — это одно из самых выдающихся достижений современной медицины.

Трансплантология, как наука, лишь в последние три десятилетия перешла от экспериментального к клиническому этапу своего развития, но уже сегодня старая мечта человечества о замене поврежденных или заболевших органов новыми покинула область фантастики и разрабатывается во многих промышленно развитых странах.

К настоящему времени в мире насчитывается более полутора тысяч трансплантационных центров, в которых выполнено около четырехсот тысяч пересадок почки, более сорока тысяч пересадок сердца, свыше пятидесяти тысяч пересадок печени, более семидесяти тысяч пересадок костного мозга. Проводятся также операции по пересадке комплекса «сердце-легкое» и трансплантация поджелудочной железы.

Естественно, что развитие клинической трансплантологии, имеющее целью оказание медицинской помощи ранее неизле-

чимым пациентам, увеличивает потребность в донорских органах, а количество их ограничено. В то же время постоянно увеличивается число пациентов, ожидающих пересадку органа.

#### **4.2. Правовые и биоэтические основы законодательства о трансплантации органов и тканей человека**

Для обеспечения правовой базы клинической трансплантологии в большинстве стран мира на основе гуманистических принципов, провозглашенных мировым сообществом, приняты соответствующие *законы о трансплантации органов и тканей человека*. В этих законах оговариваются права доноров и реципиентов, ограничения при пересадке органов и ответственность учреждений здравоохранения и медицинского персонала.

Рассмотрим основные положения действующих законов о трансплантации органов:

- трансплантация органов может быть применена только в случае, если другие средства не могут гарантировать жизнь реципиенту;
- органы человека не могут быть предметом купли-продажи. Указанные действия или их реклама влекут за собой уголовную ответственность;
- изъятие органов не допускается, если они принадлежат лицу, страдающему болезнью, представляющей опасность для жизни реципиента;
- изъятие органов у живого донора допускается только в том случае, если донор старше 18 лет и находится в генетической связи с реципиентом;
- забор органов человека допускается только в государственных учреждениях здравоохранения. Сотрудникам этих учреждений запрещено разглашать сведения о доноре и реципиенте;
- изъятие органов у трупа не допускается, если учреждение здравоохранения на момент изъятия поставлено в известность, что при жизни данное лицо, либо его близкие родственники, либо законный представитель заявили о своем несогласии на изъятие его органов после смерти для трансплантации другому человеку;
- заключение о смерти человека дается на основании смерти мозга.

Правовое и этическое регулирование механизмов трансплантации органов и тканей человека является одним из важнейших направлений современной биоэтики, способствующее принятию международных и национальных правовых актов и документов.

В 2001 г. Совет Европы принял документ, известный как «Дополнительный протокол к Конвенции о правах человека и биомедицине относительно трансплантации органов и тканей человека». Согласно этому документу необходимым условием для трансплантации органа от живого донора является наличие близких отношений между реципиентом и донором. Определение того, какие именно отношения следует считать «близкими», находится в компетенции национального законодательства.

Особенно много споров вызывает процедура установления согласия потенциального донора либо его родственников на изъятие органов для пересадки. Одна из форм основывается на *презумпции несогласия*. В этом случае необходимым условием для использования органов умершего считается явно выраженное предварительное согласие человека на то, чтобы после смерти его органы и ткани могли использоваться для трансплантации. Согласие фиксируется либо в водительском удостоверении человека, либо в специальном документе – карточке донора. Кроме того, соответствующее разрешение можно получить от родственников умершего. В другом случае решение об изъятии органов умершего опирается на уже описанную *презумпцию согласия* – если человек в явной форме не возражал против посмертного изъятия его органов и если таких возражений не высказывают его родственники, то эти условия принимаются в качестве основания для того, чтобы считать человека и его родственников согласными на донорство органов.

Именно такая норма действует в отечественном законодательстве (ст. 10 Закона Республики Беларусь «О трансплантации органов и тканей человека»).

В целом, как показывает опыт, в странах, где принята презумпция согласия, получение донорских органов облегчено по сравнению со странами, опирающимися на презумпцию несогласия. Однако недостаток системы, базирующейся на презумпции согласия, заключается в том, что люди, неосведом-

ленные о существовании такой нормы, автоматически попадают в разряд согласных.

Чтобы избежать подобной ситуации в отдельных странах отказ выступать в качестве донора фиксируется в особом документе — «карточке недонора», которую человек должен постоянно иметь при себе. В Беларуси подобные механизмы не предусмотрены.

По мнению многих врачей, оптимальным выступает введение системы испрошенного согласия, что позволит создать банк данных о потенциальных донорах, облегчит возможность более раннего получения сведений для оптимального подбора пар «донор — реципиент». Кроме того, введение такой системы облегчит интеграцию отечественной трансплантационной службы в международные организации по обмену информацией, органами и тканями.

Как отмечает специалист по этике доктор философских наук И. Силуянова, «действие врача — или на основании предполагаемого (неиспрошенного) согласия, или на основе принятия в качестве руководящих и все оправдывающих идей такой идеи, как «смерть служит продлению жизни», «здоровье — любой ценой», не могут быть оценены как этические. Без добровольного прижизненного согласия донора идея «смерть служит продлению жизни» оказывается всего лишь демагогическим суждением. Продлению жизни человека служит осознанная, а не предполагаемая воля другого человека спасти человеческую жизнь. Признаком развитого, прежде всего в нравственном отношении, общества является готовность людей к жертвенному спасению жизни, способность человека к осознанному, информированному и свободному согласию на донорство, которое именно в этой форме становится «проявлением любви, простирающейся и по ту сторону смерти». Пренебрежение свободным согласием, спасение жизни одного человека любой ценой, — как правило, ценой жизни другого человека, в том числе через отказ от жизнеподдерживающих процедур, — этически неприемлемо».

Православная церковь в «Основах социальной концепции Русской православной церкви», принятых на архиерейском соборе Русской православной церкви 15 августа 2000 г., изложила свою однозначную позицию: «Добровольное прижизненное согласие донора является условием правомерности и нрав-

ственной приемлемости эксплантации. В случае если волеизъявление потенциального донора неизвестно врачам, они должны выяснить волю умирающего или умершего человека, обратившись при необходимости к его родственникам. Так называемую презумпцию согласия потенциального донора на изъятие органов и тканей, закрепленную в законодательстве ряда стран, церковь считает недопустимым нарушением свободы человека».

Рассмотрим для сравнения некоторые концепции законодательства о трансплантации органов и тканей в странах СНГ и дальнего зарубежья.

Федеральный Закон Российской Федерации «О трансплантации органов и тканей человека», принятый 1992 г., закрепил «презумпцию согласия» или концепцию неиспрошенного согласия. Принимается во внимание лишь явно выраженное при жизни нежелание трансплантации органов и тканей.

Согласно Конвенции Совета Европы о правах человека и биомедицине от 4 апреля 1997 г., «медицинское вмешательство может осуществляться лишь после того, как соответствующее лицо даст на это свое добровольное информированное согласие» (ст. 5).

США, Испания, Германия являются странами, использующими презумпцию несогласия. В Германии действует Закон «О пожертвовании, изъятии и пересадке органов» от 5 ноября 1997 г., в котором предусмотрены два варианта изъятия органов (тканей) с целью трансплантации:

- прямое разрешение потенциального донора, оформленное еще при жизни (к паспорту прилагается вкладыш, где указывается согласие);
- согласие родственников при отсутствии заявления донора. Родственники, зная волю донора, могут разрешить операцию либо изъявляют свою волю после проведения консультаций с врачом.

Закон Республики Беларусь «О трансплантации органов и тканей человека» регулирует отношения, связанные с развитием трансплантации органов и тканей человека, в целях обеспечения права граждан Республики Беларусь на охрану их здоровья и жизни, определяет правовые, организационные и социальные основы трансплантации органов и тканей человека

и основывается на гуманных принципах, провозглашенных международным сообществом.

Согласно ст. 3 Законом определяются *условия и порядок трансплантации органов и тканей человека*. Операция по трансплантации органов и тканей человека может быть проведена только тогда, когда невозможно иными медицинскими средствами сохранить жизнь больного или восстановить его здоровье, и осуществляется в соответствии с общими правилами проведения хирургических операций.

Перечень органов и тканей человека, подлежащих трансплантации, определяется республиканским органом государственного управления, ведающим вопросами здравоохранения.

Действия настоящего закона не распространяется на использование органов, их частей и тканей, имеющих отношение к процессу воспроизводства человека (яйцеклетка, сперма, яичники, яички либо эмбрионы), крови и ее компонентов, а также на тканевые компоненты, используемые для приготовления препаратов и пересадочных материалов.

Органы и ткани человека не могут быть объектом гражданско-правовых сделок, за исключением сделок, носящих безвозмездный характер. Совершение возмездных сделок, а также рекламирование потребностей в органах и тканях человека с целью предложения вознаграждения за их получение влечет за собой уголовную ответственность в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

Законом определены *учреждения здравоохранения, осуществляющие забор и трансплантацию органов и тканей человека* (ст. 4).

Забор органов и тканей человека проводится только в государственных учреждениях здравоохранения, а трансплантация органов и тканей человека — в специализированных подразделениях учреждений здравоохранения, включенных в специальные перечни, утверждаемые республиканским органом государственного управления, ведающим вопросами здравоохранения.

Трансплантологи не вправе осуществлять операцию по трансплантации органов и тканей человека, если не соблюдены условия, предусмотренные ст. 5 настоящего закона. Важное место отводится здесь *условиям забора у донора органов и тканей для трансплантации*. Забор органов и тканей для трансплантации у лица, достигшего 18-летнего возраста, разрешает-

ся при соблюдении следующих условий: предупреждение донора о возможном ухудшении его здоровья в связи с будущим оперативным вмешательством; наличие его согласия на забор органов и тканей, выраженное в письменной форме и заверенное нотариально; всестороннее медицинское обследование донора и наличие заключения консилиума врачей-специалистов о возможности изъятия у него органов и тканей; уведомление органов прокуратуры.

У лица, не достигшего 18-летнего возраста, разрешается производить забор только костного мозга с письменного согласия его родителей (усыновителей) и органа опеки и попечительства. При возражении несовершеннолетнего забор костного мозга не допускается.

У донора могут быть взяты для трансплантации парный орган, часть органа или ткань, отсутствие которых не вызывает необратимых процессов в организме.

Забор органов и тканей у донора разрешается в том случае, если он находится с реципиентом в генетической связи, за исключением случаев пересадки костного мозга.

Забор органов и тканей не допускается при обнаружении у донора болезни, являющейся опасной для жизни и здоровья реципиента.

Принуждение любым лицом донора к согласию на забор у него органов и тканей влечет за собой уголовную ответственность в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

Закон предусматривает *лечебную помощь гражданам при использовании методов трансплантации органов и тканей человека*, которое выдается реципиенту консилиумом врачей соответствующего учреждения здравоохранения в составе лечащего врача, хирурга, анестезиолога, а при необходимости – врачей других специальностей в порядке, определенном республиканским органом государственного управления, ведающим вопросами здравоохранения.

Необходимо *согласие реципиента на трансплантацию органов и тканей человека*. Согласно ст. 7, трансплантация органов и тканей человека осуществляется только с письменного согласия реципиента. При этом реципиент должен быть предупрежден о возможном ухудшении его здоровья в результате будущего оперативного вмешательства. Если реципиент не достиг 18-летнего возраста или признан недееспособным, то трансплантация осуществляется с письменного согласия

одного из его родителей (усыновителей) или его законного представителя.

Пересадка органов и тканей реципиенту без его согласия либо без согласия одного из его родителей (усыновителей) или его законного представителя производится в исключительных случаях, когда промедление в проведении соответствующей операции угрожает жизни реципиента, а получить такое согласие невозможно.

Важнейшими компонентами данного документа является описание прав и обязанностей донора. Перед проведением операции *донор имеет право на получение полной и объективной информации о состоянии своего здоровья и о последствиях*, которые могут наступить в связи с забором у него органов или тканей, и может отказаться от операции. Он также имеет право отказаться от операции и во время ее проведения, за исключением тех случаев, когда врачи уже приступили к ней, а прекращение этой операции или возвращение его к первоначальному состоянию невозможно либо связаны с угрозой для его здоровья или жизни.

После проведения операции по забору органов или тканей донор имеет право на получение компенсации расходов, вызванных необходимостью восстановления его здоровья в связи с донорством. Порядок выдачи и размеры этой компенсации определяются Советом Министров Республики Беларусь; получение пособия по временной нетрудоспособности в размере 100% заработка (независимо от непрерывного стажа работы) на период нетрудоспособности, наступившей в связи с забором у него органов или тканей.

Инвалидность донора, наступившая в связи с выполнением им донорской функции, приравнивается к инвалидности, вызванной трудовым увечьем.

Донор, давший согласие на пересадку своих органов или тканей, *обязан* сообщить известные ему сведения о перенесенных им либо имеющихся у него болезнях и вредных привычках.

Забор органов и тканей у трупа человека разрешается, согласно ст. 10 Закона, с момента констатации биологической смерти в порядке, определенном республиканским органом государственного управления, ведающим вопросами здравоохранения. При необратимых потерях функции головного мозга (смерти мозга) забор органов и тканей разрешается после констатации смерти, зафиксированной консилиумом врачей.

Забор органов и тканей у трупа человека не допускается, если учреждению здравоохранения на момент забора стало известно, что человек при жизни, а после его смерти – хотя бы один из его близких родственников (родители, муж, жена, дети) или его законный представитель заявили о своем несогласии на забор его органов и тканей после смерти.

Запрещается участие трансплантологов и членов бригад, обеспечивающих забор органов и тканей, в констатации смерти человека, труп которого предполагается использовать для забора органов и тканей.

В случае проведения судебно-медицинской экспертизы или патологоанатомического исследования разрешение на забор органов и тканей у трупа человека должно быть дано также соответственно судебно-медицинским экспертом либо врачом-патологоанатомом.

С момента принятия Закона Республики Беларусь «О трансплантации органов и тканей человека» (от 4 марта 1997) возникла необходимость принятия новой редакции этого закона. Закон Республики Беларусь «О внесении изменений и дополнений в Закон Республики Беларусь «О трансплантации органов и тканей человека» был принят 9 января 2007 г.

Принципиальные отличия действующего закона о трансплантации и Закона Республики Беларусь от 4 марта 1997 г. «О трансплантации органов и тканей человека»:

- даны определения отсутствующих ранее терминов (забор органов и / или тканей человека, живой донор, трупный донор, смерть);
- внесено положение о приоритете Конституции Республики Беларусь;
- уточнены аспекты международного сотрудничества;
- более четко определены условия и порядок выполнения трансплантации органов и тканей;
- в соответствии с действующим законодательством определены организации, занимающиеся трансплантацией органов и тканей;
- установлены ранее отсутствовавшие четкие ограничения, связанные с забором органов для трансплантации у живого донора;
- уточнены условия забора органов для трансплантации;
- определены права и обязанности живого донора;

- внесены значительные изменения в ст. 11 об условиях забора органов у трупного донора, исключающие неопределенное толкование отдельных положений статьи и основополагающего принципа презумпции согласия;

- уточнены положения о согласии реципиента на трансплантацию;

- определена ответственность за нарушение законодательства Республики Беларусь о трансплантологии.

Напомним, что *принцип испрошенного* (информированного) *согласия* в таких странах, как США, Канада, Австралия реализуется путем заполнения человеком при его жизни специальной карты. Теоретически принцип информированного согласия является оптимальной системой получения органов умерших людей для трансплантации, однако он имеет ряд существенных недостатков:

- многие граждане отказываются при себе иметь карточку донора или вкладывают в водительском удостоверении из-за страха, что они не получат интенсивное лечение при травме, хотя и согласны после смерти отдать орган;

- карты доноров в некоторых странах не признаются легитимными, и такую карту после смерти трудно отыскать, либо она полностью не заполнена.

Кроме того, при отсутствии этих данных родственники в условиях стресса чаще всего не дают согласия, а это противоречит принципу милосердия и праву больного на лечение, гарантированное Конституцией. Родственники не всегда бывают при констатации смерти больного. Иногда их нельзя отыскать. Более того, у родственников всегда есть возможность оспорить любой документ, подписанный умершим, и найти юридические мотивы для возбуждения уголовного дела.

Важным является тот аспект, что применение в трансплантологии принципа информированного согласия предполагает большие финансовые затраты и требует времени на создание регистра в масштабах страны. На практике это приводит к сдерживанию развития трансплантологии.

Презумпция согласия исходит из того, что человек при жизни изначально согласен быть донором в случае своей смерти, тому, кто не поддерживает этот принцип, предоставляется полная возможность выразить это при жизни — запретить изымать орган для трансплантации после своей смерти.

«Чистая» презумпция согласия дает возможность немедленной практической реализации презумпции согласия. Если в лечебном учреждении, где умер больной, нет данных о запрете умершим человеком использовать его органы для трансплантации, они могут быть изъяты. Такой подход используется в Австрии, Франции, Бельгии. У населения этих стран существует солидарность – социальное чувство необходимости приносить пользу.

Как уже говорилось, родственники имеют право выразить волю умершего и запретить изъятие органов после наступления смерти. Право «вето» для семьи на изъятие органов существенно тормозит развитие трансплантологии.

Главными причинами отказов родственников являются:

- отсутствие или недостаточная информация, сообщаемая родственникам;
- изначально отрицательное отношение семьи к изъятию органа;
- отсутствие информации о воле умершего;
- финансовые требования семьи к учреждению;
- отрицательное отношение семьи к умершему при его жизни;
- религиозные причины;
- проблемы с персоналом больницы.

По данным Европейских исследователей, многие согласны после смерти отдать орган, но не находят время оформить это согласие.

Ценность человеческой солидарности при этом всегда очень высока, тем более что она соотносится со свободой выбора.

Применение на практике принципа презумпции согласия позволяет уменьшить тяжесть утраты для родственников, поскольку специально искать их для сложного разговора нет необходимости. Если же при констатации смерти родственники присутствуют, их устного ответа достаточно, подписывать им документы нет необходимости (согласие оформляется консилиумом врачей).

Принцип презумпции согласия является основным для развития трансплантологии, но для этого необходимо:

- законодательно закрепить возможность выражения запрета каждым гражданином на изъятие органов после смерти;
- дать право родственникам умершего при активном обращении в отделение реанимации выразить волю покойного.

Преимущество модели презумпции согласия неоспоримо — это наиболее удобная форма проявления альтруизма и, стало быть, получение максимального количества потенциальных доноров. При этом права человека полностью защищены. Примером применения в трансплантологии принципа презумпции согласия является Великобритания, где форма испрошенного (информированного) согласия заменена на презумпцию согласия.

Принцип презумпции согласия является методом выбора при решении легитимных аспектов получения донорских органов и позволяет реализовать право больных людей на лечение, которое гарантировано Конституцией Республики Беларусь.

В белорусском законе «О трансплантации органов и тканей человека» закреплена такая норма, как презумпция согласия, считающаяся весьма прогрессивной в плане развития этой отрасли медицины, т.е. человек, который при жизни не выразил своего несогласия, таким образом выразил свое согласие на посмертную эксплантацию органов.

Заметим, что в Законе о трансплантации Российской Федерации (ст. 8) четко прописано: «презумпция согласия на изъятие органов и тканей». Это важно иметь в виду, когда мы говорим о едином правовом поле Союзного Государства Беларуси и России.

Итак, трансплантология сегодня — это вершина здравоохранения. Нет той области медицины, где она не применяется: офтальмология, кардиология, гепатология, онкология, травматология, дерматология и другие, поэтому невозможно создать службу, автономную от крупных лечебных учреждений. Вместе с тем должен быть национальный центр, и его назначение — не только работать эффективно и четко, но и обеспечивать связь со всеми реанимациями страны. Только в таком случае возможна эффективная работа и качественная помощь гражданам.

Пересадку органов — печени или сердца — можно сделать и через месяц, но единичные трансплантации не решают проблемы трансплантации в целом, в том числе в рамках международного сотрудничества и организации эффективной помощи больным людям.

Строгое соблюдение протоколов лечения с обеспечением контроля качества является неотъемлемой частью организа-

ции деятельности в этой сфере. Юридическое сопровождение всех этапов трансплантации необходимо, как необходимы разработки научно обоснованных показаний по всем ее видам: разработка протоколов забора органов, сама трансплантация, ведение больных и мониторинг больных после трансплантации. Вместе с тем на каждом этапе должна быть создана такая организационная структура, которая обеспечит однозначный контроль качества.

Эксперты Всемирной организации здравоохранения утверждают: рациональное и эффективное расходование финансовых средств достигается при выполнении в центре 4–5 технологий трансплантации органов (почки, сердце, поджелудочная железа, печень, легкое).

Рациональное и эффективное расходование финансовых средств достигается при выполнении в клинике, которая этим занимается, не менее четырех технологий трансплантаций (почка, сердце, печень, поджелудочная железа). Если меньше — это экономически затратная процедура.

Не вызывает сомнения принцип многопрофильности службы. Должен быть отдел мультиорганного забора, банк тканей, система координаторов, регистры больных. Все это должно базироваться на мощной хирургической клинике.

Этическая стабильность при проведении медицинских нововведений в высоких технологиях трансплантации обеспечивает уровень медицинского учреждения, где они внедряются. Если уровень высокий, то вопросы этики тоже не стоят так остро.

Отлаженная система работы со средствами массовой информации, общественными организациями и религиозными конфессиями — залог успеха. Ни одна отрасль медицины не зависит в столь высокой степени от общественного доверия, как трансплантология. Вселенский патриархат в Константинополе (Стамбул) благословил трансплантацию органов: «Дать жизнь — главный акт, отдать орган — благословенный малый акт. Отдавая орган, даешь жизнь». Всемирный конгресс по трансплантологии (1990) отметил, что трансплантация — единственная область медицины, которая не может существовать без публичного участия.

Информация — позитивная или негативная — играет важную роль в отношении общественности к донорству органов. При планировании вариантов такой информации и путей ее

распространения необходима помощь профессионалов — экспертов по коммуникации.

Необходима поддержка правительства, во всех странах, которые занялись трансплантологией.

Важнейшими принципами организации службы трансплантации являются: безупречная профессиональная подготовка эрудированных, знающих специалистов, обязательное развитие программ обучения научных исследований, включение основ донорства и трансплантации в программу обучения юристов, следование принципам международной кооперации, формирование школы национальной трансплантологии.

### Вопросы для самопроверки

1. Что понимается под трансплантацией органов и тканей человека?
2. Какова основная идея трансплантации?
3. Какие наиболее значимые вехи можно выделить в истории трансплантации?
4. Какие можно выделить виды трансплантации?
5. В чем сущность «презумпции согласия» (неиспрошенного согласия)?
6. Чем отличается такая модель забора органов, как информированное («испрошенное») согласие?
7. В чем заключается либеральная позиция по отношению к трансплантации?
8. Каковы основные положения действующих законов о трансплантации органов?
9. В чем принципиальное отличие ныне действующего закона о трансплантации от закона 1997 года?

### Литература

*Олейник, С.Ф.* Переливание крови в России и в СССР / С.Ф. Олейник. Киев. 1955.

*Бернард, С.* Река жизни / С. Бернард. М., 1965, С. 64.

*Берснев, В.П.* Лечение больных с эпилептическим и цереброорганическим синдромом методом нейротрансплантации: Тезисы доклада Первого съезда нейрохирургов Российской Федерации / В.П. Берснев, Т.С. Степанова, В.Н. Овечко. Екатеринбург, 1995.

*Бехтерева, Н.П.* О трансплантации эмбриональных нервных тканей в лечении паркинсонизма / Н.П. Бехтерева [и др.] // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1990. № 11.

*Виноградова, И.Н.* Нейротрансплантация в лечении болезни Паркинсона / И.Н. Виноградова // Вопросы нейрохирургии. № 1.

*Мирский, М.Б.* Из истории разработки в советской медицине норма-

тивных актов по изъятию кадаверных тканей и органов / М.Б. Мирский. М., 1980.

*Олейник, С.Ф.* Переливание крови в России и в СССР / С.Ф. Олейник. Киев, 1955. С. 15.

*Розенталь, Р.Л.* Донорство в трансплантации органов / Р.Л. Розенталь, В.В. Соболев, А.А. Сондоре. Рига, 1987.

*Силуянова, И.В.* Биоэтика в России: ценности и законы / И.В. Силуянова. М., 1997.

*Силуянова, И.В.* Современная медицина и православие / И.В. Силуянова. М., 1998.

*Силуянова, И.В.* Нравственная типология профессиональной биомедицинской этики / И.В.Силуянова // Наука-философия-религия: в поисках общего знаменателя. М., 2003.

Трансплантология. Руководство / под ред. В.И. Шумакова. М. 1995.

*Цимбалюк, В.И.* Нейротрансплантация как модель медицины будущего: морально-этические проблемы / В.И. Цимбалюк // Мистецтво лікування. 2005. № 5.

*Шрамка, М.* Правовые и этические аспекты нейротрансплантации / М. Шрамка, М. Ратай // Вопросы нейрохирургии. 1992. № 6.

Этика практической психиатрии. Руководство для врачей / под ред. В.А. Тихоненко. М., 1996.

## Глава 5. МОРАЛЬНО-ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ И ИССЛЕДОВАНИЙ ПСИХИКИ ЧЕЛОВЕКА, НАРКОЛОГИИ И ОНКОЛОГИИ. ПОМОЩЬ ЛЮДЯМ, ЖИВУЩИМ С ВИЧ/СПИД

- 5.1. Психиатрическая помощь: от патернализма к моральной автономии пациента
- 5.2. Этическое и правовое регулирование в психиатрии
- 5.3. Философско-этические основания современных технологий нейролингвистического программирования
- 5.4. Этико-деонтологические принципы в онкологии
- 5.5. Этические проблемы в наркологии
- 5.6. Морально-этические основы помощи людям, живущим с ВИЧ/СПИД

### 5.1. Психиатрическая помощь: от патернализма к моральной автономии пациента

Фундаментальные проблемы биоэтики оказались исключительно близки по своему содержанию морально-этическим дилеммам, возникающим при исследовании проблем психиатрии. Более того, традиция их осмысления и опыт их решения в истории психиатрии, как замечает известный психолог *А.Я. Иванюшкин*, во многом предвосхищают современную биоэтику<sup>1</sup>.

Особую роль на протяжении всей истории психиатрии сыграла дилемма патерналистского и непатерналистского подходов, являющаяся сквозной для всей биоэтики. *Патерналистская модель взаимоотношений врача и пациента* предполагает, что в условиях врачевания здоровье и жизнь человека являются, безусловно, приоритетными ценностями, что этическая позиция врача однозначно учитывает: «Благо больного — выс-

---

<sup>1</sup> См. *Иванюшкин А.Я.* Этические проблемы оказания психиатрической помощи / *А.Я. Иванюшкин* // Введение в биоэтику. М., 1998. С. 318–336; *Иванюшкин А.Я.* Биоэтика и психиатрия / *А.Я. Иванюшкин* // Вопросы философии. 1997. № 3.

ший закон», и что полноту ответственности за принятие клинических решений врач берет на себя. *Непатерналистская модель взаимоотношений врача и пациента* исходит из приоритета моральной автономии пациента, а значит, ключевой категорией подхода является категория прав пациента.

Утверждение патерналистских взаимоотношений врача и психически больного способствовало самоопределению психиатрии как самостоятельной медицинской дисциплины, формированию отношения общества к «умалишенным» как к больным людям, чему предшествовало полицейское отношение к ним в западноевропейских странах (в 80-е гг. XVIII в. в Лондоне можно было видеть прикованных к стенам совершенно голых больных на соломе).

Отношение к помешанным как к больным людям начинает устанавливаться почти одновременно во Франции и Англии. В 1793 г. французский врач *Филипп Пинель* снял цепи с больных в парижской государственной больнице Бисетр, и благодаря ему «сумасшедшие были подняты до достоинства больных». Пинель сравнивает своих пациентов с детьми, а созданный им тип психиатрической больницы — с семьей. Совет Пинеля врачам — жить среди больных — в последующем был исполнен многими психиатрами. В патернализме Пинеля суть терапевтического метода как «нравственного лечения», в применении которого исключительная роль принадлежит врачу — его нравственному и физическому превосходству. Врач выступает как носитель норм благоразумного поведения больничного порядка, соблюдая который пациенты обретают навыки «нормального поведения». Патерналистская модель психиатрической помощи преобладала во всем мире вплоть до середины XX в.

Предвестником кризиса врачебного патернализма в психиатрии в западных странах стал кризис психиатрических больниц, начавшийся в 50-е гг. XX в. В 1955 г. комитет экспертов высказался о необходимости расширения лечения психических больных *без изоляции от общества*. В 60–70-е гг. в психиатрии США активно проводится новая политика — политика *деинституционализации психических больных* (которую называют «10-летней атакой на психиатрические больницы»).

Восходящее к Пинелю представление о помещении душевнобольных в больницу, как безусловном благе, обернулось многих из них многолетним (а то и пожизненным) пребыванием в больничных условиях. Врачи-клиницисты давно отмечали

*негативные стороны «госпитализма»:* утрату социальной активности, разрыв социальных (в особенности — семейных) связей, эмоциональную изоляцию, хронизацию патологии и т.д. Налицо парадокс — в свое время Пинель видел в содержании на цепи душевнобольных причину многих болезненных проявлений и противопоставил такому варварскому отношению к больным содержание и лечение их в больнице, причем определенный им и его последователями внутренний больничный порядок во многом существует и поныне. Теперь же в связи с феноменом госпитализма причину болезненных симптомов у немалой части пациентов стали усматривать в условиях их содержания в больницах и в длительных сроках лечения. *Основное негативное следствие политики деинституционации* заключалось в том, что новая система психиатрической помощи оказалась неспособной обеспечить квалифицированной медицинской помощью наиболее тяжелый контингент больных. В последние годы получили развитие различные формы психиатрической помощи — частичной госпитализации, психиатрическое обслуживание в больницах общего типа и т.д. В контексте этой эволюции некоторый возврат к идее больничной психиатрии (реинституционализация) представляется, как указывает А.Я. Иванюшин, показательным — тем самым патерналистская этическая доктрина в психиатрии в определенном смысле устояла.

Одновременно в 60-е гг. XX в. в Европе вокруг психиатрии развертывались, может быть, еще более драматические события, тоже по-своему предвосхитившие некоторые сюжеты и концепции биоэтики. Речь идет о *движениях антипсихиатров*, утверждавших, что психических болезней нет (есть микросоциальные кризисные ситуации); психиатрический диагноз (в основном имелся в виду диагноз шизофрении) — это «социальный ярлык», есть всего лишь «анормальные индивиды», которых общество с помощью психиатров изолирует; что психиатрия — не наука, а психиатры — не врачи, а «полицейские в белых халатах».

Социальный контекст антипсихиатрии оказался очень близок антипатерналистской идеологии, окончательно оформившейся уже в рамках биоэтики, спустя десятилетие после возникновения антипсихиатрии 60-х гг. Антипсихиатры отворяли (в буквальном и переносном смысле) запоры на дверях и окнах психиатрических больниц, распахивали их закрытые

внутренние пространства, обличали «больничный порядок» как некий абсолютный мир отчуждения.

Сторонники антипсихиатрии называли это движение *третьей революцией в психиатрии*, считая *первой* — движение против «процессов ведьм» в XVI—XVII вв., а *второй* — «реформу Пинеля». В конечном счете такая оценка, считает А.Я. Иванюшин, оказалась явно завышенной. Антигоспитальные и антипсихиатрические движения стали предтечей действительно революционных изменений в психиатрии в 70—80-е гг. XX в., когда социальный контекст оказания психиатрической помощи стал в основном определяться идеей защиты гражданских прав душевнобольных. В июне 1992 г. Верховный Совет Российской Федерации принял Закон «О психиатрической помощи и правах граждан при ее оказании». Правозащитные движения последней трети XX в. стали заключительным этапом почти 500-летней эволюции общественного сознания в Европе, начало которой положила Реформация как борьба за веротерпимость и «естественные неотъемлемые права человека». На смену формуле законности «Все, что не разрешено, запрещено» приходит новая формула: «Все, что не запрещено, разрешено».

Принятая ООН вскоре после Второй Мировой войны «Всеобщая декларация прав человека» (1948) — выражение самосознания людей как единого человеческого рода, только что пережившего реальную угрозу своему существованию. Декларация стала важнейшим документом международного права, апеллирующим к юридическим гарантиям прав и свобод человеческой личности.

События, непосредственно определившие современные подходы к проблеме принудительного лечения душевнобольных, относятся к середине XX в. В 1954 г. Комитет экспертов ВОЗ по психическому здоровью определил госпитализацию социально опасных психически больных через суд как унижительную для них и их родственников, а существовавшее во многих странах законодательство, регламентировавшее принудительное лечение, назвал «архаичным», поскольку в нем копировалась модель уголовного судопроизводства. В настоящее время в большинстве европейских стран, а также в США и Канаде более 90% помещения в психиатрические стационары осуществляется на добровольной основе.

Важнейшая биоэтическая задача в психиатрии — *защита и гарантии гражданских прав душевнобольных лиц*. Потенциальное право на добровольное лечение признается за каждым больным, т.е. в случае госпитализации врач обязан сначала (за

исключением юридически определенных случаев невменяемости) испросить согласие больного. За больным, госпитализированным не добровольно, остается право (когда его психическое состояние изменится) перейти в другой морально-юридический статус — как находящегося на добровольном лечении, и тогда его несогласие на лечение может автоматически повлечь за собой выписку из стационара; любой случай недобровольного помещения какого-нибудь больного в психиатрическую больницу может быть только в строгих рамках законности, причем эти рамки, определяемые медико-клиническими и юридическими стандартами, все в большей мере приобретают характер общезначимости.

В Законе Республики Беларусь «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» принцип добровольности предвяет все прочие нормы, т.е. является основополагающим<sup>1</sup>. Для сравнения напомним содержание ст. 56 Закона РСФСР «О здравоохранении», принятого в 1971 г., где говорится: «Психически больные подлежат обязательному постоянному диспансерному наблюдению и лечению...».

*Либерализация психиатрической службы в отечественной традиции* началась в 1988 г., когда Президиум Верховного Совета бывшего СССР утвердил новое «Положение об условиях и порядке оказания психиатрической помощи». Этот документ, по сути дела, отменил упоминавшуюся выше ст. 56 Закона РСФСР «О здравоохранении», так как основным принципом оказания психиатрической помощи полагал принцип добровольности. В первый же год действия «Положения...» с диспансерного психиатрического учета было снято более 1 млн человек, а обращаемость в психоневрологические диспансеры возросла в 3,5 раза. В течение 1989 г. число принудительных госпитализаций сократилось на 40–60%.

В современной психиатрии обеспечение свободы жизнепроявлений, жизнеосуществления лиц с психическими расстройствами тождественно реализации их гражданских прав, важнейшее из которых «право на лечение».

В основе современных систем организации психиатрической помощи наряду с парадигмой врачебного патернализма и

---

<sup>1</sup> Закон Республики Беларусь «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» // Ведомости Национального Собрания Республики Беларусь. 1999. № 25. Ст. 421.

парадигмой юридического контроля (уважения к законности как таковой) лежит *парадигма защиты и гарантий гражданских прав лиц*, страдающих психическими расстройствами.

В чем заключается *социальный и гуманистический прогресс* во взаимоотношениях современного общества и душевнобольных? Если иметь в виду только основную «проблемную ситуацию» психиатрии (неизбежность применения в некоторых случаях принуждения в лечебных целях или в целях безопасности), то прогресс заключается в создании более совершенного механизма определения границы между двумя когортами больных — получающих добровольную и недобровольную помощь. Гибкость названного механизма проявляется, прежде всего, в той исключительной роли, которую приобрели в регуляции взаимоотношений врача и пациента понятия «информированное согласие» и «отказ от лечения». Эти понятия являются производными от принципа добровольности лечения, который в психиатрии приобретает дополнительный смысл — «презумпции компетентности, вменяемости». Этико-юридический механизм, о котором здесь говорится, есть перманентная апелляция к разумности, благоразумию, моральной автономии душевнобольного на всем пространстве его взаимодействия с психиатрическими службами.

В Англии в законе о психическом здоровье (1959 г.) требование получения согласия больного в каждом случае назначаемого психиатрического лечения было определено как «краеугольный камень» правовой защиты больного. В США доктрина обеспечения больных правдивой информацией тоже стала утверждаться в 60-е гг. (как в психиатрии, так и других клинических областях, например, в онкологии). В последующие два десятилетия понятие «информированное согласие» приобрело дополнительную актуальность в контексте биоэтики — в связи с проблемами «отказа от лечения» у терминальных больных (пассивная эвтаназия), получения согласия на изъятие донорских органов и т.д. Принцип «говорить правду» в настоящее время считается центральным в медицинской этике Американской медицинской ассоциации (АМА) и Американской психиатрической ассоциации (АПА).

В России, подавляющая масса врачей пока придерживается традиционно-патерналистской модели взаимоотношений с пациентами, в частности, исповедуя убеждение в этической

оправданности в условиях врачевания доктрины «святой (спасительной) лжи». Эта концептуальная позиция, к сожалению, сочетается с чрезвычайно широко распространенным правовым и этическим нигилизмом медиков, для которых проблема информирования больных вообще редко подвергается рефлексии. На таком фоне решение данной проблемы в тексте закона «О психиатрической помощи и правах граждан при ее оказании» можно считать революционным. Перечень конкретных прав пациента, в частности, включает: а) право на получение в доступной форме и с учетом психического состояния информации о характере имеющихся у него психических расстройств и применяемых методах лечения; б) право на предварительное согласие перед началом лечения (за исключением случаев, предусмотренных в настоящем законе); в) право на отказ от лечения (за исключением случаев, предусмотренных в настоящем законе). В Законе Республики Беларусь «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» также отражены конкретные права пациента.

В психиатрии получение согласия больного на любое вмешательство в сферу его здоровья (госпитализация, назначение исследований или каких-то средств лечения) имеет следующие аспекты:

- *информация, подлежащая этико-юридическому регулированию* — это сведения о болезни, значении болезненных симптомов, о диагнозе и прогнозе; о продолжительности лечения и связанном с ним риске и т.д.;

- *этико-юридические основания позиции врача*: получение «информированного согласия» больного — это обязанность врача; информация, предоставляемая больному должна быть полной и всесторонней, включая ответы на все вопросы больного; применение особо опасных видов лечения или таких методов, которые приводят к необратимым последствиям, а также согласие на клинические эксперименты в психиатрии требуют дополнительных гарантий защиты прав душевнобольных и т.д.);

- *этико-юридические основания позиции больного*: «информированное согласие» — это право компетентных пациентов (их согласие должно быть добровольным и осознанным, т.е. полученным без угроз, насилия и обмана; согласие может быть отозвано; отказ от медицинской процедуры не должен влиять на положение больного и его взаимоотношения с медперсоналом и т.д.).

С формально-логической точки зрения, «согласие» на лечение и «отказ» от лечения — это один и тот же вопрос, решаемый положительно или отрицательно. В реальности же — это во многом разные социальные решения, клинические ситуации и морально-психологическое состояние больного. «Согласие» на лечение — это преимущественно область мотивов поведения, «отказ» от лечения — это уже поступок. Проблема отказа от лечения имеет множество конкретных нюансов — с социальной, медико-клинической, юридическо-правовой, врачебно-этической и даже философско-культурной точек зрения.

Обратим внимание на дискуссии по поводу «специфического ограничения» *правоспособности душевнобольных*, когда пациент может быть признан сохранившим другие гражданские права, но одновременно — утратить право отказа от лечения. Дело в том, что у некоторых душевнобольных могут быть преимущественно нарушены как способность оценивать методы, риск и пользу лечения, так и способность суждения о болезни (феномен так называемой анозогнозии — отрицания пациентом болезни в целом или конкретных болезненных расстройств).

Проблема отказа от лечения в психиатрии имеет еще один аспект, связанный с многообразием философских, культурных подходов к природе душевных болезней вообще. Клиническая психиатрия подтверждает, что в отдельных случаях, уже критически оценивая болезненный приступ, пациент может предпочитать психотические переживания тяготам, с которым бывает связано психиатрическое лечение, а может быть — и самому процессу выздоровления. Это обстоятельство тем более не может быть оставлено без внимания, что в общемедицинской практике отказ от лечения, например, по религиозным соображениям, осуждается одной частью общества, однако оправдывается другой его частью.

В психиатрии из всего комплекса ятрогенных [113] (вызванных врачом) факторов на одном из первых мест, наряду с неоправданно нерациональным применением лекарств, по-прежнему стоит *госпитальная травма* — негативное воздействие самой психической больницы на самочувствие, качество жизни многих больных. В связи с этим система современных принципов организации психиатрической помощи включает еще один важнейший принцип — *оказание медицинской помощи в наименее ограничительных условиях* (или как его называют в зарубежной литературе, «наименее ограничительной аль-

тернативы»). В контексте названного принципа было в корне переосмыслено назначение психиатрического стационара, функцией которого является не только изоляция представляющих опасность душевнобольных, но и удовлетворение нужд и потребностей, получающих здесь медицинскую помощь пациентов с учетом их гражданских прав. В своем полном виде этот принцип, прежде всего, отражает юридическо-процедурные права душевнобольных при их взаимодействии с психиатрическими службами, их право подавать без цензуры жалобы и заявления, встречаться с адвокатом или священником наедине, исполнять религиозные обряды и т.д.

В силу того, что в современной психиатрии используются такие методы и средства, как шоковая терапия, огромный арсенал сильнодействующих психотропных лекарств, в содержании принципа «наименее ограничительной альтернативы» имеется еще один аспект — *защита больных от избыточного лечения*.

В истории лечения психических болезней имеется множество примеров, когда безумию, помешательству, иррациональному врачи пытались противопоставить в качестве терапевтических средств *нечто экстремальное* (объяснение лечебного эффекта действительного или мнимого, *сводилось, как правило, тоже к чему-то иррациональному*). Еще Пинель, проводя реформу психиатрии, решительно отверг широко применявшееся до него — массивные повторные кровопускания, сильные души, холодные ванны, лед на голову. В 1935 г. португальским психиатром Э. Монишем была проделана у буйного душевнобольного самая известная психохирургическая операция — *лоботомия* (перерезка проводящих путей в лобных долях головного мозга). Особенно большое распространение лоботомия получила в 40–50-е гг. XX в. В США отдельные хирурги проводили до 50 операций в день (иногда даже в амбулаторных условиях). Вскоре, однако, выявились серьезнейшие осложнения — эпилептические припадки, непредсказуемое изменение поведения больных — от «беспредельной инертности» до «постоянной сверхактивности»<sup>1</sup>. В отечественной традиции лоботомия тоже применялась, но в гораздо меньших масштабах.

В 30-е гг. XX в. стали широко использоваться *шоковые* (угрожающие жизни человека) *методы лечения психических расстройств*. С начала эры психотропных лекарственных

<sup>1</sup> Чавкин С. Похитители разума / С. Чавкин. М., 1974. С. 283.

средств (50-е гг.) показания к применению их были сужены, например, электросудорожная терапия (один из методов шоковой терапии) считается показанной при тяжелых депрессиях, трудно поддающихся медикаментозному лечению, в результате которой возникали такие хирургические осложнения, как переломы длинных трубчатых костей, позвонков, вывихи нижней челюсти, плечевых и других суставов. Применение сильнодействующих *психотропных лекарств* тоже нередко ведет к весьма серьезным ятрогенным осложнениям — нарушению двигательной активности, расстройству походки и т.д.

Важным шагом к правовому регулированию применения отдельных методов психиатрического лечения с учетом богатого международного опыта был сделан в 1989 г., когда специальным приказом тогдашнего Минздрава СССР была предусмотрена *обязательность согласия больного или его родственников на применение шоковых методов лечения и сульфазинотерапии* (чрезвычайно болезненных инъекций, вызывающих высокую температуру, а местно — некроз мышечной ткани). Согласно Закону Республики Беларусь «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», применение хирургических методов и других методов, вызывающих необратимые последствия, для лечения психических расстройств, а также проведение испытаний медицинских средств и методов допускается лишь с согласия самого больного.

Особая тема — *злоупотребления психиатрией в политических целях*. В качестве обстоятельств, сделавших возможными злоупотребления в психиатрии, А.Я. Иванюшкин указывает, в о-п е р в ы х, на соответствующий социальный заказ со стороны тоталитарного режима власти; в о-в т о р ы х, на этический и правовой нигилизм в среде отечественных медиков; в-т р е т ь и х, на монополизм в отечественной науке, когда концепция «вяло текущей шизофрении», отстаиваемая московской школой психиатров (во главе с А.В. Снежневским), почти не встречала серьезной критики. Злоупотребления психиатрией в политических целях можно считать следствием извращенной патерналистской врачебной позиции, но в весьма циничной форме. Именно в области психиатрии концепция защиты и гарантий прав человека осмыслена в нашем обществе раньше и глубже, чем это предстоит сделать в других областях. В психиатрии древнегреческий принцип врачевания «не навреди» особенно актуален. Источниками потенциального

ущерба, связанного с психиатрической практикой, может быть *принуждение*, выступающее как в виде безобидных ситуаций недобровольного освидетельствования психиатром до принудительного введения лекарств; *социальные ограничения и запросы*, касающиеся допуска лиц с психиатрическими расстройствами к отдельным видам деятельности; *отчуждение* (стигматизация), выражающееся в фактическом исключении пациента из многообразных социальных отношений; *собственно моральный вред*, причиняемый пациентом медицинским персоналом (нарушение правил конфиденциальности, неприкосновенности частной жизни, добровольного информированного согласия на осуществление медицинских вмешательств и т.п.); *вред, сопутствующий применению агрессивных методов лечения* (применение высоких доз психотропных средств, методов психирургии — операций на головном мозгу, электрошоковой терапии)<sup>1</sup>. Этические проблемы психиатрии обнаруживают себя как на уровне постановки диагноза, так и при лечении пациента, у которого нарушены привычные нормы взаимодействия с социумом, который изначально несет в себе марально-психологическую нагрузку из-за своей болезни, к которому могут быть применены недобровольные меры или даже насилие в тяжелых случаях. Отсюда сложность дилеммы — защита прав, достоинств и интересов больного, с одной стороны, и безопасность окружающих — с другой.

В современной психиатрии происходит не только антропологический и этический поворот к человеку, сопровождающийся переосмыслением правового и нравственного статуса душевнобольного пациента, гарантий механизмов и защиты его прав и достоинств, личностной автономии, но и в контексте синергетического подхода переосмысливается традиционная модель одномерного подхода к постановке диагноза и лечению больных.

Подобно многим медицинским дисциплинам, психиатрия на современном этапе демонстрирует обращение к идеям *синергетики* — молодой науки о самоорганизующихся системах, важнейшими характеристиками которых является их *нелинейность, открытость, необратимость, стохастичность, наличие большого числа подсистем*. Обновление современной науки, ее открытость, отход от концепции жесткого детерминизма и не-

---

<sup>1</sup> Биоэтика. Вопросы и ответы / сост. Б.Г. Юдин, П.Д. Тищенко. М., 2005. С. 29.

зависимого субъекта, господствующего над миром, фиксация необратимости, вероятности, «свободы выбора», альтернативы и случайности обогащают и трансформируют понимание различных проблем медицины, способствуя критическому переосмыслению традиционных подходов в ряде ее областей. Так, кризис советской клинической психиатрии, как отмечают некоторые исследователи, во многом объясняется «пристрастием» к линейному принципу, согласно которому каждая (психическая) болезнь должна включать единые причины, проявления, течение, исход и анатомические изменения (т.е. одна причина дает одинаковый эффект). Такая жесткость в постановке клинического диагноза, как свидетельствует современная медицина, ничем не оправдана, ибо нельзя не учитывать тот фактор, что как неповторимы физические и духовные свойства отдельных индивидов, так индивидуальны проявления и течение болезни у отдельных больных.

Аргументация на основе «непогрешимого», «объективного», «непредвзятого» клинического метода, изложения «без личного толкования» является несостоятельной не только с логической точки зрения, демонстрируя неадекватность претензий клинического метода на индуктивное выведение законов, ибо в данном случае, как справедливо указывает система постановки клинического диагноза, представляет собой не что иное, как суждение по аналогии, или индуктивное доказательство, когда на основе повторяемости симптомов и синдромов конструируется представление о законе (нозологической форме), но и в морально-психологическом плане. При таком подходе лечение адресуется не личности, как декларируется клинической психиатрией, а болезни, т.е. лечится «болезнь, а не больной».

Отход от однолинейности и жесткости, обращение к теориям случайных процессов, диссипативных структур приведет, как считают некоторые специалисты, к обновлению психиатрии, ибо понятие болезни будет вероятностным, а ее возникновение в ряде случаев — принципиально непредсказуемым. В психиатрии появится свобода воли в ее термодинамическом выражении, что повлечет за собой и изменение суждения о «норме» и болезни, к размыванию границы между нормой и болезнью, широким спектром адаптационных реакций, а суждение о нормальном будет изменяться вместе с обществом и в зависимости от модели медицины.

## 5.2. Этическое и правовое регулирование в психиатрии

В силу сложной профессиональной роли психиатр в современном обществе должен принимать решения по довольно широкому кругу этических вопросов. Часть этих вопросов являются легко решаемыми. Однако большинство этических проблем слишком сложны, чтобы быстро принимать однозначные решения. Психиатру сложно следовать правилам этики по объективным причинам. Трудно соблюдать стандарты установленного поведения в огромном разнообразии ситуаций диагностики и лечения психических расстройств. Врач нередко попадает в этически противоречивые ситуации, когда, придерживаясь требований одной нормы, он нарушает другую. Таким образом, в случае любого выбора не соблюдается кодекс этики. Вообще этические дилеммы в значительно большей мере, чем прямые нарушения кодекса этики, помогают понять ограниченность этических кодексов при решении возникающих проблем. Например, в работе с пациентами, имеющими суицидальные намерения, трудно полностью придерживаться принципа автономии. Если стараться обеспечить безопасность пациента, то трудно не нарушить его автономию, право на свободное самоопределение, а, следовательно, не посягнуть на его личностное достоинство и ценности. С другой стороны, если ничего не делать и охранять автономию пациента, возникнет угроза его благополучию и даже жизни. В приведенном примере принципу благодеяния все же отдается предпочтение перед принципом автономии личности.

Повышенный интерес к вопросам этики в психиатрии может быть объяснен несколькими факторами. Потребители медицинских услуг стали более активной в социальном отношении группой, произошел постепенный переход от патерналистской модели отношения «врач – пациент» к партнерской модели. Врач уже не вызывает безусловного доверия к себе, поэтому нет и безоговорочного принятия всех предлагаемых им методов. Еще одним источником для повышения интереса психиатров к этой области является антипсихиатрическое движение. Психиатры были вынуждены подвергнуть более глубокому рассмотрению критерии диагностики психических расстройств, противоречия между лояльным отношением к своим пациентам и другим членам общества, трудности определения опасности пациента, способность пациента прини-

мать решения. Массовые злоупотребления психиатрией, которые имели место в некоторых странах привели к очень тяжелым последствиям.

Этические решения в психиатрии играют гораздо большую роль, чем в других медицинских дисциплинах. Такая специфика деятельности психиатров обусловлена следующими особенностями их работы:

- никто, кроме психиатров не сталкивается с необходимостью оценивать состояние психики человека с целью вынесения заключения о лишении пациента свободы ради его безопасности;

- границы деятельности психиатра размыты; нет четких ориентиров, где начинаются его обязанности и где они заканчиваются;

- до настоящего времени нет единого понимания, что представляет собой психическое расстройство.

Напомним, что первым документом, в котором освещались этические вопросы деятельности врача, была клятва Гиппократата, причем психические расстройства в ней не упоминаются. Римское право содержало ряд положений, предусматривавших попечительство над собственностью недееспособных лиц и другие ограничения в правах. Психическое заболевание рассматривалось как облегчающее обстоятельство при определении наказания преступников. В методах лечения того времени преобладали приемы, ограничивавшие свободу человека. Вопрос о применении всех методов лечения решался исключительно врачом, сам пациент и его родственники не имели при этом права голоса. Средневековье не выработало медицинского подхода к психическим расстройствам, и поэтому решающее влияние на характер отношения к психически больным оказывала религия. В исламе отношение к больным было гуманным, так как пророк Магомет утверждал, что душевнобольные являются любимцами Бога. В иудаизме больные считались жертвами болезни. В христианстве единое общепринятое отношение к больным отсутствовало, например, в отдельных католических регионах Европы больные считались еретиками и ведьмами и подвергались жестокому преследованиям. В конце эпохи Средневековья появились первые лечебницы для психически больных, в основном при монастырях. В православии отношение к психически больным было всегда гуманным.

Французская и Американская революции сделали популярными идеи борьбы за равенство. Психические болезни стали относиться к следствиям неправильной организации общества, отсюда предполагалось, что лечение должно принять социальные формы. В середине XIX в. были созданы первые этические кодексы для врачей, их приняли как внутренние правила поведения. В 1849 г. известный психолог *Вортингтон Хукер* опубликовал первую работу по изучению медицинской этики, где затрагивались этические вопросы лечения психически больных.

Важным фактором повышения интереса к психиатрической этике, стала судьба психически больных в нацистской Германии. В 1933 г. там был принят закон о стерилизации психически больных, а в 1939–1945 гг. произошло массовое уничтожение. В результате этой кампании было убито около 90 000 больных. В 1948 г. была принята Женевская декларация, а через год Международный кодекс медицинской этики. В 1977 г. Всемирная психиатрическая ассоциация приняла *Гавайскую декларацию* – первый этический кодекс, который был разработан специально для психиатрии. Многие психиатрические ассоциации имеют собственные этические кодексы, регламентирующие поведение врачей-психиатров. Существуют различные формы санкций за нарушение этического кодекса, вплоть до запрета медицинской практики.

*Недобровольная госпитализация* является одной из самых сложных проблем при оказании психиатрической помощи и представляет собой *недобровольное лечение*. Недобровольная госпитализация имеет место в отношении лиц с глубокими психическими расстройствами, серьезно нарушающими способность суждения, оценку реальности и поведение. Согласно Закону Республики Беларусь «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», недобровольная госпитализация (без согласия больного) производится по решению врача-психиатра, если больной по своему психическому состоянию представляет непосредственную опасность для себя или окружающих (агрессия, суицидальные намерения, невозможность удовлетворения основных жизненных потребностей). В стационаре это решение должно быть подтверждено (или отменено – тогда больной подлежит немедленной выписке) комиссией врачей-психиатров. После подтверждения в течение первых суток пребывания в стационаре обоснованности недобровольной госпитализации заключение комиссии

врачей направляется в суд по месту жительства больного. Суд принимает окончательное решение об обоснованности принудительной госпитализации. Большинство психиатров считает, что критерий непосредственной опасности не может быть единственным основанием недобровольной госпитализации душевнобольных. Если исходить только из этого критерия, мы оставляем без лечения многочисленную группу больных, которые в силу имеющихся у них психических расстройств не сознают необходимости лечения, но при этом могут быть крайне дезадаптированы в социальной среде, утратив способность самостоятельно удовлетворять свои основные жизненные потребности.

*Конфиденциальность* [55] в психиатрии – обязанность каждого психиатра использовать информацию о пациенте только в профессиональных целях. Психиатр не вправе распространять сведения о пациенте с другими намерениями. Это касается и самого факта обращения за помощью. Сведения о пациентах (записи врача, истории болезни) должны храниться в недоступных для посторонних местах. Если врач считает, что необходимо поделиться полученными от пациента сведениями с его родителями, учителями, супругом, неизбежна дилемма. О своих намерениях врач обязан поставить пациента в известность. Если пациент не возражает, то вопрос конфиденциальности из этического превращается в профессиональный (степень раскрытия информации, чтобы это не повредило пациенту).

Врач должен ознакомить пациента с обстоятельствами, при которых профессиональная тайна не соблюдается. Конфиденциальность, как будет указано ниже, нельзя возвести в абсолютный принцип. Чаще всего приходится говорить о ее границах. Среди наиболее часто указываемых обстоятельств, при которых действие правил конфиденциальности может быть ограничено, следующие:

- повышенный риск для жизни пациента или других людей (опасность самоубийства, агрессивных действий);
- преступные действия (насилие, развращение, инцест и др.), совершаемые над несовершеннолетними;
- необходимость госпитализации пациента из-за тяжести психического состояния;
- участие пациента в тяжких преступлениях.

Выяснив во время лечения, что пациент представляет для кого-то серьезную угрозу, врач обязан принять меры для защи-

ты потенциальной жертвы и проинформировать об опасности ее и правоохранительные органы. Врач также должен сообщить пациенту о своих намерениях. По выражению специалистов в области медицинской этики «приоритет конфиденциальности кончается там, где кому-то угрожает опасность».

Особую проблему представляет собой использование информации о пациентах в процессе обучения студентов и врачей, а также в научных публикациях. В этом случае необходимо согласие пациента на использование такой информации.

*Принцип информированного согласия* является сквозным для биоэтики в целом. В психиатрии получение согласия больного на любое вмешательство в сферу его здоровья (госпитализация, назначение исследований или каких-то средств лечения) имеет следующие аспекты:

- получение в доступной для него форме и с учетом его психического состояния информации о характере имеющихся у него психических расстройств;
- предварительное согласие перед началом лечения (за исключением случаев, предусмотренных в законодательстве);
- право пациента на отказ от лечения (за исключением случаев, предусмотренных в законодательстве).

Согласие пациента должно быть добровольным и осознанным, т.е., полученным без угроз, насилия и обмана; согласие может быть отозвано. Отказ от медицинской процедуры не может влиять на положение больного и его взаимоотношения с медперсоналом.

*К специфическим вопросам психиатрической этики* прежде всего относится запрет на двойные отношения. Недопустимо лечение родственников, друзей, сотрудников, обучающихся студентов; недопустимы сексуальные контакты с пациентами.

Сексуальные отношения врача с пациентами неприемлемы ни этически, ни профессионально. Пациент намного более уязвим, чем врач, так как раскрывает ему свои чувства, фантазии, тайны, желания, в том числе и сексуального характера. Иногда пациент идеализирует врача и ему хочется близких отношений с таким глубоко понимающим его человеком.

*Патерналистская модель*, как модель взаимоотношений врача психиатра и пациента, основывается на нескольких предпосылках:

- здоровье и жизнь человека являются, безусловно, приоритетными ценностями;

- этическая позиция врача однозначно выражается древней максимой («Благо больного — высший закон»);
- почти всю полноту ответственности за принятие клинических решений врач берет на себя.

*Непатерналистская модель* взаимоотношений врача и пациента исходит из приоритета автономии пациента. Принципом такого подхода является категория прав пациента. В литературе ведутся дискуссии по поводу «специфического ограничения» правоспособности душевнобольных, когда пациент может быть признан сохранившим другие гражданские права, но одновременно — утратить право отказа от лечения. Дело в том, что у некоторых больных возможны преимущественные нарушения способности оценивать риск исследований и пользу лечения, а также способности правильно судить о болезни (отрицание пациентом болезни в целом или конкретных болезненных расстройств).

Основной проблемой при проведении *исследований на пациентах с психическими расстройствами* является получение у них информированного согласия. Лечебное учреждение может повлиять на их способность делать свой выбор самостоятельно, поскольку желание выписаться из больницы заставляет человека участвовать в исследовании. Сам по себе факт психического расстройства не лишает пациентов способности к принятию компетентного и добровольного решения. Даже те, кто имеет диагноз психических нарушений, вполне могут осмыслить свое участие в исследовании и, соответственно, либо согласиться, либо отказаться от него.

Находящиеся в психиатрическом стационаре больные могут эмоционально привязаться к медперсоналу и слишком легко согласиться на участие в эксперименте или поддаваться скрытому (открытому) давлению из опасения, что их оставят без надлежащего досмотра.

Если пациент признан недееспособными, согласие на привлечение к исследованиям получают у опекуна. Сложнее ситуация с пациентами, которые не признаны недееспособными, однако не могут дать информированное согласие в силу тяжести психического состояния. К таким пациентам относятся больные с деменцией (например, болезнью Альцгеймера), тяжелой депрессией, острыми шизофреническими психозами и некоторыми другими психическими расстройствами. Поскольку не существует общепринятого критерия определения дееспособности при получении согласия на участие в исследо-

вании (для лиц с неопределенным или меняющимся психическим статусом), определяющую роль в этом случае играет этический комитет.

### 5.3. Философско-этические основания современных технологий нейролингвистического программирования

Развитие методов и технологий воздействия на человеческую психику, стремление разработать механизмы манипуляции человеческим сознанием ставят перед биоэтикой новые задачи по этической экспертизе подобных подходов. Рассмотрим сущность одной из таких технологий – *нейролингвистическое программирование*. Попытки выработать модель успешной психотерапии привели в 1973 г. лингвиста *Джона Гриндера* и программиста *Ричарда Бендлера* к рождению нового междисциплинарного направления – нейролингвистическое моделирование (НЛП)<sup>1</sup>. Занимаясь трансформационной грамматикой, методами изменения текста и его воздействия на человека, Дж. Гриндер, как лингвист, проанализировал словесные приемы, которые использовались при выдаче инструкций другому человеку, а Р. Бендлер, как математик, все это представил в виде технологий, т.е. алгоритмов, процедур. На основе этих подходов и оформилось нейролингвистическое программирование. В настоящее время, как указывают специалисты, нейролингвистическое программирование часто применяется для подготовки спецслужб и спецподразделений в американской армии. Уникальные возможности нейролингвистического программирования используются в самых различных сферах человеческой деятельности (терапии, спорте, бизнесе).

Эффективные приемы общения на основе методик нейролингвистического программирования позволяют быстрее добиваться взаимопонимания с окружающими, активизировать умственные способности (нейро), совершенно особым образом использовать *язык* (лингвистическое) для достижения своих целей, и, наконец, научиться управлять состоянием своего разума, своей *психики*, приводить свои убеждения и ценности *в соответствие с желаемыми результатами* (программирова-

---

<sup>1</sup> *Bandler Richard. Frogs into Princes, pie Press / Richard Bandler, John Grinder. 1979; их же: Refraining / 1982.*

ние). Основную проблематику нейролингвистического программирования, таким образом, составляет межличностное общение, «восприятие» и путь к совершенствованию.

С методологической точки зрения нейролингвистическое программирование опирается на структурированный подход к человеческому мышлению и поведению, к тому, что некоторые авторы называют структурой человеческих переживаний. Неслучайно нейролингвистическое программирование определяют как «искусство и науку совершенствования личности», или «изучение субъективных переживаний». От других методологий нейролингвистическое программирование отличает практический результативный подход, способствующий быстрым переменам в поведении и личным достижениям в медицине, образовании, спорте, коммерческой деятельности, управлении персоналом и взаимоотношениях с клиентами, заключениях договоров и т.п.

В нейролингвистическом программировании субъективные переживания описываются с помощью простых моделей того, как мы думаем и то, о чем мы думаем, влияет на наши поступки. Нейролингвистическое программирование показывает, как воспринимаемое нами при помощи органов чувств, превращается в понимание. С точки зрения выявления механизмов объяснения, нейролингвистическое программирование показывает, как с помощью пяти органов чувств сигналы внешнего мира приобретают содержание, приводят к пониманию и вызывают переживания.

*Философским основанием*, на котором выстраивается концептуальная модель нейролингвистического программирования, является адекватное *соотношение мысли и поступка*, которое можно выразить следующей фразой: «Меняя свои мысли, вы начинаете вести себя по-другому и добиваетесь иных результатов». Вспомним в этом плане хорошо известные мудрые изречения, в которых в принципе были зафиксированы подобные особенности, свойственные мировосприятию человека. Уже Сократ полностью переосмыслил стандартное изречение, высеченное на колонне при входе в храм Аполлона в Дельфах: «Познай самого себя». Именно самопознание, с этой точки зрения, представляет собой единственный путь к достижению счастья, поскольку «добродетель есть знание», т.е. познай, кто ты есть, и стань таким.

Известные библейские истины — «Сначала было слово», «Каковы мысли в душе человека, таков и он» — так же схваты-

вают синхронное отношение между мыслями и поступками людей. В этом же контексте знаменитое декартовское «Мыслю — следовательно существую» приобретает еще больший философский смысл. В рамках же технологически-прагматического подхода нейролингвистическое программирование предлагает несколько простых приемов, помогающих изменить наш *образ мышления* (частица «нейро» в названии «нейролингвистическое программирование»), в соответствии с чем неизбежно меняется и *наше поведение*. Мысли становятся тем или иным результатом, исходом, достижением, успехом или неудачей. Наши мысли, то, о чем мы думаем больше всего, затем превращаются в наши поступки, влекущие за собой соответствующие перемены.

Непреодолимая субъективность, уникальность и неповторимость человеческого Я, его субъективные переживания принимаются в нейролингвистическом программировании как факт, каждый из нас воспринимает мир, в котором живет, особым, субъективно-личностным образом в соответствии со своими убеждениями, ценностями, настроениями. Отдавая дань существованию этой таинственной и неповторимой субъективности, нейролингвистическое программирование осознанно и рационально ставит перед собой задачу выявить ту структуру, которая наделяет смыслом саму субъективность, проникнуть в «черный ящик» нашего сознания, разобраться все же в субъективных переживаниях, чтобы помочь их обладателю справляться с тем, чем он занимается, т.е. овладеть *технологией* совершенствования беспредельных потенциальных возможностей человека. С этих позиций становится возможным моделировать успех, использовать стратегию успеха, говоря по-другому, успех это то, что можно моделировать. *Моделирование* нейролингвистического программирования означает процесс выявления последовательности идей и поступков, которые дают возможность другому человеку выполнить ту или иную задачу.

Теория и практика нейролингвистического программирования, несомненно, помогает установить личные взаимоотношения и улучшить их; развить дар убеждения; прийти к позитивному мировосприятию; повысить уровень самооценки; преодолеть последствия негативных переживаний прошлого; сосредоточиться на намеченных целях и направить все силы на их достижение; управлять своими ощущениями; верить в

---

<sup>1</sup> Горин С. Техники россыпью / С. Горин. М., 2000.

свои силы в любых начинаниях; достигать взаимопонимания с клиентами, заказчиками и коллегами<sup>1</sup>. Эффективные и апробированные средства общения между людьми, практические способы изменения мышления и поведения, предлагаемые нейролингвистического программирования, делают эту область «искусством и наукой совершенствования личности». Как и большинство современных научных дисциплин нейролингвистического программирования сегодня нуждается в философско-этическом переосмыслении. Может ли эта новая наука быть ценностно-нейтральной? Будут ли ее постулаты обращены на совершенствование или самосовершенствование личности, чтобы человек мог творить свои субъективные переживания, а значит и будущее, или возможно использование принципов нейролингвистического программирования для манипуляций нашим сознанием, нашими ценностями и убеждениями для достижения желаемых кем-то целей? Эти фундаментальные вопросы стоят сегодня не только перед биоэтикой, но и в целом перед современной наукой.

#### 5.4. Этико-деонтологические принципы в онкологии

В настоящее время в мировой биомедицинской практике все большее внимание уделяется вопросам биоэтики в онкологии. *Биоэтика в онкологии*, несомненно, опирается на такие принципы как автономия, непричинение вреда, благодеяние, справедливость. Этические стандарты поведения врача онколога отражается в деонтологии, имеющей особое значение в онкологии. Серьезность прогноза заболевания, возможность появления рецидивов и метастазов, при, казалось бы, полном излечении, обязывают к длительному и систематическому контакту больного с врачом, иногда на всю жизнь. Общение с онкологическим больным без соблюдения принципов деонтологии недопустимо. Ситуации, с которыми встречается врач в практической работе, настолько многообразны, что привести подходящие к каждому случаю деонтологические правила невозможно. Поэтому в каждом конкретном случае врачу необходимо самостоятельно находить оптимальное решение.

Вопросам онкологической деонтологии уделено много внимания, начиная с основополагающих книг хирургов-онкологов *Н.Н. Петрова* «Вопросы хирургической деонтологии» (1945) и *Н.Н. Блохина* «Деонтология в онкологии» (1977).

Н.Н. Петров определяет понятие деонтология как «учение о принципах поведения медицинского персонала с целью достижения максимальной эффективности лечения и устранения вредных последствий неполноценной медицинской работы».

Хирург писал: «Основная задача всякой медицинской деонтологии лежит в том, чтобы постоянно напоминать медицинским работникам, что медицина должна служить пользе больных людей, а не больные люди — пользе медицины. На первый взгляд, такие напоминания просто излишни — до такой степени дело ясно само собой. Однако опыт показывает, что подобные напоминания важны не только в медицине, но и во всех отраслях человеческой деятельности, ибо любые специалисты слишком легко и часто переоценивают роль своей специальности, забывая тех, кому она должна служить».

В свою очередь, Н.Н. Блохин в своей книге изложил взгляды на нормы этики для медработников в области онкологии: «В медицинском коллективе следует завести такой порядок, чтобы все разговоры о больном с ним самим и его близкими родственниками вел только врач», и на информированность пациентов в зависимости от настроения и психологии больного: «...в отношениях врача и больного никогда не должно быть шаблонов и обязательное сообщение больному всей правды о его болезни столь же неоправданно, как и обязательное сообщение правды».

Уже в 90-е гг. XX в. за полную информированность онкологических больных относительно диагноза и возможного прогноза течения заболевания выступал академик *Н.Н. Трапезников*. К этому времени, благодаря научно-техническому прогрессу, онкология шагнула вперед и диагноз «рак» перестал быть синонимом быстрой и мучительной смерти, а также появились соответствующие законы на государственном уровне. Н.Н. Трапезников пропагандировал освещение заслуг в онкологии через средства массовой информации.

*Основные принципы онкологической деонтологии.* Онкология — особая область медицины, где одинаково важны как высокая специальная подготовка медперсонала, так и умение контактировать с больным. Нарушение этого единства приводит к тяжелым последствиям.

Основной принцип онкологической деонтологии можно кратко сформулировать так: «Оптimum диагностических процедур и лечебной помощи при максимальном щажении психики больного».

Принцип подразделяется на 2 основных положения, которые определяют тактику врача по отношению к онкологическому больному:

- оптимальное использование диагностических процедур и лечебной помощи должно сочетаться с бережным отношением к психике больного;
- каждый онкологический больной подлежит лечению.

Не имеет смысла добиваться морфологической верификации диагноза у больных, которым из-за тяжелого состояния не может быть оказана лечебная помощь. Следует отказаться от использования сложных современных методов исследования, если точный диагноз может быть установлен с помощью более простых приемов. Это позволяет сократить время обследования больного, быстрее начать проведение специального противоопухолевого лечения.

Начиная с обследования, онкологические больные находятся в подавленном состоянии. У них наблюдается эмоциональный стресс, проявляющийся выраженными признаками тревоги и депрессии, а нередко и необоснованной агрессии по отношению к медперсоналу. В таком случае возможны неадекватные реакции: отказ от лечения и даже суицидальные попытки. Задача врача — успокоить больного и психологически подготовить к предстоящему лечению, внушив ему веру в излечимость заболевания. При этом сообщать больному с сомнительным исходом заболевания о наличии у него злокачественной опухоли не следует. Чем больше пациент настаивает, чтобы ему открыли правду, тем больше он ее боится. Исключение может быть сделано лишь при недооценке больным серьезности положения и отказе от обследования и лечения. Онкологических больных мучает целый ряд негативных эмоций: страх, тревога и, как следствие, психосоматические расстройства — депрессии и мании, с которыми опытный врач может справиться, зная о фазах психологической переработки ситуации в поведении больных злокачественными опухолями и умея определить тип высшей нервной деятельности пациента.

*Типы высшей нервной деятельности и реакция онкологических больных.* Реакция онкологических больных в процессе обследования и лечения зависит «от типа высшей нервной деятельности, как совокупности индивидуальных особенностей силы, уравновешенности и подвижности основных нервных процессов» (И.П. Павлов).

*Сангвиник*, будучи оптимистом, понимает необходимость и легко переносит диагностические и лечебные процедуры, как правило, верит в успех лечения.

*Флегматик* стеснителен, мало жалуется, не любит задавать вопросов, не углубляется в результаты обследования. Он дисциплинирован, с уважением относится к рекомендациям врача. Необходимость обследования и лечения принимает без возражений. С сангвиниками и флегматиками врачу разговаривать нетрудно, тем не менее, говорить им о наличии злокачественной опухоли без особой необходимости не следует. Гораздо сложнее беседа с людьми холерического или меланхолического темперамента.

*Холерик* бурно реагирует, но легко переходит от энергичных действий к подавленному состоянию. Принимает быстрые решения. Может сразу категорически отказаться от обследования и лечения или наоборот требовать ускоренного производства назначенных процедур. Обычно это не очень дисциплинированный больной, который часто не верит в возможное излечение и может вести себя агрессивно по отношению к врачу и другому медицинскому персоналу. В разговоре с таким больным врач должен проявить особое внимание, сохранить полное спокойствие и рассудительность. Больной должен почувствовать хорошее, доброжелательное отношение врача, понять, что врач от души старается помочь ему.

*Меланхолик* как мнительный человек, часто обладает поверхностными сведениями негативного характера о злокачественных опухолях. Он стремится выяснить результаты каждого исследования, акцентирует внимание и дает неправильное толкование любым отклонениям от нормы. Предположение о злокачественной опухоли вызывает у него паническое состояние, в возможность излечения он не верит. В процессе разговора он внимательно следит за мимикой врача, ловит каждое слово, отыскивая в нем опасное подтверждение своих предположений. Такому больному ни в коем случае нельзя говорить о наличии злокачественной опухоли. Его нужно вызвать на доверительный разговор, в процессе которого врач должен спокойным, уверенным тоном разъяснить больному ошибочность его представлений. Больного следует убедить в том, что направление на консультацию к онкологу продиктовано необходимостью уточнения степени опасности имеющейся у него язвы, уплотнения или затемнения, с целью исключения злокачественного новообразования. Характер предстоящего лечения

обсуждать не следует. Если больной прямо ставит об этом вопрос, нужно сказать, что выбор метода лечения будет сделан в зависимости от результатов обследования в стационаре. Взаимоотношения врача с онкологическим больным должны строиться на основе сочувствия и внимания. Задачи, стоящие перед врачом, меняются в зависимости от категории больных.

По мнению известного психиатра Э. Кюблер-Росса в поведении больных со злокачественными опухолями, выделяются следующие фазы психологической переработки ситуации: нежелание знать правду — гнев; возмущение — «делка с судьбой» — депрессия — смирение — новая надежда.

В каждой фазе имеются свои особенности проведения психотерапии и выбор адекватной методики. Со стороны психотерапевта требуется продуманный индивидуальный личностный подход к больному, учитывая все вышеперечисленные факторы.

Одним из самых актуальных вопросов онкологической деонтологии, который дебатировался до сих пор: «Должен ли больной знать о своем диагнозе?»

Для каждого врача проблема информирования обреченного больного — это тяжелейший моральный выбор. Специалист по врачебной этике может здесь только посоветовать врачу «взвешивать» все «за» и «против», когда он выбирает традиционную, классическую этическую тактику сокрытия правды или же современный подход полной правдивости.

В упомянутой книге «Деонтология в онкологии» академик Н.Н. Блохин уделяет внимание такому злу, как обращение онкологических больных к знахарям, «целителям» (альтернативной медицине), из-за чего упускается драгоценное время и уменьшаются шансы на успешное лечение. Со времени выхода книги в 1977 г., информированность населения по вопросам онкологии несколько выросла. В то же время проблема эта остается не менее острой: больные и их родственники по-прежнему беззащитны перед публикациями в СМИ о «чудодейственных» средствах лечения рака.

Сегодня благодаря Интернету пациенты могут самостоятельно получать самую разную научную (и не научную) информацию о возможностях лечения онкологических заболеваний, поэтому уже одно это обстоятельство требует все чаще использовать не традиционную, патерналистскую, а *партнерскую модель работы с пациентом* и посвящать пациента в некоторые медицинские детали.

Интернет является таким мощным и неконтролируемым каналом распространения идей альтернативной медицины, о котором академик Н.Н. Блохин даже не имел представления.

В отношениях медперсонала и больного не должно быть шаблона, обязательное сообщение пациенту всей истины о его болезни неоправданно, как и тотальная дезинформация. А это значит, что врач должен освоить теорию и практику психологии, знать эту непростую науку не как дилетант, а профессионально.

*Деонтологический подход к больным, обследуемым в связи с подозрением на злокачественную опухоль.* При подозрении на злокачественную опухоль возможны различные ситуации. В одних случаях, предположение о заболевании и необходимость обследования в онкологическом учреждении возникает при сохранении у больного стойких симптомов какого-либо заболевания, в других случаях – подозрение на рак возникает случайно при профилактическом осмотре человека, который чувствует себя хорошо и не предъявляет жалобы. Для таких людей направление к онкологу является неожиданным и непонятным. Им следует объяснить, что при обследовании обнаружен инфильтрат, полип или язва, которые могут оказаться предопухолевыми, в связи с чем необходима консультация онколога. Как правило такая формулировка удовлетворяет большинство пациентов, после чего вопрос о госпитализации (для обследования и решения вопроса о необходимости специального лечения) не вызывает негативной реакции. Довольно часто имеет место ситуация, когда мысль о заболевании пациента злокачественной опухолью возникает у врача при безуспешной терапии либо появления симптомов, характерных для различных злокачественных опухолей. В данной ситуации от врача требуется максимальная концентрация врачебного опыта, выдержки для поисков оптимального для больного выхода из сложившейся ситуации.

Этап обследования больного в связи с подозрением на наличие злокачественной опухоли является очень важным, так как в результате у врача формируется модель психической сферы больного.

*Деонтологический подход к больным, подлежащим специальному лечению.* Важнейшая задача, которая стоит перед врачом на этом этапе – направить больного в онкологическое учреждение и психологически подготовить его к мысли о возможности операции или другого специального лечения. Система убеждений может быть построена по такому же принципу, что

и при подозрении на наличие у больного злокачественной опухоли, но в дополнение к этому следует остановиться на возможности специального противоопухолевого лечения. Говорить об этом как о бесспорном факте нецелесообразно, так как из-за распространенности процесса или сопутствующих заболеваний такое лечение в специализированном учреждении может быть отвергнуто. Лучше ориентировать больного на то, что окончательное решение о выборе метода лечения будет принято специалистом после дополнительного обследования. Гуманный афоризм «врач должен обходиться с каждым больным так, как он хотел бы, чтобы обходились с ним самим» в онкологии иногда становится психологически опасным. На практике встречаются случаи, когда врач в силу недостаточной подготовки или случайно приобретенного отрицательного личного опыта негативно относится к тому или иному виду специального лечения злокачественной опухоли. Нельзя, чтобы эта отрицательная установка на специальное лечение вольно или невольно индуцировалась больному.

Больные порой отказываются от лечения. Причины отказа *от лечения* обосновываются по-разному, однако среди них можно выделить наиболее типичные.

1. *Страх перед предстоящим лечением.* Врачу крайне важно знать причину страха. У некоторых больных боязнь за исход операции может быть обусловлена сопутствующими или перенесенными заболеваниями. Игнорировать такие опасения нельзя. Преодоление негативной реакции больного может занять значительное время и при этом время для возможного радикального лечения будет упущено. Лицам с повышенной возбудимостью целесообразно назначить седативную терапию. Больному следует разъяснить, что в специализированном стационаре перед решением вопроса об операции ему проведут соответствующее лечение, которое обеспечит безопасность оперативного вмешательства. Больные часто отказываются от калечащих операций с удалением конечности, молочной железы и др. Их пугает последующее неполноценное существование. Такие переживания создают крайне сложную деонтологическую обстановку для врача. Хирург, стараясь не раскрывать истинного характера заболевания, должен убедить больного в необходимости оперативного вмешательства. Наряду с этим следует максимально смягчить тревогу больного по поводу дальнейшего существования, а также насколько возможно выполнить пластику, протезирование во время или после

оперативного вмешательства по поводу злокачественной опухоли, физическую и психологическую реабилитацию в послеоперационном периоде. Порой пациента удается убедить в необходимости сохранения жизни и здоровья для блага семьи, в других случаях решающим оказывается объяснение характера возможной выполняемой работы после проведения оперативного вмешательства, или разъяснение, каким путем можно скрыть от окружающих имеющийся дефект.

2. *Неверие больного в возможность излечения.* Такое состояние чаще бывает у людей, узнавших о наличии злокачественной опухоли и считающих эту болезнь неизлечимой. Это мнение основывается на случайных наблюдениях. Подобные больные, как правило, находятся в подавленном состоянии. С ними должна быть проведена спокойная разъяснительная беседа, имеющая большое психотерапевтическое значение, в процессе которой нужно убедить больного, что окончательный диагноз будет установлен только после морфологического исследования препарата и если будет обнаружена злокачественная опухоль, то она, безусловно, окажется в ранней стадии, когда она может быть радикально излечена. В то же время отказ от лечения и потеря времени приведут к распространению процесса и тогда возможность излечения крайне сомнительна.

3. *Представление о возможности излечиться травами или домашними, нередко ядовитыми средствами.* Вылечить злокачественную опухоль народными средствами нельзя. Об этом свидетельствуют научные исследования и многолетний опыт лечения злокачественных опухолей. Мощным и неконтролируемым каналом распространения идей альтернативной медицины является Интернет.

Нередко наблюдаются конфликты между лечащим врачом и пациентом, когда пациент убежден в том, что существует «чудодейственное» средство альтернативной медицины, и это становится преградой к согласию на научно обоснованное лечение, которое к тому же имеет серьезные побочные действия.

4. *Реакция отрицания,* при которой больной в связи с хорошим самочувствием не верит в необходимость лечения. Таким больным нужно разъяснить серьезность положения, подчеркнув, что заболевание будет прогрессировать, и объяснить, что риск операции намного меньше, чем опасность самой болезни. В данном случае нужно следовать указанию Н.Н. Петрова (1945) о том, что «... диагноз «рак» следует сообщать больному не в виде достоверности, а в виде серьезного предположения

и только в том случае, если все же не удастся побудить его подвергнуться необходимому лечению». В такой ситуации следует привести доказательства, что опухоль выявлена в ранней, вполне излечимой стадии.

*Деонтологический подход к больным, уже проходившим радикальное лечение по поводу злокачественных опухолей.* В процессе лечения таким больным становится известен истинный диагноз. После выписки из стационара у них нередко наблюдается астеническое состояние, чувство тревоги, подавленности, повышенной мнительности. Излечение от злокачественной опухоли не излечивает от страха перед ней. Повышенная мнительность ведет к тому, что всякое нарушение самочувствия человек склонен расценивать как признак прогрессирования опухолевого процесса. Подкожные липомы и фибромы, плотные послеоперационные рубцы, кожные высыпания, даже случайно прощупанный мечевидный отросток грудины трактуются как рецидив заболевания. К предъявляемым больными жалобам нужно относиться очень серьезно. Следует произвести тщательный осмотр, а иногда прибегнуть к консультации специалиста, чтобы не пропустить истинного прогрессирования опухолевого процесса. Подавленное состояние после лечения может привести к появлению синдрома самоизоляции, который проявляется потерей интереса к жизни, ощущением одиночества, затрудненным общением с семьей и окружающими. Иногда синдром самоизоляции бывает настолько сильным, что приводит больного к суицидальным попыткам. Поэтому крайне важно выяснить, есть ли у больного близкие родственники, друзья, которые могут ему помочь после проведенного лечения, это способно победить серьезного спутника болезни — одиночество. Перед специалистом стоит задача добиться, чтобы депрессия уступила место синдрому вытеснения болезни, т.е. чтобы излеченный либо отвергал диагноз злокачественной опухоли, либо перестал придавать ему значение. В этом отношении большую помощь оказывает благоприятная обстановка в семье. Участковый врач должен обсудить с родственниками оптимальную линию поведения в отношениях с онкологическим больным. Они не должны чрезмерно опекать его, но и не упрекать больного в мнительности при наличии жалоб. Это особенно важно в первые месяцы после излечения больного. Следует своевременно и адекватно решить вопрос о трудоустройстве больного. Обычно пациенты после излечения от злокачественной опухоли в течение некоторого

времени нетрудоспособны. Продолжительность нетрудоспособности зависит от характера проведенного лечения и состояния больного. Своевременное разрешение выполнять определенные виды работ нередко оказывает весьма благотворное влияние, убеждая больного в полном излечении.

*Деонтологический подход к больным с запущенными формами злокачественных опухолей.* Принципиальной установкой является положение о том, что инкурабельных онкологических больных не существует. Неэтичный термин «инкурабельный больной» должен быть полностью исключен из врачебного обихода. Больные с запущенными формами злокачественных опухолей подлежат паллиативному или симптоматическому лечению. Его осуществляют врачи широкого профиля по месту жительства больного. План лечения должен быть рекомендован либо согласован с онкологом. При необходимости стационарного лечения больного госпитализируют в стационар по месту жительства. С деонтологических позиций больных с запущенными формами рака можно разделить на следующие категории, требующие различного подхода:

- первичные больные, у которых запущенный опухолевый процесс обнаружен во время обследования в поликлинике. При тяжелом состоянии больного, непереносимости любого вида возможного специального противоопухолевого лечения направление больного в специализированный онкологический стационар бесперспективно. При этом заявление лечащего врача или онколога о том, что нет необходимости в специальном лечении в онкологическом диспансере, больной рассматривает как доказательство, что диагноз рака отвергнут. Перед врачом стоит задача убедить больного в наличии другого, неонкологического заболевания и в том, что назначенное лечение, проводимое достаточно упорно в течение длительную времени, приведет к выздоровлению. Безосновательное направление таких больных в онкологический диспансер является грубым нарушением деонтологических правил. Больной воспринимает это как подтверждение диагноза злокачественной опухоли, а невозможность лечения в диспансере как признак неизлечимости процесса. Однако при компенсированном состоянии больного направление в онкологический стационар обязательно, для более детального дообследования и решения вопроса о возможности проведения специального противоопухолевого лечения;

- больные, у которых запущенный опухолевый процесс установлен после обследования или лечения в стационаре. Таких больных ориентируют на наличие какого-либо неонкологического заболевания. В зависимости от результата проведенного лечения больному говорят, что заболевание либо излечено, либо подлежит дальнейшему лечению по месту жительства. Районный онколог и участковый врач должны знать, как ориентирован больной, и придерживаться той же версии. Это удастся выяснить из справки, выданной на руки больному, при беседе с родственниками или с самим больным. В затруднительных случаях следует связаться с врачом онкологического учреждения, лечившим больного;

- больные с прогрессированием опухолевого процесса после проведенного ранее радикального лечения. В данном случае онколог избирает деонтологически оправданный вариант объяснений, который следует соблюдать участковому врачу.

*Деонтологический подход к родственникам больного злокачественным новообразованием.* С позиций деонтологии очень большое значение имеет контакт с родственниками больного. Врач не имеет права разглашать сведения об онкологическом больном посторонним лицам. Исключение делается лишь для близких родственников и наиболее близких больному людей, в случае отсутствия родственников. Ближайшие родственники должны быть осведомлены об истинной природе заболевания и его прогнозе. Разговор с ними проводится в отсутствие больного. С ними необходимо обсудить либо посоветовать, какой версии следует придерживаться в разговоре с больным. Родственников нужно информировать объективно, но по возможности оставить надежду на благоприятный исход. Это особенно важно в разговоре с людьми, которые отличаются повышенной возбудимостью или сами страдают сопутствующими заболеваниями. Цель, которую преследует врач в беседе с родственниками, зависит от конкретной ситуации. При первичном обнаружении у больного злокачественной опухоли, родственники должны помочь сделать больному правильный выбор — убедить его в необходимости лечения. Задача родственников — создание оптимального микроклимата в семье и внушение больному надежды на благоприятный исход. Родственников часто интересует возможная продолжительность жизни больных с далеко зашедшими формами опухолевого процесса. Указывать, даже ориентировочно, какие-

либо сроки не следует. Конкретный ответ тяжело воспринимается родственниками больного, а естественная ошибка в ту или иную сторону роняет авторитет врача. При общении с родными больного следует помнить и о понятии «канцерофобия». *Канцерофобия* — навязчивое состояние, выражающееся в необоснованном убеждении о наличии злокачественной опухоли. В семьях, где есть (или недавно погиб) онкологический больной — это довольно распространенное явление. Встречается оно чаще у женщин. В других случаях она навеяна сходством имеющихся у больных патологических ощущений или объективных симптомов с известными им признаками злокачественных новообразований. Больные канцерофобией, как правило, находятся в состоянии депрессии, иногда возбуждены, агрессивны. Утверждение врача об отсутствии у них опухоли воспринимают с недоверием, расценивают как признак недостаточной компетенции врача или как намеренно невнимательное отношение. Предположение о наличии канцерофобии возникает, если больные на амбулаторном приеме слишком эмоционально и убежденно утверждают о наличии у них злокачественного новообразования. В таких случаях у врача нередко наблюдается неосознанная негативная реакция. С заключением нужно быть весьма осторожным, так как жалобы больных иногда действительно обусловлены злокачественной опухолью. Бывает, что подобные больные оказываются проницательнее врача и при детальном обследовании у них действительно выявляется злокачественная опухоль либо предопухоловое заболевание. Диагноз «канцерофобия» может быть установлен только после того, как опухоль полностью исключена в результате тщательного обследования. *На обходах и курации онкологических больных* запрещается в палате употреблять специальные медицинские термины, такие как «злокачественная опухоль», «рак», «саркома», «метастазы» и т.д. Вместо них используют мало значащие для больного слова: «заболевание», «органическая патология», «затемнение» или называют то заболевание, на которое ориентировал больного лечащий врач. Больные очень внимательно прислушиваются не только к сообщаемым во время обхода сведениям, но даже к интонации голоса докладывающего. Доклад о больном должен быть кратким, но в то же время четким и ясным. В нем нужно отразить жалобы, основные данные из анамнеза, результаты исследований, подтверждающие диагноз, характер

планируемого или выполненного лечения, течение и особенности послеоперационного периода. Нельзя на обходах заострять внимание на ошибках врачей, допущенных до поступления больного в клинику, выражать сожаление, что больной поздно обратился за помощью, говорить о плохом качестве рентгеновских снимков и т.д. Это так называемый «ложный» авторитет врача, который не добавляет ему ни профессиональных навыков, ни чести, ни уважения со стороны коллег. Все сведения, о которых больной не должен быть информирован, обсуждаются вне палаты. Важно учитывать, что период пребывания в стационаре характеризуется многочисленными влияниями на психику больного со стороны окружающих. Обширный поток информации, нередко отрицательного характера, как со стороны медперсонала, так и со стороны других больных, — может вызвать у больного неуверенность, нервозность, подавленное состояние. Неряшливый внешний вид, мятый и грязный халат, бестактное поведение, громкие разговоры или смех вызывают отрицательные эмоции у больных и препятствуют установлению контакта с ними.

*Деонтологический подход среднего медперсонала к онкологическим больным.* Отдельно следует коснуться темы взаимодействия среднего медицинского персонала с онкологическим больным. Деятельность работающей с онкологическими больными медицинской сестры подразумевает три основных аспекта: выполнение врачебных назначений; совместное с врачом выполнение диагностических и лечебных мероприятий; независимое вмешательство, когда в конкретной ситуации медицинская сестра сама определяет свою тактику в отношении пациента.

Часто пациент обращается к медицинской сестре за информацией, чтобы сопоставить ее со сведениями, полученными ранее у врача. Медицинская сестра должна знать о характере беседы врача с больным и строить свой ответ исходя из этого.

Медсестра должна быть готова взаимодействовать с любой личностью. В этом состоит одно из ее главных профессиональных качеств. Характер мировоззрения формируется социальным окружением личности, ее воспитанием и самовоспитанием. У каждого человека в процессе формирования его личностных качеств складывается индивидуальное представление о здоровье, болезни и факторах, приводящих к ней. Сестринский персонал должен включиться в решение проблем паци-

ента, так как большая часть из них не адаптированы к изменению состояния своего здоровья, а отношение их к собственному состоянию здоровья можно охарактеризовать как чисто эмоциональное.

Пациент переносит свой страх смерти перед прогнозируемой беспомощностью, вызванной болезнью, на медицинское учреждение, медицинского работника. Поэтому медсестре важно расположить к себе пациента, снять в процессе общения с ним его эмоциональную напряженность, успокоить, посочувствовать ему. Страх перед медицинским работником у пациента должен быть ниже, чем желание бороться за свое здоровье, за свою жизнь. Участливое сопереживание медсестры может ослабить страх. Необходимо также обезопасить пациентов от индуцированного страха (когда они заражаются страхом друг от друга); оптимистический настрой в лечебном учреждении и бесстрашие самой медсестры будут способствовать этому. Медсестрам следует стимулировать интерес пациентов к получению знаний о пользе для организма положительных эмоций и о вреде хронических отрицательных эмоций, в том числе и постоянного страха, и поощрять пациентов участвовать в снижении интенсивности своего страха. Взаимоотношения врача со средним и младшим медперсоналом должно быть демократичным. Необходимо привлечь их на свою сторону в плане сохранения врачебной тайны. Кроме того, должно быть воспитано чувство долга, ответственности, доброжелательности; даны необходимые знания и навыки.

Очень важно помнить, что врач обладает огромнейшей властью над больным человеком, поскольку пациент доверяет ему свою жизнь. В этой подчас беспредельной власти — одна из волшебных граней привлекательности и величайшей ответственности врачебной профессии. Для соблюдения деонтологических принципов в онкологической практике необходима не только профессиональная подготовка врача, но и высокий уровень его человеческих качеств, внимания к больному и понимания его психологии.

## **5.5. Этические проблемы в наркологии**

В настоящее время наиболее актуальными для биомедицинской этики являются вопросы трансплантологии, генетического консультирования, репродукции и селекции пола, кло-

нирования и манипуляции со стволовыми клетками, абортов, эвтаназии, хосписов, а также этические аспекты психиатрии, дискриминации на этнической, религиозной и культуральной почве, отношения с фармакоиндустрией, этические проблемы наркологии и оказание помощи больным с ВИЧ/СПИД. Последние два вопроса (наркология и ВИЧ/СПИД) тесно связаны друг с другом, поскольку во многих странах СНГ большинство ВИЧ-инфицированных являются потребителями инъекционных наркотиков (ПИН).

*Этические проблемы в наркологии* в мировой практике специально не разрабатываются, так как в большинстве стран наркология является разделом психиатрии, а не отдельной специальностью как в Беларуси, России и ряде стран СНГ. В то же время в странах СНГ, биоэтика, как идеология защиты прав человека, крайне необходима в клинической практике наркологии. Во-первых, потому что проблемы биомедицинской этики в сфере наркологии на постсоветском пространстве практически не обсуждались, несмотря на более чем 30-летнее отдельное от психиатрии существование этой отрасли медицины. Во-вторых, прав у наркологических больных по сравнению с другими больными намного меньше, и эти права часто ущемляются в пользу интересов общества.

И, в-третьих, обществом и профессионалами статус медицинского больного в наркологии (а значит и применение к нему медицинских этических принципов и норм), хотя формально и признается, но при этом имеет многочисленные исключения из этических принципов, которые ставят наркологических больных по сравнению с соматическими, неврологическими и даже психически больными в двойственное «внеправовое» положение.

Биоэтика в наркологии, как во всей медицине, должна опираться на четыре основных принципа (автономия, непричинение вреда, благодеяние, справедливость), на пять этических норм (правдивость, приватность, конфиденциальность, лояльность, компетентность) и вытекающие из них этические стандарты поведения врача. Все принципы биоэтики имеют статус обязывающих при отсутствии доказательств в пользу обратного. В случаях, когда этическая норма противоречит принципу, предпочтение следует отдавать последнему (автономия важнее лояльности).

К сожалению, на практике наркологическим пациентам фактически отказывают в праве быть субъектами этических

отношений, наверно потому, что алкоголик и наркоман, хотя и называются больными, они как бы и не больные, поскольку сами «виноваты» в своей болезни. Следовательно, они должны отвечать за свою «вину», как перед законом и обществом, так и перед семьей и врачом. В связи с этим применять к таким больным общемедицинские этические нормы нецелесообразно. При этом игнорируется факт, что большинство болезней, за исключением наследственных или врожденных, являются в значительной мере тоже результатом неправильного поведения человека: рискованности, легкомыслия или отказа следовать рекомендациям о здоровом образе жизни. Большинство заболевших определенно «виноваты» в своей болезни, а, нарушая лечебный режим и врачебные предписания (как, например, больной гипертонией, не принимающий лекарств от давления), тоже ухудшают свое состояние. Наркологические больные по этим параметрам ничем не отличаются от кардиологических, хирургических, неврологических и других пациентов.

В обществе и в административных структурах сложился стереотип представлений о наркологической службе как предназначенной не столько для лечения наркологических больных и возврата их в общество, сколько для защиты общества от таких больных путем их учета, ограничения в правах и изоляции, что естественно ведет к игнорированию норм и принципов биоэтики, которые работают в других областях медицины.

Итак, на соблюдение норм и принципов биоэтики по отношению к наркологическим пациентам влияет значительное сопротивление общества признанию алкоголизма и наркомании болезнями в прямом смысле этого слова. До настоящего времени частью наркологической помощи являются лечебно-трудовые профилактории (ЛТП), где социально опасные пациенты перевоспитываются обязательным трудом, но, как правило, не получают какого либо эффективного лечения. Наркологический больной уравнивается тем самым с правонарушителем, и даже замена слова «труд» на «реабилитация» не меняет «эффективность» работы этой системы.

Существуют *моралистский* или *юридический*: *амбивалентный* и *медицинский* подходы к наркологической патологии. Их последовательно пережили все страны. В СНГ признается концепция наркомании, как болезнь, но реализуется она не в полной мере. К сожалению, в последние годы начинает домини-

ровать возврат к первой модели зависимости, так называемый «неоморалистский подход», что проявляется в обсуждении данной проблемы представителями церкви, общественности и руководства страны, а не специалистами-наркологами.

Шагом вперед в этом отношении явился Закон Республики Беларусь «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», действующий с 1999 г. Он предусматривает обширный перечень прав психически больных, соблюдение которых гарантировано правом гражданина на обжалование действий по оказанию ему такой помощи непосредственно в суде и прокуратуре. И хотя в законе не говорится отдельно о наркологических больных и наркологической помощи, а закона о наркологической помощи не существует, на больных наркологического профиля распространяются все его положения о правах больных с психическими расстройствами, особенно в тех случаях, когда это сопряжено с оказанием стационарной помощи. И врачи-наркологи должны с этим считаться.

Основные положения биоэтики могут быть применены и к наркологии. *Принцип автономии* предполагает уважение к самоопределению (свободе) личности. Личность считается автономной, когда она действует на основании свободно и самостоятельно избранного плана, опирающегося на необходимую информацию. В противоположность этому, неавтономная личность либо неспособна обдумать свои планы, либо неспособна действовать в соответствии с ними, либо находится под жестким контролем других лиц, как, например, зависимые пациенты на принудительном лечении от алкоголизма или наркомании.

На практике принцип автономии в биомедицинской этике реализуется в праве личности на: информированное согласие, медицинское вмешательство, отказ от лечения, полную информацию о состоянии здоровья, заболевании и лечении, содействие в осуществлении автономного решения (выбора), действия и т.п. Врач обязан также уважать личность больного, оказывать ему психологическую поддержку в затруднительных ситуациях и предоставлять возможность осуществления контроля больным за ходом медицинского вмешательства. Проблема реализации *информированного согласия* заключается в том, что больной с алкогольной или наркотической зависимостью в процессе оказания ему медицинской наркологической помощи либо не получает всего объема информации, не-

обходимого ему для осознанного и ответственного принятия решения о выборе терапии, либо получает ее в искаженном виде.

В то же время принцип автономии предполагает и осознание больным необходимости уважения достоинства и автономии других людей. Свобода действий индивида допустима в той мере, в которой эти действия не нарушают автономии других, не наносят ущерба окружающим, не создают угрозы их правам и свободам. В противном случае вполне оправданы ограничительные санкции и установление контроля над поведением индивида. Этическими основаниями для контроля, являются утрата индивидуумом автономии и/или существенная угроза автономии окружающих, обусловленная, например, тяжкими психическими расстройствами (психозами).

*Принцип непричинения вреда* предписывает врачу не наносить ущерба больному ни прямо, ни косвенно. При этом принято считать, что какую бы благую цель ни ставил перед собой врач, она не может оправдать любые средства ее достижения. Нельзя совершать нечто безнравственное в отношении больного или творить зло только потому, что за этим может последовать нечто положительное, полезное для больного. К сожалению, в наркологии этот принцип часто является ключевым, поскольку именно с «вредом» при употреблении алкоголя или наркотиков, реально или выдуманно наносимым организму человека многими методиками терапии, связывается их эффективность.

В работе врача-нарколога может быть определенный риск, но он не должен быть средством для достижения цели. Действия врача могут давать побочный эффект, но он не может быть целью, его нельзя оправдать, с ним приходится мириться. Известно, что некоторые из применяемых в отечественной наркологии средств вызывают значительные и даже опасные побочные эффекты, при отсутствии или низкой доказанной научными методами их эффективности.

Врач должен пользоваться правилом двойного эффекта, который заключается в необходимости строго взвешивать возможные блага и ущерб для больного и поступать так, чтобы благо всегда перевешивало ущерб. В определенных ситуациях, когда отсутствует явная альтернатива добра и зла, приходится выбирать между «нехорошо» и «очень плохо». В таких случаях принцип непричинения вреда может подразумевать действия

по реализации «меньшего зла», поскольку в сравнении с «большим злом» оно будет благом для больного. Причем необходимо исходить не только из абстрактных догм и субъективных представлений врача, но считаться с представлениями самого больного о добре и зле для него в конкретной ситуации. Примером является применение при зависимости от опиоидных наркотиков (героин) метода заместительной поддерживающей терапии лекарственными опиоидами (метадон, бупренорфин). При этом, хотя пациенту с наркоманией под контролем врача и назначают наркотики, но по сравнению с продолжением потребления и сопутствующими проблемами (преступность, проституция, риск передозировок и заражения ВИЧ или гепатитами) данное лечение является «меньшим злом».

Здесь начинается область этических решений, регулируемая этическим *принципом благодеяния*. Биоэтика требует от врача учитывать нравственные ценности больного, который в конкретной ситуации сам выбирает для себя приоритеты в триаде: жизнь, здоровье, автономия (самоопределение, свобода, самовыражение). Часто врач-нарколог делает акцент и сам выбирает первые две ценности, игнорируя автономию пациента. Принцип благодеяния реализуется в действиях бесспорно благих для больного, включая действия по устранению вреда. К этому можно отнести и применение стратегий снижения вреда от употребления инъекционных наркотиков (обмен шприцев и игл, информирование о более безопасном употреблении, обучение) при невозможности добиться существующими методами лечения полного отказа от употребления наркотиков. Кроме того, принцип благодеяния реализуется в действиях относительно полезных для больного, что предполагает перевес добра над злом, преимуществ над ущербом.

Этический *принцип справедливости* требует доступности медицинской помощи для любого больного в соответствии со стандартом этой помощи в обществе. Реализация принципа нередко приводит к труднопреодолимым препятствиям, поскольку предполагает определенное соответствие ресурсов, выделяемых обществом, и социальной ценности больного (реальной или потенциальной). Общество тем самым культивирует несправедливость в отношении определенных больных. Например, пациенты с наркологической патологией, составля-

ющие до 5% всего населения и страдающие в течение большей части своей жизни, не относятся к социально ценным. Предпочтение отдается больным детям, инфекционным больным, людям с сердечной патологией, хотя прямые затраты общества на лечение зависимых будут многократно компенсированы сохранением их жизни, здоровья, трудоспособности и социальной стабильности.

Общие принципы биомедицинской этики реализуются через конкретные этические нормы. *Норма правдивости* предполагает уважение моральных и этических норм врача и больного, терапевтическое сотрудничество, право больного на информацию о своей болезни, лечении и прогнозе. Однако врачу следует всегда различать этическую разницу между умолчанием правды во благо больного и прямым обманом. Например, «кодирование от алкоголизма или наркомании» основано на формировании у пациента мифологического мышления и иррационального страха. Обычно больного ставят в известность о том, что ему будет «введено вещество, блокирующее рецепторы мозга» или «аппаратом будет изменена деятельность головного мозга, которая снимет тягу к алкоголю или наркотику». Пациент подписывает бумагу, в которой дает свое согласие на подобную процедуру, предупрежденный, что нарушение режима может подвергнуть его здоровье серьезному риску, вплоть до летального исхода. Зачастую пациенту ничто не угрожает и, следовательно, он сознательно вводится специалистом в заблуждение.

*Норма приватности* подразумевает право больного на личную жизнь. Нарушение этой нормы, не продиктованное строгой терапевтической необходимостью, считается неоправданным патернализмом, нарушением автономии личности. Тем не менее, часто в интересах семьи за спиной больного врач-нарколог встречается с родственниками или другими заинтересованными лицами, обсуждает пациента, его поведение и лечение. Конечно, зачастую это происходит оттого, что и сами родственники страдают в этой ситуации тем, что современная психология называет «созависимостью» (зависимостью от больного).

*Норма конфиденциальности* (соблюдения врачебной тайны) предполагает доверительность отношений, сохранность информации, полученной врачом от больного или в ходе обследования и лечения. Полная конфиденциальность инфор-

мации не удастся, поскольку в обществе существует возможность ее приобретения в соответствии с законом, а также в определенных обстоятельствах, противоречащих интересам сохранения жизни и здоровья других лиц. Обязанность врача следить за тем, чтобы любые исключения из правила соблюдения конфиденциальности, были действительно необходимы, и подвергать их строгому этическому контролю.

*Норма лояльности* — это верность врача долгу благодеяния, его добросовестное отношение к своим обязанностям, включая моральные обязательства. Это приоритет отношений врача к больному перед отношениями с другими лицами и социальными институтами, если это не противоречит закону и общим этическим нормам.

Наконец, *норма компетентности* требует от врача, во-первых, овладения профессиональными знаниями и искусством врачевания и, во-вторых, признания пределов своей компетентности областью медицины и своей врачебной специальности. С этим принципом тесно связана проблема применения всевозможных методик лечения, в том числе, научно необоснованных (стереохирургические операции, «кодирование»); причем первые проводятся не наркологами, а вторые иногда даже и не врачами. К сожалению, в наркологическую деятельность оказалось вовлечено множество парапрофессионалов (психологи, консультанты и т.д.), а также лиц, относящихся к различным религиозным течениям, или «народных целителей», что делает распространение на них принципов биоэтики очень сложным. Эти «специалисты» часто даже не имеют представлений об этике специалиста, допуская в отношении пациентов применение подходов, этически недопустимых.

Наркология является частью медицины, поэтому общие принципы и нормы профессиональной медицинской этики распространяются на сферу деятельности психиатров и психиатров-наркологов. 19 апреля 1994 г. Пленум правления белорусской психиатрической ассоциации также принял «Кодекс профессиональной этики психиатров». В ассоциацию входят и врачи наркологи, поэтому, естественно принципы профессиональной этики распространяются на них и их пациентов.

Исходя из вышеизложенного, включение положений биоэтической этики в наркологическую практику может быть существенным резервом повышения престижа и эффектив-

ности наркологической помощи, и, кроме того, должно стать важнейшим условием ее оказания.

Кроме этого, современные принципы терапии больных как алкоголизмом так и наркоманией в значительной степени ориентированы на мобилизацию и активацию резервов больного. Среди этих резервов большую роль играют психологические возможности его личности. Отсюда возрастают требования к персоналу наркологических учреждений, которому надо последовательно проводить реабилитационные мероприятия среди больных несмотря на известное сопротивление с их стороны. Обычно больные данного профиля не осознают всю тяжесть своей болезни, стараются исключить себя из лечебного процесса, целиком полагаясь на действия медицинского персонала, которому в свою очередь надо научиться преодолеть свои предубеждения по отношению к этим больным и самой болезни.

Исторически, лица, употребляющие наркотики или страдающие алкоголизмом, рассматриваются как аморальные, безвольные, греховные и неизлечимые. Такая позиция отражается на пациентах, которые склонны сопротивляться лечению, выпадать из лечебного процесса и на врачах.

Барьерами в отношениях врача и пациента могут быть следующие черты поведения:

- *пессимизм врача* — результат убеждения, что лечение страдающих зависимостью, — вещь безнадежная. Это убеждение может вытекать из опыта общения врача с другими пациентами, имеющими наиболее тяжелые формы алкогольной и наркоманической зависимости;

- *морализаторство* — взгляд на потребителя психоактивных веществ или на сами эти вещества как на «зло» или «скверну», и уверенность, что акт приема их — явление постыдное;

- *создание стереотипов* — это мнение, что злоупотребление алкоголем или иными психоактивными веществами присуще каким-то слоям населения в большей степени, чем другим;

- *пренебрежение, игнорирование* — непризнание врачами того факта, что алкогольные и другие проблемы, связанные с употреблением психоактивных веществ, находятся в сфере их ответственности.

Можно уменьшить степень фрустрации, возникающей при работе с этими пациентами через осознание того, почему у некоторых людей развивается зависимость, а также путем при-

обретения все большего количества навыков раннего вмешательства, профилактики, диагностики и консультирования. Эти навыки и знания будут повышать эффективность в работе с больными наркологического профиля. Отношениями, способствующими включению пациентов в терапевтический процесс, являются те, которые дают им чувство собственного достоинства и самоуважения, гарантируют личную защищенность и неразглашение информации, рожают оптимистические ожидания на будущее.

Изучить больного, перевоспитать его, побудить к самовоспитанию и работать над собой, создать, по сути, нового человека, вернуть его семье и обществу, работая углубленно и настойчиво с каждым больным, применять все доступные лекарственные и психологические средства — очень трудная, но благородная и гуманная задача современной биомедицинской этики.

## **5.6. Морально-этические основы помощи людям, живущим с ВИЧ/СПИД**

В настоящее время этические аспекты оказания помощи людям, живущим с ВИЧ/СПИД являются одними из наиболее актуальных для биомедицинской этики. Они также тесно связаны с этическими проблемами наркологии, поскольку во многих странах СНГ большинство ВИЧ-позитивных являются потребителями инъекционных наркотиков (ПИН) (в Беларуси около 65%).

Среди населения особую группу риска составляют мужчины, имеющие сексуальные отношения с мужчинами — гомосексуалы, женщины — работники секс-бизнеса, люди, применяющие небезопасные сексуальные практики), а также дети ВИЧ-инфицированных.

На 1.09.2007 г. в Республике Беларусь было зарегистрировано около 8,4 тыс. людей, живущих с ВИЧ/СПИД. Большинство ВИЧ-положительных — это мужчины в возрасте от 15 до 29 лет, заразившиеся в результате внутривенного применения наркотиков. Диагноз СПИД был установлен у 822, и 468 чел. уже умерло. Потребители инъекционных наркотиков составляют большинство людей с ВИЧ, погибших как от СПИДа, так и от передозировок наркотиками, самоубийств и др. Еще

одной проблемой является появление детей с ВИЧ-инфекцией: всего их в Беларуси — 126. Около 15% людей, живущих с ВИЧ/СПИД (более 1,1 тысяч), сегодня находятся в местах лишения свободы, где, вместе с этическими, возникают и более серьезные проблемы социально-правового характера. И последнее — количество ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом продолжает расти, и число их проблем будет увеличиваться.

Одной из причин проблем в области медицинской этики и ВИЧ/СПИД является доминирование принципов деонтологии во взаимоотношениях врачей и больных. Считается, что врач лучше знает, что является благом для пациента, и собственные интересы больного не важны для принятия решений о лечении. При этом соблюдение правил, норм, традиционных подходов оказываются зачастую важнее последствий их применения.

Такие же противоречия наблюдаются и при определении приоритета интересов людей, живущих с ВИЧ/СПИД и общества. С одной стороны, исходя из принципов либерализма, люди, страдающие от болезни, и их актуальные проблемы должны находиться в фокусе помощи государства. С другой стороны — точки зрения коммунитаризма, — самым важным является благополучие членов общества. С начала эпидемии ВИЧ/СПИД интересы общества ставились на первое место, и это приводило к предложениям об изоляции людей, живущих с ВИЧ/СПИД, их принудительном лечении, другим проявлениям дискриминации (увольнения, запрет на пребывание в садах и школах детей с ВИЧ/СПИД, чрезмерные медицинские ограничительные меры). Так, многими странами не обеспечивается лечение СПИД (оно осуществляется за счет международной помощи), а финансируются в основном санитарно-эпидемиологические мероприятия, направленные на защиту остального общества от инфекции, и, что, возможно, ее носителей.

Наличие ВИЧ/СПИД значительно ограничивает *автономию пострадавших людей*. Выделяются семь основных аспектов автономии, которые следует учитывать при реализации этого принципа:

- уважение личности пациента;
- оказание пациенту психологической поддержки в затруднительных ситуациях;

- предоставление необходимой информации (о состоянии здоровья и предлагаемых медицинских мерах);
- возможность выбора альтернативных вариантов лечения;
- самостоятельность пациента в принятии решений;
- возможность осуществления пациентом контроля за ходом исследования или лечения;
- вовлеченность пациента в процесс оказания ему медицинской помощи (терапевтическое сотрудничество).

Таким образом, на практике принцип автономии предстает в виде конкретных этических стандартов: информированного согласия, права пациента на отказ от обследования или лечения, права на полную информацию о заболевании и лечении, на содействие в осуществлении автономного решения и т.п.

Достаточно долгое время практиковалось обязательное (не учитывающее желания) тестирование на ВИЧ. До настоящего времени оно сохраняется для заключенных, военнослужащих, некоторых групп медицинских пациентов, при устройстве на некоторые виды работ. Таким образом, нарушается *принцип получения информированного согласия* на проведение данной процедуры, а также «право больного не знать» свой диагноз. Информирование должно также включать гарантии сохранения конфиденциальности результатов и защиты данных. В некоторых ситуациях это может вступить в противоречие с необходимостью следовать норме «правдивости», но, как известно, принцип является более важным, чем норма. С другой стороны, правдивость важна при сообщении специалистом обо всех сторонах, в том числе и побочных эффектах, медицинских вмешательствах (например, при антиретровирусной терапии или лечении сопутствующих инфекций). Во многих ситуациях принцип автономии соблюдается формально: так практика предтестового и послетестового консультирования (информирования), как правило, не проводится, а после получения «положительных» результатов пациенту необходимые сведения сообщаются постфактум и напрямую: «у вас ВИЧ». При этом игнорируется то, что сообщение диагноза вызовет у любого человека психологический шок и негативные эмоциональные переживания.

Принцип *непричинения вреда* по отношению к пациентам, живущим с ВИЧ/СПИД, может быть реализован не только путем проведения лечения с наименьшим количеством негативных последствий, но и в необходимости признания того, что в некоторых ситуациях вред не может быть устранен пол-

ностью, и его нужно хотя бы снизить. На последнем положении и основаны так называемые *подходы снижения вреда*, которые не имея возможности уничтожить причину (наркопотребление, гомосексуальность или рискованное сексуальное поведение). Разновидностью таких подходов можно считать акции по обмену шприцев и игл; обеспечение средствами для более безопасных сексуальных практик, обучение навыкам профилактики и т.д.

Чрезмерная защита общества от инфекции зачастую противоречит *принципу благодеяния*, поскольку согласно этому принципу пациенты (его приоритеты) – жизнь, здоровье, самоопределение должны приниматься врачом как наиболее значимые и определяющие факторы принятия решений. Принцип лежит и в основе *нормы лояльности*, которая определяет приоритет отношений к больному перед отношениями с другими заинтересованными лицами и социальными институтами, если это не противоречит закону и этическим принципам.

В свою очередь, чрезмерная забота врача о здоровье людей, живущих с ВИЧ/СПИД, вмешательство в семейную и личную жизнь нарушает *приватность пациента*, что ведет к ухудшению сотрудничества и, следовательно, к ухудшению состояния здоровья больного.

Наиболее острой проблемой во многих странах, столкнувшихся с эпидемией СПИД, стало обеспечение равного доступа к лечению. Через равный доступ реализуется этический *принцип справедливости*, но так как первично пораженными группами являются потребители инъекционных наркотиков и гомосексуалы, а эти группы недоступны для традиционных медицинских методов профилактики (диспансеризация, медсмотрты и т.д.), то помощь фокусируется на людях, живущих с вирусом СПИД.

Проявления СПИД требуют специализированной антивирусной терапии (АРВТ), однако долгое время у врачей существовало мнение, что больные не в состоянии соблюдать схему назначенного лечения, а попутное применение наркотических веществ сводят на нет все усилия. Ситуация изменилась, когда стали использовать заместительную поддерживающую терапию с параллельной психосоциальной поддержкой.

Одним из наиболее травматичных последствий ВИЧ/СПИД является несоблюдение *нормы конфиденциальности*, как в связи с оказанием медицинской помощи, так и в различных социальных ситуациях. Существующие законы защищают право

на конфиденциальность и даже вводят наказание за ее нарушение. Однако в процессе оказания медицинской помощи о болезни пациента могут узнать люди, напрямую не вовлеченные в нее; такую информацию могут потребовать при выполнении медицинских вмешательств (хотя это и не является обязательным): в некоторых немедицинских ситуациях сохраняется требование о необходимости тестирования на ВИЧ даже тогда, когда в этом нет прямой необходимости (при трудоустройстве или начале учебы). Отмечаются многочисленные примеры дискриминации людей, живущих с вирусом СПИД при разглашении врачебной тайны.

Особые сложности возникают, когда люди с ВИЧ-инфекцией не хотят сообщать о болезни своим половым партнерам, опасаясь разрыва отношений. Врач, сделавший это, не взирая на благоую цель предотвратить опасность заражения, нарушает правило конфиденциальности.

Дискриминация людей, живущих с ВИЧ/СПИД — следствие этой проблемы. Дискриминацией называют различные формы проявления социальной агрессии по отношению к тем, кто обладает «опасными» качествами — стигмами. Стигматизация — основа понятия «спидофобия». Людей, живущих с ВИЧ/СПИД обвиняют в порочном образе жизни, их болезнь считается «божьей карой», расплатой за грехи.

Нетерпимость, их дискриминация, а также низкий уровень знаний — результат невежества и предрассудков, существующих в обществе и ограничивающих доступ больных к корректной информации о личном здоровье и безопасности, медицинским и другим службам. В итоге такое положение ведет к усилению темпов распространения инфекции. Следует признать, что, защищая права и достоинство ВИЧ-положительного человека, общество тем самым защищает и себя.

Еще одной сферой этических проблем, являются исследования в области ВИЧ/СПИД. Важнейшим условием таких исследований должно быть обеспечение пациента, в случае завершения или отказа от исследования, помощью (АРВТ), соответствующей международным стандартам. Этические сложности могут возникнуть и при привлечении к исследованию родных.

Кроме основных этических проблем есть много конкретных вопросов, возникающих в повседневной медицинской и социальной практике при взаимодействии с людьми, живущими с ВИЧ/СПИД: какие дополнительные этические

обязательства перед пациентом появляются у медицинского работника в случае, если он сам ВИЧ-положительный? как должен поступать врач, начиная антивирусную терапию, если он не сможет контролировать результаты с помощью лабораторных тестов, или думает, что пациент не сможет полностью следовать режиму назначенного лечения? можно ли рекомендовать женщине с ВИЧ/СПИД иметь детей? Сегодня ответы на эти и другие вопросы не найдены.

### Вопросы для самопроверки

1. Какую роль в истории психиатрии сыграла дилемма патерналистского и непатерналистского подходов?
2. В чем заключался подход французского врача Филиппа Пинеля к лечению психически больных?
3. В чем сущность движения антипсихиатров?
4. В чем сущность принципов добровольного лечения, защиты и гарантий гражданских прав душевнобольных лиц?
5. В чем заключается социальный и гуманистический прогресс во взаимоотношениях современного общества и душевнобольного?
6. Каким образом в психиатрии осуществляется этическое и правовое регулирование?
7. В чем сущность нейролингвистического программирования?
8. Каковы основные принципы онкологической деонтологии?
9. Что необходимо учитывать при деонтологическом подходе к онкологическим больным и их родственникам?
10. В чем сущность этических проблем в наркологии?
11. Каковы этические аспекты оказания помощи ВИЧ-инфицированным и больным, живущим с вирусом СПИД?

### Литература

Биоэтика. Вопросы и ответы / сост. Б.Г. Юдин, П.Д. Тищенко. М., 2005.

*Блохин, Н.Н.* «Деонтология в онкологии». М., 1977.

*Бронин, С.Я.* Малая психиатрия большого города / С.Я. Бронин. М., 1998.

*Гостин, Л.* Соблюдение прав человека в области оказания психиатрической помощи (Принципы прав человека) / Л. Гостин // Право и психиатрия. М., 1991.

*Гуревич, И.Я.* Психическое здоровье населения и психиатрическая помощь в России / И.Я. Гуревич // <http://psy.piter.com/library>

*Гуревич, И.Я.* Взаимодействие общемедицинской и психиатрической помощи и стигма психиатрических расстройств / И.Я. Гуревич // Русский медицинский журнал, 2001. № 25.

Деонтология в онкологии // <http://carcinoma.ru/deontology/deononcology.html>

*Иванов, Н.Г.* Аномальный субъект преступления: проблемы уголовной ответственности / Н.Г. Иванов. М., 1998.

*Иванюшкин, А.Я.* Биоэтика и психиатрия / А.Я. Иванюшкин // Вопросы философии. 1994. № 3.

*Иванюшкин, А.Я.* Конфиденциальность // Этика: Энциклопедический словарь / под ред. Р.Г. Апресяна и А.А. Гусейнова. М., 2001.

*Кабанов, М.* Уменьшение стигматизации и дискриминации в отношении психически больных / М. Кабанов [и др.] // <http://www20.brinkster.com/autism/read.asp>

*Кёниг, Карл.* Когда нужен психотерапевт / Карл Кёниг. М., 1998.

*Коновалова, Л.В.* Прикладная этика (по материалам западной литературы). Выпуск 1: Биоэтика и экоэтика / Л.В. Коновалова. М., 1998.

*Крылов, А.А.* Психологические и психосоматические проблемы онкологии / А.А. Крылов, Г.С. Крылова // Клиническая медицина. 1993. № 8. С. 57–59.

Курс лекций по паллиативной помощи онкологическим больным: в 2 т. / под ред. Г.А. Новикова, В.И. Чиссова, О.П. Модникова. М., 2004.

*Лори, Стивен.* Стигматизация психического расстройства / Стивен Лори // пер. с англ. // <http://www.osp.unibel.by/obzor/1998/3/2-1.htm>.

Мифы о психической болезни // <http://www.schizophrenia.ru/schizo/how.shtml> – сайт Научного центра психического здоровья Российской академии медицинских наук, посвященный шизофрении.

*Модели, Т.* Физиология и патология души / Т. Модели. Л., 1971.

Наркология и аддиктология. Сборник научных трудов. Казань, 2004.

*Павлов, К.А.* Онкология поликлинического врача / К.А. Павлов, М.Д. Пайкин, Л.Ю. Дымарский. М., 1979.

*Пелипас, В.Е.* Основы формирования этических отношений в области оказания наркологической помощи. Лекции по наркологии / под ред. Н.Н. Иванца. М., 2000.

*Петров, Н.Н.* Вопросы хирургической деонтологии / Н.Н. Петров. М., 1956.

*Петровский, Б.В.* Деонтология в медицине / Б.В. Петровский. М., 1988.

*Пинель, Ф.* Медико-философское учение о душевных болезнях / Ф. Пинель. СПб., 1899.

*Поликарпов, В.А.* Деятельностно-процессуальный подход в психотерапии / В.А. Поликарпов // Время как фактор изменений личности: Сборник научных трудов / под ред. А.В. Брушлинского, В.А. Поликарпова. Минск, 2003.

Проект Свода принципов и гарантии защиты психических больных лиц и улучшения психиатрической помощи // Право и психиатрия. М., 1991.

Психотерапия / под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб., 2000.

*Горин, С.* Техники россыпью / С. Горин. М., 2000.

Ситковская, О.Д. Психология уголовной ответственности / О.Д. Ситковская. М., 1998.

Справочник по психиатрии. М., 1974.

Старовойтова, И.М. «Этика и психология в онкологии» // <http://www.rososoweb.ru/library/congress/10/22.htm>

Тищенко, П.Д. Феномен биоэтики / П.Д. Тищенко // Вопросы философии. 1992. № 3.

Угрюмов, В.Л. О медицинской деонтологии / В.Л. Угрюмов // Клиническая медицина. 1993. № 3.

Финзен, Асмус. Психоз и стигма / Асмус Финзен. М., 2001.

Франкл, Виктор. Психотерапия на практике / Виктор Франкл. СПб., 2001.

Фридман, Л.С. Наркология / Л.С. Фридман [и др.]. СПб., 2003.

Чавкин, С. Похитители разума / С. Чавкин. М., 1974.

Этика психиатрии / под ред. С. Блоха, П. Чодоффа. Киев, 1998.

Ястребов, В.С. Психическое здоровье населения накануне третьего тысячелетия / В.С. Ястребов // Психиатрия и психофармакотерапия. 2001. № 1.

American Medical Association Ethical Opinions on HIV/AIDS Issues.

Bryan CS. HIV/AIDS and bioethics: historical perspective, personal retrospective. Health Care Anal. 2002; 10(1).

Jennings B. Bioethics and Democracy / B. Jennings // Centennial Review, 1990. Vol. XXXIV, № 2.

Kubler-Ross E. Interviews mit Sterbender Kreis / E. Kubler-Ross. Berlin, 1986.

Bandler Richard. Frogs into Princes, pie Press / Richard Bandler, John Grinder. 1979; их же: Refraining/ 1982.

## Глава 6. ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИМЕНЕНИЯ НОВЫХ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

- 6.1. Биотехнология, биобезопасность и генетическая инженерия: к истории вопроса
- 6.2. Генно-инженерные (трансгенные) организмы на службе у медицины
- 6.3. Достижения генетической инженерии животных
- 6.4. Основные факторы риска генно-инженерной деятельности для здоровья человека и принципы принятия мер предосторожности

### 6.1. Биотехнология, биобезопасность и генетическая инженерия: к истории вопроса

Биоэтика как «наука выживания» и «новая мудрость» объединяет, по Поттеру, биологические знания и общечеловеческие ценности. По мере динамичного развития междисциплинарных исследований, применения новейших биомедицинских технологий, в том числе, и генно-инженерных, расширяется проблемное поле биоэтики. Поддержание *биологического разнообразия* как варибельности живых организмов из всех источников, включая земные, морские или иные водные экосистемы и экологические комплексы, разнообразия между видами, в рамках вида и разнообразия экосистем<sup>1</sup>, обоснование механизмов *биобезопасности* как системы мер «по обеспечению безопасного создания, использования и трансграничного перемещения живых измененных организмов, являющихся результатом биотехнологии»<sup>2</sup>, занимают в современной биоэтике одно из ведущих мест.

Человек в своей деятельности издревле использовал живые организмы. При этом речь идет не только о непосредственном производстве сельскохозяйственной продукции путем выращивания растений и животных. Люди, сами того не подозре-

---

<sup>1</sup> Международная конференция о сохранении биологического разнообразия (Рио-де-Жанейро, 05.06.1992 г.) // Экоинформация. 1995. № 8. С. 32.

<sup>2</sup> Там же. С. 70.

вая, использовали и микроорганизмы. Хлебопечение, пивоварение, производство кисломолочной продукции, квашение овощей, виноделие, производство спирта и другие – все это примеры традиционных микробиологических биотехнологий.

В широком понимании термином «биотехнология» обозначают использование живых организмов для производства различных продуктов и энергии. Тем не менее, долгое время под биотехнологией понимали, прежде всего, именно микробиологические процессы. Это и понятно. Все перечисленные выше традиционные биотехнологии ассоциируются с промышленным производством. Более того, во второй половине двадцатого века сложилась крупная отрасль промышленности – микробиологическая. На микробиологических предприятиях с помощью специально отобраных штаммов бактерий, дрожжей производят различные фармацевтические препараты, средства защиты растений, биоудобрения, всевозможные пищевые продукты и сырье.

В это же время были разработаны эффективные методы культивирования изолированных клеток и тканей растений на специальных питательных средах. В результате появилась возможность использовать к растениям методы селекции и технологии, применяемые к микроорганизмам. Среди них можно назвать такие, как производство в промышленных масштабах различных фармацевтических препаратов клетками растений, методы быстрого размножения в условиях *in vitro* ценных генотипов растений, свободных от патогенов, для нужд семеноводства (микрклональное размножение), новые методы селекции: получение гаплоидов в культуре генеративных клеток, соматическая гибридизация путем слияния протопластов, клеточная селекция и др. Многие из этих методов явились необходимой методической основой для успешного начала следующего этапа развития биотехнологии.

Последние годы XX в. характеризовались бурным развитием биотехнологий, основанных на достижениях молекулярной биологии и генетики. Благодаря разработке методов выделения наследственного материала (ДНК), его изучению (идентификации последовательностей, кодирующих определенные гены), созданию его новых комбинаций с помощью манипуляций, осуществляемых вне клетки, и перенесению этих новых генетических конструкций в живые организмы появилась возможность создавать новые сорта растений, породы животных, штаммы микроорганизмов, обладающие полезными призна-

ками, которые невозможно отобрать с помощью традиционной селекции. Созданы новые, более эффективные лекарственные препараты, способные лечить ранее неизлечимые болезни. В настоящее время трансгенные сорта сельскохозяйственных культур, устойчивые к гербицидам, вирусам, насекомым-вредителям, неблагоприятным факторам среды (холод, жара, засуха, засоление почв), с улучшенными качественными характеристиками (улучшенный состав белков, углеводов, растительного масла) занимают посевные площади, превышающие 100 млн гектаров. Продукты питания, изготовленные из таких сортов, теперь уже не редкость на прилавках магазинов многих стран мира.

В Беларуси сложилась мощная микробиологическая промышленность. В частности, налажено производство лекарственных препаратов антимикробного, противовирусного, противовоспалительного, противоопухолевого, противолейкозного действия, аминокислот, витаминов, ферментов, гормонов, нуклеиновых компонентов, вакцин, кровезаменителей, диагностикумов и других (всего более 300 наименований). Для нужд сельского хозяйства производятся различные кормовые добавки, средства ветеринарной защиты животных, регуляторы роста растений и животных, инсектицидные, противобактериальные, противогрибные и противовирусные биопрепараты широкого спектра действия.

Начинается использование новых биотехнологий и применительно к растениям и животным. Освоены и усовершенствованы методы получения и микрклонального размножения чистого от патогенов посадочного материала сельскохозяйственных и декоративных культур. Новые методы, основанные на культивировании изолированных клеток и тканей растений, в том числе соматическая гибридизация путем слияния протопластов, культура пыльников и микроспор, находят применение в селекции сельскохозяйственных растений. В селекции животных применяются такие биотехнологические методы, как оплодотворение *in vitro*, трансплантация, деление и криоконсервирование эмбрионов.

Развитию новых биотехнологий уделяется большое внимание на государственном уровне. За последние годы реализован ряд крупных государственных программ. Это научно-технические программы «Инфекции и медицинские биотехнологии» и «Промышленная биотехнология», а также государственная программа фундаментальных исследований «Разработка

научных основ биотехнологических процессов: селекция и создание коллекции непатогенных микроорганизмов как биотехнологических объектов; генетическая и клеточная инженерия растений и микроорганизмов; микробный синтез биологически активных соединений и использование микроорганизмов в промышленности, сельском хозяйстве и охране окружающей среды («Биотехнология»). Государственная программа «Разработка и использование генно-инженерных биотехнологий в интересах сельского хозяйства и медицины («Генетическая инженерия»)» помимо проведения научных исследований включала комплекс организационных и кадровых мероприятий, призванных дать толчок ускоренному развитию этого перспективного научного направления. В соответствии с недавно принятой государственной программой «Биотехнология» (раздел «ДНК-технологии для сельского хозяйства и медицины» на 2007–2011 гг.) предполагается проведение работ по созданию трансгенных сортов картофеля, устойчивых к вирусам, бактериям, способных противостоять колорадскому жуку; улучшенных сортов клевера, клюквы крупноплодной и других культур. В рамках Союза Беларуси и России выполняется научная программа «Создание высокоэффективных биологически безопасных лекарственных препаратов нового поколения на основе белков человека, полученных из молока трансгенных животных («Белрострэнген»)». Тем не менее, видно заметное отставание нашей страны в развитии именно генно-инженерных биотехнологий, которые требуют вложения значительных финансовых средств. Поэтому ожидать быстрого прорыва в этой области не приходится. В связи с этим целесообразно расширять международное сотрудничество в современной биотехнологии, чтобы ускоренно внедрять и использовать достижения других стран.

Несмотря на значительные достижения и блестящие перспективы, восприятие населением первых генетически модифицированных продуктов, было неоднозначным. Демонстрации, пикеты, шумная пропагандистская кампания в прессе, уничтожение «приверженцами традиционного земледелия» посадок трансгенных культур, национальные референдумы о запрете генетической инженерии стали обычным делом во многих странах. Такая реакция вполне объяснима: опыт показывает, что внедрение новых, революционных технологий может быть сопряжено с неблагоприятными, даже трагическими последствиями для здоровья человека и окружающей среды

(примеров этого в истории достаточно). Однако это не означает, что надо отказываться от новых технологий. Важно своевременно определить возможные риски, связанные с их использованием, разработать и применять, если это необходимо, соответствующие меры предосторожности.

Среди потенциальных рисков для здоровья человека, связанных с использованием генно-инженерных биотехнологий, рассматриваются, например, изменение активности отдельных генов живых организмов под влиянием вставки чужеродной ДНК, в результате которого может произойти ухудшение потребительских свойств продуктов питания, получаемых из этих организмов. В продуктах питания, полученных из генно-инженерных организмов, может быть повышенный по сравнению с реципиентными организмами уровень каких-либо токсичных, аллергенных веществ, который превышает установленные пределы безопасности. Опасения экологов вызывает высвобождение в окружающую среду трансгенных организмов, прежде всего сельскохозяйственных растений и животных, в геном которых привнесены чужеродные, не характерные для них гены микроорганизмов, вирусов, что может приводить к изменению естественных биоценозов в результате переноса трансгенов диким видам, появлению новых, более агрессивных патогенов, сорняков, поражению организмов, не являющихся мишенями трансгенных признаков, и др.

Первые генно-инженерные сорта сельскохозяйственных растений появились в производстве в 1992 г. Они показали свою высокую эффективность, преимущество перед сортами, созданными с помощью традиционной селекции. Площади под ними стремительно расширяются. Большинство опасений относительно их возможной угрозы здоровью человека и окружающей среде не подтвердилось. Однако мы имеем еще очень короткую историю безопасного использования генно-инженерных организмов. Руководствуясь принципом предосторожности, в течение достаточно длительного времени необходимо принимать меры безопасности, включая государственное регулирование в области генно-инженерной деятельности. Задача эффективного государственного регулирования состоит в том, чтобы обеспечить, с одной стороны, максимально благоприятные условия для развития генетической инженерии как одного из приоритетных научных направлений, а с другой — гарантировать безопасность при осуществлении и использовании результатов и продуктов генно-инженерной деятельности.

Другая часть этой задачи достигается благодаря применению системы мероприятий, направленных на предотвращение или снижение до безопасного уровня неблагоприятных воздействий генно-инженерных организмов на здоровье человека и окружающую среду при осуществлении генно-инженерной деятельности, которая получила название «биобезопасность». *Биобезопасность* (безопасность генно-инженерной деятельности) как новую область человеческих знаний можно разделить на два основных направления. Первое из них связано с разработкой и применением различных методов оценки и предупреждения риска возможных неблагоприятных эффектов генно-инженерных (трансгенных) организмов (ГИО), второе – с системой государственного регулирования безопасности генно-инженерной деятельности.

К настоящему времени разработана эффективная система оценки безопасности генно-инженерных трансгенных организмов для здоровья человека и окружающей среды. Она содержит целый ряд подходов и методов, начиная с этапа планирования предполагаемой генетической модификации и заканчивая получением свидетельства о государственной регистрации трансгенного сорта, дающего право использовать генно-инженерные (трансгенные) организмы в хозяйственной деятельности. В большинстве развитых стран мира принято и эффективно функционирует специальное законодательство, касающееся биобезопасности, а также созданы соответствующие компетентные органы, которые претворяют его в жизнь.

В системе международных отношений вопросы биобезопасности вышли в последнее время на первый план. В 2000 г. странами – Сторонами Конвенции о биологическом разнообразии (Беларусь является Стороной этой Конвенции) принят *Картахенский протокол по биобезопасности*, основная цель которого – «содействие обеспечению надлежащего уровня защиты в области безопасной передачи, обращения и использования живых измененных организмов, являющихся результатом современной биотехнологии, способных оказывать неблагоприятное воздействие на сохранение и устойчивое использование биологического разнообразия, с учетом также рисков для здоровья человека и с уделением особого внимания трансграничному перемещению» (Картахенский протокол, ст. 1). Протокол вступил в силу 11 сентября 2003 г.

Каждая Сторона Конвенции должна принять необходимые правовые, административные и иные меры для выполнения своих обязательств, предусмотренных в рамках Протокола. Речь, в частности, идет о разработке и принятии соответствующего законодательства, регулирующего безопасность генно-инженерной деятельности, создании административных структур (или наделении соответствующими полномочиями уже существующих), ответственных за реализацию этого законодательства, формировании системы обоснованного принятия решений по вопросам генно-инженерной деятельности, которая включает оценку и предупреждение риска возможных неблагоприятных ее последствий, разработку и внедрение механизма информирования и участия общественности в принятии решений по вопросам генно-инженерной деятельности.

В Беларуси предприняты важные шаги в области безопасного использования генно-инженерных биотехнологий, однако многое предстоит еще сделать. Среди того, что уже сделано, следует отметить, прежде всего, создание *Национального координационного центра биобезопасности*, в функции которого входят сбор, анализ и систематизация информации о законодательстве, научных исследованиях, полевых испытаниях, ввозе/вывозе, использовании генно-инженерных организмов в хозяйственной деятельности; предоставление этой информации заинтересованным министерствам и другим органам государственного управления, средствам массовой информации; обмен информацией с координационными центрами других стран, международными организациями; обеспечение проведения научной экспертизы безопасности генно-инженерных организмов; оказание консультативных услуг в разработке законодательных актов и руководств по биобезопасности, в подготовке предложений по заключению двусторонних и региональных соглашений. Сотрудниками Центра совместно с юристами предложена *концепция государственного регулирования безопасности генно-инженерной деятельности в Республике Беларусь*, подготовлен проект Закона Республики Беларусь «О безопасности генно-инженерной деятельности» и пакет проектов соответствующих нормативных документов.

В мае 2002 г. Беларусь присоединилась к Картахенскому протоколу по биобезопасности к Конвенции о биологическом разнообразии. В связи с этим Совет Министров принял постановление от 5 июня 2002 г. «О мерах по реализации положений Картахенского протокола по биобезопасности к Конвен-

ции о биологическом разнообразии», в котором определены республиканские органы государственного управления, ответственные за выполнение Протокола: Министерство природных ресурсов и охраны окружающей среды — в части функций, связанных с высвобождением генно-инженерных (трансгенных) организмов в окружающую среду, Министерство сельского хозяйства и продовольствия и Министерство здравоохранения — в части функций, связанных с использованием генно-инженерных (трансгенных) организмов в хозяйственной деятельности. Институт генетики и цитологии Национальной академии наук Беларуси, выполняющий функции Национального координационного центра биобезопасности, назначен ответственным за связь с секретариатом Конвенции о биологическом разнообразии по вопросам биобезопасности.

В ноябре 2000 г. Совет глобального экологического фонда принял «Первоначальную стратегию помощи странам в подготовке к вступлению в силу Картахенского протокола по биобезопасности» и утвердил совместный с Программой ООН по охране окружающей среды (ЮНЕП) глобальный проект «Разработка национальных систем биобезопасности», имеющий целью оказание финансовой и технической помощи 100 странам в разработке и создании их национальных систем биобезопасности, содействие региональному и субрегиональному сотрудничеству и обмену опытом по этим проблемам, что в целом должно помочь странам при вступлении в силу Картахенского протокола. Беларусь вошла в список этих стран, и в 2003—2004 гг. был выполнен совместный проект правительства нашей страны и ЮНЕП «Разработка национальной системы биобезопасности для Республики Беларусь».

Существует много определений генетической инженерии. По мнению авторов, суть новой технологии можно выразить следующим образом. *Генетическая инженерия* — это технология получения новых комбинаций генетического материала путем проводимых вне клетки манипуляций с молекулами нуклеиновых кислот и переноса, созданных конструкций генов в живой организм, в результате которого достигается их включение и активность в данном организме и у его потомства.

Генно-инженерный (трансгенный) организм — живой организм, содержащий новую комбинацию генетического материала, полученную с помощью генетической инженерии. Как видно из этого определения, процесс создания генно-инженерного (трансгенного) организма можно разделить на

несколько этапов. Первый этап включает выделение и идентификацию отдельных генов (соответствующих фрагментов ДНК или РНК), которые собираются перенести другим организмам, а также соответствующих регуляторных элементов (без них никакой ген функционировать не будет). Иногда гены или их части синтезируют искусственно.

Затем эти гены и регуляторные элементы соединяют между собой в определенном порядке с помощью чисто химических методов (технология рекомбинантных ДНК, или генная инженерия). То есть все названные манипуляции проводят вне организма, *in vitro*. В результате получается генетическая конструкция, которая содержит один или несколько генов (точнее, фрагментов ДНК, кодирующих последовательность аминокислот протеинов — продуктов генов), а также все необходимые регуляторные элементы, обеспечивающие активность этих генов (трансгенов) после их переноса в организмы. Такие генетические конструкции далее соединяют с ДНК так называемого вектора для клонирования. В качестве вектора чаще всего используют плазмиды — небольшие кольцевые молекулы ДНК, имеющиеся у большинства бактерий. Создание конструкции «клонировующий вектор — встроенная ДНК» необходимо для эффективного переноса и активности трансгенов (репликации и трансляции) в живых организмах.

Следующий этап — перенос трансгенов в отдельные живые клетки (процесс трансформации, или, как принято его называть в последнее время, «генетической модификации»), где они могут реплицироваться и передаваться дочерним клеткам, образовавшимся при делении трансформированных клеток. В случае если все описанные процедуры прошли нормально, из одной трансформированной клетки при культивировании возникает множество клеток, которые содержат привнесенную искусственную генетическую конструкцию, и при этом образуются протеины — продукты трансгенов. Биосинтез новых для организма протеинов является основой для проявления у него нового селекционного признака, например толерантности к гербицидам, антибиотикам, устойчивости к насекомым-вредителям и т.д.

Для одноклеточных организмов процесс генетической модификации заканчивается, как правило, внедрением в них рекомбинантной плазмиды и последующим отбором трансформированных клеток. Лишь в отдельных случаях для более вы-

сокой стабильности трансформантов добиваются включения трансгенов в бактериальную хромосому. В случае же высших многоклеточных организмов встраивание трансгенов в генетический материал клетки (ДНК хромосом или клеточных оргanelл — хлоропластов, митохондрий) является обязательным. Более того, необходимо из одной или нескольких трансформированных клеток восстановить целый организм. А это весьма непростая задача, которая была решена (правда, не для всех видов организмов в полной мере) сравнительно недавно. В частности, первые растения, регенерированные из отдельных клеток, были получены в начале 60-х гг. прошлого века, что стало возможным благодаря разработке эффективных методов культивирования изолированных растительных клеток на специальных питательных средах. Добавка в питательные среды определенных регуляторов роста (фитогормонов) позволяет управлять процессами деления клеток в культуре *in vitro*, а также, что самое главное, индуцировать у них морфогенез, т.е. «заставлять» их образовывать отдельные органы (стебли, корни) или даже целые зародыши (процесс эмбриогенеза), из которых в дальнейшем можно получить целое растение.

Как видно из приведенного выше, технология получения генно-инженерных организмов позволяет значительно расширить возможности традиционной селекции. Более того, благодаря ей, можно получать такие организмы, которые в принципе невозможно получить с помощью обычной селекции. Она делает реальным решение проблем борьбы с болезнями, голодом, которые считались ранее практически неразрешимыми.

Исторически ситуация сложилась так, что первые генно-инженерные работы были проведены на микроорганизмах. Это вполне объяснимо: микроорганизмы, как правило, одноклеточные существа, имеющие относительно простую организацию аппарата наследственности. Генетические манипуляции, в том числе с помощью технологии рекомбинантных ДНК, на них производить значительно проще, чем на многоклеточных организмах. Поэтому именно с генно-инженерными микроорганизмами связаны первые выдающиеся достижения современной биотехнологии и, прежде всего, получение жизненно важных для людей веществ. Люди «научили» микробов производить совершенно несвойственные для них соединения, которые намного качественнее и дешевле «натураль-

ных» аналогов. Наибольшее значение среди таких соединений имеют те, недостаток или отсутствие которых в человеческом организме приводит к серьезным заболеваниям: диабету, гемофилии, карликовости, анемии и др.

## 6.2. Генно-инженерные (трансгенные) организмы на службе у медицины

В настоящее время в мире, по данным Всемирной организации здравоохранения, насчитывается около 110 млн людей, страдающих диабетом. И эта цифра в ближайшие 25 лет может удвоиться. Диабет — тяжелое заболевание, которое вызывается нарушением работы поджелудочной железы, вырабатывающей гормон инсулин, необходимый для нормальной утилизации содержащихся в пище углеводов. На начальных стадиях развития болезни достаточно использовать меры профилактики, регулярно следить за уровнем сахара в крови, просто потреблять меньше сладкого. Однако приблизительно для 10 млн пациентов показана инсулиновая терапия: они вынуждены ежедневно вводить в кровь препараты этого гормона. Начиная с 20-х гг. прошлого века, для этих целей использовали инсулин, выделенный из поджелудочных желез свиней и телят. Животный инсулин в значительной степени аналогичен человеческому, однако между ними имеются и определенные отличия. Так, в молекуле инсулина свиньи в противовес человеческому в одной из цепей аминокислота треонин замещена аланином. Считается, что эти небольшие различия могут вызывать у отдельных пациентов серьезные осложнения (нарушение работы почек, расстройство зрения, аллергию). Кроме того, несмотря на высокую степень очистки, не исключена вероятность переноса вирусов от животных к людям. И, наконец, число больных диабетом растет так быстро, что обеспечить всех нуждающихся животным инсулином уже не представляется возможным. Заметим также, что это весьма дорогое лекарство.

Разработка *технологии производства искусственного инсулина* является поистине триумфом генетики. Сначала Ф. Сэнгер в 1955 г. с помощью специальных методов определил строение молекулы этого гормона, состав и последовательность аминокислот в ней. В 1963 г. молекулу инсулина синтезировали с помощью биохимических методов. Однако осуществить в про-

мышленном масштабе столь дорогостоящий и сложный синтез, включающий 170 химических реакций, оказалось сложно.

Поэтому упор в дальнейших исследованиях был сделан на разработку технологии биологического синтеза гормона в клетках микроорганизмов, для чего использовали весь арсенал методов генетической инженерии. Зная последовательность аминокислот в молекуле инсулина, ученые рассчитали, какой должна быть последовательность нуклеотидов в гене, кодирующем этот белок, чтобы получилась нужная последовательность аминокислот. «Собрали» молекулу ДНК из отдельных нуклеотидов в соответствии с определенной последовательностью, «добавили» к ней регуляторные элементы, необходимые для экспрессии гена в прокариотическом организме *E.coli*, и встроили данную конструкцию в генетический материал этого микроба. В результате бактерия смогла вырабатывать две цепи молекулы инсулина, которые можно было в дальнейшем соединить с помощью химической реакции и получить полную молекулу инсулина.

Наконец, ученым удалось осуществить в клетках *E.coli* биосинтез молекулы проинсулина, а не только ее отдельных цепей. Молекула проинсулина после биосинтеза способна соответствующим образом преобразовываться (формируются дисульфидные связи между цепями А и В), превращаясь в молекулу инсулина. Эта технология имеет серьезные преимущества, поскольку различные этапы экстракции и выделения гормона сведены к минимуму. При разработке такой технологии была выделена информационная РНК проинсулина. Затем, используя ее в качестве матрицы, с помощью фермента обратной транскриптазы синтезировали комплиментарную ей молекулу ДНК, которая представляла собой практически точную копию натурального гена инсулина. После пришивания к гену необходимых регуляторных элементов и переноса конструкции в генетический материал *E.coli* стало возможным производить инсулин на микробиологической фабрике, по сути, в неограниченных количествах. Его испытания показали практически полную идентичность натуральному инсулину человека. Он намного дешевле препаратов животного инсулина, не вызывает осложнений.

Другая, не менее трагическая проблема здоровья человека, связанная с *нарушением работы желез внутренней секреции*, — выраженное замедление роста детей, приводящее к появлению так называемых лилипутов, карликов. Это заболевание

вызвано недостаточной секрецией гормона роста — *соматотропина*, который вырабатывается гипофизом (железой, расположенной в нижней части мозга). До середины 80-х гг. XX в. эту болезнь пытались лечить путем введения в кровь пациентов препаратов гормона роста, выделенных из гипофиза умерших людей. Нет смысла объяснять, насколько сложно получить необходимое для терапии количество такого гормона. Помимо чисто технических (в гипофизе содержится очень небольшое количество гормона), финансовых (препарат получается немыслимо дорогим), этических и прочих проблем, имеется риск переноса пациентам опаснейших заболеваний, например, хорошо известного синдрома Кройцфельда — Якоби — коровьего бешенства. Для достижения положительного результата лечения соматотропин вводят внутримышечно три раза в неделю в дозах порядка 6—10 мг на килограмм веса пациента с возраста 4—5 лет до половой зрелости и даже далее. Из одного трупа можно получить лишь 4—6 мг препарата. Поэтому даже разработанные на государственном уровне специальные программы по производству соматотропина в таких странах, как США, Великобритания, Франция, не могли полностью удовлетворить спрос на этот препарат. Так, в США в 70—80-е гг. прошлого века ежегодно выделяли гипофиз у 60 000 трупов. Полученного соматотропина хватало для адекватного лечения лишь 1500 детей в год.

*Ген, кодирующий образование гормона роста человека*, был синтезирован искусственно и встроен в генетический материал *E.coli* подобно гену инсулина. В настоящее время проблема производства высококачественного, безопасного для здоровья пациентов соматотропина в необходимых количествах и при минимальных затратах полностью решена. Более того, с помощью технологии рекомбинантных ДНК получены штаммы микроорганизмов, способные синтезировать и другие факторы роста человеческого организма. Для целей сельского хозяйства большое значение имела организация производства гормона роста крупного рогатого скота (впервые — американской фирмой «Монсанто»). Его применение позволяет значительно (до 15% и более) повысить удоимость коров. Сам ген, кодирующий образование соматотропина, пытаются использовать в генетической инженерии животных для выведения пород, способных ускоренно расти. Так, получены обнадёживающие результаты на рыбах. Лососи с встроенным геном гормона роста

способны достигать потребительских размеров за один год вместо двух в отличие от обычных рыб.

Для производства *трансгенных медицинских препаратов* в настоящее время используют не только специальным образом модифицированные микроорганизмы, но и культуры животных клеток. Так, биосинтез рекомбинантного фактора VIII человеческой крови позволяет эффективно решать проблему лечения больных гемофилией (пониженная свертываемость крови). До этого фактор VIII выделяли из крови доноров, что связано с риском заражения пациентов вирусными инфекциями типа гепатита. Производство трансгенного эритропоэтина (гормона, стимулирующего образование красных кровяных клеток человека) помогает бороться с различными анемиями. Ранее наиболее эффективным методом лечения анемии считалось частое переливание донорской крови, обходившееся очень дорого и также связанное с рисками.

### 6.3. Достижения генетической инженерии животных

Несмотря на то, что первые трансгенные животные были получены более 20 лет назад, до сих пор на рынке нет ни одного генетически модифицированного животного для использования в хозяйственной деятельности. Это связано с определенными техническими (сложности получения и размножения), финансовыми, а иногда и этическими проблемами. Тем не менее, успехи в генетической инженерии животных очевидны. Разработаны различные методы переноса генов в генетический материал животных и получены трансгенные особи у млекопитающих, низших позвоночных и у беспозвоночных животных. Созданы эффективные технологии клонирования, основанные на замене ядер у оплодотворенных яйцеклеток. Ученые научились не только переносить в генетический материал животных отдельные гены, но и «выключать» или заменять некоторые конкретные гены.

Безусловно, основным направлением исследований в области *генетической инженерии животных* является выведение пород с повышенной продуктивностью, устойчивостью к болезням, из которых можно получать продукцию с новыми, привлекательными для потребителя качественными характеристиками. В этом направлении уже получены трансгенные формы разных видов рыб, в геном которых добавлен ген, ко-

дирующий биосинтез гормона роста. Благодаря этому рыбы быстрее растут, эффективнее используют корма. Трансгенные свиньи с добавленным геном гормона роста более мускулистые и менее жирные, т.е. из туши трансгенного кабана можно получить больше мяса, чем из обычного, и меньше сала.

Свиньи с добавленным геном фитазы (один из ферментов переваривания пищи) лучше усваивают корма за счет лучшей усвояемости фосфора, что выражается в усилении их роста. К тому же это снижает загрязнение окружающей среды фосфатами. Трансгенные свиноматки с добавленным им геном  $\alpha$ -лактальбумина более эффективно вскармливают своих поросят.

Ряд проектов имеет целью улучшение потребительских свойств продуктов, вырабатываемых животными или из животных. Речь, в частности, идет об улучшении качества шерсти овец, о выведении с помощью генетической инженерии пород крупного рогатого скота, в молоке которого снижена концентрация  $\beta$ -лактоглобулина, основного его аллергена, или изменено соотношение отдельных его белков (казеинов и сывороточных протеинов). Другой подход состоит в модификации отдельных генов для изменения физико-химических свойств соответствующих протеинов молока с целью повышения содержания в нем кальция, изменения соотношения отдельных аминокислот, получения молока, сыр из которого созревает в более короткие сроки. Все это должно существенно улучшить потребительские и технологические свойства коровьего молока. Определенную пользу будут иметь и сами животные, поскольку улучшенное молоко — немаловажный фактор здоровья вскармливаемых им телят. Многие из этих подходов уже реализованы на модельных объектах (лабораторных мышах).

Улучшение здоровья домашних животных, повышение их устойчивости к болезням с помощью методов генетической инженерии имеет большое практическое и социальное значение. Это не только позволит повысить продуктивность животных, уменьшить затраты на их лечение (на что уходит до 10–20% от общей суммы затрат), но и снизит уровень употребления антибиотиков для их лечения, вероятность переноса инфекций от животных к человеку. Для решения названной проблемы используется три основных генно-инженерных подхода:

- добавка генов, повышающих устойчивость к болезням;
- «удаление» генов восприимчивости к болезням;

- замена отдельных генов животного на аналогичные гены, но в большей мере способствующие активному противостоянию болезни. В целом исследования по этим направлениям с переменным успехом пока проводятся на лабораторных животных. До обнадеживающих результатов на сельскохозяйственных животных дело не дошло.

В то же время конкретного практического выхода следует ожидать уже в ближайшее время в таком важном направлении генетической инженерии, как использование животных в качестве «биореакторов» для производства фармацевтических препаратов. Перспективы этого направления генетической инженерии применительно к растениям обсуждались выше. Несмотря на то, что и растения, и животные в отличие от микроорганизмов относятся к царству эукариот, биология растительной и животной клеток все-таки существенно различается. Поэтому для производства некоторых животных рекомбинантных протеинов более целесообразно использовать животные организмы, нежели растительные. В настоящее время убедительно доказано, что с помощью молочных желез трансгенные животные способны производить всевозможные протеины, такие, как разные факторы крови, ферменты, моноклональные антитела, коллаген, фибриноген, шелк пауков и т.д. Разрабатываются и другие системы производства рекомбинантных белков, в частности, большие перспективы связывают с системой яичного белка кур.

Что может дать человечеству использование животных-биореакторов, можно проиллюстрировать на следующем примере. Совместным проектом российских и белорусских ученых предусмотрено создание системы производства двух лекарственных протеинов: проурокиназы и лактоферрина человека в молоке трансгенных коз. *Проурокиназа* — мощный тромболитический фермент, использование которого в первые часы после наступления инфаркта миокарда в 5 раз снижает смертность от этого заболевания. Стоимость одного курса лечения проурокиназой составляет в настоящее время около 1000 дол. США, что делает этот препарат малодоступным для большинства граждан. Между тем в таком лечении в России и Беларуси нуждаются более 400 тыс. кардиологических больных. *Лактоферрин* — белок женского молока стоимостью 2000—2600 дол. США за 1 г, препараты которого обладают сильным детоксицирующим, антибактериальным и противовоспалительным действием. Применение лактоферрина как пищевой

добавки позволяет снизить в 10 раз заболеваемость гастроэнтеритами у грудных детей-искусственников. Годовая потребность в проурокиназе и лактоферрине в мире оценивается в 6,5 млрд дол. США. Использование трансгенных животных снизит стоимость этих и большинства других подобных препаратов в 10–20 раз, что позволит перевести многие лекарства из разряда элитных в число общедоступных.

#### **6.4. Основные факторы риска генно-инженерной деятельности для здоровья человека и принципы принятия мер предосторожности**

*Проблема использования в научной, производственной и иной деятельности человека генно-инженерных организмов* имеет два важных аспекта. Во-первых, современная биотехнология может в значительной мере *содействовать решению мировых проблем благосостояния людей*, касающихся в первую очередь насущных потребностей в продуктах питания, эффективного ведения сельского хозяйства и поддержания системы здравоохранения. Во-вторых, очевидно, что неконтролируемое создание и высвобождение генно-инженерных организмов в окружающую среду может привести к *нежелательным последствиям для здоровья человека и неблагоприятным экологическим последствиям*. Таким образом, одним из главных международных требований, связанных с развитием и применением биотехнологии в науке и производстве, является *биобезопасность проведения исследований, полевых и других испытаний генно-инженерных организмов, а также биобезопасность высвобождения генно-инженерных организмов*, обладающих новыми желательными признаками, на товарный рынок. Под биобезопасностью в данном контексте понимается система мероприятий, направленных на предотвращение или снижение до безопасного уровня неблагоприятных воздействий генно-инженерных организмов на здоровье человека и окружающую среду при осуществлении генно-инженерной деятельности (ГИД).

Международная структура биобезопасности и структура биобезопасности отдельных государств включают в себя ряд основных компонентов. К ним относятся:

- *законодательная база*, регулирующая генно-инженерную деятельность;

- *административная система*, исполняющая, контролирующая законный порядок осуществления генно-инженерной деятельности;

- *система обоснованного принятия решений*, которая включает оценку и предупреждение соответствующего риска генно-инженерной деятельности (управление риском ГИД);

- *механизм информирования общественности и участия общественности в принятии решений о разрешении* генно-инженерной деятельности и контроле над их исполнением. Каждый компонент структуры биобезопасности существует и функционирует в органической связи с другими.

Для получения экономической выгоды от внедрения биотехнологии в производство в настоящем и будущем в каждом государстве должен функционировать регуляторный механизм, который обеспечит безопасное и устойчивое развитие. Обязательным компонентом такого механизма является идентификация и минимизация любых потенциальных рисков для здоровья человека и окружающей среды, возникающих вследствие генно-инженерной деятельности. При этом оценка риска производится на всех уровнях манипуляций с генно-инженерными организмами: от лабораторных исследований до широкого внедрения генно-инженерных организмов или продуктов, содержащих генно-инженерные организмы, на товарный рынок. Оценка риска при использовании генетически модифицированных микроорганизмов, растений и животных в ходе научно-исследовательских работ и производства — это определение следующих параметров: факторов риска генно-инженерной деятельности; вероятности их неблагоприятного воздействия на здоровье человека и окружающую среду и масштабов этого воздействия. При этом оценка риска должна быть сфокусирована скорее на конечном продукте биотехнологии, чем на процессе его производства как таковом.

В отношении генно-инженерной деятельности термином «фактор риска» мы будем определять потенциально возможные прямые и опосредованные неблагоприятные воздействия генно-инженерных организмов или продуктов, изготовленных из них (включающих их), на здоровье человека и (или) окружающую среду, обусловленные эффектом вставки рекомбинантной ДНК, функционирования трансгенов и передачей трансгенов от генно-инженерных организмов другим организмам. Вероятность осуществления таких воздействий и размеры соответствующего ущерба в совокупности определяют риск ген-

но-инженерной деятельности. Фактор риска генно-инженерной деятельности — функция неблагоприятных для здоровья человека и окружающей среды признаков генно-инженерных организмов или действий (процессов), обусловленных генетической модификацией, а также условий их проявления (осуществления).

В соответствии с действующими международными правовыми документами (в частности, с директивными документами Европейского Союза) *целью процедуры оценки риска* генно-инженерной деятельности является идентификация всех возможных вредных для здоровья человека и окружающей среды прямых и непрямых, немедленных и отдаленных воздействий генно-инженерных организмов; оценка вероятности осуществления данных воздействий в рамках рассматриваемой генно-инженерной деятельности и размера ущерба здоровью человека и окружающей среде при допущении, что они осуществляются.

Под *прямым воздействием* понимается первичное воздействие генно-инженерных организмов как такового на здоровье человека и среду, не требующее цепи взаимосвязанных событий. Под *непрямым воздействием* понимают опосредованное воздействие генно-инженерных организмов на здоровье человека и окружающую среду, которое осуществляется через цепь взаимозависимых событий. В частности, оно может проявляться вследствие взаимодействия генно-инженерных организмов с другими организмами; вследствие переноса генетического материала от генно-инженерных организмов другим организмам; в результате изменений порядка эксплуатации объектов хозяйственной деятельности и управления ими, обусловленных высвобождением генно-инженерных организмов, и т.д. Немедленное воздействие генно-инженерных организмов на здоровье человека и окружающую среду наблюдается непосредственно в период осуществления генно-инженерной деятельности. Оно также может быть прямым и косвенным. Отдаленное воздействие становится очевидным в виде прямого или косвенного после окончания данной генно-инженерной деятельности<sup>1</sup>.

В конечном итоге процедура оценки риска должна дать ответ на нижеследующие вопросы.

---

<sup>1</sup> Биотехнология. Биобезопасность. Биоэтика / под ред. А.П. Ермишина. Минск, 2005.

- Является ли потенциальный риск *генно-инженерной деятельности* приемлемым в сопоставлении с выгодами, получаемыми в результате ее осуществления?

- Имеются ли регуляторные механизмы, адекватные для безопасного осуществления генно-инженерной деятельности.

Источники появления и применения *принципа принятия мер предосторожности* вытекают из экологического общественного движения 70-х гг. прошлого века, когда он был сформулирован как реакция на скептицизм относительно возможности научной оценки риска и предотвращения вредных последствий применения сложных технологий. По сути, принцип определяет, что перед лицом научной неопределенности или отсутствия необходимых знаний лучше ошибиться в сторону избыточности мер безопасности по отношению к здоровью человека и окружающей среде, чем ошибиться в оценке риска.

Принцип принятия мер предосторожности впервые сформулирован в международном соглашении в рамках «Мировой природной хартии», принятой Генеральной Ассамблеей ООН в 1982 г. С этого времени он присутствует во многих международных документах и договорах, касающихся охраны окружающей среды. В отношении биологического разнообразия принцип принятия мер предосторожности записан в преамбуле Конвенции о биологическом разнообразии, которая гласит: «Когда имеется угроза существенного уменьшения либо исчезновения биологического разнообразия, отсутствие полной научной определенности не должно являться причиной для непринятия мер к исключению или минимизации такой угрозы». Сегодня данный принцип содержат более 20 интернациональных законов, договоров, протоколов и конвенций. В Картахенском протоколе по биобезопасности и к Конвенции о биологическом разнообразии данный принцип вновь подтверждается в отношении проблемы безопасности генно-инженерной деятельности: «Отсутствие научной достоверности ввиду недостаточности научной информации и знаний, касающихся масштабов возможного неблагоприятного воздействия живого измененного организма на сохранение и устойчивое использование биологического разнообразия в Стране импорта, с учетом также рисков для здоровья человека, не должно помешать этой Стране в принятии соответствующего решения относительно импорта живого измененного организма в целях предотвращения или максимального ограничения такого возможного неблагоприятного воздействия».

Принцип принятия мер предосторожности является, по существу, политической аксиомой. Существуют значительные противоречия в отношении его трактовки и применения к биотехнологии и, в частности, к оценке риска генно-инженерной деятельности. Его сторонники рассматривают принцип принятия мер предосторожности как предупреждающий подход к применению новых технологий, направленный на защиту людей, животных и окружающей среды от потенциально неблагоприятных последствий, которые не всегда может предвидеть наука. Оппоненты этого принципа рассматривают его как ненаучную позицию, серьезно сдерживающую экономическое и технологическое развитие из-за необоснованных страхов. Принцип принятия мер предосторожности подвергается наибольшей критике с точки зрения того, что он изолирует ученых, предполагает ослабление стандартов доказательной базы, препятствует развитию доказательной методологии и может применяться необоснованным образом. Кроме того, в литературе встречается мнение, что он выступает как завуалированный барьер для торговли, например, в случаях, когда нет ни надежных теоретических, ни эмпирических доказательств, устанавливающих вероятность ущерба.

Наиболее жесткая интерпретация принципа (никаких неприемлемых рисков) возлагает груз получения доказательств о безопасности технологии на тех, кто ее внедряет, и требует высоких стандартов доказательств того, что такие риски исключаются. Требование исключения всякого риска в данном смысле представляется трудной, если вообще выполнимой научной задачей. Практически это требование можно интерпретировать словами: «не предпринимай никаких действий, пока ты не уверен, что они не нанесут вреда». Наиболее «слабая» трактовка принципа предосторожности — отсутствие полной уверенности не является оправданием для препятствия действиям, которые могут в принципе нанести вред. Она возлагает груз получения доказательств о биобезопасности генно-инженерной деятельности на тех, кто указывает на сомнительные, необоснованные с научной точки зрения риски генно-инженерной деятельности.

Между этими крайними суждениями лежит формулировка *принципа принятия мер предосторожности*, которая в действительности не требует доказательства абсолютной безопасности технологии, но скорее предполагает ее ограничение в случае, если уровень научной неопределенности относительно потен-

циального риска является значительным, а возможности управления риском — недостаточными. При наличии обоснованных научных предположений о том, что новый процесс или продукт может быть опасным, он не должен внедряться до тех пор, пока не будут получены доказательства того, что риск невелик, управляем и преимущества технологии его «перевешивают». В промежуток времени до внедрения технологии должны осуществляться исследования по улучшению оценки риска. Такое понимание принципа предосторожности, по-видимому, является наиболее взвешенным в отношении генно-инженерной деятельности и способствует устойчивому мировому экономическому развитию.

Очевидно, что решение о том, является ли определенный риск генно-инженерной деятельности приемлемым или неприемлемым в конкретных условиях, не является задачей процедуры оценки риска. Оценка риска должна, в том числе объективно, показать уровень научной неопределенности в прогнозе безопасности предлагаемой генно-инженерной деятельности или продукта генно-инженерной деятельности. Применение принципа предосторожности в этом смысле должно продемонстрировать, не абсолютным образом, но выше уровня обоснованных сомнений, что предлагаемая заявителем генно-инженерной деятельности является безопасной. С целью прояснить порядок применения данного принципа в рамках Евросоюза Комиссия ЕС выработала определенные правила для использования принципа принятия мер предосторожности в процедурах оценки и управления риском генно-инженерной деятельности политически прозрачным образом. Данные требования определяют следующее:

- *адекватность* — меры по управлению риском *генно-инженерной деятельности* не должны быть диспропорциональны желаемому уровню защиты и не должны иметь целью снизить риск до нуля;

- *отсутствие дискриминации* — сходные ситуации при оценке и управлении риском генно-инженерной деятельности не должны рассматриваться различным образом и различные ситуации не должны рассматриваться сходным образом без объективных оснований делать таким образом;

- *пропорциональность соответствия* — меры по управлению риском генно-инженерной деятельности в условиях недостаточности научных данных не должны быть сравнимы по природе и масштабу с мерами, уже принимавшимися в подоб-

ных случаях, когда все необходимые научные данные могли быть получены;

- *изучение выгоды и стоимости действия* или *отсутствия действия* — изучение должно включать экономический анализ (расчет соотношения цены и выгоды), когда он возможен и выполним;

- *изучение научного развития* — меры по управлению риском должны носить предварительный (временный) характер в ожидании возможности получить более существенные научные данные. Научные исследования должны продолжаться до получения более полных данных.

Как и предусматривает идеальная система оценки риска, информация, необходимая для оценки риска генно-инженерной деятельности, носит строго научный характер и собирается из различных источников. Основным источником — результаты экспериментальных (исследовательских) работ, проведенных специально в процессе оценки риска генно-инженерной деятельности, или известные заранее. К примеру, оценка риска высвобождения генетически модифицированных растений может потребовать более 1000 разнообразных экспериментальных проверок, учета знаний о представителях флоры и фауны региона высвобождения, о принятых в конкретной стране приемах земледелия и основах землепользования, характерных климатических условиях и т.д. Кроме данных непосредственного анализа генно-инженерных организмов и их взаимодействия со средой, источником информации являются данные моделирования генно-инженерной деятельности (математического, компьютерного и т.д.). Анализ результатов модельных экспериментов важен для оценки экологических рисков масштабного высвобождения генно-инженерных организмов, когда речь идет об оценке отдаленных во времени последствий воздействия генно-инженерных организмов. Оценка риска базируется и на теоретических научных знаниях, прежде всего, на теоретических основах наследственности и изменчивости организмов (законах Менделя, законе гомологических рядов Вавилова, законах популяционной генетики и пр.).

Следует различать факторы риска генно-инженерной деятельности для здоровья человека в замкнутых системах и хозяйственной деятельности, связанной с высвобождением генно-инженерных организмов в окружающую среду. При оценке риска генно-инженерной деятельности *в замкнутых системах* в первую очередь оцениваются факторы риска для здоровья человека и жи-

вотных, так как высвобождения генно-инженерных организмов в окружающую среду не предусматривается. К их числу можно отнести следующие потенциально опасные эффекты:

- возможные токсичные (включая канцерогенные, мутагенные) и (или) аллергенные эффекты *генно-инженерных организмов* или продуктов их метаболизма;

- вероятные вредные воздействия целевых продуктов *генно-инженерной деятельности* (возможных токсинов, цитокинов, аллергенов, гормонов и других биологически активных веществ, которые могут вызвать неблагоприятные последствия при попадании в чувствительные органы, ткани организма человека и животных);

- сравнительная патогенность генно-инженерных микроорганизмов по сравнению с донором, реципиентом (исходным родительским организмом);

- способность к микробному обсеменению (колонизации);

- если генно-инженерный организм является патогенным по отношению к иммунокомпетентным людям, кроме прочих рассматриваются следующие факторы его патогенности: тип вызываемого заболевания; механизм патогенности, включающий способ проникновения патогенного организма и вирулентность; инфекционная доза; спектр возможных носителей и возможность его изменения; возможность выживания генно-инженерных организмов вне организма человека; биологическая стабильность генно-инженерных организмов и способ его распространения.

При оценке факторов риска генно-инженерной деятельности для здоровья человека, связанной с высвобождением генно-инженерных организмов в окружающую среду или их использованием в хозяйственной деятельности следует иметь в виду, что высвобождение патогенных генно-инженерных организмов в окружающую среду не предусматривается. Поэтому основными факторами риска для здоровья человека *высвобожденных или поступивших на товарный рынок* генно-инженерных организмов являются их вероятная токсичность и аллергенность. В целом к факторам риска в данном контексте можно отнести:

- токсичность генно-инженерных организмов (продуктов, изготовленных из генно-инженерные организмы, включающих генно-инженерные организмы) и снижение питательной ценности продуктов питания и кормов;

- аллергенность генно-инженерных организмов (продуктов, изготовленных из генно-инженерных организмов, включающих генно-инженерные организмы);

- перенос трансгенов микроорганизмам, обуславливающий их устойчивость к лекарственным препаратам, применяемым для лечения человека и животных (например, маркерных трансгенов устойчивости к антибиотикам);

- непреднамеренная экспрессия генов реципиентного организма или нестабильность трансгенов.

Таким образом, основными факторами риска, которые могут вызвать *неблагоприятные последствия для здоровья человека*, являются:

- потенциальная патогенность генно-инженерных организмов;

- потенциальная токсичность генно-инженерных организмов и новых продуктов питания;

- потенциальная аллергенность генно-инженерных организмов и новых продуктов питания;

- возможность горизонтального переноса генов устойчивости к антибиотикам от генно-инженерных организмов патогенной микрофлоре желудочно-кишечного тракта человека.

Оценка риска генно-инженерной деятельности исходит из того, что *патогенные для человека и животных организмы не должны высвобождаться в окружающую среду ни при каких обстоятельствах*. Поэтому, если в рамках генно-инженерной деятельности предполагается работа с известными патогенными организмами (будь то организмы-реципиенты, доноры, итоговые генно-инженерные организмы) или с недостаточно исследованными организмами, которые могут оказаться патогенными, она обязательно должна осуществляться в замкнутых системах. При этом все выполняемые в процессе генно-инженерной деятельности операции, касающиеся генетической модификации, хранения, культивирования, транспортирования или уничтожения патогенных организмов, осуществляются при условии обязательного соблюдения специальных защитных мер (физических, химических, биологических), эффективно ограждающих персонал и окружающую среду от контакта с патогенными организмами и от неблагоприятного воздействия патогенных организмов. Проведение генно-инженерной деятельности в замкнутых системах должно обеспечить охрану здоровья и безопасность следующих категорий людей: предполагаемых пользователей продуктов генно-инженерной деятельности; персонала лабораторий или предприятий, занимающихся генно-инженерной деятельностью; других людей, которые так или иначе могут контактировать с генно-

инженерными организмами; населения региона осуществления генно-инженерной деятельности в случае случайного высвобождения генно-инженерных организмов.

Основы принятой в настоящее время процедуры оценки риска патогенности в рамках генно-инженерной деятельности изложены, в частности, в Директиве Европейского Союза 90/219/ЕЕС от 23 апреля 1990 г., регулирующей меры биобезопасности генно-инженерной деятельности в замкнутых системах. Директива регулирует использование в замкнутых системах в исследовательских и промышленных целях исключительно генно-инженерных микроорганизмов (ГИМ). Деятельность, связанная с генно-инженерными животными и растениями, данным документом не рассматривается. Однако при разработке законодательства по биобезопасности во многих европейских странах Директива 90/219/ЕЕС служила базовым документом, и ее положения распространены также на генно-инженерной деятельности с участием эукариотических организмов. Более того, само свойство патогенности для человека присуще именно микроорганизмам, а содержание в замкнутой системе животных и растений может быть продиктовано иными рисками — их токсичностью, аллергенностью, возможностью неблагоприятных экологических воздействий. Процедура оценки риска патогенности генно-инженерных организмов, представленная ранее в Директиве 90/219/ЕЕС и модифицированная с учетом современных знаний, включает следующие этапы:

- рассмотрение биологических свойств генно-инженерных микроорганизмов для установления предполагаемой патогенности их для человека и величины последствий их неблагоприятного воздействия;
- оценку вероятности того, что в случае контакта генно-инженерных микроорганизмов с человеком данные организмы действительно окажут неблагоприятное воздействие на его здоровье (включая рассмотрение уровня научной неопределенности);
- определение необходимого уровня защиты, «замкнутости» системы генно-инженерной деятельности. Вынесение предварительного заключения о достаточности предлагаемых мер защиты здоровья человека при сравнении генно-инженерных микроорганизмов с биологическими объектами разных групп патогенности;
- рассмотрение сущности предполагаемой деятельности и детальный обзор необходимых мер контроля для защиты здоровья человека;

- определение любых потенциальных рисков для окружающей среды и дополнительных мер изоляции на случай непреднамеренного высвобождения патогенных организмов в окружающую среду;
- определение класса генно-инженерной деятельности в замкнутых системах.

### Вопросы для самопроверки

1. Что означает термин «биотехнология» и какие новые биотехнологии используются сегодня применительно к растениям и животным?
2. В чем заключается сущность биобезопасности генно-инженерной деятельности?
3. Что такое генно-инженерный (трансгенный) организм?
4. Какова роль генно-инженерных организмов в медицине?
5. Каковы в современных условиях достижения генетической инженерии животных?
6. Каковы основные факторы риска генно-инженерной деятельности для здоровья человека?
7. Каковы основные компоненты структуры безопасности генно-инженерной деятельности в отдельных государствах?
8. В чем сущность принятия мер предосторожности в генно-инженерной деятельности?

### Литература

Биотехнология. Биобезопасность. Биоэтика / под ред. А.П. Ермишина. Минск, 2005.

Глик, Б. Молекулярная биотехнология: Принципы и применение / Б. Глик, Дж. Пастернак. М., 2002.

Сельскохозяйственная биотехнология / под ред. В.С. Шевелухи. М., 1998.

Международная конференция о сохранении биологического разнообразия (Рио-де-Жанейро, 05.06.1992 г.) // Экоинформация. 1995. № 8. С. 32.

Молекулярные механизмы генетических процессов и биотехнология // Материалы международного симпозиума. М., Минск, 2001.

Molecular Farming / Ed. J.P. Toutant, E. Balazs. Paris: INRA, 2001.

Essential Biosafety. The latest scientific and regulatory information for genetically modified and other novel crops and foods. AGBIOS. Canada ([www.agbios.com](http://www.agbios.com)).

Crop Biotech Update. A weekly summary of world developments agribiotech for developing countries, produced by the Global Knowledge Center on Crop Biotechnology, International Service for the Acquisition of Agribiotech Applications SEAsiaCenter (ISAAA) and AgBiotechNet ([www.isaaa.org](http://www.isaaa.org)).

Biotech Update Special Edition. 14 January 2004. Global Status of Commercialized transgenic Crops: 2003 ([www.isaaa.org](http://www.isaaa.org)).

## Глава 7. ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ РЕГУЛИРОВАНИЯ БИОБЕЗОПАСНОСТИ

*7.1. Международно-правовой режим биобезопасности*

*7.2. Опыт правового регулирования безопасности генно-инженерной деятельности в Республике Беларусь*

### 7.1. Международно-правовой режим биобезопасности

Бурное развитие генно-инженерной деятельности в последней четверти XX в. и в начале XXI в. вывело вопросы обеспечения биобезопасности в системе международных отношений на первый план. Практическое использование современных биотехнологий потребовало правового урегулирования этой достаточно новой сферы межгосударственных отношений, принимая во внимание потенциально возможный ущерб для окружающей среды и здоровья человека.

Вопросы безопасности генно-инженерной деятельности оказались в центре внимания крупных международных организаций начиная с 80-х гг. прошлого века. Венская встреча государств — участников Совещания по безопасности и сотрудничеству в Европе (ныне ОБСЕ) в 1986 г. положила начало деятельности Европейской экономической комиссии ООН (ЕЭК ООН), связанной с разработкой руководящих принципов безопасности в области биотехнологии. На XXI сессии ЕЭК ООН (сентябрь 1994 г.) были обобщены материалы по биобезопасности (законы, постановления, инструкции и т.д.), представленные правительствами 30 государств, а также рядом международных организаций<sup>1</sup>.

С начала 80-х гг. XX в. организация экономического сотрудничества и развития финансировала сотрудничество государств в области биобезопасности. Эксперты государств-членов подготовили два важнейших доклада: первый относительно аспектов безопасности при работе с рекомбинантными ДНК<sup>2</sup>, а второй посвящен планированию и проведению экспе-

---

<sup>1</sup> Европейская экономическая комиссия ООН. Перечень руководящих положений по биобезопасности в области биотехнологии. Нью-Йорк; Женева. 1995.

<sup>2</sup> Recombinant DNA safety considerations. OECD. Paris, 1986.

риментов при контролируемом высвобождении генетически измененных растений и микроорганизмов в окружающую среду<sup>1</sup>.

Важной вехой в процессе разработки международных руководящих принципов безопасности в биотехнологии является публикация «Кодекса добровольного поведения при высвобождении организмов в окружающую среду»<sup>2</sup>. Кодекс подготовлен группой экспертов Организации Объединенных Наций по промышленному развитию (ЮНИДО), Всемирной организацией здравоохранения, Продовольственной и сельскохозяйственной организацией ООН (ФАО) и Программой ООН по окружающей среде (ЮНЕП).

Проблемы безопасного использования и устойчивого развития биотехнологий обсуждались на Конференции ООН по окружающей среде и развитию (КОСР), которая проходила в Рио-де-Жанейро с 3 по 14 июня 1992 г. 163 участника КОСР подписали 5 июня 1992 г. Конвенцию ООН о биологическом разнообразии — первого универсального международного договора о сохранении и устойчивом использовании биологического разнообразия планеты<sup>3</sup>.

Документ под названием «Повестка дня на XXI в.», принятый на этой международной конференции представляет собой динамичную программу. В главе «Экологически безопасное использование биотехнологии» биотехнология рассматривается как «растущая наукоемкая отрасль». В главе признается, что «сама по себе биотехнология не в состоянии разрешить все фундаментальные проблемы окружающей среды и развития. Тем не менее можно рассчитывать на то, что она внесет весомый вклад, в частности, в дело повышения уровня медицинского обслуживания, укрепления продовольственной безопасности на основе внедрения рациональных методов ведения сельского хозяйства, улучшения поставок питьевой воды, повышения эффективности процессов промышленной переработки сырья, содействия внедрению рациональных методов облесения и лесовосстановления и обеззараживания опасных

---

<sup>1</sup> Good developmental principles: Guidance for the design of small-scale field research with genetically modified plants and microorganisms. OECD. Paris, 1990.

<sup>2</sup> Voluntary code of conduct for the release of organisms into the environment. UNIDO. Vienna, 1991.

<sup>3</sup> Конвенция ООН о биологическом разнообразии // Ведомости Верховного Совета Республики Беларусь. 1993. № 27. Ст. 347.

отходов»<sup>1</sup>. Мировое сообщество сможет получить максимальную выгоду от использования биотехнологий, если эта деятельность будет содействовать разработке согласованных на международной основе принципов, обеспечению экологически безопасного использования биотехнологии, укреплению доверия и рассеивания опасений общественности, становлению рациональных методов применения биотехнологии и обеспечивать создание соответствующих стимулирующих механизмов, особенно в развивающихся странах.

Конвенция о биологическом разнообразии (КБР) вступила в силу 29 декабря 1992 г. Республика Беларусь также подписала Конвенцию о биологическом разнообразии в Рио-де-Жанейро, а 10 июля 1993 г. парламент ее ратифицировал<sup>2</sup>.

Проблема обеспечения безопасности в области биотехнологии рассматривается в рамках Конвенции о биологическом разнообразии в подпункте г) ст. 8 и в пунктах 3 и 4 ст. 19. В частности, в подпункте г) ст. 8 содержится общее обязательство Сторон: «...устанавливать или поддерживать средства регулирования, контроля или ограничения риска, связанного с использованием и высвобождением *живых измененных организмов* (ЖИО), являющихся результатом современной биотехнологии и способных оказывать неблагоприятное воздействие на сохранение и устойчивое использование биологического разнообразия».

Участникам Конвенции о биологическом разнообразии в пункте 3 статьи 19 предлагается рассмотреть необходимость и условия принятия протокола в области безопасной передачи, использования и применения живых измененных организмов. Пункт 4 этой же статьи гласит, что каждая Сторона обязана предоставлять непосредственно или требовать от любого физического или юридического лица, находящегося под ее юрисдикцией и предоставляющей такие живые измененные организмы, передачи любой имеющейся информации о правилах использования и технике безопасности при работе с ними, а также любой имеющейся информации о потенциально вредном воздействии соответствующих конкретных живых из-

---

<sup>1</sup> Повестка дня на XXI век, гл. 16: Экологически безопасное использование биотехнологии. ЮНСЕД, 1992.

<sup>2</sup> Постановление Верховного Совета Республики Беларусь от 10 июля 1993 г. «О ратификации Конвенции о биологическом разнообразии» // Ведомости Верховного Совета Республики Беларусь, 1993. № 27. Ст. 347.

мененных организмов той Стороне, в которую ввозятся эти организмы.

В своем решении П/5 Второе совещание Конференции Сторон Конвенции о биологическом разнообразии, состоявшееся в Джакарте в ноябре 1995 г., постановило создать Специальную рабочую группу открытого состава для разработки проекта Протокола по биобезопасности, в котором особое внимание уделено бы трансграничному перемещению живых измененных организмов. Вместе с тем в решении было подчеркнуто важное значение безотлагательного завершения работы над Международными руководящими принципами техники безопасности в области биотехнологии ЮНЕП. Конференция Сторон отметила, что Международные руководящие принципы могут использоваться в качестве временной меры в ходе разработки протокола и дополнять протокол после завершения работы над ним для целей содействия развитию национального потенциала по оценке и предупреждению рисков, связанных с живыми измененными организмами, созданию соответствующих информационных систем и подготовке специалистов по вопросам биобезопасности. Названные принципы были разработаны на основе общих элементов и принципов, взятых из существующих на тот момент соответствующих региональных и международных документов, а также национальных правил и предписаний, и приняты на Глобальной консультации назначенных правительствами экспертов в Каире в декабре 1995 г.<sup>1</sup>

Вышеупомянутая Специальная рабочая группа открытого состава по биобезопасности начала свою работу в 1996 г. После нескольких лет переговоров 29 января 2000 г. в Монреале на внеочередном совещании Конференции Сторон был окончательно доработан и принят протокол, известный как Картахенский протокол по биобезопасности к Конвенции о биологическом разнообразии. Его предполагалось принять на предыдущем совещании в колумбийском городе Картахена, но тогда не удалось согласовать все спорные моменты. Протокол был открыт для подписания с 15 мая 2000 г. по 4 июня 2001 г. За это время документ успели подписать 103 государства. По состоянию на сентябрь 2006 г. Сторонами Картахенского

---

<sup>1</sup> Международные руководящие принципы техники безопасности ЮНЕП в области биотехнологии. ЮНЕП, 1996.

протокола являются 142 страны. 6 мая 2002 г. принят Закон Республики Беларусь «О присоединении Республики Беларусь к Картахенскому протоколу по биобезопасности к Конвенции о биологическом разнообразии»<sup>1</sup>. Протокол вступил в силу 11 сентября 2003 г. на девяностый день с момента сдачи на хранение пятидесятого документа о его ратификации, принятии, одобрении или присоединении.

*Основные положения Картахенского протокола по биобезопасности к Конвенции о биологическом разнообразии.* В ст. 1 сформулирована основная цель Картахенского протокола: «В соответствии с принципом принятия мер предосторожности, содержащимся в Принципе 15 Рио-де-Жанейрской Декларации по окружающей среде и развитию, цель настоящего Протокола заключается в содействии обеспечению надлежащего уровня защиты в области безопасной передачи, обработки и использования живых измененных организмов, являющихся результатом применения современной биотехнологии и способных оказать неблагоприятное воздействие на сохранение и устойчивое использование биологического разнообразия, с учетом также рисков для здоровья человека и уделением особого внимания трансграничному перемещению». Помимо этого, данная статья содержит очень важные положения:

- обозначен основной принцип биобезопасности: международно-правовой принцип принятия мер предосторожности. С одной стороны, этот принцип отражает общую тенденцию природоохранных международных соглашений: любое неблагоприятное воздействие на окружающую среду легче предупредить, чем устранять его последствия. С другой стороны, он непосредственно затрагивает ситуацию с использованием достижений современной биотехнологии. Наука не рассматривает генетическую инженерию (по терминологии Протокола – современную биотехнологию) как нечто изначально опасное для здоровья человека и окружающей среды. В силу того, что эта революционная технология еще относительно новая, опыт использования ее достижений сравнительно невелик, необходимо регулировать генно-инженерную деятельность на государственном и межгосударственном уровне, чтобы избежать возможных неблагоприятных последствий;

---

<sup>1</sup> Закон Республики Беларусь от 6 мая 2002 г. «О присоединении Республики Беларусь к Картахенскому протоколу по биобезопасности к Конвенции о биологическом разнообразии» // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь. 2002 г. № 53. 2/846.

- определен объект Протокола: «живые измененные организмы, являющиеся результатом применения современной биотехнологии и способные оказать неблагоприятное воздействие на сохранение и устойчивое использование биологического разнообразия».

В ст. 3 Протокола закреплены термины «живой измененный организм» и «современная биотехнология», которые исключают неоднозначность их толкования и применения Сторонами. Согласно пункту g) указанной статьи, «живой измененный организм» означает любой живой организм, обладающий новой комбинацией генетического материала, полученной благодаря использованию современной биотехнологии. Таким образом, указывается на наиболее существенные отличительные признаки живых измененных организмов, которых нет у обычных живых организмов.

Понятие «современная биотехнология» охватывает область как применение методов *in vitro* с использованием нуклеиновых кислот, включая рекомбинантную дезоксирибонуклеиновую кислоту (ДНК) и прямую инъекцию нуклеиновых кислот в клетки или органеллы, так и методов, основанных на слиянии клеток организмов с разным таксономическим статусом, которые позволяют преодолеть естественные физиологические репродуктивные или рекомбинационные барьеры и которые не являются методами традиционными для выведения и селекции».

Следует особо подчеркнуть, что в качестве объекта Картахенского протокола рассматриваются не все живые измененные организмы, а только те, которые «способны оказать неблагоприятное воздействие на сохранение и устойчивое использование биологического разнообразия, с учетом также рисков для здоровья человека».

В ст. 4 Протокола определена его сфера действия живых измененных организмов: «трансграничное перемещение, транзит, обработка и использование всех живых измененных организмов, способных оказать неблагоприятное воздействие на сохранение и устойчивое использование биологического разнообразия, с учетом также рисков для здоровья человека».

Важно отметить, что в Картахенском протоколе были обобщены и получили дальнейшее развитие принципы оценки и предупреждения риска возможных неблагоприятных эффектов генно-инженерной деятельности, которые теперь имеют юридическое выражение, единообразное для всех Сторон

Протокола. В частности, подчеркивается, что оценка рисков должна осуществляться научно обоснованным и транспарентным образом и на индивидуальной основе. Требуемая информация может отличаться по характеру и уровню детализации в каждом конкретном случае в зависимости от соответствующего живого измененного организма, его предполагаемого использования и вероятной потенциальной принимающей среды (приложение III).

Каждое государство, принимающее решение о внутреннем использовании живых измененных организмов, которые могут стать объектом трансграничного перемещения, обязано информировать об этом других участников Протокола через механизм посредничества в течение 15 дней после его принятия. При этом оно должно предоставить полную информацию о безопасности генно-инженерного сорта, породы, штамма. Перечень вопросов, на которые необходимо ответить, определен в приложении II к Протоколу. Тем не менее, любая Страна Протокола, например Беларусь, имеет право запросить у таких органов дополнительную информацию, касающуюся биобезопасности ввозимых генно-инженерных организмов, либо принять в рамках своего законодательства дополнительные меры биобезопасности. В частности, возможно проведение выборочного контроля завозимых из-за рубежа живых измененных организмов, если они предназначены для непосредственного использования в качестве продовольствия, корма или для переработки. Такой контроль может выполняться в рамках таможенного оформления товара и включать определение характера генно-инженерной модификации (т.е. идентификацию трансгенов, содержащихся во ввозимых организмах), ее соответствие тому, что указано в сопроводительных документах и др.

Государство-импортер может в любое время пересмотреть и изменить свое решение относительно трансграничного перемещения живых измененных организмов с учетом новой научной информации о потенциальных неблагоприятных воздействиях живых измененных организмов на здоровье человека и состояние окружающей среды (ст. 12). В таком случае оно должно в течение 30 дней информировать об этом экспортера и механизм посредничества Протокола, изложив доводы, лежащие в основе принятого решения.

Живые измененные организмы, попавшие в окружающую среду, не признают границ между государствами. Поэтому возможно непреднамеренное трансграничное перемещение живых измененных организмов. В связи с этим Стороны Протокола берут на себя обязательство принятия мер по регулированию рисков возможных неблагоприятных последствий высвобождения живых измененных организмов в окружающую среду. В число таких мер входит, прежде всего, требование относительно проведения оценок рисков до первого высвобождения в окружающую среду живых измененных организмов, созданных в стране. Кроме того, в Протоколе определен порядок действий Сторон в случае непреднамеренного высвобождения живых измененных организмов, которые могут оказать значительное неблагоприятное воздействие на здоровье человека и окружающую среду при трансграничном перемещении таких живых измененных организмов (ст. 17).

Каждая Сторона обязана принимать необходимые правовые, административные и другие меры для выполнения своих обязательств, предусмотренных в рамках Протокола (ст. 2). Речь идет о разработке и принятии соответствующего законодательства, регулирующего безопасность в генно-инженерной деятельности, создании административных органов или наделении соответствующими полномочиями уже существующих, ответственных за реализацию обязательств и законодательства. Таким образом, присоединение к Картахенскому протоколу какой-либо страны не только обеспечивает возможность урегулирования вопросов, связанных с экспортом и импортом живых измененных организмов, но и создает предпосылки для создания национальной системы биобезопасности, которая является важнейшим атрибутом эффективного и безопасного использования достижений современных биотехнологий, развития генетической инженерии как одного из наиболее перспективных научных направлений.

Для непосредственного выполнения своих обязательств в рамках Протокола каждая Сторона обязана назначить один национальный координационный центр, который от ее имени отвечает за связь с секретариатом Протокола, а также один или несколько компетентных национальных органов, отвечающих за выполнение требуемых им административных функций.

В соответствии с постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 5 июня 2002 г. «О мерах по реализации положений Картахенского протокола по биобезопасности к

Конвенции о биологическом разнообразии»<sup>1</sup> в качестве координационного центра, ответственного за связь с секретариатом Протокола, назначен Институт генетики и цитологии Национальной академии наук Беларуси, на который ранее были возложены обязанности Национального координационного центра биобезопасности<sup>2</sup>. В качестве компетентных органов определены: Министерство природных ресурсов и охраны окружающей среды в части функций, связанных с высвобождением живых измененных организмов в окружающую среду, а также Министерство здравоохранения и Министерство сельского хозяйства и продовольствия по вопросам использования живых измененных организмов в хозяйственной деятельности.

Как видно из выше приведенных основных положений Картахенского протокола, его успешное выполнение во многом зависит от обмена информацией и опытом между Сторонами Протокола и его Секретариатом. С целью оказания содействия Сторонам в осуществлении Протокола и в обмене научной, технической, природоохранной и юридической информацией и опытом в отношении живых измененных организмов предусмотрено создание механизма посредничества (ст. 20).

Общество получит максимальную выгоду от использования достижений современной биотехнологии, если каждый его член будет уверен, что государство в состоянии обеспечить безопасность продуктов генно-инженерной деятельности. В связи с этим необходимо расширять осведомленность населения о сравнительных преимуществах современных биотехнологий и связанных с ними рисках, о том, как эти риски можно предупредить. Общественность должна иметь доступ к полной и достоверной информации о генно-инженерных организмах, которые предполагается использовать, результатах государственной экспертизы их безопасности для здоровья че-

---

<sup>1</sup> Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 5 июня 2002 г. № 734 «О мерах по реализации положений Картахенского протокола по биобезопасности к Конвенции о биологическом разнообразии» // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2002. № 67. 5/10573.

<sup>2</sup> Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 19 июня 1998 г. № 963 «О создании Национального координационного центра биобезопасности» // Собрание декретов, указов Президента и постановлений Правительства Республики Беларусь. 1998. № 18. Ст. 492.

ловека и окружающей среды, о функционировании государственной системы биобезопасности. Важно предусмотреть возможность консультаций с общественностью при принятии решений по вопросам генно-инженерной деятельности, для чего должны быть разработаны конкретные механизмы и процедуры (ст. 23). Идея максимального учета интересов общества при внедрении достижений современной биотехнологии нашла свое отражение также в ст. 26, в которой рекомендуется при выработке решения относительно импорта живых измененных организмов учитывать социально-экономические последствия, связанные с живыми измененными организмами, прежде всего для местных и коренных общин.

В Картахенском протоколе по биобезопасности важное место отведено вопросам, связанным с *ответственностью за его нарушение и с возмещением ущерба*. В ст. 25, посвященной незаконным трансграничным перемещениям живых измененных организмов, выдвигается требование, чтобы каждая Сторона принимала соответствующие внутренние меры, направленные на недопущение и в соответствующих случаях предусматривающие наказание за трансграничные перемещения живых измененных организмов, осуществляемые в нарушение ее внутренних мер по осуществлению настоящего Протокола. В случае незаконного трансграничного перемещения затронутая Сторона может потребовать от Стороны происхождения, чтобы она удалила за свой счет соответствующий живой измененный организм путем репатриации или уничтожения. Каждая Сторона должна предоставлять механизму посредничества по биобезопасности информацию о случаях незаконных трансграничных перемещений, касающихся ее.

Однако, учитывая исключительную сложность проблемы возмещения за вред, причиненный окружающей среде, в международных отношениях, было принято решение, что «Конференция Сторон, выступающая в качестве Совещания Сторон настоящего Протокола, на своем первом совещании иницирует процесс в отношении соответствующей разработки международных правил и процедур в области ответственности и возмещения за ущерб, причиненный в результате трансграничных перемещений живых измененных организмов, на основе анализа и должного учета текущих процессов в международном праве по этим вопросам и прилагает усилия к завершению этого процесса в течение четырех лет» (ст. 27).

*Орхусская конвенция и Международная конвенция по охране новых сортов растений.* На Международной конференции «Окружающая среда для Европы», состоявшейся в июне 1998 г. в датском городе Орхус, была принята Конвенция о доступе к информации, участии общественности в принятии решений и доступе к правосудию по вопросам, касающимся окружающей среды, которая получила название «Орхусская конвенция»<sup>1</sup>. Она утверждена Указом Президента Республики Беларусь от 14 декабря 1999 года<sup>2</sup>.

Одним из объектов изучения этой конвенции явилась информация «о планируемой и осуществляемой деятельности, которая может оказывать значительное воздействие на окружающую среду» (ст. 5). К ней может быть отнесена и деятельность, связанная с высвобождением генно-инженерных организмов в окружающую среду.

Основные положения Орхусской конвенции созвучны положениям ст. 23 Картахенского протокола по биобезопасности: каждая Сторона обеспечивает предоставление экологической информации, государственными органами в ответ на просьбу общественности о таковой в рамках национального законодательства, включая копии фактической документации, содержащей или включающей такую информацию (ст. 4), т.е. государственные органы должны располагать экологической информацией, имеющей отношение к их функциям, и обновлять ее; создавать обязательные системы для обеспечения надлежащего поступления в государственные органы информации о планируемой и осуществляемой деятельности, которая может оказывать значительное воздействие на окружающую среду» (ст. 5).

Стороны Конвенции должны обеспечивать участие общественности в принятии решений относительно разрешения деятельности, связанной с экологическими рисками (ст. 6).

---

<sup>1</sup> Конвенция о доступе к информации, участии общественности в процессе принятия решений и доступе к правосудию по вопросам, касающимся окружающей среды // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь. 2000. № 1. 1/837.

<sup>2</sup> Указ Президента Республики Беларусь от 14 декабря 1999 г. № 726 «О присоединении к Конвенции о доступе к информации, участии общественности в процессе принятия решений и доступе к правосудию по вопросам, касающимся окружающей среды» // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2000. № 1. 1/837.

При этом, в соответствии с положениями Орхусской конвенции «Заинтересованная общественность адекватно, своевременно и эффективно информируется в зависимости от обстоятельств либо путем публичного уведомления, либо в индивидуальном порядке на самом начальном этапе процедуры принятия решений по вопросам, касающимся окружающей среды:

- о планируемом виде деятельности и заявке, по которой будет приниматься решение;

- характере возможных решений или проекте решения;
- государственном органе, ответственном за принятие решения;

- предусматриваемой процедуре, включая то, каким образом и когда такая информация может быть предоставлена:

- о начале осуществления процедуры;

- возможностях для участия общественности;

- времени и месте любого намечаемого публичного слушания;

- наличии государственного органа, в котором можно получить соответствующую информацию, и о том, куда соответствующая информация была передана для рассмотрения общественностью;

- наличии соответствующего государственного органа или любого другого официального органа, которому могут представляться замечания или вопросы, и о сроках представления замечаний или вопросов;

- наличии экологической информации, касающаяся планируемого вида деятельности;

- охвате данного вида деятельности национальной или трансграничной процедурой оценки воздействия на окружающую среду».

Процедуры участия общественности предусматривают разумные сроки осуществления различных этапов, которые обеспечивают достаточное время для информирования общественности в соответствии с пунктом 2 ст. 6 и подготовки, а также эффективного участия общественности в процессе принятия решений по вопросам, касающимся окружающей среды.

В цитируемой статье содержится положение, непосредственно касающееся генно-инженерных организмов: «Каждая Сторона в рамках своего национального законодательства применяет в возможной степени и надлежащим образом положения настоящей статьи к решениям, относящимся к выдаче разрешений на преднамеренное высвобождение генетически измененных организмов в окружающую среду» (ст. 6 пункт 12).

«Каждая Сторона прилагает усилия для содействия эффективному участию общественности на соответствующем этапе, пока остаются открытыми возможности для выбора, в подготовке государственными органами нормативных положений, имеющих непосредственную исполнительную силу, и других общеприменимых юридически обязательных правил, которые могут оказать существенное воздействие на окружающую среду» (ст. 8).

Если Орхусская конвенция связана с информированием и участием общественности в принятии решений, касающихся биобезопасности, то *Международная конвенция по охране новых сортов растений* затрагивает вопросы патентования, а, следовательно, и использования в хозяйственной деятельности генно-инженерных сортов растений.

Международная конвенция по охране новых сортов растений принята в декабре 1961 г. в Женеве, пересмотрена в ноябре 1972 г., в октябре 1978 г. и в марте 1991 г., ратифицирована Законом Республики Беларусь от 24 июня 2002 г.<sup>1</sup>

В пункте 5 ст. 14 Конвенции, определяющей объем права селекционера, речь идет, среди прочего, о сортах сельскохозяйственных растений, в значительной мере наследующих свойства других сортов и полученных с помощью методов генной инженерии. Это положение закреплено и в Законе Республики Беларусь «О патентах на сорта растений». Согласно ст. 7 закона, «сорт признается сортом, существенным образом наследующим признаки другого сорта (исходного) в следующих случаях:

- наследовании наиболее существенных признаков исходного сорта или сорта, который сам наследует наиболее существенные признаки исходного сорта, сохраняя при этом основные признаки, отражающие генотип или комбинацию генотипов исходного сорта;
- явного отличия от исходного сорта и соответствует генотипу или комбинации генотипов исходного сорта, за исключением отклонений, вызванных применением указанных ниже методов.

---

<sup>1</sup> Закон Республики Беларусь от 24 июня 2002 г. «О присоединении Республики Беларусь к Международной конвенции по охране новых сортов растений» // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь. 2002. № 75. 2/864.

К таким методам могут быть отнесены отбор естественно-го или индуцированного мутанта либо соматического мутанта, отбор отдельного мутанта из растений исходного сорта, беккросс, изменение сорта методами генной инженерии.

Как видим, Международная конвенция по охране новых сортов растений и наше национальное законодательство не рассматривают генетическую инженерию как нечто экстраординарное.

Конвенция о биологическом разнообразии, Картахенский протокол к Конвенции о биологическом разнообразии, Конвенция о доступе к информации, участии общественности в принятии решений и доступе к правосудию по вопросам, касающимся окружающей среды и Международная конвенция по охране новых сортов растений являются частью национального законодательства Республики Беларусь в соответствии с Законом Республики Беларусь «О нормативных правовых актах» от 10.01.2000 г., так как они ратифицированы (утверждены) в соответствии с требованиями белорусского законодательства. Нормы этих международных договоров обладают юридической силой нормативного правового акта, которым он был ратифицирован<sup>1</sup>.

## **7.2. Опыт правового регулирования безопасности генно-инженерной деятельности в Республике Беларусь**

Систему биобезопасности в Республике Беларусь необходимо создавать не только с учетом международных обязательств Республики Беларусь, вытекающих из Картахенского протокола и других международных документов, но также с учетом опыта ведущих в области генетической инженерии стран (США, страны Европейского Союза), а также соседних с Беларусью стран, прежде всего Российской Федерации, Украины и др.

Политика Беларуси в области биобезопасности является частью ее политики в области здравоохранения и охраны окружающей среды с позиций концепции устойчивого развития. Государственная политика в этих областях основывается на

---

<sup>1</sup> Закон Республики Беларусь от 10 января 2000 г. «О нормативных правовых актах» // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2000. № 7. 2/136; 2002. № 7. 2/830; 2004. № 175. 2/1070.

фундаментальных принципах, закреплённых в ряде международных договоров, Стороной которых является Республика Беларусь, а также в соответствующих актах национального законодательства.

Основная цель нашего государства в области биобезопасности состоит в том, чтобы, с одной стороны, создать условия, позволяющие в максимальной степени использовать достижения современной биотехнологии, способствовать развитию генетической инженерии как одного из приоритетных научных направлений и, с другой стороны, гарантировать безопасность здоровья человека и окружающей среды при осуществлении генно-инженерной деятельности, внедрении новых биотехнологий, потреблении их продуктов<sup>1</sup>.

Учитывая особую значимость биотехнологий для устойчивого развития Республики Беларусь, государство уделяет им большое внимание. Биотехнология и генетическая инженерия отнесены к приоритетным научным направлениям и технологиям<sup>2</sup>. Одновременно в Беларуси предприняты важные шаги в области безопасного использования биотехнологий. Среди них следует отметить, прежде всего, создание Национального координационного центра биобезопасности, в функции которого входит осуществление полномасштабного мониторинга за развитием данного направления (Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 19 июня 1999 г.). В мае 2002 г. Беларусь присоединилась к Картахенскому протоколу по биобезопасности к Конвенции о биологическом разнообразии. 8 декабря 2005 г. парламент Беларуси принял Закон «О безопасности генно-инженерной деятельности»<sup>3</sup>.

Для выбора модели государственного регулирования безопасности генно-инженерной деятельности очень большое значение имеет адекватная оценка преимуществ и возможных неблагоприятных эффектов использования достижений сов-

---

<sup>1</sup> Стратегия устойчивого развития Беларуси: Преемственность и обновление: Аналитический отчет. Минск, 2003. С. 103–109.

<sup>2</sup> Постановление Совета Министров Республики Беларусь № 139 от 27 февраля 1997 г. «О приоритетных направлениях создания и развития новых и высоких технологий и критериях их оценки» // Собрание декретов, указов Президента и постановлений Правительства Республики Беларусь, 1997. № 6. Ст. 237.

<sup>3</sup> Закон Республики Беларусь от 9 января 2006 г. «О безопасности генно-инженерной деятельности» // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь 2006 г. № 9. 2/1193.

ременной биотехнологии. Недооценка или преувеличение последних может привести к существенному снижению эффективности модели.

В концепции государственного регулирования в области биобезопасности за основу взято научно аргументированное, подтвержденное на практике представление *о генетической инженерии как новом методе селекции, позволяющем существенно расширить возможности традиционной селекции за счет использования всего разнообразия ценных генов, существующих в природе*. С помощью методов генетической инженерии можно добавлять сорту растений, породе животных, штамму микроорганизмов строго определенные гены, не изменяя при этом остальные его генетические характеристики. Риски для здоровья человека и окружающей среды, связанные с генно-инженерной деятельностью, не отличаются в принципе от таковых при использовании традиционных селекционных технологий. Они могут быть выявлены и оценены на ранних этапах селекционного процесса или даже во время планирования экспериментов. Это дает возможность избежать неблагоприятных последствий генно-инженерной деятельности или свести их к минимуму.

При разработке *модели государственного регулирования безопасности генно-инженерной деятельности* к ней предъявлялись следующие требования:

- обеспечение безопасности человека и окружающей среды при осуществлении генно-инженерной деятельности и использовании ее результатов, одновременно создавая благоприятные условия для развития генетической инженерии как одного из приоритетных научных направлений;

- уважение к действующему законодательству, разумный подход к созданию новых государственных структур, которые могут лечь дополнительным бременем на республиканский бюджет и рядового налогоплательщика. Надо использовать уже существующие структуры, наделив их, если в этом есть необходимость, соответствующими полномочиями;

- использование в новом законодательстве в области биобезопасности норм и процедур, которые можно выполнить с минимальными затратами ресурсов и средств. Сами процедуры должны быть простыми и понятными для граждан;

- право получения полной и достоверной информации о результатах генно-инженерной деятельности и осуществления

общественного контроля. Поэтому в создаваемой системе биобезопасности должен быть предусмотрен механизм информирования и участия общественности в принятии решений в этой области.

Большинство из предложений по совершенствованию системы биобезопасности было разработано и обсуждено общественностью в ходе выполнения совместного проекта правительства Республики Беларусь, Программы ООН по окружающей среде и Глобального экологического фонда. Они закреплены в Законе Республики Беларусь «О безопасности генно-инженерной деятельности»<sup>1</sup>.

Необходимо отметить, что в Законе впервые раскрыто содержание важнейших понятий в области генно-инженерной деятельности, которые имеют значение для правильного формирования и развития нормативно-правовой базы в этой области отношений. В законе однозначно закреплено, что его положения не распространяются на отношения, связанные с применением методов генетической инженерии к человеку, его органам и тканям, а также обращением с фармацевтическими препаратами, продовольственным сырьем и пищевыми продуктами, кормами для животных, полученными из генно-инженерных организмов или их компонентов. Они регулируются специальным законодательством о здравоохранении.

Закон устанавливает основы правового регулирования четырех групп общественных отношений, которые соответствуют главным направлениям генно-инженерной деятельности, сложившимся в мировой практике:

- осуществление генно-инженерной деятельности в замкнутой системе, т.е. в научно-исследовательских лабораториях;
- высвобождение генно-инженерных организмов в окружающую среду для проведения испытаний, т.е. для оценки и отбора полезных и безопасных для человека улучшенных сортов растений и пород животных на специально обустроенных территориях;
- использование полученных результатов в хозяйственной деятельности;
- перемещение различных генно-инженерных организмов через границу Республики Беларусь, т.е. ввоз, вывоз и транзит,

---

<sup>1</sup> Закон Республики Беларусь от 9 января 2006 г. «О безопасности генно-инженерной деятельности» // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь 2006 г. № 9. 2/1193.

например, семян сельскохозяйственных культур, клубней картофеля и др.

Таким образом, закон не претендует на всеобъемлющее регулирование этой сложной области общественных отношений.

Любой из вышеназванных видов генно-инженерной деятельности может выполняться, согласно законопроекту, только при соблюдении следующих основополагающих принципов:

- принятие мер предосторожности при осуществлении генно-инженерной деятельности;
- сохранение биологического разнообразия и естественных экологических систем;
- научно обоснованный, интегрированный и индивидуальный подход при оценке риска возможных неблагоприятных последствий генно-инженерной деятельности для здоровья человека и состояния окружающей среды;
- ответственность за нарушение законодательства в области безопасности генно-инженерной деятельности;
- доступ граждан и общественных объединений к информации в области безопасности генно-инженерной деятельности;
- международное сотрудничество в области безопасности генно-инженерной деятельности.

Основополагающими законами в области безопасности генно-инженерной деятельности в замкнутых системах являются Закон «О здравоохранении»<sup>1</sup>, определяющий государственную политику в области охраны здоровья граждан Республики Беларусь, правовые, социально-экономические и организационные основы системы здравоохранения и Закон «О санитарно-эпидемическом благополучии населения»<sup>2</sup>, регулирующий общественные отношения в области обеспечения санитарно-эпидемического благополучия населения Республики Беларусь, сохранения и укрепления здоровья, физического, духовного развития и долголетней активной жизни людей. Закон определяет компетенцию республиканских и местных органов государственной власти и управления в области обеспечения санитар-

---

<sup>1</sup> Закон Республики Беларусь «О здравоохранении» от 18 июня 1993 г. // Ведомости Верховного Савета Республики Беларусь, 1993 г. № 24. Ст. 290.

<sup>2</sup> Закон Республики Беларусь «О санитарно-эпидемическом благополучии населения» от 23 ноября 1993 г. // Ведомости Верховного Совета Республики Беларусь, 1993. № 36. Ст. 451; Ведомости Верховного Совета Республики Беларусь, 1997 г. № 28. Ст. 486; 1999 г. № 25. Ст. 427; Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2000 г. № 52. 2/172.

но-эпидемического благополучия населения; обязанности предприятий, учреждений, организаций и иных хозяйствующих субъектов независимо от их подчиненности и форм собственности, общественных объединений, должностных лиц и граждан по соблюдению санитарных норм, правил, гигиенических нормативов и проведению санитарно-гигиенических, профилактических, противозидемических и противорадиационных мероприятий; систему государственного контроля и надзора; виды ответственности за нарушения санитарного законодательства<sup>1</sup>.

### Вопросы для самопроверки

1. Когда вопросы генно-инженерной деятельности впервые оказались в центре внимания крупных международных организаций?
2. Каковы основные положения Картахенского протокола по безопасности к Конвенции о биологическом разнообразии?
3. Какова направленность основных положений Орхусской конвенции?
4. В соответствии с каким Законом Республики Беларусь регулируется генно-инженерная деятельность в контексте международных документов?
5. Какова политика Беларуси в области биобезопасности?
6. Какие требования учитывались при разработке модели государственного регулирования безопасности генно-инженерной деятельности?
7. Когда принят Закон «О безопасности генно-инженерной деятельности» в Республике Беларусь?
8. Каковы основополагающие законы в области безопасности генно-инженерной деятельности в Республике Беларусь?

### Литература

Биотехнология. Биобезопасность. Биоэтика / под. ред. А.П. Ермишина. Минск, 2005.

Европейская экономическая комиссия ООН. Перечень руководящих положений по биобезопасности в области биотехнологии. Нью-Йорк; Женева. 1995.

---

<sup>1</sup> Перечень и механизмы использования нормативных актов законодательства Республики Беларусь в области генно-инженерной деятельности в различных областях (замкнутых системах, при высвобождении генно-инженерных объектов в окружающую среду для проведения испытаний, при использовании в хозяйственной деятельности генно-инженерных сортов растений, в области безопасности и качества продовольственного сырья и продуктов питания, вывоза и транзита генно-инженерных объектов, в области биобезопасности). Биотехнология. Биобезопасность. Биоэтика / под. ред. А.П. Ермишина. Минск. 2005.

Recombinant DNA safety considerations. OECD. Paris, 1986.

Good developmental principles: Guidance for the design of small scale field research with genetically modified plants and micro-organisms. OECD. Paris, 1990.

Voluntary code of conduct for the release of organisms into the environment. UNIDO. Vienna, 1991.

Повестка дня на XXI век, глава 16: Экологически безопасное использование биотехнологии. ЮНЕСД, 1992.

Конвенция ООН о биологическом разнообразии // Ведомости Верховного Совета Республики Беларусь. 1993. № 27. Ст. 347.

Постановление Верховного Совета Республики Беларусь от 10 июля 1993 г. «О ратификации Конвенции о биологическом разнообразии» // Ведомости Верховного Совета Республики Беларусь. 1993. № 27. Ст. 347.

Международные руководящие принципы техники безопасности ЮНЕП в области биотехнологии. ЮНЕП, 1996.

Закон Республики Беларусь от 6 мая 2002 г. «О присоединении Республики Беларусь к Картахенскому протоколу по биобезопасности к Конвенции о биологическом разнообразии» // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2002. № 53. 2/846.

Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 5 июня 2002 г. № 734 «О мерах по реализации положений Картахенского протокола по биобезопасности к Конвенции о биологическом разнообразии» // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2002. № 67. 5/10573.

Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 19 июня 1998 г. № 963 «О создании Национального координационного центра биобезопасности» // Собрание декретов, указов Президента и постановлений Правительства Республики Беларусь, 1998. № 18. Ст. 492.

Конвенция о доступе к информации, участии общественности в процессе принятия решений и доступе к правосудию по вопросам, касающимся окружающей среды // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2000. № 1. 1/837.

Указ Президента Республики Беларусь от 14 декабря 1999 г. № 726 «О присоединении к Конвенции о доступе к информации, участии общественности в процессе принятия решений и доступе к правосудию по вопросам, касающимся окружающей среды» // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2000. № 1. 1/837.

Закон Республики Беларусь от 24 июня 2002 г. «О присоединении Республики Беларусь к Международной конвенции по охране новых сортов растений» // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2002. № 75. 2/864.

Закон Республики Беларусь от 10 января 2000 г. «О нормативных правовых актах» // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2000. № 7. 2/136; 2002. № 7. 2/830; 2004. № 175. 2/1070.

Стратегия устойчивого развития Беларуси: Преимущество и обновление: Аналитический отчет. Минск, 2003.

Постановление Совета Министров Республики Беларусь № 139 от 27 февраля 1997 г. «О приоритетных направлениях создания и развития

новых и высоких технологий и критериях их оценки» // Собрание декретов, указов Президента и постановлений Правительства Республики Беларусь. 1997 г. № 6. Ст. 237.

Перечень приоритетных направлений фундаментальных научных исследований Республики Беларусь на 2002—2005 гг., утвержденный Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 29 января 2002 г. № 111 // [http:// biosafety.org.by / rus / legislation, html](http://biosafety.org.by/rus/legislation.html).

Проект Закона Республики Беларусь «О безопасности генно-инженерной деятельности». (Принят в первом чтении Палатой представителей Национального собрания Республики Беларусь 29 апреля 2004 г.) // [http:// biosafety.org.by / rus / legislation, html](http://biosafety.org.by/rus/legislation.html).

Закон Республики Беларусь «О здравоохранении» от 18 июня 1993 г. // Ведомости Верховного Совета Республики Беларусь, 1993. № 24. Ст. 290.

Закон Республики Беларусь «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 23 ноября 1993 г. // Ведомости Верховного Совета Республики Беларусь, 1993. № 36. Ст. 451; Ведомости Верховного Совета Республики Беларусь, 1997 г. № 28. Ст. 486; 1999 г. № 25. Ст. 427; Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2000. № 52. 2/172.

Постановление Главного государственного санитарного врача Республики Беларусь «О комиссии по контролю за соблюдением требований биологической безопасности и противоэпидемиологического режима (режимная комиссия)» от 25 ноября 1997 г. № 25 // [http:// biosafety.org.by / rus / legislation, html](http://biosafety.org.by/rus/legislation.html).

Закон Республики Беларусь «Об охране окружающей среды» (в редакции Закона от 17 июля 2002 г.) // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь. 2002. № 85. 2/875.

Закон Республики Беларусь от 23 ноября 1993 г. «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» // Ведомости Верховного Совета Республики Беларусь, 1993. № 36. Ст. 451; Ведомости Национального собрания Республики Беларусь, 1997 г. № 28. Ст. 486; 1999 г., № 25. Ст. 427; Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2000. № 52. 2/172.

Закон Республики Беларусь от 29 июня 2003 г. «О качестве и безопасности продовольственного сырья и пищевых продуктов для жизни и здоровья человека» // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2003. № 79. 2/966.

Постановление Главного государственного санитарного врача Республики Беларусь от 2 сентября 2003 г. № 116 «О государственной гигиенической регламентации и регистрации продовольственного сырья и пищевых продуктов, полученных из (или с использованием) генетически модифицированных источников» // [http:// biosafety.org.by / rus / legislation, html](http://biosafety.org.by/rus/legislation.html).

## Глава 8. ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ МАНИПУЛЯЦИЙ СО СТВОЛОВЫМИ КЛЕТКАМИ И КЛОНИРОВАНИЯ ЧЕЛОВЕЧЕСКИХ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ

- 8.1. *Стволовые клетки: типы, источники, этические аспекты использования*
- 8.2. *Моральные проблемы клонирования человека*
- 8.3. *Статус человеческого эмбриона: социокультурная и моральная оценка*

### 8.1. Стволовые клетки: типы, источники, этические аспекты использования

Особое значение в рамках биоэтического дискурса имеет проблема клонирования человека и его органов в контексте развития биотехнологии в медицине 90-х гг. XX в. С одной стороны, интерес человечества к этическим и моральным проблемам, а не только к материальной выгоде научно-технических достижений является прогрессивным. С другой стороны, этика и мораль очень часто используются в качестве аргументов в нечестной конкурентной борьбе производителей научно-технической продукции и различных политических группировок. Нужно быть специалистом во многих областях науки, философии и религии, чтобы отличить истинную морально-этическую проблему от ошибочной или от надуманных аргументов противников прогресса.

С самого детства вследствие травм или болезней нарушаются или разрушаются клетки мышечной, костной, нервной либо другой ткани. Чтобы устранить повреждение, эти клетки нужно восстановить. В процессе восстановления ключевую роль играют так называемые *стволовые клетки*, расположенные в костном мозге и других органах. Получив сигнал о травме, организм выводит эти клетки в кровеносное русло, направляет к «неполадке» и превращает их в необходимые организму в данный момент клетки: костные, мышечные, печеночные и даже нервные. Иными словами, стволовые клетки — это клетки, не получившие еще специализацию или, говоря научным языком, не прошедшие дифференциацию. Поэтому они могут

дифференцироваться в «нужные» в данный момент организму клетки. Запас стволовых клеток в организме не безграничен и быстро теряется с возрастом. Доля стволовых клеток, способных к дифференцировке, в костном мозге в момент рождения человека одна на 10 тыс. кроветворных клеток. У подростков она уже в 10 раз меньше, к 50 годам — одна на полмиллиона, в 70 лет — лишь одна на миллион.

К счастью, стволовые клетки могут быть внесены в организм искусственно. В последние годы опубликовано большое количество работ, подтверждающих, что стволовые клетки, попадая на поврежденные участки самых различных органов, превращаются именно в клетки того типа, который необходим, чтобы залечить повреждение. В пораженном инфарктом сердце они преобразуются в клетки сердечной мышцы — миоциты, в пораженном инсультом головном мозгу — в нейроны и глиальные клетки. Стволовые клетки могут превращаться в клетки печени, костного мозга и т.д.

Основы науки о стволовых клетках были заложены около 30 лет назад советскими учеными *А.Я. Фриденштейном и И.Л. Чертковым*. В 1999 г. эти клетки «переоткрыли» американские ученые, затем последовало лавинообразное возрастание интенсивности работ в этой области. Пожалуй, такого прорыва в медицине не было со времен открытия пенициллина, ибо человечество может получить «лекарство» от физических травм, паралича, цирроза, инсульта и инфаркта, болезни Паркинсона, инсулин зависимого диабета, болезни Альцгеймера, последствий травм спинного мозга и многих других болезней, ранее считавшихся неизлечимыми. В далекой перспективе — полное восстановление или замена поврежденных органов, причем без иммунного отторжения, возникающего при трансплантации, поскольку такие клетки являются для организма родными.

Чтобы понять, что такое стволовые клетки, коротко рассмотрим процесс индивидуального развития организма. В самом начале жизни человеческий организм представляет собой зиготу — яйцеклетку, оплодотворенную сперматозоидом. В оплодотворенной яйцеклетке содержатся все «инструкции» по превращению ее в тело взрослого человека (при нормальных условиях окружающей среды), закодированные в ДНК.

По мере роста зародыша различные клетки в разных частях его тела приобретают определенную специализацию за счет блокировки некоторых «инструкций» в их ДНК, т.е. идет

клеточная дифференцировка. Эти «инструкции» не исчезают, они просто игнорируются клеткой. В данном процессе участвуют сложные регуляторные генетические механизмы отключения определенных участков ДНК. «Включение» и «выключение» определенных участков ДНК должно происходить в правильной последовательности. Информация о ней частично закодирована в самой ДНК, но этот процесс регулируется и цитоплазмой клетки — это эпигенетическая регуляция. Именно поэтому невозможно клонировать динозавров и мамонтов, даже если бы удалось найти их неповрежденную ДНК, поскольку для этого необходима живая материнская яйцеклетка.

Благодаря сложной системе последовательного «включения» и «выключения» участков ДНК клетки костной ткани «используют» только «инструкции» по формированию кости. «Инструкции» для создания крови, нервов, кожи и других тканей сохраняются в ДНК этих клеток, но становятся недоступными. Сходным образом обстоит дело и в клетках других тканей. Но в организме остаются и недифференцированные, по крайней мере, до некоторой степени, клетки. Это — стволовые клетки, в которых многие «инструкции» остаются в рабочем состоянии. Благодаря этому они способны давать начало разным типам тканей.

Различают *несколько типов стволовых клеток* в зависимости от степени их дифференцировки. Оплодотворенная яйцеклетка называется тотипотентной, т.е. способной дать начало всему организму. В ходе развития она делится на несколько одинаковых тотипотентных клеток, которые иногда расходятся и дают начало монозиготным (однойяйцевым) близнецам.

На ранней стадии эмбрионального развития образуется *бластоцист* — полый шар, стенки которого состоят из клеток. Клетки внешних слоев дают начало плаценте, а внутренних — тканям организма. Каждая из внутренних клеток способна дать начало большинству тканей, но не целому организму, поскольку в них блокирована информация о плаценте. Такие клетки называются *плюрипотентными*. По мере дальнейшего эмбрионального развития специализация клеток усиливается, и стволовые клетки уменьшают свой потенциал к превращению. Теперь они могут давать начало лишь нескольким тканям, и такие клетки называются *полипотентными*.

Таким образом, *эмбриональные стволовые клетки (ЭСК)* — это плюрипотентные клетки из внутреннего слоя бластоциста,

развившиеся в первые дни после оплодотворения. Из этих клеток можно получить любой орган и любую ткань взрослого организма. Эмбриональные стволовые клетки впервые культивировал в 1998 г. американский ученый Дж. А. Томсон (Висконсинский университет), который обнаружил, что из стволовых клеток, пересаженных мыши, формируются разнообразные ткани. Поэтому дальнейшие исследования эмбриональных стволовых клеток могут позволить разработать методы получения клеток для лечения многих состояний, связанных с повреждением тканей. Они особенно ценны, по-видимому, в тех случаях, когда восстановление естественным путем не происходит (т.е. во взрослом организме, в котором стволовых клеток мало или они уже вовсе отсутствуют).

С помощью стволовых клеток, используя технологию клонирования, схожую с клонированием овечки Долли, можно будет выращивать на заказ человеческие органы или части органов (например, сердечные клапаны), которые не будут отторгаться организмом реципиента. Также возможно помещать эмбриональные стволовые клетки в больные органы, включая мозг, которые будут обеспечивать восстановление поврежденных тканей и органов. Теоретически такие возможности предсказывались давно, но только теперь начинают рассматривать их практическое использование.

Где взять эмбриональные стволовые клетки? Один из их источников — *абортивный материал* при естественном и искусственном оплодотворении. Известно, что при каждой успешной беременности, которая приводит к рождению живого ребенка, теряется или «самопроизвольно abortируется» несколько эмбрионов (здесь, видимо, неправильно говорить о «выкидыше» в обычном смысле этого слова, потому что очень ранняя потеря эмбриона почти всегда остается незамеченной). Потеря некоторых эмбрионов вызвана генетическими аномалиями развития, а других — внешними физическими факторами или физиологическим либо психологическим состоянием матери. Очевидно, природа предопределила появление «лишних» эмбрионов почти в каждой беременности.

Поскольку эмбриональная стволовая клетка бессмертна и саморазмножается, тогда достаточно удобно в дальнейшем использовать бесконечную клеточную линию ее потомков. Однако время от времени происходящие генетические мутации в эмбриональных стволовых клетках будут передаваться дочерним клеткам и накапливаться в последующих клеточных поколениях.

Именно возможность применения эмбриональных стволовых клеток породила ключевой вопрос дискуссии по биоэтике — допустимость использования клеток, взятых у абортированных или специально клонированных эмбрионов, в биомедицинских исследованиях и лечении. Эту дискуссию мы рассмотрим несколько позже.

Медициной достигнуты большие успехи при использовании стволовых клеток, извлекаемых не из эмбрионов. Стволовые полипотентные клетки находятся в уголках и бороздах нашего мозга, костном мозге и волосяных фолликулах взрослого организма и других тканях. Так, например, биолог К. Дж. Хиу ввел в сердце крыс стволовые клетки, выделенные из костного мозга. Эти клетки дифференцировались в новую ткань сердечной мышцы, которая установила нормальные связи с окружающими участками ткани и стала сокращаться одновременно с ними<sup>1</sup>.

Стволовые клетки из участка мозга, называемого гиппокамп, трансплантировали в глаза крысам. Эти клетки самостоятельно перемещались к местам повреждений сетчатки и образовывали новое нервное соединение. Возможно, в будущем это позволит восстанавливать зрение у больных, страдающих возрастной дегенерацией центрального пятна сетчатки, прогрессирующей дегенерацией сетчатки и даже отслоением сетчатки и ретинопатией, вызванной диабетом<sup>2</sup>.

Стволовые клетки и другие полипотентные «промежуточные клетки-амплифайеры», найденные в наружном слое волосяных фолликулов, способны давать начало клеткам кожи, которые могут быть использованы для трансплантации<sup>3</sup>.

Группе исследователей во главе с А. Пеком удалось вылечить инсулинозависимый диабет у мышей с помощью *стволовых клеток из протоков поджелудочной железы*. Стволовые клетки в условиях *in vitro* превращались в структуры, производящие инсулин, — островки Лангерганса. Их вводили под кожу взрослых мышей, страдающих диабетом, и они производили инсулин, функционируя как клетки поджелудочной железы; вокруг них развивались кровеносные сосуды. Приблизительно

---

<sup>1</sup> Hall A. Awaiting the Miracles of Stem-Cell Research / A. Hall // Business Week Online, 29. 2000.

<sup>2</sup> Newman L. Transplanted Stem Cells May Aid AMD Patients / L. Newman // Ophthalmology Times, 15. 2001.

<sup>3</sup> Coghlan A. Hair today, skin tomorrow / A. Coghlan // New Scientist. 2001. Vol. 170 (2296). P. 19–23.

тельно через неделю мышцы уже могли самостоятельно регулировать концентрацию глюкозы в крови.

Источник множества стволовых клеток — *кровь из пупочного канатика*, использование которой уже показало хорошие результаты при лечении лейкемии. Позже обнаружили, что стволовые клетки крови из пупочного канатика можно ввести мышам после инсульта, и они восстанавливают 50% ткани мозга. Учитывая множество стволовых клеток в пупочном канатике и тот факт, что эти клетки уже используются для лечения разнообразных заболеваний (например, детской лейкемии), многие ученые предполагают, что в ближайшие годы их уже можно будет применять в лечении последствий инсультов.

Одним из возможных источников стволовых клеток является откачанный жир. Из таких стволовых клеток уже удалось вырастить хрящевую, мышечную и жировую ткани, используя разные питательные среды<sup>1</sup>. Эти исследования представляют исключительную важность, так как свидетельствуют об огромном потенциале гемопоэтических клеток-предшественников и стволовых клеток взрослого организма. Эти клетки не только позволят избежать трудностей, связанных с отторжением трансплантата, но и будут проще поддаваться дифференцировке в нужную ткань.

Исследование стволовых клеток из выпавших детских зубов показало, что они могут превращаться в клетки будущих зубов, одонтобласты, а также нервные и жировые клетки.

Британская фирма, участвовавшая в клонировании овечки Долли, намеревается провести эксперимент на основе нового метода дедифференцировки, т.е. повернуть дифференцировку вспять. Они планируют вернуть клетки кожи взрослого человека в эмбриональное состояние и утверждают, что уже добились такого результата с клетками коровы.

Примеры показывают, что *изучение стволовых клеток взрослого организма перспективно*. Их использование не вызывает моральных и этических проблем в отличие от использования эмбриональных стволовых клеток, однако имеются отдельные факторы ограничивающие исследования:

---

<sup>1</sup> Zuk P.A. Multilineage Cells from Human Adipose Tissue: Implications for Cell-Based Therapies. P.A. Zuk [et al] // Tissue Engineering. 2001. Vol. 7(2). P. 211–228.

- стволовые клетки взрослого организма не являются истинно плюрипотентными, т.е. из них нельзя получить любые органы и ткани организма, а только определенные. Исследования по их дедифференцировке пока только начаты и результаты еще неизвестны;

- в процессе развития организма клетки подвержены различным генетическим нарушениям: соматические мутации, влияние вирусов и многое другое. Они могут быть незаметны в стволовых клетках, но затем сказаться на функции органов и полученных тканей;

- во взрослом организме количество стволовых клеток невелико, а именно взрослому организму они больше всего и требуются (возможно хранение стволовых клеток, полученных из пуповины при рождении и взятых из различных тканей в детском возрасте. Но как быть со взрослыми людьми, у которых нет такого запаса стволовых клеток?);

- вопрос надежного хранения стволовых клеток.

Список вопросов и проблем может быть продолжен; очевидно одно – в настоящее время стволовые клетки взрослого организма не способны решить всех вопросов.

Другим методом клонирования является *пересадка клеточного ядра*. Пересадка-подсадка ядра яйцеклетки стоит намного ближе к настоящему клонированию, поскольку не ограничивается строго определенными делениями эмбриона и может быть распространена на многие индивидуумы. Решающие достижения в этом направлении были сделаны при помощи метода, впервые использованного ученым Вильядсеном в 1986 г. Совершенно нормальных телят и овец получали путем пересадки единичных бластомер, полученных из 8- и 16-клеточных эмбрионов, в неоплодотворенные яйцеклетки, из которых прежде было удалено клеточное ядро. Бластоциты, полученные таким образом, хорошо сформированные и организованные, затем имплантировали в матку самок-кормилиц для последующего развития плодов.

Недавнее создание овцы Долли – лишь обновленный вариант разрабатывавшейся ранее методики. Значимость же открытия Вильмута и Кэмпбелла состоит не в технологии получения овцы-близнеца, а в доказательстве еще одной способности клетки, а именно возможности зрелой взрослой клетки развиваться до эмбриональной стадии и продуцировать новое живое существо с тем же генетическим набором, что и у исход-

ной клетки<sup>1</sup>. Разработанный ими процесс клонирования можно разделить на пять этапов<sup>2</sup>:

- манипуляции с донорской клеткой: взрослые соматические клетки, взятые из эпителия вымени овцы Финн-Дорсет, помещали в культуральную среду с низким содержанием питательных веществ. Заторможенные таким образом клетки перестают делиться, их гены утрачивают активность;

- манипуляции с яйцеклеткой: в то же время у другой овцы — Блэкфейс — забирали неоплодотворенную яйцеклетку, из которой удаляли ее ядро (и соответственно ДНК), оставляя нетронутой цитоплазму яйцеклетки со всеми действующими механизмами, необходимыми для обычного развития эмбриона;

- слияние донорской клетки и безъядерной яйцеклетки: обе клетки — от овец Финн-Дорсет и Блэкфейс — помещали рядом друг с другом в сосуде с культуральной средой и с помощью электрического разряда вызывали их слияние. В результате ядром клеточного гибрида стало ядро донорской взрослой клетки, а цитоплазма обоих типов клеток слилась воедино. Действие второго электрического разряда заставляет «работать» механизм естественного оплодотворения, использовать весь потенциал яйцеклетки;

- спустя 6 дней сформировавшийся эмбрион, прошедший через ряд клеточных делений, перенесли в матку овцы Блэкфейс;

- в результате завершения беременности у овцы Блэкфейс родилась овечка Долли — генетическая копия исходной овцы Финн-Дорсет.

Описанный эксперимент по клонированию Долли может быть применен в принципе к любому другому виду млекопитающих, включая человека. В настоящее время этим методом получено достаточно большое количество клонов различных видов животных: мыши, овцы, козы, свиньи, быка, лошади, кошки и др. Наряду с улучшением технологии клонирования начато детальное исследование развития таких организмов.

В организме существует множество дифференцированных тканей, которые для своего полного созревания требуют

---

<sup>1</sup> Wilmut L. Viable offspring derived from fetal and adult mammalian cells / L. Wilmut [et al] // Nature. 1997. Vol. 385. P. 810–813.

<sup>2</sup> Campbell K.H. Sheep cloned by nuclear transfer from a cultured cell line 1996 / K.H. Campbell [et al] // Nature. 1996. Vol. 380. P. 64–36.

соблюдения условий, учитывающих влияние различных факторов на каждой стадии развития. Это значит, что можно легко размножить клетки одного органа или ткани. Но чтобы воспроизвести весь организм целиком, требуется учесть огромное количество факторов. В эксперименте с овечкой Долли в 277 опытах удалось получить только 29 эмбрионов, выживших более 6 дней, а до дня рождения удалось дойти только Долли. У многих клонированных животных обнаружены пороки развития. Японские ученые установили, что клонированные мыши живут меньше и более подвержены различным заболеваниям. Поэтому необходимы долгие и детальные исследования по клонированию живых существ, прежде чем приступить к клонированию человека<sup>1</sup>.

## 8.2. Моральные проблемы клонирования человека

Основная цель *клонирования человека* — получение собственных эмбриональных стволовых клеток, а также органов и тканей, выращенных из таких клеток. Это так называемое *терапевтическое клонирование*. Получение взрослого организма — репродуктивное клонирование — является второстепенной задачей и рассматривается в свете решения проблемы бесплодия в тех случаях, когда современные методы искусственного оплодотворения не дают желаемого результата. Однако именно возможность получения взрослого организма породила большое количество, как морально-этических проблем, так и предрассудков.

Клонирование имеет свои плюсы и минусы, как и любое достижение прогресса.

Известны попытки запугать людей армией «Шварценеггеров», с оружием в руках отстаивающей интересы какого-нибудь диктатора, или трудовой армией человеко-роботов и т.п. Однако любой человек, знакомый с проблемой клонирования, понимает, что все это невозможно. Даже если не брать в расчет финансовый вопрос и предположить, что будут разработаны технологии выращивания клонов без материнского организма, то потребуются годы на их развитие, воспитание, обу-

---

<sup>1</sup>Vogel G. Harnessing the power of stem cells [news] / G. Vogel // Science. 1999. Vol. 283. P. 1432–1434.

чение и пр. Более того, личность клонировать невозможно. Можно клонировать генотип (организм), а личность формируется в процессе воспитания и обучения, повторение условий которых невозможно. Это доказано путем наблюдения за монозиготными (однойяцевыми) близнецами, которые по сути являются клонами друг друга. Воспитанные в разных условиях, они не только имеют разные характеры, склонности и умственные способности, но часто и внешне не похожи друг на друга.

Некоторые считают, люди захотят клонировать себя. Но зачем? Для того чтобы на старости лет посмотреть, как резвится на лужайке его брат-близнец, только намного моложе его? Но даже если и найдутся такие желающие, клоны человека будут обычными человеческими существами. Их будет вынашивать обычная женщина в течение девяти месяцев. Они родятся и будут воспитываться в семье, как любой другой ребенок. Им, как и всем, потребуется 18 лет, чтобы достичь совершеннолетия. Клон-близнец будет на несколько десятилетий младше своего оригинала. Значит, исключена опасность, что люди будут путать клон-близнеца с оригиналом. У клона будут иные, нежели у донора, отпечатки пальцев. Клон не унаследует ничего из воспоминаний оригинала и будет иметь другой характер, другие способности и наклонности. Клон — не двойник человека, а просто его младший брат-близнец.

Собственно клонирование — это естественный процесс, если иметь в виду множество естественно рожденных монозиготных близнецов. Такое клонирование человеческого генома само по себе этически вполне безупречно, потому что происходит естественно. В самом факте естественного рождения монозиготных близнецов для нас нет ничего предосудительного или прискорбного, в крайнем случае — моральный нейтралитет. Те же чувства в принципе мы должны испытывать и по отношению к созданию близнецов любым другим методом. Если же мы против клонирования другим методом, например методом переноса клеточного ядра, то возражения связаны не с фактом клонирования как такового, а с техническими особенностями методики.

Технология клонирования может помочь людям иметь детей даже в тех случаях, когда обычная медицина бессильна. Да

и само клонирование очень схоже с технологией искусственного оплодотворения (IVF), широко применяемой во всем мире. Различие лишь в том, что яйцеклетку не оплодотворяют, а вводят ей ядро из клетки реципиента.

В большинстве стран мира действует либо полный, либо временный *запрет на репродуктивное клонирование человека*. Во Всеобщей Декларации о геноме человека и правах человека ЮНЕСКО (1997) говорится: «Не допускается практика, противоречащая человеческому достоинству, такая, как практика клонирования с целью воспроизводства человеческой особи». Государством и компетентным международным организациям предлагается сотрудничать с целью выявления такой практики (ст. 11).

Главной целью клонирования является не репродуктивное клонирование, а терапевтическое, т.е. *получение эмбриональных стволовых клеток*. Поэтому остановимся более подробно на этических проблемах такого типа клонирования.

Этические аспекты исследования человеческих стволовых клеток затрагивают широкий круг спорных и важных проблем, которые опубликованы во многих работах<sup>1</sup>. Источником стволовых клеток может быть взрослый организм, кровь из пупочного канатика, ткань зародыша или ткань плода на различных стадиях его развития. Сегодня общепризнанно, что лучший источник стволовых клеток для терапевтических целей — эмбрионы. Поэтому Европейская группа по этике выдвинула на первый план проблему прав женщин. Если эмбриональный материал и кровь из пупочного канатика станут источником получения стволовых клеток, то женщины могут попасть под особое давление.

Существуют также проблемы добровольного и информированного согласия, как доноров, так и получателей клеток; оценки приемлемого риска; применения этических стандартов в исследованиях на людях; анонимности доноров; охраны и безопасности клеточных банков; конфиденциальности и за-

---

<sup>1</sup>Апресян Р.Г. Материалы «круглого стола»: Мы и биоэтика / Р.Г. Апресян // Человек. 1990. № 6. С. 98–100; Зеленин А.В. Генная терапия на границе третьего тысячелетия / А.В. Зеленин // Вестник Российской академии наук. 2001. Т. 71. № 5. С. 387–395; Судо Ж. История биоэтики, дискуссии, этическая ориентация / Ж. Судо. 2001. <http://www.religion/contholic/biohist.htm>

щиты частного характера генетической информации<sup>1</sup>. Наконец, есть проблемы коммерциализации и компенсации участникам процесса; защиты человеческих тканей, генетического материала и информации при их перемещении через границы<sup>2</sup>.

Исследования в области человеческих эмбриональных стволовых клеток в целом, и связанные с бессмертием в частности, побуждают задаться еще одним острым вопросом. Если мы станем жить намного дольше и будем здоровее, мы тем самым в корне изменим свою природу. Смертность — одна из определяющих характеристик человеческого существования. Есть ли моральные основания выступить против дальнейшей эволюции, будь то «естественная» дарвиновская эволюция или эволюция, определяемая осознанным выбором?

Мы можем оказаться перед проблемой допустимости так называемой «терапии улучшения». Например, благодаря своим регенеративным способностям стволовые клетки могут не только восстановить функцию поврежденного мозга, но и улучшить его работу. Этично ли улучшать функционирование мозга? Если подобная лечебная терапия станет безопасной, то будет трудно отказаться от ее применения как «терапии улучшения». Если научиться изменять человеческий геном так, чтобы защититься от наиболее распространенных болезней и удлинить полноценную жизнь на 25%, то, очевидно, многие захотят воспользоваться такой возможностью.

Люди сейчас живут в среднем на 25% дольше, чем 100 лет назад. Это достижение прогресса ни у кого не вызывает сожалений. Почему же дальнейший выигрыш в здоровье путем модификации вида или «направленной» эволюции вызывает опасения и страхи? Некоторые считают, что пока люди сохраняют способность к естественному размножению, они остаются, в биологическом смысле, представителями своего вида.

---

<sup>1</sup> Тищенко П.Д. Право на помощь и право на жизнь / П.Д. Тищенко // Человек. 1992. № 6. С. 34–47; Лопухин Ю.М. Биоэтика в России / Ю.М. Лопухин // Вестник Российской академии наук. 2001. Т. 71. № 9. С. 771–774; Жиганова Л.П. Биомедицина в США: актуальные этические и социально-политические аспекты / Л.П. Жиганова, Ю.М. Гариев // США — Канада: экономика, политика, культура. 2003. № 5. С. 103–116; Курило Л.Ф. Этико-правовые аспекты использования стволовых клеток человека / Л.Ф. Курило // Человек. 2003. № 3. 23–27.

<sup>2</sup> Пеллегрини Э. Медицинская этика в США: настоящее и будущее / Э. Пеллегрини // Человек. 1990. № 2. С. 50–57.

Но вопрос не в том, принадлежим ли мы к своему виду в узкобиологическом смысле, а в том, изменили ли мы свою природу, а с ней, возможно, и наше понимание нормального видового функционирования.

Эти и другие проблемы очень важны и интересны, но невозможно обсудить их все. Остановимся подробнее на этической проблеме получения эмбриональных стволовых клеток, связанной с возможностью создания и использования человеческих эмбрионов. Можно ли специально создавать и/или использовать эмбрионы для получения стволовых клеток с целью лечения взрослых людей? И если да, то до какого возраста эмбрион можно рассматривать как эмбрион, а не человеческое существо? Последний вопрос связан с тем, что при терапевтическом клонировании используются эмбрионы до 14-дневного возраста.

Международный комитет по биоэтике (IBC) при ЮНЕСКО не пришел к единому мнению в отношении создания и использования эмбрионов для терапевтического клонирования, но признает, что решения по этому вопросу, принятые национальными комитетами по биоэтике или национальными законодательными органами, могут быть различны в разных странах и регионах. Такие различия неизбежны в плюралистическом мире, где одни могут принимать этические нормы, которые являются недопустимыми для других. Отношение к этой проблеме не совпадает как в разных странах, так и у различных религий и философских течений. Что допустимо в буддизме, то может быть недопустимым в христианстве и наоборот.

Ислам, например, допускает использование человеческих эмбрионов в период до 40 дней после оплодотворения, объясняя это тем, что у такого эмбриона еще нет души. Иудаизм считает, что оплодотворенная яйцеклетка не является еще человеческим существом, а становится им в процессе развития внутри матери. Более того, развивающийся эмбрион вне матери приравнивается к гамете и может считаться существом только после его имплантации матери. Наиболее строгое отношение к эмбриону у Римской католической церкви, ибо, согласно католическим канонам, человеческое существо появляется в момент зачатия, т.е. с момента оплодотворения яйцеклетки. Некоторые ветви христианской религии, например протестантская церковь, считают, что ранний эмбрион не яв-

ляется полноправным человеческим существом. Однако протестантские теологические воззрения не однородны, и этические нормы по отношению к эмбриону могут быть разными в различных протестантских этносах.

В качестве мнения Русской православной церкви можно привести слова священника Антония Ильина: «Церковная позиция по этому вопросу изложена в Святом Евангелии, в котором говорится, что возраст зачатого Пресвятой Девой Марией Богомладенца был менее 14 дней, а Елисавета уже почитала Его как Господа. Согласно церковной позиции, с момента зачатия эмбрион является человеческим существом и будущей личностью».

Этические нормы и основанное на них законодательство различны в разных странах с преобладанием одной и той же религии. Например, Великобритания приветствует исследование стволовых клеток. Она стала первой страной, по крайней мере, в Европе, одоббившей исследование человеческих эмбриональных стволовых клеток, правда, при условии «адекватных мер предосторожности». Для их соблюдения правительство создало экспертную группу и в августе 2000 г. обнародовало свою позицию, сформулированную в докладе экспертов. Затем обе палаты Парламента Великобритании подавляющим большинством голосов одобрили исследования стволовых клеток и так называемое терапевтическое клонирование. Экспертная группа в своих рекомендациях основывалась главным образом на том, что в Великобритании исследования на эмбрионах уже разрешены и обстоятельно регламентированы «Актом о человеческом оплодотворении и эмбриологии» от 1990 г. Их регулирование осуществляется специальным органом – Управлением по человеческому оплодотворению и эмбриологии (HFEA). Работы с эмбрионами разрешены для изучения ограниченного круга проблем, в частности, бесплодия. Теперь перечень разрешенных целей расширился, включив исследования человеческих эмбриональных стволовых клеток.

Во многих странах Европейского Союза законы по поводу эмбриональных стволовых клеток отсутствуют вообще, а принятые и действующие в некоторых странах имеют диапазон от абсолютного запрещения исследований на эмбрионах (во Франции, Германии, Ирландии) до разрешения создавать эмбрионы в исследовательских целях. Разнообразие мнений

отражает существующие культурные и религиозные различия; в отдельных странах эмоции столь сильны, что трудно прийти к компромиссным решениям. Правительствам приходится балансировать между крайними воззрениями на статус эмбриона, с одной стороны, и обещаниями успехов в лечении болезней, с другой. Конфликт возникает между обязанностями государства по сохранению здоровья населения и обязанностями по защите его моральных установок.

В большинстве стран обнаруживается параллель между допустимостью исследований на эмбрионах и допустимостью абортов. Ирландия — единственная страна ЕС, чья конституция подтверждает право на жизнь еще не рожденных людей, и это право приравнивается к праву матери на жизнь, хотя неясно, действует ли это право от момента оплодотворения или от момента имплантации. Несмотря на это, аборт разрешается, только если жизни матери угрожает прямая опасность, изнасилование или аномалии зародыша не являются оправданием. Этот закон противоречит решению Европейского суда справедливости, согласно которому аборт представляет собой медицинскую услугу и любое ограничение в этой услуге со стороны государства — члена ЕС является компетенцией Европейского суда, а не ирландского законодательства. Ирландия должна оговаривать особые условия в Маастрихтском договоре, чтобы поддержать свои меры против абортов. Многим странам — новым членам ЕС, где есть запреты или ограничения на аборты, таким как Польша, Словакия, Литва, Венгрия, Словения, Чешская Республика и Мальта, вероятно, придется делать то же самое.

Бельгия и Нидерланды проводят исследования на эмбрионах при отсутствии законодательных рамок. В Португалии, где аборт незаконен, кроме случаев изнасилования или по серьезным медицинским причинам, и безоговорочно запрещен после 12-й недели беременности, нет законодательства, но нет и исследований. Такие исследования запрещены в Австрии, Германии и даже во Франции, но последняя позволяет «изучение эмбрионов без нанесения ущерба их целостности» и преимплантационную диагностику.

Испанская конституция предлагает защиту только для жизнеспособных эмбрионов *in vitro*, причем критерии жизнеспособности не распространяются на «лишние» эмбрионы, образующиеся при оплодотворении *in vitro*. Исследования на

эмбрионах при тех же условиях допустимы в Финляндии и Швеции. Еще в девяти европейских странах законодательство либо пересматривается, либо исправляется. Эти страны, как и те, где законодательство вообще отсутствует, могут руководствоваться международными правилами.

В США десять штатов ввели у себя законы, регулирующие или ограничивающие исследования на человеческих эмбрионах, зародышах или еще не рожденных детях. На федеральном уровне запрещена финансовая поддержка любого исследования, в котором эмбрионы разрушаются.

Международные руководства не вносят особой ясности в проблему исследования человеческих эмбрионов. Все вопросы, кроме запрета репродуктивного клонирования человека, соглашения на европейском уровне оставляют на усмотрение каждого государства. Существует несколько общих руководств и «Конвенция о правах человека и биомедицине» Совета Европы, которая утверждает: 1) там, где закон разрешает проводить исследование *in vitro*, он должен обеспечить адекватную охрану эмбрионов; 2) создание эмбриона для исследовательских целей запрещено. Дополнительный протокол, запрещающий клонирование человека, вступил в силу в 2002 г. Однако Европейская группа по этике в науке и новых технологиях, действующая при Европейской комиссии, высказалась за выделение средств из бюджета сообщества для проведения исследований на лишних эмбрионах, хотя и подтвердила, что считает создание эмбрионов для исследований из донорских гамет этически неприемлемым и «полагает преждевременным» терапевтическое клонирование.

Против такого решения Совета Европы выступила Международная академия гуманизма. В ее декларации указывается: «Мы не видим в клонировании высших животных, исключая человека, каких-либо неразрешимых этических дилемм. Не считаем мы очевидным и то, что будущие достижения в клонировании человеческих тканей и даже человеческих существ создадут моральные затруднения, которые не сможет разрешить человеческий разум. Моральные проблемы, порождаемые клонированием, не являются более крупными и более глубокими, чем вопросы, с которыми люди уже сталкивались по поводу таких технологий, как ядерная энергия, рекомбинантная ДНК и компьютерное шифрование. Они просто новые».

Наиболее взвешенная и интересная позиция по этому вопросу приведена в Рекомендации Национальной консультативной комиссии по биоэтике (США). Обращают на себя внимание существенные различия между американским и европейским документами. В американском речь идет не просто о запрете, а о моратории на проведение работ по клонированию человека и о необходимости вернуться к вопросу через несколько лет с тем, чтобы оценить ситуацию в свете новых научных данных, а также результатов общественного обсуждения этических и социальных проблем клонирования человека, что выглядит не столь категорично, как позиция Совета Европы. Более того, специально отмечается, что данный мораторий не должен затронуть другие исследования, включая исследования эмбриональных стволовых клеток. Таким образом, согласно американскому документу, последующие решения намечается предпринимать после специальных усилий, направленных на то, чтобы мнение общества было информированным и просвещенным.

### **8.3. Статус человеческого эмбриона: социокультурная и моральная оценка**

Этическая законность исследований эмбриональных стволовых клеток зависит *от статуса, который присвоен эмбриону*. Хотя есть и другие соображения по этому этическому вопросу, например согласие родителей или «владельцев» эмбриона, вопрос о статусе эмбриона является основополагающим. Большая часть этических дебатов в этой проблеме связана с вопросом: если эмбрион — человек, то действия с ним ограничены тем, что разрешено делать с другими людьми. Если эмбрион — это лишь множество человеческих клеток, то существует значительно меньше ограничений при его использовании.

Один из ключевых — вопрос о том, когда плод человека приобретает способность чувствовать. Первые движения плода зафиксированы на 6-й неделе развития, в это же время он начинает реагировать на прикосновения, в спинном мозгу выявляются синапсы. На 10-й неделе в нервных волокнах спинного мозга обнаруживаются первые нейромедиаторы и регистрируется активность ствола головного мозга. На основании электрофизиологических и иммуногистохимических данных одни исследователи считают, что плод человека начинает

чувствовать в возрасте 18–19 недель, но способность перерабатывать полученные ощущения не обнаруживается вплоть до 30-й недели развития. Поэтому этот срок, по их мнению, можно считать границей между плодом и человеческим существом.

В других исследованиях способность плода реагировать на раздражение или боль обнаружена в 7–8 недель. Однако можно ли считать критерием становления личности лишь появление способности чувствовать? Подобная точка зрения вызывает некоторые возражения, так как бессознательное состояние и нечувствительность к боли, в сущности, не могут служить основанием для отказа в защите прав личности.

Ведущие эмбриологи мира, как правило, считают допустимым для манипуляций период от момента оплодотворения до 14-го дня развития эмбриона (начала формирования первичной полоски, элементов нервной системы) или до 30-го дня (начала дифференцировки центральной нервной системы).

Человеческий эмбрион имеет уникальный статус: в отличие от любой другой группы живых клеток он способен развиться в полноценный организм. Данное свойство можно назвать потенциалом эмбриона, т.е. *потенциалом стать полностью развитым человеком*. Это только биологический факт, но именно он и является причиной морального «страха». Вопрос в том: «Можно ли эмбрион считать членом человеческого сообщества с теми правами, которые допускаются исключительно для человека?». Достигнуть соглашения по этому вопросу пока не удается. Существуют несколько основных мнений:

- индивидуальность человека начинается с момента зачатия;
- индивидуальность человека начинается с момента, когда его разделение на близнецов невозможно (13-й день после оплодотворения);
- индивидуальность человека начинается на значительно поздних стадиях его развития (40 и более дней после оплодотворения).

Главный предмет дебатов — это *потенциальная возможность эмбриона*. По мнению одних, человеческий эмбрион имеет потенциал, чтобы стать человеком, даже если это еще не человек. По этой причине неэтично лишить его возможности реализовать свой потенциал. Другая сторона утверждает, что потенциал не дает основания для такого статуса. Половые клетки — это компоненты зиготы, которая позже становится эмбрионом и затем ребенком, но это не дает им статуса, соот-

ветствующего зиготе, эмбриону или плоду, пока эта стадия развития не достигнута. Если не предоставляется эмбриональный статус сперме, то почему должен предоставляться статус человека эмбриону? Кроме того, эмбрион, созданный *in vitro*, но который не будет имплантироваться в матку, вообще не имеет потенциала развиться в человека. Это же относится и к эмбрионам, созданным при помощи технологии пересадки ядра, которые не должны быть имплантированы для целей человеческого репродуктивного клонирования.

Известно, что из ранних, доимплантационных при искусственном оплодотворении эмбрионов можно без ущерба удалять отдельные клетки. Такой способ может быть одним из решений проблемы получения эмбриональных стволовых клеток. Однако если удаленные клетки тотипотентны (способны развиться в любой орган и даже в самостоятельный организм), значит, они, по сути, отдельные зиготы и эмбрионы, и потому должны защищаться в той же мере, что и исходные эмбрионы. Если же такие клетки только плюрипотентны, то их нельзя рассматривать в качестве эмбрионов, а потому их использование не будет оскорблять тех, кто считает эмбрион человеком. К сожалению, пока невозможно сказать, является ли та или иная клетка тотипотентной или плюрипотентной. С уверенностью это можно установить только ретроспективно, наблюдая, на что способны клетки.

В настоящее время можно различить четыре основных способа искусственного получения эмбрионов:

- эмбрион, созданный оплодотворением *in vitro* для имплантации в матку и выбранный для этой цели;
- эмбрион, полученный *in vitro* для имплантации, но который является «лишним» (дополнительные эмбрионы необходимо создавать для гарантии успешной беременности);
- эмбрион, созданный искусственным оплодотворением для целей исследования или для целей создания эмбриональных стволовых клеток;
- эмбрион, созданный методом пересадки клеточного ядра в яйцеклетку.

При использовании каждого из перечисленных способов эмбрион имеет свой моральный статус:

- при первом способе специальный статус вероятного предшественника человека, и любые попытки помешать выполнению этого потенциала должны отвергаться (за исключе-

нием аборт по моральным причинам в юридически законных случаях, особенно в случаях угрозы жизни матери);

- у эмбриона, созданного вторым способом нет потенциала развиться во взрослый организм;

- эмбрионы, полученные вторым и третьим способом предназначены для определенных целей исследования или использования, которое требует специального рассмотрения.

Как естественное, так и искусственное воспроизводство включает процесс создания эмбрионов, часть которых обречена и которые можно использовать для получения эмбриональных стволовых клеток. Имплантация двух или трех эмбрионов в надежде на успешное рождение ребенка — принятая практика в этой области. Даже в Германии, где исследования стволовых клеток с использованием эмбрионов ныне запрещены и защита эмбрионов включена в конституцию, оплодотворение в пробирке разрешается и обычно имплантируется три эмбриона в надежде получить единственного здорового ребенка.

Этические нормы создания эмбрионов для определенных целей существенно отличаются от таковых при создании эмбрионов для имплантации при IVF, поскольку при этом даже «лишние» эмбрионы создавались с целью выполнения потенциального развития во взрослый организм. Во многих странах IVF законен и широко используется, и этически допустимо использовать «лишние» эмбрионы для терапевтических целей. В любом случае «лишние» эмбрионы будут уничтожены, поэтому этично их использование для спасения жизни и здоровья других людей.

Возможно ли создание человеческих эмбрионов для определенных целей исследования или терапевтического использования? Если считать, что эмбрион имеет статус индивидуальности, то это должно быть запрещено, поскольку идет вразрез с общечеловеческим принципом, запрещающим «инструментальное» использование людей. Если у эмбриона нет такого статуса, то является ли моральным и этичным облекать тысячи людей на страдание и смерть, когда есть возможность помочь им, используя эмбриональные стволовые клетки? В этом случае не может быть возражений против создания и использования человеческих эмбрионов, так как потенциальная польза от терапевтического клонирования перевешивает любые другие аргументы.

*Отказ от статуса эмбриона как человеческой индивидуальности не должен приводить к занижению этической ценности*

*человеческого эмбриона как такового.* Человеческий эмбрион не может и не должен стать подобием лабораторного животного. Если мы ценим человеческую жизнь, то мы должны ценить ее во всех проявлениях и отвергать любые злоупотребления человеческими органами и тканями. Однако было бы неправильным утверждать, что создание и терапевтическое использование эмбрионов несовместимо с принципом ценности и уважения человеческих органов и человеческого достоинства при условии, что цели такого использования этичны и гуманны. Медицинское использование попадает в эту категорию. Терапевтическое клонирование при использовании эмбрионов на ранней стадии развития (как правило, до 14 дней после оплодотворения) совместимо с принципом уважения человеческой жизни, ибо направлено на облегчение страданий и спасение жизней людей, принцип уважения которых мы отстаиваем.

*Создание и использование человеческих эмбрионов* должно быть строго регламентировано, находиться под постоянным контролем и проводиться с полного согласия родителей (доноров) биологического материала. Пожертвование такого биологического материала должно носить в большей степени альтруистический характер, не исключая определенной оплаты. Однако необходимо предпринять все меры против коммерциализации и финансового стимулирования этого процесса. Создание и использование человеческих эмбрионов должно иметь только гуманные медицинские цели и не может проводиться для тривиальных, косметических и немедицинских целей.

Каждое общество имеет право обсуждать эту проблему и принимать свое решение, основанное на этических и моральных устоях в данный момент времени, или пересмотреть свое решение, если появятся другие веские аргументы. Этическое отношение к терапевтическому клонированию и статусу эмбриона основано на моральных и религиозных воззрениях, которые достаточно широко различаются в разных категориях общества. Поэтому каждое общество (государство) должно решить эту проблему для себя. Решение ее должно быть демократичным, основанным на детальном и всестороннем обсуждении. В истории имеется пример такого обсуждения — это проблема искусственного оплодотворения. Существовали и до сих пор существуют различные точки зрения по этому вопросу, но большинство государств высказалось за разрешение такой медицинской услуги.

И еще один урок, который необходимо извлечь из дискуссий, связанных с клонированием человека. Как уже отмечалось, дополнительный протокол, принятый Советом Европы, устанавливает запрещение на клонирование человеческих существ. Протокол сопровождается объяснительным докладом, в котором говорится: «...решено оставить для внутреннего законодательства определение рамок выражения «человеческое существо» для целей применения настоящего Протокола». Такое решение ставит вопрос *о необходимости правового, юридического толкования понятия «человеческое существо», а тем самым и понятия «человек»*. Известно, что определение этого понятия — давняя философская проблема. Философы разных времен предлагали множество дефиниций — от «двуногое без перьев» до «животное, производящее орудия» и «совокупность всех общественных отношений». Большинству же людей такие определения представлялись не более чем праздными причудами изощренных умов. Бурный прогресс современной биологии и медицины привел к тому, что это определение имеет не только отвлеченно философский, но и непосредственно практический смысл.

Таким образом, проблема, острота которой до недавнего времени была ясна лишь достаточно узкому кругу специалистов по философским и этическим вопросам, становится актуальной для всех. Это является еще одним из важнейших уроков дискуссии о клонировании. Современная биомедицина расширяет технологические возможности вмешательства в естественные процессы зарождения, протекания и окончания человеческой жизни. Стали обыденной практикой различные методы искусственной репродукции человека, замены износившихся или поврежденных органов и тканей, нейтрализации действия вредоносных генов и многое другое.

Это приводит к ситуациям, когда трудно определить, имеем ли мы дело уже (или еще) с живым человеческим существом или только с агрегатом клеток, тканей и органов. Пределы нашего вмешательства в жизненные процессы и функции определяются не столько расширяющимися научно-техническими возможностями, сколько нашими представлениями о том, что есть человек, а, следовательно, и о том, какие действия и процедуры по отношению к нему допустимы, а какие — неприемлемы. Но не что иное, как *перспектива клонирования человека, со всей очевидностью демонстрирует необходимость юридически четко и однозначно определить понятия «человек» и «челове-*

ское существо». Возможно, именно отсутствие такого определения, а значит и однозначного понятия, в конечном итоге и объясняет тот эмоциональный накал, который сопровождает данные дискуссии. Это определение мы должны выработать сами, на основе нашей морали и новых знаний современной биологии и медицины.

История знает запреты на науку: запрет генетики и кибернетики в 40–60-х гг. XX в. в нашей стране сказывается на развитии технологий до настоящего времени. Научную мысль запретить нельзя. Исторически выбор людей, стремившихся повернуть часы истории вспять и ограничить или запретить применение уже существующих технологий, никогда не бывал ни реалистическим, ни продуктивным. Необходимо регулировать применение научных достижений, как это делается с атомной энергетикой, генно-инженерными организациями и другими аспектами человеческой деятельности. Запреты никогда и ничего не решали — вспомним «сухие законы», введенные во многих странах. Только образование и воспитание может решить морально-этические проблемы.

Каждая страна, исходя из своих моральных и религиозных устоев, должна решить, готова ли она принять современные достижения науки и медицины. Обсуждение должно носить демократический характер с предоставлением права высказывать любые точки зрения, а решение приниматься на основании знаний, а не эмоций. Учитываться должны как уровень морали граждан, так и подготовленность специалистов. Если общество не готово принять новое, необходимо ввести мораторий и вернуться к этому вопросу через некоторое время, проведя соответствующую работу по просвещению и образованию общества.

### Вопросы для самопроверки

1. Что собой представляют стволовые клетки?
2. Какие выделяют типы стволовых клеток?
3. Что характерно для эмбриональных стволовых клеток?
4. Каковы источники получения эмбриональных стволовых клеток?
5. Каковы причины исследований с эмбриональными стволовыми клетками?
6. Каковы моральные проблемы клонирования человека?
7. В чем заключается моральная сторона оценки статуса человеческого эмбриона?
8. Когда плод человека приобретает способность чувствовать?
9. Каковы способы искусственного получения эмбрионов и каков их моральный статус?

## Литература

*Апресян, Р.Г.* Материалы «круглого стола»: Мы и биоэтика / Р.Г. Апресян // Человек. 1990. № 6.

*Брле-Виньо, Ф.* Требования биоэтики: Медицина между надеждой и опасениями. 1999.

*Вульф, С.М.* Эвтаназия: не переходить границу / С.М. Вульф // Человек. 1993. № 5.

*Докинз, Р.* Эгоистичный ген / Р. Докинз. М., 1993.

*Жиганова Л.П.* Биомедицина в США: актуальные этические и социально-политические аспекты / Л.П. Жиганова, Ю.М. Гариев // США – Канада: экономика, политика, культура. 2003. № 5.

*Зеленин, А.В.* Генная терапия на границе третьего тысячелетия / А.В. Зеленин // Вестник Российской академии наук. 2001. Т. 71. № 5.

*Иванюшкин, А.Я.* Введение в биоэтику / А.Я. Иванюшкин [и др.]. М., 1998.

*Курило, Л.Ф.* Этико-правовые аспекты использования стволовых клеток человека / Л.Ф. Курило // Человек. 2003. № 3.

*Лопухин, Ю.М.* Биоэтика в России / Ю.М. Лопухин // Вестник Российской академии наук. 2001. Т. 71. № 9.

*Малков, С.М., Огурцов А.П.* (ред.). Биоэтика: проблемы и перспективы / С.М. Малков, А.П. Огурцов. М., 1992.

*Пеллегрини, Э.* Медицинская этика в США: настоящее и будущее / Э. Пеллегрини // Человек. 1990. № 2.

*Сгречча, Э., Тамбоне В.* Биоэтика / Э. Сгречча, В. Тамбоне. М., Библейско-Богослов. ин-т Св. Апостола Андрея, 2002.

*Судо, Ж.* История биоэтики, дискуссии, этическая ориентация / Ж. Судо. 2001 (<http://www.kcn.ru/tat.ru/religion/catholic/biohist.htm>).

*Тищенко, П.Д.* Право на помощь и право на жизнь / П.Д. Тищенко // Человек. 1992. № 6.

*Харрис, Д.* Стволовые клетки и воспроизводство / Д. Харрис // Человек. 2003. № 5.

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

*Annas, G.J.* Stem cell politics, ethics and medical progress / G.J. Annas, A. Caplan, S. Elias // Nat Med. 1999. Vol. 5.

*Beauchamp, T.L.* Principles of Biomedical Ethics / T.L. Beauchamp, J.F. Childress. 3 ed. Oxford, 1989.

*Brustle, O.* Embryonic stem cell-derived glial precursors: a source of myelinating transplants / O. Brustle [et al] // Science. 1999. Vol. 285.

*Campbell, K.H.* Sheep cloned by nuclear transfer from a cultured cell line 1996 / K.H. Campbell [et al] // Nature. 1996. Vol. 380.

*Coghlan, A.* Hair today, skin tomorrow / A. Coghlan // New Scientist. 2001. Vol. 170 (2296).

Hall, A. Awaiting the Miracles of Stem-Cell Research / A. Hall // Business Week Online, 29. 2000.

Newman, L. Transplanted Stem Cells May Aid AMD Patients / L. Newman // Ophthalmology Times, 15. 2001.

Sarfati, J. Stem cells and Genesis / J. Sarfati // TJ. 2001. Vol. 15 (3).  
Перевод на русский: Сарфати Дж. Стволовые клетки и Книга Бытия / Дж. Сарфати // <http://www.creation.crimea.com/text/172.htm>

Toma, J.G. Isolation of Multipotent Adult Stem Cells from the Dermis of Mammalian Skin / J.G. Toma // Nature Cell Biology. 2001. Vol. 3(9).

Vogel, G. Harnessing the power of stem cells [news] / G. Vogel // Science. 1999. Vol. 283.

Wilmut, L. Viable offspring derived from fetal and adult mammalian cells / L. Wilmut [et al] // Nature. 1997. Vol. 385.

Zuk, P.A. Multilineage Cells from Human Adipose Tissue: Implications for Cell-Based Therapies / P.A. Zuk [et al] // Tissue Engineering. 2001. Vol. 7(2).

## Глава 9. МОРАЛЬНО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ СОВРЕМЕННОЙ ДЕОНТОЛОГИИ В КОНТЕКСТЕ БИОЭТИКИ

- 9.1. *Сущность, статус и содержание медицинской (врачебной) деонтологии*
- 9.2. *Основные модели взаимодействия врача и пациента*
- 9.3. *Традиционные принципы медицинской деонтологии*
- 9.4. *Моральные аспекты неразглашения врачебной тайны в биоэтике*
- 9.5. *Этические проблемы отношений в системе «врач — больной»*
- 9.6. *Нормативно-правовое регулирование биомедицинских исследований и клинической медицины в Республике Беларусь*

В современной медицинской литературе наблюдаются разногласия по вопросу о содержании терминов *медицинская деонтология* и *врачебная этика*. Одни авторы считают, что термин «врачебная этика» самодостаточен, ибо включает в свое содержание все проблемы, связанные с взаимоотношениями между участниками лечебного, реабилитационного и профилактического процессов, а также регламентацией поведения медперсонала в соответствии с критериями профессиональной чести и достоинства. Другие полагают, что вполне можно обойтись термином «медицинская деонтология», содержание которого включает в себя те же компоненты. Наконец, существует мнение, что термины «врачебная этика» и «медицинская деонтология» имеют различное содержание: *врачебная этика* — учение о долге, чести и достоинстве врача, а *деонтология* — о взаимоотношениях между всеми участниками лечебного, реабилитационного и профилактического процессов. Последняя позиция не совсем корректна, так как основной целью медицинской деонтологии и врачебной этики является оптимизация оздоровительного процесса, что достигается не только совершенствованием средств и методов лечебной практики, но и безусловным выполнением медиками своего *долга* на основе высокого *профессионализма*. Кроме того, в контексте биоэтики как методологической основы медицинской этики (деонтологии) некоторые их представления претерпевают сегодня существенные изменения.

## 9.1. Сущность, статус и содержание медицинской (врачебной) деонтологии

*Ключевым понятием медицинской (врачебной) деонтологии является профессиональный долг* врача перед обществом и пациентами. Деонтология предполагает право медиков на профессиональные достоинство и честь и включает *нормативные принципы поведения* врача. По отношению к биоэтике деонтология занимает особое место. Во-первых, это самая первая и наиболее традиционная отрасль *профессиональной медицинской этики*, в которой формируются первичные представления о нормах и принципах профессиональной морали; во-вторых, в «семье» медицинских этик она носит наиболее *прикладной характер*, непосредственно вторгаясь в область регуляции человеческих отношений и воплощаясь в *деонтологических Кодексах*. В узком смысле деонтология — это совокупность конкретных норм и принципов медицинской морали применительно к *определенной специальности*. Поскольку врачебные специальности существенно различаются, деонтологические требования, регулирующие практическую деятельность врачей-специалистов, носят специфический характер. Различают деонтологии терапевта, хирурга, акушера-гинеколога, педиатра, психиатра (гл. 5.2), онколога (гл. 5.4), дерматовенеролога и др. Основные *сферы регуляции общей и специальных деонтологий*:

- взаимоотношения между врачом и пациентом, в том числе в присутствии других больных и в присутствии коллег — отношения «по вертикали»;
- взаимоотношения между врачом и пациентами-детьми;
- взаимоотношения между врачом и близкими пациента, в том числе в присутствии последнего и в присутствии посторонних;
- взаимоотношения между врачом и его коллегами, в том числе в присутствии пациента, его близких и посторонних — отношения «по горизонтали»;
- взаимоотношения между врачами и средним (младшим) медперсоналом, в том числе в присутствии больных;
- отношение врача к врачебной тайне и его право на распространение информации;
- право врача на эксперимент и этические проблемы медицинских исследований;

- проблема юридической ответственности врача;
- проблема материального и морального вознаграждения врача.

Эти сферы деонтологического взаимодействия присутствуют как в лечебном, так и исследовательском процессах, а их *основные принципы, нормы, правила* органично включаются в биоэтику и отражаются в *деонтологических кодексах*, разрабатываемых медицинскими сообществами той или иной страны. В Беларуси такими основополагающими документами являются Клятва врача Республики Беларусь и Кодекс врачебной этики, принятый I съездом врачей Республики (1998). Общие принятые деонтологические принципы являются здесь фундаментом, на котором выстраиваются конкретные врачебные нормы, правила и обязанности и возводится здание отношений между врачом и пациентом. В их основе лежат не категории добра и зла, а *пользы и вреда*, причем не столько во благо рода человеческого, сколько во благо конкретного человека, ибо медицинская деонтология направлена на сохранение жизни и здоровья *каждого конкретного больного*. Знание и конкретизация основных положений Кодекса помогает сформироваться в сознании врача прочным устойчивым *деонтологическим стереотипам*, обеспечивающим его *нравственный облик и профессиональные качества*. Социокультурные, интеллектуальные, эмоционально-волевые качества, придающие индивиду общественно значимый характер, принципиально важны в медицине, что отражено в формуле: *врач в своей деятельности прежде всего врач*. Он не может руководствоваться ничем иным, кроме *глубоких профессиональных знаний, высоких моральных принципов, обостренного чувства долга перед больными и обществом*.

## 9.2. Основные модели взаимодействия врача и пациента

Развитие биоэтики привело к тому, что наряду с традиционной — *патерналистской* в медицинской деонтологии появилась и более современная — *автономная* модель взаимодействия врача и пациентов.

*Патерналистская субъект-объектная модель* господствовала в медицине на протяжении многих столетий, вплоть до XX в.;

в соответствии с ней врач полностью брал на себя ответственность за лечение и его исход, самостоятельно определяя соотношение в своих действиях *вреда* и *пользы* для больного. В исключительной компетенции врача оказывался вопрос и о том, в какой мере и в каких аспектах пациент может получить достоверную информацию о своем состоянии, стратегии, тактике и перспективах лечения. Крайние формы патернализма авторитарны и вообще лишают пациента права выбора — как в отношении лечащего врача, так и в отношении стратегии и тактики лечения. Таким образом, патернализм несет в себе насильственное ограничение свободы личности, обусловленное «заботой» о ее благополучии.

К сожалению, признавая необходимость более демократичных взаимоотношений с больным, наша медицина в реальной жизни по-прежнему руководствуется принципом патернализма. Некомпетентность больного, его страх и растерянность перед непривычной обстановкой, инструментами, манипуляциями, непонятной терминологией, его угнетенное психосоматическое состояние и вместе с тем его порой наивная вера в силу медицины и надежда на врача — все это ставит больного в положение *зависимости* от него.

*Автономная модель* взаимоотношений врача и пациента — это «модель сотрудничества», в которой врач и пациент выступают как *равноправные партнеры*. Автономная модель появляется в середине XX в. как проявление *интерсубъективного подхода* в медицине, наделяющего больного такой же активностью, как и врач. Гуманистический характер автономной модели определяется *субъект-субъектностью* отношений врача и больного. При этом автономная модель не отрицает значение нравственного авторитета врача, основанного на его профессиональных знаниях, компетентности и опыте, а включает в себя ответственное отношение информированного больного к процессу лечения и контроль больного над выполнением нравственного идеала врача — «не навреди». Автономная модель строится на признании *моральной автономии* пациента, его права на решение своей судьбы, стремлении к обеспечению блага пациента. В рамках автономной модели сложные медицинские вмешательства проводятся с письменного согласия пациента, требующего его *компетентности, информированности, добровольности и самостоятельности* в принятии решения.

Повышение роли пациента в принятии ответственности за ход и исход лечения или исследования требует от врача более гибкого мышления. Он должен исходить из того, что любое, даже самое продуманное его решение окажется *вероятным*, ибо его выполнение будет зависеть и от субъективной устремленности больного, поскольку только он выступает полноправным хозяином своих интересов. Поэтому врач должен иметь в виду, что сферой его взаимоотношений с пациентом является соприкосновение, взаимное проникновение их личностных миров. Каждый из этих миров субъективен, поэтому ни врач, ни больной не вправе требовать или ожидать совпадения их взглядов и убеждений. Автономная модель строится на признании моральной *независимости пациента*, его мнения о том, что является благом для него самого, когда врач не рассматривает собственные представления как единственно правильные, а умело подводит больного к «самостоятельному» выбору метода и средств лечения. Тем самым повышается и ответственность самого пациента за принятие решения о проведении исследования, лечения, профилактики заболевания, медицинской реабилитации.

Вместе с тем возможны ситуации, когда состояние больного не позволяет ему участвовать в принятии решения в то время, когда требуется неотложное медицинское вмешательство (хирургический больной в бессознательном состоянии) и более правомерной становится патерналистская модель поведения. Здесь на помощь приходит третья, пограничная модель *ослабленного патернализма*, применяемая в ситуациях, вынуждающих медиков действовать, не заручившись предварительно согласием пациента. Эти ситуации связаны со снижением уровня автономии личности (например, у пациентов психоневрологических стационаров) и поэтому допускают частичное ограничение свободы личности в моменты снижения уровня психической и интеллектуальной деятельности пациента. Данная модель применяется, когда необходимо выиграть время и удержать пациента от нанесения себе или другим существенного ущерба (попытка суицида, наркоманические галлюцинации).

Возможны и другие модели взаимоотношений между врачом и пациентом. Так, в Европе и Америке пользуется популярностью классификация моделей, разработанная американ-

ским специалистом в области биоэтики *Р. Витчем*. Она включает в себя следующие модели отношений:

- *модель технического типа*, в рамках которой врач ведет себя как ученый-прикладник: он должен быть «беспристрастным», опираться только на факты, избегать ценностных суждений, не мучиться никакими моральными вопросами;

- *модель сакрального типа* — превращающая врача в священника, который больше заботится о душе, чем о теле; основной моральный принцип — «оказывая пациенту помощь, не нанеси ему вреда»;

- *модель коллегиального типа* предполагает, что врач и пациент должны видеть друг в друге коллег, стремящихся к общей цели — ликвидации болезни и защите здоровья пациента; в этой модели решающую роль играет *доверие*;

- *модель контрактного типа* основана на контракте, или *соглашении*. Эта модель позволяет избежать отказа как от моральных норм со стороны врача (что характерно для первой модели), так и от моральных ожиданий со стороны пациента (что характерно для второй модели), позволяет избежать ложного и неконтролируемого равенства и доверия третьей модели. В отношениях, основанных на контракте или «информированном согласии» пациента, в случае значимого выбора за пациентом сохраняется свобода управлять своей жизнью и судьбой.

Описанные модели взаимодействия врача и пациента не являются раз и навсегда данными, а проявляют в своем развитии некоторые тенденции. Современный процесс трансформации этики авторитарной в гуманистическую определяет необходимость *перехода от патерналистской модели к автономной*, что предполагает решение ряда конкретных задач:

- определение уровня автономности и прав пациентов, в том числе психически больных и лиц с девиантным поведением (наркоманов, алкоголиков и др.); на этом этапе возникают порой сложные, трудноразрешимые проблемы (право больного на отказ от лечения, эвтаназию и др.);

- распространение в клинической и исследовательской практике принципа «информированного согласия», предполагающего совместное с пациентом принятие решений, касающихся его лечения или участия в медико-биологических исследованиях;

- пересмотр некоторых традиционных норм медицинской деонтологии (положения о врачебной тайне, принципа «не навреди» и др.), поиск инвариантных решений;
- определение собственного отношения к новым деонтологическим подходам в новых условиях, в частности, в условиях компьютеризации медицины, платного здравоохранения и др.

### 9.3. Традиционные принципы медицинской деонтологии

Со времен Гиппократа краеугольным в медицинской этике является *принцип «не навреди»*, сохранивший свое значение и сегодня. Его содержание на протяжении всей истории медицины определялось социальной реальностью, уровнем соблюдения *прав пациента* и *моделью межличностного взаимодействия* врача и пациента. «Не навреди» – синоним принципа «святости жизни», выражающий гуманистические идеалы врачевания – служение *благу пациента*, отношение к его жизни как ценности, проявляющиеся в переживаниях *со-страдания* и *со-радования* врача и больного и реализующиеся в актах их содействия, соучастия и помощи. Необходимым условием соблюдения принципа «не навреди» является признание универсальных прав и свобод личности, уважение самовыражения и проявления человеческой индивидуальности, толерантность. Принцип «не навреди» включает в себя *конфиденциальность*, *коллегиальность*, *свободный выбор* пациентом врача, *беспристрастный анализ* врачебных ошибок.

Вместе с тем, требуя своего безусловного соблюдения, этот принцип порождает, особенно в условиях современной медицины, ряд фундаментальных биоэтических проблем. Действительно, «не навредить» – значит не сотворить зла. Однако хирургическое вмешательство, которое может спасти жизнь больному, но может и «навредить» (оказаться бессмысленным или неудачным, усугубить его страдания), в зависимости от ситуации можно расценивать как добро или зло, вред или пользу. Это требует конкретного решения: ждать, пустить болезнь на самотек, опасаясь *навредить*, или, наоборот, спешить предпринять все необходимое, ибо «промедление смерти подобно». Многое здесь зависит от темперамента, характера, решительности врача, его способности к риску, его моральных установок и мотиваций, от того, что, например, окажется силь-

нее: стремление помочь, облегчить страдания, не навредить именно этому больному, или здоровая любознательность исследователя, желание испробовать еще одну методику, чтобы принести пользу многим, «навредив» при этом одному. Особенно сложно выполнение заповеди «не навреди» в психиатрии, когда, корректируя поведенческие реакции больного, приводя их «в норму», медицина вторгается в область личностной автономии субъекта. Не случайно именно по этическим соображениям наложен мораторий на некоторые методики в области психиатрии. Неоднозначно решается в разных моделях деонтологии и вопрос о корреляции принципа «не навреди» и праве пациента на информирование о состоянии его здоровья, что проявляется в дискуссиях по поводу тактики *лжи и притворства* в медицине.

Другим важнейшим принципом биоэтики, пришедшим из традиционной медицинской деонтологии, является *принцип конфиденциальности*, обеспечивающий *взаимное доверие* между врачом и пациентом, основанное на симметричности, взаимности их отношений, при которых пациент отдает себя в руки врача с *доверием* к его профессионализму и добрым намерениям. Доверие же во взаимоотношениях между врачом и пациентом повышает эффективность медицинской помощи, устраняет причины, заставляющие пациента избегать лечения или исследования (в частности, боязнь огласки).

С понятием доверия тесно связано еще одно обстоятельство — возможность/опасность установления чересчур доверительных *интимных отношений*. «Обнажаясь» перед врачом и физически, и эмоционально, *доверительно*, больной ожидает от последнего не только сочувствия, но и соучастия, при котором врач «возьмет на себя» его боль. Именно экстремальная ситуация вынуждает пациента «впустить» врача в свою личную жизнь. Врач становится для него самым близким человеком, его «доверенным лицом»; больной идентифицирует врача с собой, полностью доверяя ему, а врач идентифицирует себя с пациентом, воспринимая его боль и принимая все меры для ее облегчения. Эта *эмоциональная близость* порождает один из самых деликатных вопросов биомедицинской этики — возможность возникновения на основе внимания, доверия, заботы о другом человеке, обязательных для процесса лечения, глубоких и сложных чувств, иногда — сексуальных влечений или интимных связей с пациентами. Традиционно интимные отношения между врачом и пациентом осуждаются, так как счита-

ется, что они ставят под угрозу процесс лечения. В любом случае при этом важна обоюдная готовность выполнять моральные нормы, нести ответственность, проявлять уважительность, честность, откровенность по отношению друг к другу.

Принцип конфиденциальности базируется на двух этических аргументах. Первый — *утилитаристский*, исходящий из соображений полезности, ибо нарушение конфиденциальности ухудшает взаимоотношения пациента и врача и затрудняет выполнение последним своих обязанностей. Второй аргумент — *собственно деонтологический*, опирающийся на моральные соображения, что каждый индивид имеет право сам решать, в какой мере его мысли, переживания, чувства могут быть сообщены другому.

Конфиденциальность предполагает строгое соблюдение *врачебной тайны*, надежное хранение врачом информации, полученной от пациента, анонимность проводимых исследований, минимизацию вмешательства в личную жизнь пациента, тщательное хранение данных и ограничение доступа к ним не только при жизни, но и после смерти пациента. Особенно строго принцип конфиденциальности должен соблюдаться лицами, имеющими прямой доступ к изучению, анализу, проверке и копированию каких-либо записей и отчетов, сопровождающих процесс клинических исследований или лечения. Все имеющие право прямого доступа (сами исследователи, контрольно-разрешительные инстанции, мониторы и аудиторы спонсора) должны принимать все меры предосторожности для соблюдения нормативных требований по сохранению анонимности испытуемых и конфиденциальности информации. Они несут основную этическую ответственность за неразглашение любых сведений в отношении личности испытуемых.

#### **9.4. Моральные аспекты неразглашения врачебной тайны в биоэтике**

Принцип конфиденциальности тесно связан с *правом пациента на сохранение врачебной тайны*, которое выступает одним из аспектов более широкой правовой и этической категории права каждого человека на невмешательство в сферу его частных интересов. Нарушение врачебной тайны, как писал врач и писатель В.В. Вересаев, «на практике, в рядовой массе

врачей, ведет к ужасающему легкомыслию и к возмутительнейшему пренебрежению к самым законным правам больного», ведь, по сути, речь идет о *вмешательстве врача в личную жизнь больного*, что само по себе является серьезной нравственной проблемой. После 1917 г. пренебрежение врачебной тайной стало в СССР государственной политикой. Нарком здравоохранения Н.А. Семашко объявил врачебную тайну пережитком старой кастовой врачебной практики и старых глупых предрассудков, подчеркнув, что советское здравоохранение держит «твердый курс на уничтожение врачебной тайны как пережитка буржуазной медицины...».

Современная биоэтика отрицает необходимость безграничного вмешательства в интимный мир пациента. Вместе с тем для определения диагноза и выбора оптимальных средств лечения врач должен знать условия и образ жизни больного, особенности его психического состояния. Нередко в интересах больного врачу приходится корректировать его морально-психологические установки, ограничивать или стимулировать те или иные потребности, рекомендовать изменить образ жизни. Необходимость такого вмешательства повышает *моральную ответственность* врача, требует от него высоких нравственных качеств. Больной должен быть абсолютно уверен в его честности, порядочности, способности сохранить врачебную тайну. Вверяя врачу свою жизнь, пациент надеется на милосердие, сострадание к себе. Он должен испытывать к врачу *доверие*. Пациент и его родственники должны быть уверены, что высказанная ими информация не станет достоянием других людей и не повредит им в будущем, что достоинство пациента будет сохранено и защищено.

Таким образом, *императив неразглашения врачебной тайны* — это адекватный морально-этический ответ медика на *доверие* и *откровенность* больного, обеспечивающий надежность их отношений. Он выступает показателем нравственной культуры медика как профессионала и человека. Сохранение врачебной тайны — одно из проявлений *врачебного долга*, требующего от медика морально-целеустремленной и профессионально-грамотной заботы о *чести* и *достоинстве* больных и их близких, недопустимости их оскорбления путем *диффамации* — разглашения фактов интимной жизни человека, не подлежащей вторжению постороннего любопытства. Нарушение этого императива в различных ситуациях и по разным причинам требует своей этической оценки. Во-первых, в случае разглаше-

ния врачебной тайны по вине медицинских работников (из-за болтливости медика, отсутствия у него такта и скромности, по соображениям меркантильности, престижа или сенсационности) данный факт следует рассматривать однозначно негативно — как проявление низкой профессиональной культуры и невысоких моральных качеств врача. Во-вторых, в современных условиях организации здравоохранения утечка информации часто происходит не по вине медиков; этому может способствовать технический прогресс: создание компьютерных банков данных в крупных клиниках, проведение мультидисциплинарных исследований; нарушение врачебной тайны происходит также при оформлении больничных листов, санаторно-курортных карт и т. д. В связи с этим встает вопрос о мере моральной ответственности врача и медицинского учреждения за сохранение врачебной тайны при лечении и проведении исследований. В-третьих, неоднозначно решается вопрос о сохранении врачебной тайны, касающийся пациентов, страдающих психическими или так называемыми «социальными» недугами — наркоманией, алкоголизмом, венерическими заболеваниями, людей ВИЧ-инфицированных. Передача посторонним лицам информации о таких пациентах не только порождает чувство ущербности, но и может вызвать множество социальных проблем: послужить причиной их дискриминации на службе, в семье. Вместе с тем встает вопрос безопасности окружающих и самого пациента. Для решения этих проблем необходим, во-первых, контроль над соблюдением врачебной тайны врачами и медиками-исследователями, во-вторых, практическое обеспечение сохранения врачебной тайны, например, путем создания анонимных кабинетов для лечения и обследования пациентов. Кроме прямого запрета на разглашение врачебной тайны, *императив ее неразглашения* включает в себя ряд этических аспектов, указывающих на необходимость ситуативного подхода к данному вопросу. Это, в частности, проблемы *субъекта* и *границ* сохранения врачебной тайны.

Проблема *субъекта врачебной тайны* предполагает решение вопроса о том, кто и в какой мере является субъектом информированности в процессе лечения или исследований; кому врач должен или может сообщить информацию о диагнозе, результатах исследования или испытаний. *По отношению к пациенту* как субъекту информированности вопрос по-разному решается с позиций автономной и патерналистской этики.

Принцип автономности требует сообщения полной информации пациенту; в рамках же патерналистской этики она часто остается «закрытой» для него и обсуждается только в кругу самих медиков. В связи с этим в медицинских кругах широко обсуждается вопрос о роли *лжи* и *притворства* в медицине, что связано с различным восприятием больными своего диагноза: одни выслушивают неблагоприятный диагноз стоически, у других при сообщении о нем появляется страх, который сам по себе является эмоцией, опасной для жизни. Поэтому сторонники патерналистской модели, стремясь уберечь пациента от дополнительного стресса, прибегают к *тактике лжи*. Автономная модель категорически отрицает право врача на «ложь во спасение», считая, что ложь *этически абсолютно недопустима*, так как она нарушает *права человека*; подрывает *доверие*, на котором строятся взаимоотношения врача и больного. Кроме того, не зная об истинном диагнозе, больной, у которого притупляется чувство опасности, прекращает следить за состоянием своего здоровья, а когда вновь обращается к врачу за помощью, то часто бывает уже поздно. В качестве альтернативы предлагается отличать ложь от *притворства*, которое выступает элементом терапевтического процесса, и поэтому *этически допустимо*, хотя и оно иногда может породить ложные надежды, ослабить волю больного. Вместе с тем, притворяясь, врач не представляет больному ложной информации, а лишь создает условия, при которых тот сам приходит к ложному умозаключению, неверно интерпретируя ситуацию (снижение дозы болеутоляющего средства без ведома больного, применение плацебо и т.д.).

Признание субъектом информированности *родственников больного* также порождает сложные психологические ситуации, связанные с межличностными отношениями в семье. Неоднозначен вопрос о том, может ли субъектом получения конфиденциальной информации выступать *общество, государство, его правоохранительные органы, СМИ*? С одной стороны, в Законе Республики Беларусь «О здравоохранении» (1993) однозначно указано, кому медицинские и фармацевтические работники обязаны сообщать о состоянии здоровья граждан: так, при столкновении обязанности соблюдать врачебную тайну с обязанностью способствовать суду в раскрытии истины закон отдает преимущество последнему. Вместе с тем с моральной точки зрения проблема выбора для врача всегда оста-

ется: сделать субъектом доверительных отношений правоохранительные органы или сохранить конфиденциальность.

Демократические преобразования в обществе требуют расширения законодательных рамок, касающихся субъектов, для которых профессиональная медицинская информация может быть разглашена. Так, должны нести не только моральную, но и юридическую ответственность должностные лица за сокрытие от населения информации о ситуациях, чреватых нанесением ущерба здоровью нации, например, об авариях на промышленных предприятиях, связанных с нарушениями экологической ситуации и оказывающих влияние на состояние здоровья людей и всего живого на планете.

Этические и юридические *границы врачебной тайны* оговорены в кодексах, декларациях медиков, в государственных законодательствах и определяются тем, насколько личный интерес пациента в сохранении его тайны не нарушает интересов других людей. При отсутствии противоречий эти границы остаются неприкосновенными. В случаях же, когда конфиденциальная информация, полученная врачом от пациента, угрожает здоровью или безопасности других, ее разглашение допускается, а иногда и прямо предписывается (например, когда речь идет о совершенном, задуманном или готовящемся преступлении; в случаях умышленной, сознательной передачи венерической болезни или СПИДа другому лицу; в случаях жестокого обращения с детьми и др.). Не должна также скрываться информация о некоторых заболеваниях (эпилепсия, сердечно-сосудистые заболевания) у лиц определенных профессий (стрелочник, водитель, пилот).

Вместе с тем существуют пограничные ситуации, которые, не будучи специально оговорены в законодательстве, требуют от врача конкретного нравственного решения (должен ли врач, отступая от принципа конфиденциальности, сообщить близким, что больной находится в состоянии тяжелой душевной депрессии и склонен к суициду; или предупредить соответствующие органы в случае, если психический больной сообщает врачу о своем намерении совершить убийство или другое противоправное действие?). Часть врачей считает, что нарушение врачебной тайны в этих (и других случаях) уменьшит число больных, обращающихся за помощью, снизит искренность и доверие больного, что понизит эффективность лечения и увеличит число противоправных поступков. Однако многие врачи считают, что не следует абсолютизировать сохранение

врачебной тайны любой ценой, особенно когда есть угроза безопасности для других людей. Проблематичным является вопрос о *временных границах* хранения врачебной тайны. С одной стороны, врачебная тайна должна сохраняться до смерти больного, а в тех случаях, когда ее оглашение может повредить его потомству или нарушить семейное спокойствие, то и дольше. С другой — безусловное воспреещение посмертного обнародования врачебной тайны по отношению к общественным деятелям, имя которых принадлежит истории, может идти вразрез с законным желанием современников и потомков знать причины их смерти. Это касается и утаивания «правительственными врачами» информации о состоянии физического и психического здоровья первых лиц в государстве, от деятельности которых зависят судьбы народов.

### 9.5. Этические проблемы отношений в системе «врач — больной»

*Отношения в системе «врач — больной»* — одна из основных проблем как медицинской деонтологии, так и биоэтики. *Вертикальность* отношений определяется, прежде всего, изначальным *неравенством* врача и больного, т.е. *зависимостью* одного человека — больного от другого — врача. Рассмотрим проявления неравенства и зависимости этих отношений:

- врач и больной встречаются в связи с заболеванием последнего, т.е. их отношения опосредованы *страданиями* одного из них;

- борьба против общего врага — болезни — объединяет врача и больного, но борются они *в разных условиях*: один из них болен, другой — здоров. Врач олицетворяет активное начало, больной же в своих возможностях влиять на процессы, протекающие в его организме, ограничен, и его активность сводится лишь к волевым усилиям, направленным на борьбу с болезнью, и к оценке действий врача;

- отношения врача и больного обусловлены также *разницей их ролевого положения и ожиданий*. Перед врачом стоит не всегда разрешимая задача излечения человека, успех решения которой зависит от характера и сложности заболевания, стадии его развития, возраста больного, уровня медицинской науки, наличия или отсутствия средств достижения поставленной цели. Люди же, доверившие свою жизнь врачу, ожидают

от него одного — умения побеждать недуг. Отсюда проистекают *моральная рефлексия* и *высокий уровень императивности* в деятельности врача: сохранять и восстанавливать здоровье человека независимо от наличия средств и условий для этого;

- в условиях технизации медицины, лабораторных исследований, аппаратурной и компьютерной диагностики возникают некоторые сложности в системе отношений «врач — больной», *изменяется их непосредственное общение*. Расширяется круг лиц, с которыми вынужден контактировать больной; его отношения с врачом все более обезличиваются, деперсонализируются; врач воспринимает заболевание, а не человека; у больного «путешествие» по узкоспециализированным кабинетам отнимает ощущение «своего» врача;

- возрастает *формализация взаимоотношений* врача и пациента. Последний воспринимается не столько в плане своей индивидуальности, сколько в качестве объекта, который должен быть отнесен к определенным классификационным рубрикам, что во многом и предопределяет формы и методы обращения с ним, порождая опасность *психоэмоциональной отчужденности*;

- характер общения в системе «врач — больной» оказывается под влиянием *повышения общей и медицинской культуры населения*. С одной стороны, это облегчает их взаимопонимание, с другой — нередко порождает недоверие и пренебрежительное отношение к советам врача (особенно молодого), сомнения в правильности назначенного им лечения, стремление и склонность больных к самолечению или обращению к нетрадиционной медицине.

В современных условиях в связи с возрастанием психоэмоциональной напряженности, информационных нагрузок, темпов социальной жизни, учащением конфликтных ситуаций перед врачом встает необходимость *гуманизации* форм общения с пациентами, умения интуитивно постигать состояние больного, настроиться на волну его переживаний, проявить сочувствие. Отношения «по вертикали» включают в себя множество аспектов, предусматривающих все нюансы взаимодействия врача и пациента, врача и родственников больного и регулируются *правилами поведения медперсонала*. Демократичный и гуманный характер современной автономной модели биоэтики проявляется, в частности, в ее пристальном внимании к *правам пациента*, соблюдение которых — святая обязанность медика; преступать их он не может даже в том случае, ес-

ли это мешает выполнению им своего долга. Среди основных прав пациента одно из важнейших – «право пациента на самоопределение», которое предполагает:

- право на получение полной информации – как о состоянии своего здоровья, предлагаемых методах обследования и лечения, их преимуществах и недостатках, степени риска, так и о квалификации медперсонала (пациент имеет право отказаться от услуг студента-практиканта или неопытной, неловкой медсестры);

- свободный доступ больного к своей истории болезни, чему медперсонал часто препятствует, оправдывая свои действия некомпетентностью больного и заботой о его спокойствии;

- отказ больного от общепринятых рутинных процедур в том случае, когда они не являются действительно необходимыми, а проводятся по шаблону;

- право на то, чтобы все медицинские вмешательства производились только с согласия пациента (кроме особых случаев, когда тяжесть физического или психического состояния не позволяет ему принять осознанное решение);

- право на то, чтобы изучение его органов и тканей с диагностической и лечебной целями производилось только с его письменного согласия, или (если больной в критическом состоянии) с письменного согласия его близких родственников, а в отсутствии таковых – с согласия представителей закона.

В автономной модели предусматриваются следующие права пациента:

- право на свободный выбор лечащего врача; это право пациента дисциплинирует врача, заставляет его быть «конкурентоспособным», постоянно повышать квалификацию;

- право обжаловать действия врача в случаях своего несогласия по поводу ведения последним процесса лечения или реабилитации, применения им процедур или препаратов, ухудшающих состояние здоровья пациента; по поводу грубости, бестактности, жестокости врача;

- право на духовную поддержку служителя любой религиозной конфессии, не запрещенной законом страны;

- право на свободный доступ к больному родных и близких по их и его желанию;

- защита прав пациента путем дополнительных мер (обращение к адвокату, СМИ и т.д.).

## 9.6. Нормативно-правовое регулирование биомедицинских исследований и клинической медицины в Республике Беларусь

Конкретные мероприятия и ресурсы для этико-правового контроля над осуществлением лечебно-клинических мероприятий и биомедицинских исследований в Республике Беларусь осуществляются на основе Национальной стратегии устойчивого развития и Концепции развития здравоохранения, которые являются базой для принятия *правовых актов* и общегосударственных программ. Основные принципы биоэтики, рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения, закреплены в законах Республики Беларусь, постановлениях правительства, приказах и инструкциях Министерства здравоохранения. Определяет государственную политику в области охраны здоровья населения, правовые, экономические и этические основы проведения клинических, медико-биологических и генетических исследований на человеке, а также права и обязанности пациента, прежде всего, Закон Республики Беларусь «О здравоохранении» (1993) с изменениями и дополнениями 2001 г. Согласно ст. 31 Закона, клинические и методико-биологические исследования на человеке могут проводиться с лечебной целью в государственных организациях здравоохранения при подтверждении их научной обоснованности только с письменного добровольного согласия лица, подвергаемого исследованию, ознакомленного с их целями, продолжительностью, ожидаемыми результатами и возможными последствиями для его здоровья. Не допускается проведение клинических и медико-биологических исследований на беременных женщинах и несовершеннолетних, за исключением случаев, когда исследование проводится для диагностики и лечения исключительно этой категории лиц. Исследования на несовершеннолетних проводятся с письменного согласия одного из родителей. Запрещается проведение клинических и медико-биологических исследований на несовершеннолетних, оставшихся без попечения родителей; военнослужащих; осужденных и лицах, находящихся под стражей; лицах, признанных недееспособными, а также страдающих психическими расстройствами и находящихся на принудительном лечении. Таким образом, в данном Законе юридически закреплена современная *модель автономии пациента*, базирующаяся на *принципе информированного согласия*.

Правила врачебной этики и деонтологии, отражающие основные принципы биомедицинской деятельности и взаимоотношения врачей и пациентов, содержатся также в Кодексе врачебной этики (КВЭ), принятом I съездом врачей Республики Беларусь (1998) и утвержденном Министерством здравоохранения Республики Беларусь (1999). Инвентаризация и классификация основных положений этих государственных документов, их статей, пунктов и параграфов позволяет проследить отражение в них актуальных принципов и проблем биоэтики.

**Принцип святости (ценности) жизни** направляет деятельность врача на всемерное оказание помощи больным и недопустимость эвтаназии:

- «Врач обязан облегчать страдания умирающего человека всеми доступными и законными способами. Эвтаназия, как акт преднамеренного лишения жизни пациента по его просьбе или по просьбе его близких, недопустима» (ст. 25, Кодекс врачебной этики);

- «Медицинским и фармацевтическим работникам запрещается осуществление эвтаназии. Лицо, которое сознательно побуждает пациента к эвтаназии и (или) осуществляет эвтаназию, несет уголовную ответственность в соответствии с законодательством Республики Беларусь» (ст. 38, Закон Республики Беларусь «О здравоохранении»).

**Приоритет интересов человека** в биоэтике требует, чтобы интересы и благо отдельного человека превалировали над интересами общества и науки:

- «В научно-исследовательской деятельности врач обязан руководствоваться приоритетом блага пациента над научными интересами и проводить испытания и эксперименты только в соответствии с установленными законом правилами и при согласии пациента» (ст. 36, Кодекс врачебной этики);

- «Клинические и медико-биологические исследования на человеке могут проводиться с лечебной целью в государственных организациях здравоохранения. Клинические и медико-биологические исследования могут проводиться на человеке при подтверждении их научной обоснованности только с письменного согласия лица, подвергаемого исследованию, ознакомленного с их целями, продолжительностью, ожидаемыми результатами и возможными последствиями для его здоровья...»;

- «Клинические и медико-биологические исследования должны быть прекращены по требованию лица, подвергаемого исследованию (в отношении несовершеннолетних — по требованию одного из родителей), а также в случае возникновения угрозы жизни или здоровью»;

- «Не допускается проведение клинических и медико-биологических исследований на беременных женщинах и несовершеннолетних, за исключением случаев, когда исследование проводится для диагностики и лечения исключительно этой категории лиц. Исследования в отношении несовершеннолетних проводятся с письменного согласия одного из родителей»;

- Запрещается проведение клинических и медико-биологических исследований на несовершеннолетних, оставшихся без попечения родителей; военнослужащих; осужденных, а также на лицах, находящихся под стражей; лицах, призванных в установленном законом порядке недееспособными, а также страдающих психическими расстройствами (заболеваниями), принудительно госпитализированных и находящихся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре» (ст. 31, Закон Республики Беларусь «О здравоохранении»).

*Принцип толерантности* гарантирует всем гражданам уважение целостности личности, ее основных прав и свобод:

- «Главной целью профессиональной деятельности врача является сохранение жизни и здоровья человека... вне зависимости от пола, возраста, расовой и национальной принадлежности, социального и материального положения, политических убеждений и вероисповедания» (ст. 2, Кодекс врачебной этики);

- «Врач обязан всеми доступными ему способами содействовать делу охраны здоровья населения, бороться с любыми формами проявления жестокости и унижения человеческого достоинства» (ст. 5, Кодекс врачебной этики);

- «Врач не препятствует пациенту пользоваться духовной поддержкой служителя любой религиозной конфессии, разрешенной к функционированию на территории Республики Беларусь» (ст. 26, Кодекс врачебной этики);

- «Граждане Республики Беларусь независимо от пола, расы, языка, национальности, должностного и социального положения, места жительства, отношения к религии, убеждений... имеют право на охрану здоровья» (ст. 5, Закон Республики Беларусь «О здравоохранении»);

– «Иностранные граждане и лица без гражданства, постоянно проживающие на территории Республики Беларусь, пользуются правами в области охраны здоровья наравне с гражданами Республики Беларусь...» (ст. 6, Закон Республики Беларусь «О здравоохранении»).

– «При нахождении на стационарном лечении пациент имеет право на допуск к нему священнослужителя, а также на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, если это не нарушает правил внутреннего распорядка организации здравоохранения для пациентов...» (ст. 29, Закон Республики Беларусь «О здравоохранении»).

*Равноправие и сотрудничество врача и пациента* как основной принцип современной биоэтики проявляется в следующем:

– «Врач и пациент имеют равные права на уважение их человеческого достоинства и могут защищать его в соответствии с действующим законодательством» (ст. 14, Кодекс врачебной этики).

*Принцип автономии врача и пациента* как следствие предыдущего принципа проявляется, во-первых, в признании автономии врача:

– «Врач в исключительных случаях вправе отказаться от работы с пациентом, перепоручив его другому специалисту:

а) при недостаточной компетентности или отсутствии необходимой технической возможности для оказания необходимого вида помощи;

б) при противоречии данного вида медицинской помощи нравственным принципам врача;

в) при невозможности установить с пациентом терапевтическое сотрудничество» (ст. 18, Кодекс врачебной этики);

– «В случаях несоблюдения пациентом без уважительной причины врачебных предписаний или правил внутреннего распорядка организации здравоохранения для пациентов лечащий врач с разрешения руководства организации здравоохранения может отказаться от наблюдения и лечения пациента, если это не угрожает жизни пациента или здоровью окружающих» (ст. 26, Закон Республики Беларусь «О здравоохранении»);

– «Врач несет всю полноту ответственности за свои профессиональные решения и вправе отклонить любые попытки давления со стороны коллег, пациентов и других лиц, если их

требования противоречат этическим принципам, профессиональному долгу и закону» (ст. 11, Кодекс врачебной этики).

Во-вторых, данный принцип проявляется в соблюдении *автономии пациента*:

— «Пациент — активный участник процесса лечения» (ст. 16, Кодекс врачебной этики);

— «Пациент имеет право на свободный выбор врача. При разногласиях с врачом пациент может обратиться к руководителю учреждения, в комиссию по врачебной этике, а также в другие органы управления и общественные объединения, занимающиеся вопросами защиты прав пациентов» (ст. 17, Кодекс врачебной этики);

— «Изъятие с диагностической и лечебной целями органов и тканей у пациента может производиться с его письменного согласия в установленном законом порядке, а в случаях, предусмотренных актами законодательства Республики Беларусь, с согласия его близких родственников или законных представителей. Изъятие органов и тканей пациента в иных целях недопустимо» (ст. 23, Кодекс врачебной этики);

— «Секционное исследование разрешается при согласии родственников умершего. Исключения составляют случаи, предусмотренные законодательством Республики Беларусь» (ст. 27, Кодекс врачебной этики);

— «В исключительных случаях в интересах пациента допустимо применение научно обоснованных, но еще не разрешенных в установленном порядке к применению методов и средств профилактики, диагностики, лечения, реабилитации и протезирования. Решение об их применении принимается с письменного согласия пациента, а в отношении:

- лиц, не достигших восемнадцатилетнего возраста, если по закону они раньше не приобрели гражданскую дееспособность в полном объеме (далее — несовершеннолетние), — с письменного согласия одного из родителей, усыновителей, опекунов, попечителей (далее — законные представители);

- лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными, — с письменного согласия их законных представителей;

- пациентов, не способных по состоянию здоровья к принятию осознанного решения, — с письменного согласия супруга, а при его отсутствии — близких родственников» (ст. 26, Закон Республики Беларусь «О здравоохранении»);

— «Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является добровольное согласие информированного пациента.

Сложные медицинские вмешательства (хирургические операции, переливание крови, сложные методы диагностики) проводятся с письменного согласия пациента, ознакомленного с их целью и возможными результатами.

В отношении несовершеннолетних и лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными, согласие дают их законные представители, а в отношении пациентов, не способных по состоянию здоровья к принятию осознанного решения, — супруг, а при его отсутствии — близкие родственники.

Согласие на медицинское вмешательство оформляется записью в медицинской документации и подписывается пациентом либо лицами, указанными выше.

В случае, когда медицинское вмешательство неотложно, а указанные лица отсутствуют или установить их местонахождение невозможно, решение принимается консилиумом врачей, если невозможно собрать консилиум — врачом, оказывающим медицинскую помощь, с оформлением записи в медицинской документации с последующим уведомлением должностных лиц организации здравоохранения и иных лиц, указанных в настоящей статье.

Согласие на медицинское вмешательство может быть в любой момент отозвано, за исключением случаев, когда врачи уже приступили к медицинскому вмешательству и его прекращение либо возврат к первоначальному состоянию невозможны или связаны с угрозой для жизни либо здоровья пациента» (ст. 27, Закон Республики Беларусь «О здравоохранении»);

— «При обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право на:

- уважительное и гуманное отношение со стороны медицинских работников и других лиц, участвующих в оказании медицинской помощи;
- обследование, лечение и нахождение в организации здравоохранения в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим и противоэпидемическим требованиям;
- облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;
- перевод к другому лечащему врачу с разрешения руководителя организации здравоохранения (ее структурного подразделения);

- отказ от оказания (прекращение) медицинской помощи, от госпитализации, за исключением случаев, предусмотренных настоящим Законом;

- обжалование поставленного диагноза, применяемых методов обследования и лечения, организации оказания медицинской помощи;

- сохранение медицинскими работниками в тайне информации о факте его обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении;

- получение в доступной для него форме информации о состоянии своего здоровья, применяемых методах диагностики и лечения, а также на выбор лиц, которым может быть передана информация о состоянии его здоровья» (ст. 29, Закон Республики Беларусь «О здравоохранении»);

- «Искусственное оплодотворение (экстракорпоральное оплодотворение, подсадка эмбриона, искусственная инсеминация) проводится в организациях здравоохранения по письменному заявлению женщины, достигшей восемнадцатилетнего возраста (для женщины, состоящей в браке, — с согласия супруга), в порядке, определяемом Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Женщине предварительно предоставляется информация о процедуре искусственного оплодотворения, ее медицинских и правовых последствиях, данных медико-генетического обследования, внешних данных и национальности донора.

Сведения о проведенном искусственном оплодотворении, а также о личности донора составляют врачебную тайну» (ст. 33, Закон Республики Беларусь «О здравоохранении»);

- «Медицинская стерилизация как медицинское вмешательство в целях лишения способности к воспроизводству потомства или как метод контрацепции проводится в организациях здравоохранения только по письменному заявлению совершеннолетнего пациента» (ст. 34, Закон Республики Беларусь «О здравоохранении»);

- «Изменение, коррекция половой принадлежности проводятся в организациях здравоохранения путем медицинского вмешательства по желанию совершеннолетнего пациента в соответствии с медико-биологическими и социально-психологическими показаниями в порядке, определяемом Министерством здравоохранения Республики Беларусь» (ст. 36, Закон Республики Беларусь «О здравоохранении»);

— «Анатомическим даром считается добровольная, совершенная посредством письменного распоряжения передача дееспособным лицом своего тела (его частей, органов и тканей) в организацию здравоохранения или высшее медицинское учреждение образования для использования в учебном процессе и научных исследованиях.

Гражданин имеет право оформить в нотариальном порядке распоряжение об анатомическом даре и отменить свое распоряжение.

Право на использование анатомического дара возникает после констатации биологической смерти гражданина, распорядившегося об анатомическом даре» (ст. 39, Закон Республики Беларусь «О здравоохранении»);

— «Каждый гражданин имеет право по медицинским показаниям на бесплатные консультации по вопросам планирования семьи, по медико-психологическим аспектам семейно-брачных отношений, а также на медико-генетические и другие обследования в государственных организациях здравоохранения с целью предупреждения возможных наследственных заболеваний у потомства» (ст. 41, Закон Республики Беларусь «О здравоохранении»);

— «Патологоанатомическое исследование (аутопсия) проводится организациями государственной патологоанатомической службы в целях выяснения характера патологических изменений в органах и тканях человека и установления причины смерти;

Патологоанатомическое исследование проводится, как правило, с согласия его близких родственников или законного представителя» (ст. 52, Закон Республики Беларусь «О здравоохранении»);

— «При несогласии граждан с заключением медико-реабилитационной экспертной комиссии, военно-врачебной экспертизы по их заявлению проводится независимая медицинская экспертиза соответствующего вида.

Экспертиза признается независимой, если проводящие ее эксперт либо члены комиссии не находятся в служебной или иной зависимости от организации или комиссии, проводящих медицинскую экспертизу, а также от государственных органов, организаций, должностных лиц и граждан, заинтересованных в результатах независимой экспертизы.

При проведении независимой медицинской экспертизы гражданам предоставляется право выбора экспертного учреждения и экспертов.

При несогласии граждан с заключением окончательное решение по результатам медицинской экспертизы выносится судом» (ст. 53, Закон Республики Беларусь «О здравоохранении»).

*Принцип информированного согласия врача и пациента* также носит в законодательных документах двусторонний характер и оформляется следующим образом:

*информированное согласие врача:*

— «Основным условием успешной врачебной деятельности является профессиональная компетентность врача и его высокие нравственные качества. Врач обязан повышать свою квалификацию в течение всей профессиональной деятельности, используя все возможности и доступные способы профессионального усовершенствования» (ст. 3, Кодекс врачебной этики);

— «Органы здравоохранения обязаны создавать условия медицинским и фармацевтическим работникам для повышения их профессиональных знаний» (ст. 17, Закон Республики Беларусь «О здравоохранении»);

— «Пациент обязан предоставлять лицу, оказывающему медицинскую помощь, известную ему информацию о состоянии своего здоровья, в том числе о противопоказаниях к применению лекарственных средств, ранее перенесенных и наследственных заболеваниях» (ст. 29, Закон Республики Беларусь «О здравоохранении»);

*информированное согласие пациента:*

— «Пациент имеет право... на получение от врача полной информации о состоянии своего здоровья, о предлагаемых методах обследования и лечения, об их преимуществах и недостатках, а также о степени риска» (ст. 17, Кодекс врачебной этики);

— «Все медицинские вмешательства производятся только с согласия пациента, кроме особых случаев, когда тяжесть физического или психического состояния не позволяет пациенту принять осознанное решение, или в других случаях, предусмотренных законодательством» (ст. 21, Кодекс врачебной этики).

В Законе Республики Беларусь «О здравоохранении» информированному согласию пациента посвящен ряд тщательно прописанных статей:

*Статья 27. Согласие на медицинское вмешательство.*

Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является добровольное согласие информированного пациента.

Сложные медицинские вмешательства (хирургические операции, переливание крови, сложные методы диагностики) проводятся с письменного согласия пациента, ознакомленного с их целью и возможными результатами.

В отношении несовершеннолетних и лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными, согласие дают их законные представители, а в отношении пациентов, не способных по состоянию здоровья к принятию осознанного решения, — супруг, а при его отсутствии — близкие родственники.

В случае, когда медицинское вмешательство неотложно, а указанные лица отсутствуют или установить их местонахождение невозможно, решение принимается консилиумом врачей, при невозможности собрать его — врачом, оказывающим медицинскую помощь, с оформлением записи в медицинской документации с последующим уведомлением должностных лиц организации здравоохранения и иных лиц, указанных в настоящей статье.

Согласие на медицинское вмешательство может быть в любой момент отозвано, за исключением случаев, когда уже приступили к медицинскому вмешательству и его прекращение либо возврат к первоначальному состоянию невозможны или связаны с угрозой для жизни либо здоровья пациента. Отзыв согласия оформляется записью в медицинской документации и подписывается пациентом либо лицами, указанными в части третьей настоящей статьи.

*Статья 28. Отказ от медицинского вмешательства, госпитализации.*

Пациент либо лица, указанные в части третьей ст. 27 настоящего Закона, имеют право отказаться от госпитализации, медицинского вмешательства или потребовать их прекращения...

*Статья 30. Предоставление информации о состоянии здоровья пациента.*

Лечащий врач, заведующий отделением, иные должностные лица организации здравоохранения предоставляют в доступной для пациента форме информацию о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, диагнозе и прогнозе, методах обследования и лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, об их последствиях, о результатах проведенного лечения и возможных осложнениях.

Информация о состоянии здоровья пациента сообщается членам его семьи, если пациент не запретил сообщать им об этом или не назначил лицо, которому должна быть передана такая информация.

В отношении несовершеннолетних и лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными, информация о состоянии здоровья пациента предоставляется их законному представителю, а в отношении пациентов, по состоянию здоровья не способных принять осознанное решение, — супругу, а при отсутствии — близким родственникам.

В случае отказа пациента от получения информации о состоянии своего здоровья делается соответствующая запись в медицинской документации.

Информация должна сообщаться в форме, соответствующей требованиям медицинской этики и деонтологии.

*Статья 45. Медицинское освидетельствование лиц на наличие у них заболеваний, представляющих опасность для здоровья населения.*

Лица, в отношении которых есть достаточные основания считать, что они имеют заболевания, представляющие опасность для здоровья населения, и уклоняются от медицинского освидетельствования, могут быть подвергнуты принудительному освидетельствованию в государственных организациях здравоохранения по решению организации здравоохранения с санкции прокурора.

*Статья 46. Принудительная госпитализация и лечение лиц, имеющих заболевания, представляющие опасность для здоровья населения.*

Лица, имеющие заболевания, представляющие опасность для здоровья населения, в случае уклонения от лечения могут быть подвергнуты принудительной госпитализации и лечению в государственных организациях здравоохранения по решению суда в порядке и на условиях, определяемых законодательством Республики Беларусь.

Иностранные граждане и лица без гражданства, имеющие заболевания, представляющие опасность для здоровья населения, и отказывающиеся от лечения, могут быть выдворены за пределы Республики Беларусь в порядке, определяемом законодательством Республики Беларусь.

*Принцип конфиденциальности*, защищающий права граждан на неприкосновенность частной жизни и информации, закреплен в следующих положениях:

– «Врач обязан сохранять конфиденциальность своего общения с пациентом и не может разглашать врачебную тайну даже после смерти пациента, он должен также препятствовать разглашению такой информации иными лицами.

Врач может сообщать сведения о состоянии здоровья пациента его близким родственникам, если это обусловлено необходимостью лечения или ухода за ним и не осуществляется против воли больного, а также органам здравоохранения и правоохранительным органам в случаях, предусмотренных законодательством Республики Беларусь» (ст. 24, Кодекс врачебной этики);

– «Сведения о проведенном искусственном оплодотворении, а также о личности донора составляют врачебную тайну» (ст. 33, Закон Республики Беларусь «О здравоохранении»);

– «Информация о факте обращения гражданина за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе заболевания, результатах диагностических исследований и лечения, иные сведения, в том числе личного характера, полученные при его обследовании, лечении, а в случае смерти — о результатах патологоанатомического вскрытия составляют врачебную тайну.

Использование сведений, составляющих врачебную тайну, в учебном процессе, научной литературе допускается только с согласия пациента.

Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия пациента или его законного представителя допускается:

- по запросу государственных органов и иных организаций здравоохранения в целях обследования и лечения пациента;

- при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;

- по письменному запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством при обосновании необходимости и объема запрашиваемых сведений;

- в случае оказания медицинской помощи несовершеннолетнему лицу, признанному в установленном порядке недееспособным, лицу, не способному по состоянию здоровья к принятию осознанного решения, для информирования его законных представителей, супруга, близких родственников;

- при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью причинен в результате насильственных действий, для сообщения в правоохранительные органы.

Обязанности сохранять врачебную тайну наравне с медицинскими и фармацевтическими работниками распространяется также на лиц, которым в установленном настоящим Законом порядке стали известны сведения, составляющие врачебную тайну.

Организации здравоохранения обеспечивают хранение медицинской документации в соответствии с требованиями сохранения врачебной тайны.

За разглашение врачебной тайны медицинские и фармацевтические работники несут ответственность в соответствии с законодательством Республики Беларусь» (ст. 60, Закон Республики Беларусь «О здравоохранении»).

В правовых Документах Республики Беларусь, кроме основных принципов биомедицинской этики, находят отражение и *Профессиональные стандарты*, определяющие порядок вмешательства в организм человека с *исследовательскими целями*:

— «Разрешение на проведение клинических и медико-биологических исследований на человеке выдается Министерством здравоохранения Республики Беларусь» (ст. 31);

— «Порядок проведения стерилизации определяется Министерством здравоохранения Республики Беларусь» (ст. 34);

— «Перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности определяется Министерством здравоохранения Республики Беларусь» (ст. 35);

— «Порядок и условия совершения анатомического дара определяются Министерством здравоохранения Республики Беларусь» (ст. 39);

— «Порядок проведения патологоанатомического исследования и перечень случаев, при которых проводится обязательное патологоанатомическое исследование, определяются Министерством здравоохранения Республики Беларусь» (ст. 52);

— «Положение о независимой медицинской экспертизе утверждается Советом Министров Республики Беларусь» (ст. 53).

На основании вышеперечисленных документов в Республике Беларусь организуются и осуществляются как лечение больных и забота о здоровье пациентов, так и клинические биомедицинские исследования.

### Вопросы для самопроверки

1. Каково соотношение понятий медицинская деонтология и врачебная этика?

2. В чем состоят сущность, статус и содержание современной медицинской деонтологии?
3. Каковы основные модели взаимодействия врача и пациента в современной медицинской деонтологии?
4. Какова сущность традиционных принципов медицинской деонтологии в контексте современной биоэтики?
5. Каковы моральные аспекты неразглашения врачебной тайны в биоэтике?
6. Что вы знаете о субъекте врачебной тайны и ее границах?
7. Какие этические проблемы возникают в отношениях врача и больного? Что вы знаете о правах пациента?
8. Какими документами осуществляется нормативно – правовое регулирование биомедицинских исследований и клинической медицины в Республике Беларусь? Какие принципы подпадают под их юрисдикцию?

### Литература

Закон Республики Беларусь «О здравоохранении» (1993).

Кодекс врачебной этики Республики Беларусь (1999).

Врачи, пациенты, общество. Права человека и профессиональная ответственность врача в документах международных организаций. Киев, 1999.

Деонтология в медицине: в 2 т. / под общ. ред. Б.В. Петровского. М., 1988.

*Иванюшкин, А.Я.* Профессиональная этика в медицине / А.Я. Иванюшкин. М., 1990

*Кэмпбелл, А.* Медицинская этика / А. Кэмпбелл, Г. Джиллет, Г. Джонс. М., 2004.

Медицина и права человека: Нормы и правила международного права, этики... и религиозной морали. М., 1992.

*Орлов, А.Н.* Милосердие. Избранные лекции по деонтологии / А.Н. Орлов. Красноярск, 1993.

*Орлов, А.Н.* Основы клинической биоэтики / А.Н. Орлов. Красноярск, 2000.

*Силуянова, И.В.* Человек и болезнь / И.В. Силуянова. М., 2002.

*Силуянова, И.В.* Этика врачевания / И.В. Силуянова. М., 2000.

*Угрюмов, Б.Л.* О врачебном долге / Б.Л. Угрюмов. Киев, 1987.

*Шамов, И.А.* Биоэтика / И.А. Шамов. М., 2002.

*Яровинский, М.Я.* Лекционный курс по медицинской этике (Биоэтика): в 2 ч. / М.Я. Яровинский. М., 2000.

## **Глава 10. ЭТИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ РЕГУЛИРОВАНИЯ БИМЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ НА ЧЕЛОВЕКЕ И ЖИВОТНЫХ**

- 10.1. Этическое и правовое регулирование биомедицинских исследований: международные документы*
- 10.2. Этические комитеты: статус, механизмы создания, функции и задачи*
- 10.3. Соблюдение принципов биомедицинской этики в обращении с телами умерших и анатомическими препаратами, используемыми в учебных целях*
- 10.4. Этические основы использования животных в медицинских исследованиях и гуманное обучение*

### **10.1. Этическое и правовое регулирование биомедицинских исследований: международные документы**

Регулирование биомедицинских исследований с участием человека, защита его прав и достоинств осуществляется в современных условиях благодаря международным документам, выступающим в качестве основы национальных стратегий и программ развития биоэтической службы. В документах актуализируются такие вопросы: Как обеспечить соблюдение прав и обязанностей человека в биомедицинских исследованиях? Какие ценности нам следует учитывать при исследованиях в области здравоохранения? Как наука и здравоохранение могут пересечь социокультурные границы, чтобы обеспечить ориентацию на гуманистические ценности там, где проводятся биомедицинские исследования? Чего ожидает общество от исследований в области биомедицинских исследований?

К текущим проблемам исследований в здравоохранении относятся такие, как использование контрольных средств (плацебо); соблюдение стандартов медицинских услуг; информированное согласие; консультации с общественностью; индивидуальный и общественный доступ к исследованиям; роль и ответственность этических комитетов [54], компенсация за

ущерб во время испытаний; консультирование; врачебная тайна и конфиденциальность; лечение в процессе исследований; доступность продукта; спонсорство; обязательства и страхование; использование человеческих тканей; исследования стволовых клеток; пересадка ген; защита информации; наблюдение (советы по безопасности и управлению данными); право собственности на данные; информация/знания о праве собственности; лекарства растительного происхождения, традиционные лекарства и т.д.

Корпус международных документов, направленных на регулирование биомедицинских документов, становится все более обширным и разнообразным. Такого рода документы создаются многими международными организациями, среди которых: Всемирная организация здравоохранения, ЮНЕСКО, Совет Европы. Сфера применения некоторых документов ограничивается биомедицинскими исследованиями в целом либо даже отдельными их областями, тогда как в других исследованиях они рассматриваются в контексте более широкого круга проблем биомедицины. Различаются эти документы и по своей юридической силе. Одни — такие, как Нюрнбергский кодекс, являются, по сути, *моральным призывом*, другие — прежде всего Конвенция Совета Европы о биомедицине и правах человека: Конвенция о биоэтике (1997) и Дополнительный протокол к ней, касающийся биомедицинских исследований (2005) являются *юридически обязывающими* для тех стран, которые присоединяются к ним и их ратифицируют.

Среди документов этического и правового характера, принятых в последние годы, можно назвать следующие:

- Хельсинскую декларацию Всемирной медицинской ассоциации «Этические принципы медицинских исследований с участием человека в качестве испытуемого» (в редакции 2000 г. с разъяснением от 2002);

- Дополнительный протокол к Конвенции Совета Европы о биомедицине и правах человека, касающийся биомедицинских исследований (2005);

- Всеобщую декларацию ЮНЕСКО о биоэтике и правах человека (2005), во многих статьях которой, так или иначе, затрагивается проблематика биомедицинских исследований;

- Рекомендации Совета Европы относительно исследований, проводимых на биологических материалах человеческого происхождения (2006).

Остановимся на некоторых из этих документов.

*Хельсинская декларация в редакции 2000 г.*

Среди множества международных документов, призванных обеспечивать этическое регулирование медицинских исследований с участием человека, особое место занимает Хельсинская декларация. Несмотря на то, что она не является юридически обязывающим документом, ее высочайший моральный авторитет огромен. Ее основные положения стали правовыми нормами многих национальных законодательств.

Насколько радикально новый вариант Декларации (2000) отличается от предыдущего, красноречиво свидетельствует факт — из 32 статей Декларации только 3 остались неизменными, а 8 — совершенно новые.

Наиболее важными представляются следующие изменения и дополнения:

- расширение сферы приложения Декларации, которая стала включать исследования, проводимые на биоматериалах человеческого происхождения, и исследования с использованием персональных данных (ст. 1);

- введение норм, требующих специальных мер по защите уязвимых групп населения (ст. 8);

- усиление значения национальных норм регулирования медицинских исследований; они не должны ослаблять тот уровень защиты испытуемых, который гарантируется Декларацией (ст. 9);

- более строгих (по сравнению с предшествующей версией) требований к врачам в том, что касается защиты испытуемых (ст. 10);

- расширение объема информации, которую исследователь должен представлять в этический комитет; кроме того, на исследователей было наложено обязательство передавать этическому комитету ту информацию, которая может ему потребоваться в ходе мониторинга уже проводимого исследования (ст. 13);

- принципиально новое требование к целям исследования: исследования должны приносить реальную пользу для групп населения или популяции, среди которых это исследование проводится (ст. 19);

- расширение объема информации, которую должен получить испытуемый, давая информированное согласие, и ужес-

точены требования к оформлению согласия, даваемого в устной форме (ст. 22);

- введение нормы, касающейся одобрения решения об участии в исследовании теми испытуемыми, которых закон не считает компетентными для дачи согласия (ст. 25).

Введение новых норм, касающиеся как автора, так и издателя, относительно публикации результатов исследования: необходимо публиковать не только положительные, но и отрицательные результаты; в публикации следует указывать не только место работы исследователя, но и спонсоров исследования (ст. 27):

- ограничение применения плацебо, использование возможно только в случаях, когда не существует эффективных методов профилактики, диагностики или лечения (ст. 29);

- введение принципиальной нормы, требующей, чтобы испытуемым было гарантировано получение лечения, которое в ходе исследования доказало свою эффективность, и после завершения исследования (ст. 30).

Это требование особенно важно для исследований, проводимых в развивающихся странах. До сих пор была широко распространена практика, когда жители этих стран, участвуя в исследованиях, принимали на себя риск, связанный с изучением новых средств лечения, но после исследования не могли получить тех же средств, уже продемонстрировавших свою эффективность, но, как правило, весьма дорогостоящих.

В 2002 г. было принято разъяснение к ст. 29 Декларации, несколько расширяющее возможности применения плацебо. В частности, плацебо как контролируемое испытание может быть этически приемлемым при наличии эффективной терапии в следующих случаях:

- если в силу неустранимых и научно оправданных методологических причин его проведение необходимо для определения эффективности или безопасности какого-либо метода профилактики, диагностики или терапии;

- изучения какого-либо метода профилактики, диагностики или терапии для незначительного заболевания и пациенты, получающие плацебо, не будут подвергаться любому дополнительному риску серьезного или необратимого вреда.

*Дополнительный протокол к Конвенции Совета Европы о биомедицине и правах человека, касающийся биомедицинских*

*исследований*. Этот документ готовился на протяжении пяти лет и был открыт для подписания 25.01.2005 г.<sup>1</sup>

Нисколько не умаляя значимости Хельсинской декларации, отметим, что она не является юридически обязывающим документом, о чем свидетельствует ее принятие международной негосударственной организацией, и ее именование «декларация», что указывает на документ, *провозглашающий некоторые нормы и принципы*. Касательно вышеназванного Дополнительного протокола о биомедицинских исследованиях и самой Конвенции о биомедицине и правах человека (или, как ее часто называют, Конвенции о биоэтике), то эти документы носят *юридически обязывающий характер* для стран — членов Совета Европы.

Напомним, проблематике биомедицинских исследований посвящен специальный раздел Конвенции о биоэтике, основной мотив которого — необходимость принятия всех мер требующихся для защиты людей — участников исследований (включая и тех, кто не способен самостоятельно дать согласие на участие в исследовании), а также эмбрионов *in vitro*, если национальное законодательство разрешает проводить эксперименты над ними.

Нормы, изложенные в этом разделе, развиваются и детализируются в Дополнительном протоколе к Конвенции, всецело посвященном проблематике биомедицинских исследований. Следует отметить, что, согласно ст. 31 Конвенции могут заключаться дополнительные протоколы, направленные на применение и развитие изложенных в ней принципов в конкретных областях. При этом каждый протокол обладает той же юридической силой, что и сама Конвенция.

Дополнительный протокол о биомедицинских исследованиях охватывает весь диапазон исследований, с применением *медицинского вмешательства*. Согласно ст. 2 под вмешательством понимается, во-первых, физическое вмешательство и, во-вторых, любое другое вмешательство, поскольку оно связано с риском для психического здоровья испытуемого.

Однако Протокол не охватывает исследования, выполняемые на изъятых у человека биологических материалах, а также исследования, проводимые на основе персональных данных. В отношении этих исследований в 2006 г. принят специ-

---

<sup>1</sup> Текст протокола (на английском и французском языках) можно найти на сайте Совета Европы по адресу: <http://www.coe.int/T/E/LegalAffairs/LegalCooperation/Bioethics/Activities/BiomedicalResearch/Protocol>.

альный документ — *Рекомендации относительно исследований, проводимых на биологических материалах человеческого происхождения*, которые не носят юридически обязывающего характера. Кроме того, Протокол не распространяется на исследования, проводимые на эмбрионах *in vitro* (эти исследования предполагается рассмотреть в другом документе, который будет специально посвящен защите человеческих эмбрионов и зародышей). Вместе с тем Протокол распространяется на изыскания, проводимые на эмбрионах *in vivo* (в живом организме).

Согласно Протоколу необходимо сохранять общие принципы проведения биомедицинских исследований, а именно: интересы и благополучие испытуемого должны превалировать над исключительными интересами общества или науки; подтверждается принцип свободы исследования, но при условии, что оно проводится в соответствии с положениями Протокола и других правовых норм, направленных на защиту человеческого существа. Исследование может проводиться только в том случае, если нет сравнимых по эффективности альтернатив; выгоды для испытуемого должны превышать риск, которому он подвергается; если же участие в исследовании вообще не несет прямой выгоды испытуемому (так называемые нетерапевтические исследования), то риск не должен превышать некоторого уровня, определяемого как приемлемый.

Протокол содержит весьма жесткие правовые нормы по защите здоровья, прав и достоинства испытуемых. Первое требование — необходимая этическая экспертиза *каждого* исследовательского проекта, коль скоро намечаемое исследование будет проводиться с участием людей в качестве испытуемых. В этом отношении Протокол идет дальше, чем любой из ныне действующих международных документов: в приложении к нему перечисляется 20(!) пунктов информации, которая в обязательном порядке должна быть представлена независимому этическому комитету, проводящему экспертизу проекта. Этот перечень завершается таким положением: «Этический комитет может затребовать дополнительную информацию, необходимую для оценки исследовательского проекта».

Второе требование — обязательное информирование испытуемого о целях и смысле исследования, о риске, которому он будет подвергаться, о гарантиях его безопасности и о возмещении возможного ущерба, вызванного участием в исследовании; получения добровольного согласия испытуемого.

Протокол идет дальше любого из существующих международных документов: 8 пунктов ст. 13 содержат информацию, которая в обязательном порядке должна быть представлена испытуемому. Если в исследовании предполагается участие лиц, которые не в состоянии дать юридически значимое согласие, необходимо разрешение со стороны их законных представителей, им должна быть представлена вся информация, о которой говорится в ст. 13.

Отдельный раздел протокола посвящен специфическим ситуациям проведения исследования. Речь идет об исследованиях в период беременности и грудного вскармливания, исследованиях на лицах, получающих неотложную помощь, и исследованиях на тех, кто лишен свободы. Во всех этих случаях предусматриваются дополнительные меры по защите испытуемых.

В Протоколе затрагивается и проблема плацебо. Согласно ст. 23, ч. 3 использование плацебо допустимо только в тех случаях, когда не существует методов, доказавших свою эффективность, или когда неприменение таких методов не влечет неприемлемого риска или тягот для испытуемого.

Проведение биомедицинских исследований сегодня фактически стало целой индустрией, в которой пересекаются, а нередко и вступают в противоречие интересы самых разных сторон. Что касается их этического регулирования, то и оно уже превратилось в своего рода индустрию, опирающуюся на достаточно строгие регламенты. Сегодня задачи этического регулирования исследований уже не ограничиваются, как это было ранее, защитой испытуемых от рисков, связанных с их участием в исследовании. Не менее острой проблемой становится справедливое распределение тех благ (прежде всего доступа к новым, предположительно более эффективным, чем все существующие, средствам профилактики, диагностики и терапии), которые могут получить испытуемые благодаря участию в исследовании.

## **10.2. Этические комитеты: статус, механизмы создания, функции и задачи**

Этическое сопровождение биомедицинских исследований стало общепризнанной нормой. Выделяют два основных механизма такого сопровождения и этического регулирования

научных исследований, связанных с воздействием на человека. Во-первых, процедура информированного согласия, которое перед началом исследования дает каждый испытуемый. Во-вторых, современная практика биомедицинских исследований предполагает, что каждый исследовательский проект может определяться только после того, как заявка будет одобрена независимым *этическим комитетом*.

*Этические комитеты* (ЭК) (в ряде случаев комитеты по биоэтике) являются в современных условиях важнейшей структурой для соблюдения различных нормативных актов, принятых на международном уровне в области биоэтики.

Этический комитет призван способствовать и всемерно содействовать укреплению доверия, консолидации и партнерских отношений между врачами (и всеми медицинскими работниками) и пациентами, добиваться согласия путем объективного и принципиального обсуждения сложных в морально-правовом отношении ситуаций. Этические комитеты рассматривают все вопросы, связанные с соблюдением общих принципов гуманизма, нравственности и биомедицинской этики. Методологическими основаниями деятельности национальных комитетов выступают теоретические ориентиры — биомедицинская этика и международные документы по общественному контролю над соблюдением прав человека в соответствии с Хельсинской декларацией и Международной хартией прав человека.

Мировая тенденция развития современного здравоохранения, биомедицинских технологий и научных исследований в настоящее время неотъемлемо связана с контролем над соблюдением этических норм и прав человека. Этот контроль осуществляется с помощью институционально организованных социальных структур и технологий вместе с системой гуманистических либеральных ценностей, обеспечивают соблюдение личных прав и свобод человека в области биологии и медицины. Тем самым формируются механизмы защиты прав граждан от негативных последствий применения современных биомедицинских технологий, предусматривающие разработку этических кодексов, законов, повышение сферы ответственности профессионалов-медиков и биологов, расширение их социальных обязанностей, закрепленных не только на личном, но и правовом уровнях.

Этические комитеты — это структурные подразделения, обеспечивающие, прежде всего, регуляцию проведения неза-

висимой этической экспертизы, обязательной для всех биомедицинских исследований. Впервые они возникли в 50-х гг. XX в. в США с целью проведения официальной экспертизы исследований, финансируемых из федерального бюджета. В настоящее время (например, в США) этнические комитеты имеют *статус государственных*, а обязательной этической экспертизе подлежат не только биомедицинские, но и психологические, антропологические и другие исследования, если они проводятся на человеке или животных. В Европе этнические комитеты чаще функционируют на *общественно-профессиональной* основе. С 1967 г. они создаются при больницах и исследовательских учреждениях Великобритании, Германии, Франции. Одна из целей и функций этического комитета — контроль над соблюдением основных принципов биомедицинской этики при лечении и биомедицинских исследованиях, по мере расширения которых этическое сопровождение, осуществляемое этическими комитетами, становится во всем мире нормой. Сегодня каждый исследовательский проект должен получить одобрение независимого этического комитета.

За последние годы создана глобальная сеть этических комитетов, их количество в мире ежегодно увеличивается в десятки раз. Они действуют на основе международных нормативных документов, в числе которых Нюрнбергский кодекс (1947), Хельсинская декларация (1964), Конвенция Совета Европы «О правах человека в биомедицине» (1996) и др. Создан Межведомственный комитет по биоэтике в ООН при ЮНЕСКО. Аналогичные комитеты имеются *при Совете Европы и Европейском Союзе*. По инициативе ЮНЕСКО в последнее время прошли семинары (Москва, Минск) по биомедицинской этике, на которых обсуждались проект Декларации о всеобщих нормах биоэтики и правах человека, представленный в ООН, а также вопросы функционирования этических комитетов в странах СНГ. В настоящее время этические комитеты на национальном (государственном), региональном и локальном уровнях активно действуют в Бельгии, США, Франции, Дании, Германии, России, Украине, Молдове, республиках Балтии и представляют свои страны в соответствующих организациях на международном уровне.

Созданию комитета по биоэтике в Республике Беларусь предшествовала фундаментальная организационная, научная и учебная деятельность в контексте национальных, социокультурных и историко-политических традиций и учета мирового

опыта. Подобно Совету Дании по этике, Этическому комитету Министерства здравоохранения Чешской Республики, комитет по биоэтике в Республике Беларусь организован при Министерстве здравоохранения Республики Беларусь при поддержке Национальной комиссии Республики Беларусь по делам ЮНЕСКО. В соответствии с Руководством 1 по созданию комитетов по биоэтике, Национальный комитет — «это комитет, созданный правительственным органом страны, в большинстве случаев либо парламентом, либо соответствующим министерством (здравоохранения, науки или юстиции)... Обычно такие комитеты обладают полнотой власти, поскольку они порождены в результате политического решения о создании национального комитета в данной стране»<sup>1</sup>. Именно в этом контексте и осуществлялась работа по созданию Национального комитета по биоэтике в Республике Беларусь.

Комитеты по биоэтике, как указывается в Руководстве 1 по созданию комитетов по биоэтике, опубликованном Организацией Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры «бывают разных видов и функционируют на разных уровнях управления» — национальном, региональном, местном (ЮНЕСКО, 2005).

Зафиксируем некоторые этапы истории создания Национального комитета по биоэтике и этических комитетов разного уровня в Республике Беларусь. Как в целом в области здравоохранения, так и при создании локальных этических комитетов и Национального комитета по биоэтике, Республика Беларусь руководствуется нормами международного права и собственным законодательством. Основные принципы биомедицинской этики, рекомендованные ВОЗ, закреплены в Концепции развития здравоохранения в Республике Беларусь (1995), «Законе Республики Беларусь о здравоохранении» (1999), «Законе Республики Беларусь о лекарственных средствах» (2006). В 1999 г. в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь «Об утверждении правил проведения клинических испытаний лекарственных средств» при Министерстве здравоохранения был образован Республиканский центр экспертиз и испытаний в здравоохранении, который разработал методические рекомендации

---

<sup>1</sup> Руководство 1 по созданию комитетов по биоэтике. ЮНЕСКО, 2005. С. 19–20.

«О порядке организации и работы комитетов по этике в Республике Беларусь».

Такие комитеты были созданы при научно-исследовательских институтах, клинических больницах, медицинских университетах и с той или иной мерой активности и эффективности сегодня функционируют: с 1998 г. Национальный координационный центр по безопасности, созданный при Институте генетики и цитологии Национальной академии наук Республики Беларусь; с 2000 г. — Комитет по этике в Белорусском государственном медицинском университете; с 2003 г. комитет при Международном экологическом университете им. Сахарова; были созданы также комитеты или комиссии по этике в клинических больницах. Одновременно осуществлялась организационная научная и учебная деятельность по развитию биоэтики.

Итак, для осуществления общественного контроля над соблюдением этических норм и правил при выполнении работ, связанных с использованием человека и животных как объектов экспериментальных и клинических исследований, в целях соблюдения прав и свобод человека при использовании в отношении его современных достижений науки, проведении образовательной, лечебно-профилактической и иной деятельности, при Министерстве здравоохранения Республики как консультативный орган создан Национальный комитет по биоэтике (НКБЭ) (18.04.2006 г.). Утверждено также Положение о Национальном комитете по биоэтике. Положением предусмотрен широкий спектр его функций по оказанию помощи и решению вопросов биомедицинской этики при проведении клинических испытаний новых лекарственных средств и медицинских технологий; в области лечебно-профилактической и научно-исследовательской деятельности; в сфере биоэтического образования специалистов и просвещения населения; в области законодательных инициатив по вопросам здравоохранения и проведения биомедицинских исследований; в решении социальных и правовых вопросов в области природоохранной деятельности.

Национальный комитет по биоэтике независим в своих оценках, советах и решениях; он играет рекомендательную роль и не принимает юридических решений, активно сотрудничает с законодательными и исполнительными органами страны, общественными организациями.

*Создание Национального комитета по биоэтике способствует:*

- внедрению демократического механизма при обсуждении и анализе сложных моральных проблем, связанных со стремительными достижениями науки и техники;
- осуществлению общественного контроля над соблюдением прав человека по критериям биомедицинской этики;
- разработке предложений, касающихся законодательного регулирования в области биомедицины;
- помощи в создании, регуляции и координации деятельности этических комитетов разных уровней и обучению членов этических комитетов;
- повышению уровня непрерывного биоэтического образования специалистов-медиков: от университетской подготовки до повышения квалификации;
- обеспечению участия Республики в международном сотрудничестве по вопросам биоэтики;
- пропаганде здорового образа жизни, информированию населения о достижениях и существующих проблемах в области биоэтики.

*Основные направления деятельности Национального комитета по биоэтике включают:*

- координацию и контроль деятельности локальных и региональных комитетов над соблюдением международных биоэтических принципов в соответствии с законодательством Республики Беларусь в лечебно-профилактической, научно-исследовательской, учебно-образовательной и природоохранной областях;
- разработку рекомендаций по социальным, правовым и этическим вопросам для проведения биомедицинских исследований и совершенствования системы здравоохранения.

В состав комитета входят 19 членов — специалистов в области медицины, биологии и генетики, в области философии, этики, права и экологии, представителей общественности. Из числа членов Комитета избираются председатель и его заместители. Членство в Комитете является добровольным. Руководящий состав Комитета утверждается Министерством здравоохранения. Срок полномочий членов Комитета — 4 года.

Члены Национального комитета по биоэтике назначаются по их личностным качествам, на основе их интересов, знания и опыта в области биоэтики, а также на основании стремления и согласия уделять необходимое время для работы в Комитете.

Для принятия решений необходимо присутствие на заседаниях Национального комитета по биоэтике не менее 2/3 чле-

нов Комитета, отвечающих требованиям профессиональной квалификации. Решение принимается на основании общего согласия или на основании мнения большинства.

Национальный комитет по биоэтике может достойно представлять Беларусь на международном уровне, выступать с законодательными инициативами по защите прав человека в области биомедицины, осуществлять координацию действий локальных этических комитетов, выработать генеральную линию биоэтического образования специалистов и населения.

При создании Национального комитета по биоэтике прежде всего были определены его статус и структура, правовые основания, функции и возможности, а также поле деятельности по сравнению с локальными биотическими комитетами в Республике Беларусь, чтобы пространственно-функциональная определенность субъектов этического регулирования была стабильной и действенной. Было изучено состояние дел, касающихся международных экспертных структур по проблемам биоэтики, опыт работы в этом направлении других стран.

В Республике Беларусь имеются различные виды комитетов по биоэтике (этические комитеты, комиссии по этике, ассоциации, действующие на разных уровнях). Они организованы в соответствии с рекомендациями, приведенными в Руководстве 1 по созданию комитетов по биоэтике (ЮНЕСКО, 2005). Рассмотрим виды комитетов в зависимости от целей и функций, предложенных в Руководстве 1, а также с учетом внутренних особенностей Республики Беларусь.

Виды комитетов, приведенных в Руководстве 1 по созданию комитетов по биоэтике ЮНЕСКО, 2005)	Виды комитетов в Республике Беларусь
1	2
<i>Комитеты по биоэтике для разработки политики и/или рекомендаций (КБП)</i>	<i>Национальный комитет по биоэтике (НКБЭ)</i>
<b>Цели</b>	
	Обеспечение независимой экспертизы, консультирования и принятия решений для защиты прав и достоинств

1	2
	<p>ства участников исследования и оценки этических, правовых и социальных вопросов, связанных с биомедицинскими или другими видами исследования, предусматривающих участие человека или животных (НКБЭ)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Подготовка рекомендаций правительствам, парламентам и правительственным органам относительно проблем биоэтики и вопросов, возникающих в связи с прогрессом в области здравоохранения, биологии, биомедицинских наук и биотехнологий</li> <li>• Публикация рекомендаций по вопросам биоэтики и оказание соответствующего влияния на разработку политики, а также повышение информированности общественности и уровня ее участия</li> <li>• Организация форумов для обсуждения на национальном уровне всего спектра проблем биоэтики, вопросов и конкретных случаев, которые привлекают внимание общественности, благодаря широкому освещению в средствах информации — на пресс-конференциях, в публикациях, телевизионных передачах и в Интернете (Руководство 1)</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Осуществление разнообразных форм работы в различных областях деятельности: лечебно-профилактической, научно-исследовательской, клинических испытаний и регистрации новых лекарственных средств в медицинских технологиях; учебно-образовательной; в области законодательства по вопросам здравоохранения и проведения биомедицинских исследований; организационного обеспечения биоэтической службы; в решении социальных и правовых вопросов; в области природоохранительной деятельности (НКБЭ)</li> </ul>
<p><b>Функции комитетов</b></p>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Осуществление общественного контроля над соблюдением прав человека по критериям био-</li> </ul>

1	2
	<p>медицинской этики; укрепление доверия, консолидации и этических отношений между врачами и пациентами путем объективного и принципиального рассмотрения сложных в морально-правовом отношении ситуаций (НКБЭ)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Осуществление фундаментальных исследований, касающихся общечеловеческой и моральной ценности достижений биологических и поведенческих наук и биотехнологий, а также изучение положений, регулирующих защиту взрослого населения и детей, участвующих в клинических исследованиях</li> <li>• Учет последствий регулирования, сокращения или ограничения (например, путем введения временного моратория) биологических и поведенческих исследований с участием человека</li> <li>• Обеспечение обсуждений надлежащего использования биологических и биомедицинских технологий (Руководство 1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обеспечение участия страны в международном сотрудничестве по вопросам биоэтики и экологической этики; помощь в создании, регуляции и координации деятельности этических комитетов разных уровней и обучение членов этических комитетов; контроль над соблюдением рекомендаций по проведению биоэтической экспертизы; координация и мониторинг деятельности межведомственных комиссий и комитетов по биоэтике (НКБЭ)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обеспечение участия страны в международном сотрудничестве по вопросам биоэтики и экологической этики; помощь в создании, регуляции и координации деятельности этических комитетов разных уровней и обучение членов этических комитетов; контроль над соблюдением рекомендаций по проведению биоэтической экспертизы; координация и мониторинг деятельности межведомственных комиссий и комитетов по биоэтике (НКБЭ)</li> </ul>
<p><i>Комитеты по биоэтике ассоциаций профессиональных медиков (КБМ)</i></p>	<p><i>Ассоциации профессиональных врачей (стоматологов, кардиологов и т.д.)</i></p>
<p>Цели</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Стремление добиться осуществления конкретных задач, стоящих перед ассоциацией</li> <li>• Содействие образованию своих членов и стремление обезопасить общественность от случаев их недостойного поведения</li> <li>• Разработка собственного кодекса этики поведения (как правило, более короткого документа, широко пропагандируемого и распространяемого среди его членов), который использует терминологию аналогичных комплексов, учитывая при этом уникальные черты собственной организации (Руководство 1)</li> </ul>	

<b>Функции</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Содействие увеличению доходов, поднятию авторитета и повышение статуса своих членов, улучшению благосостояния обслуживаемых ими пациентов; использование своего влияния на общественность для разработки политики в решении поставленных задач</li> <li>• Содействие улучшению здоровья населения, а также профилактике несчастных случаев и болезней; разработка политики, которая может быть преобразована в национальное или региональное законодательство</li> <li>• Организация мероприятий по образованию, проведение кратковременных курсов, конференций (Руководство 1)</li> </ul>	
<i>Комитеты по биоэтике медицинских учреждений/больниц (КББ)</i>	<i>Локальные комитеты по этике при медицинских учреждениях, больницах, мединиверситетах</i>
<b>Цели</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Улучшение качества лечения каждого больного (в больницах, амбулаторных клиниках, учреждениях для длительного лечения в хосписах)</li> <li>• Отстаивание принимаемых компетентными пациентами решений (соглашаться или не соглашаться на лечение), а также обеспечение благосостояния пациентов, как компетентных в умственном отношении, так и некомпетентных</li> <li>• Юридическая защита ответственности медицинских учреждений и тех, кто в них работает (Руководство 1)</li> </ul>	
<b>Функции</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Повышение качества лечения пациента</li> <li>• Обеспечение механизмов самообразования членов комитета</li> <li>• Разработка не только руководящих принципов, но и рекомендаций, касающихся этической стороны руководства медицинским учреждением</li> <li>• Разработка программ по образованию в области биоэтики для своих членов, кандидатов в члены и добровольцев</li> <li>• Рассмотрение и анализ биоэтических случаев</li> <li>• Оказание консультаций по биоэтическим случаям (Руководство 1)</li> </ul>	
<i>Комитеты по биоэтике исследований (КБИ)</i>	<i>Комитеты и центры по биоэтике исследований (Национальный координационный центр по безопасности при Институте генетики и цитологии НАН Беларуси; Республиканский центр экспертиз и испытаний в здравоохранении и др.</i>
<b>Цели</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Защита людей как участников испытаний с целью получения общих биологических, биомедицинских, поведенческих и эпидемиологических знаний (фармацевтические препараты, вакцины и медицинские приборы)</li> <li>• Оказание содействия: а) председателям и членам КБИ; б) лицам, проводящим исследования в области биологических наук, а также биомедицинские, поведенческие и эпидемиологические исследования;</li> </ul>	

в) специалистам средств массовой информации; г) широкой общественности в понимании и анализе политики и биоэтических понятий, лежащих в основе руководящих принципов и положений

#### Функции

- Решение научных и этических вопросов разработки протоколов
- Решение вопросов безопасности и эффективности исследований, каждого КБИ с помощью внешних консультантов.
- Предупреждение потенциального конфликта в собственных рамках и принятии необходимых мер по его разрешению, включая приглашение внешнего консультанта

В организации деятельности Национального комитета по биоэтике, организации клинических испытаний большую роль играет РУП «Центр экспертиз и испытаний в здравоохранении» Министерства Здравоохранения Республики Беларусь, который осуществляет назначение клинических испытаний, биоэквивалентных испытаний лекарственных средств, мультицентровых клинических испытаний лекарственных средств, а также их последующую регистрацию и т.п.

Каждый из видов этических комитетов, комиссий, ассоциаций, центров, созданных в Республике Беларусь, имеет свои цели, функции, осуществляет определенные специфические мероприятия и вместе с тем, обнаруживает точки соприкосновения в решении биоэтических дилемм, возникающих в различных областях исследований и здравоохранении. Учитывая цели, задачи и функции Национального комитета по биоэтике Республики Беларусь, можно заключить, что он должен играть роль объединяющего, координирующего и консультативного органа по общественному контролю над соблюдением прав человека в области биомедицинских исследований и по отношению к деятельности локальных комитетов, разрабатывая обоснованную политику проведения научных исследований в области здравоохранения, организовывая форумы для обсуждения на национальном уровне спектра проблем биоэтики и оказывая влияние на разработку законодательной политики, образования и общественности в области биоэтики.

### 10.3. Соблюдение принципов биомедицинской этики в обращении с телами умерших и анатомическими препаратами, используемыми в учебных целях

Строение тела человека представляет фундамент, на котором возводится здание медицинских знаний, составляющих профессию врача. Если внешнее строение тела человека изучается посредством осмотра, измерения, пальпации (прощупывания), то его внутреннее строение постигается методами анатомирования (вскрытия) и препарирования. Препарирование — это разрезание и удаление части тканей с целью визуализации (лучшего обозрения) изучаемых образований. Приготовленные таким образом части тела и отдельные органы называются анатомическими препаратами. До изготовления анатомических препаратов тело предварительно бальзамируется, чтобы предотвратить естественный биологический процесс разрушения тканей. Анатомическим препаратам в ряду традиционных наглядных средств обучения (атласы, рисунки, схемы, таблицы, муляжи, рельефные модели) принадлежит исключительное значение в познании строения тела человека. Они позволяют видеть взаимное расположение органов, детали их наружного и внутреннего строения,хождение сосудов и нервов, получать много иной информации. Приобретаемые анатомические знания важны не только для освоения последующих медико-биологических и клинических дисциплин, но и непосредственно для будущей практической работы. Понимание нашими предшественниками изучения тела мертвого человека для врачебной практики отражено в дошедших из средних веков изречениях, которые были начертаны на фронтонах «анатомических театров» — зданий, где производились вскрытие трупов: «Mortui vivos docuunt» («Мертвые учат живых») и «Hic locus est, ubi mors gaudet succurrere vitae» («Здесь смерть помогает жизни»). И в настоящее время в отечественных и зарубежных высших учебных медицинских заведениях анатомирование и изучение натуральных анатомических препаратов остается основным методом познания строения тела человека и не может быть вполне заменено альтернативными средствами, воспроизводящими строение органов.

Вместе с тем, использование в обучении тел, органов и тканей умерших людей представляет специфическую проблему, которая должна разрешаться с позиций современной биоэтики на основе норм права, этики и религиозной морали.

Анатомирование тел людей изначально порождало коллизии этического характера. Уже первые вскрытия, выполненные в III в. до н.э. Герофилом и его учеником Эразистратом в Александрийской школе медицины, которые обогатили анатомию многими фундаментальными открытиями, имели негативную, антигуманную сторону, поскольку они производились на живых людях — приговоренных к смерти преступниках. Основатель научного центра в Александрии, в составе которого находилась медицинская школа, Птоломей II осуждал действия анатомов, считая, что проведение исследований даже на осужденных на смерть преступниках, недопустимо. Однако позднее, в I в. н.э., древнеримский ученый-энциклопедист Корнелий Цельс оправдывал подобную практику, утверждая, что можно пренебречь страданиями нескольких преступников в поиске средств для лечения невинных людей всех последующих поколений. Тем не менее вплоть до эпохи Возрождения анатомирование умерших было запрещено как противоречащее господствовавшей в обществе религиозной морали.

Восприятие общественным сознанием соотношения интересов общества в целом и интересов индивидуума имеет непосредственное отношение к медицине. Еще до 60-х гг. XX в. в медицинском сообществе придерживались взгляда, что во имя блага человечества можно почти всегда пожертвовать интересами отдельного человека. Существовавшая в советском государстве установка на превалирование общественных интересов над личными не могла не отразиться на отношении к мертвому телу, что проявилось в отсутствии законодательных оснований на право получения и использования медицинскими высшими учебными заведениями тел умерших для обучения студентов. По сложившейся многолетней практике медвузам передавались не востребованные для погребения тела умерших из учреждений здравоохранения и социального обеспечения на основании распоряжений соответствующих министерств. Учебные анатомические препараты изготавливались из органов умерших людей специализированным учреждением «Медучпособие» и продавались учреждениям, занимающимся подготовкой медицинского персонала, что недопустимо с точки зрения современной биомедицинской этики.

В начале нынешнего столетия в Беларуси создана законодательная база использования в учебных и научных целях тел умерших. Правовые основания использования в учебных целях тел умерших представлены Законами Республики Бела-

реть «О погребении и похоронном деле» (2001) и «О здравоохранении» (2002). Законом «О здравоохранении» (ст. 39. Анатомический дар) предусматривается добровольная, совершенная посредством нотариально оформленного письменного распоряжения, передача дееспособным лицом своего тела (его частей, органов и тканей) в организацию или высшее медицинское учреждение образования для использования в учебном процессе и научных исследованиях. Согласно Закону Республики Беларусь «О погребении и похоронном деле» Государственная служба медицинских судебных экспертиз имеет право после установления причин смерти, передавать в организации для научных или учебных целей трупы, не взятые для погребения, при соблюдении определенной юридической процедуры. Передача трупов совершается исключительно на безвозмездной основе. Этические нормы использования в учебных и научных целях тел, органов и тканей умерших людей конкретизированы в правовых документах Министерства здравоохранения и медицинских университетов.

Современные этические нормы обращения с телами и органами умерших, используемыми в образовательных целях, представляют собой сочетание сложившихся исторически этических традиций в анатомии и новых этических требований, предъявляемых биоэтикой. Ее основные принципы: не отчуждаемость права признания каждого человека личностью, уважение достоинства и автономии личности при использовании тела мертвого человека для целей обучения реализуется выполнением следующих норм:

- передача тела умершего в медицинские учреждения образования должно совершаться на основе права;
- передача тела, органов и тканей должна быть альтруистичной;
- должно соблюдаться уважительное отношение к телу умершего при проведении аутопсии, исследовании вскрытого тела, изготовлении и изучении анатомических препаратов;
- недопущение деперсонализации умерших;
- достойное погребение останков.

Игнорирование юридических и этических норм в обращении с телами умерших людей встречает резкий протест общества. Как криминальное преступление было расценено изготовление анатомических препаратов из тел узников нацистских лагерей в институте анатомии Венского университета. Впоследствии все препараты были изъяты из анатомического

музея и захоронены, а написанное на аналогичном материале руководство «Топографическая анатомия человека» — уничтожено. Волну возмущения европейской общественности в наше время вызвали выставки отпрепарированных мертвых тел, используемых в целях получения прибыли Гюнтером Хагенсом из Гельдельберга. Его частная фирма нередко получала трупы, именуемые «биологическим материалом», без необходимых сопроводительных документов. Превращение тела человека или его части в товар является грубым нарушением человеческого достоинства.

Учебный процесс в медицинских университетах при использовании тел и органов умерших людей направлен на достижение двух целей:

- *образовательной*, которая состоит в приобретении студентами знаний о строении тела человека в норме и патологии;
- *воспитательной*, состоящей в формировании у студентов важнейшего профессионального качества — уважения личности и достоинства человека посредством воспитания нравственного обращения с телом мертвого человека и анатомическими препаратами.

Исходной посылкой воспитания гуманного отношения к человеку служит основной принцип гуманизма, провозглашающий человека высшей ценностью. Биомедицинская этика к каждому медицинскому работнику предъявляет требование уважительного отношения не только к жизни, но и к смерти, поэтому следование определенным этическим нормам в работе с телом мертвого человека является обязательным как для работников соответствующих кафедр, так и для студентов. В основу формирования у студентов гуманного отношения к телу мертвого человека должно быть положено осознание того, что анатомический материал, способствующий их профессиональному становлению — это останки людей, каждый из которых представлял собой уникальную и неповторимую личность. «Независимо от того, кем был умерший, какую веру исповедал, к какой расе принадлежал, он требует к себе того же благоговейного отношения, что и живой человек... Для медика умерший — не только патологоанатомический материал, но и часть живой материи, достойной изучения и уважительного к себе отношения», — считает известный специалист в области клинической биоэтики академик А.Н. Орлов<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Орлов А.Н. Клиническая биоэтика / А.Н. Орлов. М., 2003.

Важное значение в формировании у студентов личных убеждений в необходимости следования прививаемым этическим установкам имеет обстановка, в которой проводится обучение, обращение с анатомическим материалом преподавателей и учебно-вспомогательного персонала, эстетика оформления кафедры, содержание в чистоте учебных классов, секционных столов и лотков для размещения анатомических препаратов, перемещение препаратов, покрытых клеенкой или простынями, на медицинских каталках — все это демонстрирует уважение к умершему. Студентов обучают технике препарирования, обращая внимание на бережное отношение к тканям, что выражается в ограничении препарирования пределами необходимой достаточности, избегания размозжения, растяжения или разрыва тканей.

На препаратах демонстрируемые структуры показываются пинцетом или указкой. Соблюдение методики препарирования и бережное обращение с анатомическими препаратами в своем роде является применением на практике одного из принципов классической медицинской этики — «не навреди». Предъявляемые студентам правила поведения на кафедрах, использующих в обучении тела умерших, исходят из принципа гуманного отношения к человеку после смерти. В частности, при работе с анатомическими препаратами недопустимы громкий разговор, смех, шутки.

Принцип сохранения врачебной тайны реализуется в анонимности, используемого в учебном процессе трупа, который маркируется только номером регистрации в журнале учета, никакие личные данные не подлежат оглашению. Формированию навыков хранения врачебной тайны способствует приучение студентов к закрытости в обсуждении профессиональных вопросов, к сдержанности в обсуждении учебных дел и впечатлений, связанных с работой анатомическими препаратами.

Проявление уважения к личности человека состоит также в исключении деперсонализации тела и принадлежащих ему тканей, отторгнутых при выполнении препарирования. Деперсонализация предотвращается тщательным ведением учетной документации и контролем за сохранностью маркировки. Удаленные в процессе препарирования ткани собираются в персональные для каждого трупа емкости и хранятся до захоронения. Останки, ставшие непригодными для обучения, подлежат захоронению с надлежащим оформлением места захоронения. В Белорусском государственном медицинском университете

сложилась следующая практика захоронения останков. На могиле установлен памятник со словами: «Здесь покоится прах людей, которые после смерти послужили жизни. Благодарные сотрудники и студенты Белорусского государственного медицинского университета». Могила обнесена металлической оградой, по углам посажены плакучие ивы. В последние годы останки кремируются, а индивидуальные урны с пеплом устанавливаются в погребальном склепе, приобретенном университетом.

Отношение ведущих мировых религий к вскрытию умерших различно. Христианство (православного, католического и протестантского вероисповеданий) не имеет возражений против аутопсий в целях установления диагноза, трансплантации органов и обучения будущих врачей. Согласно мусульманской традиции тела умерших не допускается бальзамировать и вскрывать, они должны быть преданы земле в день смерти, еще до захода солнца. Тело умершего мусульманина разрешается вскрывать в медицинских целях в исключительных случаях при наличии определенных условий. Буддийская религия не разрешает вскрывать тела умерших. Исключение делается только для жрецов, которым предстоит стать врачами. Иудаизм запрещает уродовать тело покойного вскрытием, однако аутопсия разрешается, если она дает информацию, позволяющую вылечить другого больного.

Позиция Русской православной церкви в отношении аутопсии изложена диаконом М.В. Першиным<sup>1</sup>, старшим преподавателем кафедры биомедицинской этики Российского государственного медицинского университета. В России не имелось собственно богословско-философских возражений против анатомических театров, не звучало ни единого слова против освоения медицины на препаратах, приготовленных из тел умерших. С православной точки зрения, никакие манипуляции с телом не причиняют вреда самому умершему, потому что воскресение из мертвых никак не связано узами пространства, времени или последствиями вскрытия. Каждый человек в судный день восстанет в своей плоти, какие бы телесные изъяны его останкам не были бы причинены. Однако православная церковь утверждает, что не все позволено делать с телами умерших. Поэтому учебный процесс в анатомическом театре

---

<sup>1</sup> Першин М.В. В анатомическом театре / М.В. Першин // Высшее образование в России. 2002. № 3. С. 41–48.

налагает на его участников, как преподавателей, так и студентов особую ответственность и определенные ограничения. Осознание своей ответственности перед собственной совестью и перед богом не позволяет в анатомировании переступить предел необходимой целесообразности. Вседозволенность в этой области таит в себе угрозу нанесения ущерба личности и профессиональной пригодности совершающему антигуманные действия. М. Першин считает, что восприятие первого антропологического тезиса христианства, что человечество воскреснет и это сопряжено с нравственным судом, позволяет восполнить нормы медицинской этики нормами религиозной морали.

#### 10.4. Этические основы использования животных в медицинских исследованиях и гуманное обучение

Эпиграфом к данной главе может быть высказывание известного врача Г. Бестона: «Животные не меньшие братья наши, они — иные народы, вместе с нами угодившие в сеть жизни, в сеть времени; такие же, как и мы, пленники земного великолетия и земных страданий».

Использование животных в медицинских исследованиях — одна из важнейших и фундаментальных проблем биоэтики. Профессия врача — лечить тело и душу больного. Врачу, как никому другому, нужно быть не просто добрым человеком, а *милосердным* и к людям, и к животным. «Профессия врача — подвиг. Она требует самоотвержения, чистоты души и величия помыслов. Не всякий способен на это», — писал А.П. Чехов. Человек, собака, кролик, крыса имеют столь много общего в строении и проявлениях жизнедеятельности организма, что объединяются в один класс — млекопитающие. Известный канадский писатель Э. Сетон-Томпсон отмечал: «Мы и животные — кровная родня. У человека нет ничего, что не имели бы животные, хоть в небольшой степени; и у животных нет ничего, что не было бы так или иначе общим с человеком». Для доказательства этой схожести на алтарь науки было принесено великое множество жертв.

История эксперимента в медицине чудовищна. Нельзя без содрогания читать о том, как проводились опыты на животных даже во времена не столь отдаленные. Обезболивающие средства были открыты лишь в XIX в., до этого животных сто-

летиями сжигали, отравляли, кололи, резали безо всякой анестезии.

Имя физиолога XIX в. *К. Бернара* известно каждому студенту-медику. Но ни в одном учебнике не описывается методика проведения его опытов по изучению влияния температуры на теплокровных животных, когда обреченных животных (собак, множество кошек, кроликов, голубей) помещали в печь при температуре 90 и 100 °С.

В лаборатории профессора В.В. Пашутина (конец XIX в.) животному покрывали кожу водонепроницаемым лаком, затем ее сдирали *заживо* «дабы не затемнить результаты научного исследования». Множество собак погибло в лабораториях *И.П. Павлова*. Можно ли было создать учение об условных рефлексах лишь наблюдая за слюноотделением у собаки в различных условиях опыта, а не «дырывать» желудок фистулой, ушивать часть желудка, чтобы наблюдать аналогичный процесс секреции? *И.П. Павлов* оправдывал жестокость своих опытов тем, что «чем полнее будет проделан опыт на животных, тем менее часто больным придется быть в положении опытных объектов, со всеми печальными последствиями этого».

На подобного рода оправдания жестокости замечательно ответил великий гуманист доктор медицины и философии *А. Швейцер*: «Экспериментаторы никогда не должны успокаивать себя тем, что их жестокие действия преследуют благородные цели. В каждом отдельном случае они должны взвесить, существует ли действительная необходимость приносить *это животное в жертву*. Они должны быть постоянно обеспокоены тем, чтобы ослабить боль».

В *Древнем Египте* кошка считалась священным животным, так как, охраняя кладовые с зерном, спасала людей от голода. За убийство животного в Египте, особенно священного, полагалось суровое наказание — вплоть до смертной казни.

В *Древней Индии* высокие религиозно-нравственные принципы воплотились в приверженность вегетарианству, поскольку индусы считали, что все животные — четвероногие, пернатые, покрытые чешуей — братья и сестры человека. Домашние животные — это члены семьи. Недопустимость жесткого обращения с животными поддерживалась верой в реинкарнацию — перевоплощение души. Индусы верили, что в последующих рождениях человек может стать животным и быть жертвой такого же насилия, какое он ранее совершил, и те животные, ко-

торых он убил, в последующем воплощении, пожрут его. Вегетарианцев в Индии 700 млн человек.

*Буддизм* также проповедует веру в перевоплощение. Поскольку животные постоянно страдают, буддисты считают, что рождение животным является наказанием за прошлые грехи. Такая вера заставляет человека помнить о том, что он может оказаться на месте животного. Буддийский монах не имеет права убить ядовитую змею, крысу, даже муравья.

Восточной религией, также проповедовавшей вегетарианство, был *зороастризм*. Зороастер (Заратустра), живший в Персии около VI в. до н.э., учил, что жизнь так же дорога безгласному созданию, как и человеку; что даже самое ничтожное насекомое стремится защитить себя от угрожающей ему опасности; что ему, как и каждому из нас, хочется счастья и оно боится боли; как и каждый из нас, оно хочет жить и не хочет умирать.

*Ислам* учит, что человеку свыше даны такие качества, как любовь, милосердие, сострадание, великодушие. Придя в этот мир, он должен творить добро. Сам пророк Магомет жалел животных. Описывают, как однажды он оставил на земле свою верхнюю одежду, потому что на ней спала кошка; как он рассердился на своих учеников за то, что они ловили птенцов, доставив горе их матери. Коран утверждает, что животные имеют душу, хотя она и более низкого порядка; а также что животные имеют сознание, которое ступенью выше, чем инстинкты. Поэтому законы ислама запрещают причинять животным боль, убивать их, исключая случаи использования животного в пищу. При этом убивать животное следует быстро и с наименьшими страданиями для него. И ислам, и *иудаизм* запрещают убивать животных ради развлечения, получения предметов роскоши, лишать диких животных свободы. Нельзя пользоваться капканами, силками — это приводит пленника к долгой и мучительной смерти. Домашний скот не должен содержаться в грязи. Запрещается использовать животных в болезненных или калечащих их экспериментах.

Принципы *православного христианства* основываются на учении Христа, изложенном в Евангелии. К ним относятся доброта, ненасилие, любовь к ближнему. Русская церковь мало говорила об этике отношения к животным, но считает грубое обращение с ними грехом. Церковь призывает молиться за скот, ибо в Писании сказано: «Не презри вола работающего», «Блажен, иже и скоты милует». Был защитником всякого

«зверья» царский дом Романовых. Великий князь Дмитрий Романов немало внимания уделял Российскому императорскому обществу покровительства животным.

В *Средневековье* жестокость к животным была обычным явлением. Во многих европейских странах зрелищным спортом стала охота. Травля животных даже инсценировалась, например, оленей прогоняли через триумфальные арки или загоняли в озеро, а охотники упражнялись в стрельбе по живой мишени (заметим, что и в наше время охотники мало отличаются от средневековых варваров). Вместе с тем с животными, по крайней мере, поступали уважительно: они могли быть наказаны... в судебном порядке. Так, во Франции в 1499 г. несколько воробьев были отлучены от церкви и умерщвлены за то, что оставили следы на скамьях в церкви Св. Винсента. Увы, в наше время животных уничтожают массами, естественно, безо всякого суда и следствия. Только в Минске за 1 год безжалостно истребляется до 12 000 бездомных или потерявшихся кошек и собак.

В эпоху *Возрождения* в христианской Европе господствовал антропоцентризм, когда человек рассматривался как подобие Божие. Наличие души у животного отрицалось. Тем не менее звучали голоса в защиту живого на земле. «Вообразить, что Бог создал всю Вселенную только для пользы и удовольствия человека, — писал доктор богословских наук Э. Линзи, — было бы признаком глупости». Возвышались над толпой и в те времена гуманисты Возрождения. Так, Леонардо да Винчи, высмеиваемый друзьями за жалостливое отношение ко всем живым существам, стал вегетарианцем из-за чувства глубокого сострадания при виде мучений убиваемых в пищу животных. Он восклицал: «О Боже праведный! Почему Ты не восстанешь от сна и не узришь, какое зло сотворяют твоим созданиям?»

В *Новое время* предложенное французским философом *Р. Декартом* учение о том, что животные не имеют души, а потому ничего не могут чувствовать, помогала людям, проводившим эксперименты на животных, справиться с угрызениями совести. Декарт утверждал, что крик живого существа, подвергаемого пыткам, — это не более чем «звон струны механизма». Это учение развязало руки многим поколениям исследователей, открыв дорогу *вивисекции* — проведению опытов на живых животных: отравлению, утоплению, расчленению, выпусканию внутренностей у живого существа, умерщвлению его голодом. Считая, что «медицина есть наука эксперимен-

тальная», Декарт вместе с тем отвергал опыты на людях: «нельзя экспериментировать на больном, вверившем себя врачу». Конечно, подвергать опасности пациента нельзя. Но следует ли из этого, что можно издеваться над животным?

Вивисекция до глубины души возмущала гуманистов. Философ Вольтер резко высказывался о вивисекционистах и возмущался учением Декарта: «Какая скудость, какая нищета ума говорить, что животные — машины, лишённые понимания и чувств...». В конце XIX — начале XX в. о *защите прав животных* заговорили английские писатели, например Б. Шоу, ознакомившись с опытами физиолога И.П. Павлова, писал: «Я... очень сожалею, что не могу предложить самого себя для опытов вместо собаки».

Известный немецко-французский гуманист А. Швейцер в 1923 г. утверждал, что пока мы не включим животных в общий с нами круг благополучия, в мире не будет мира.

Знаменательной датой, положившей начало *борьбе в защиту животных от жестокости* на уровне *государства*, следует считать 1824 г. В этом году в Лондоне было создано Общество по предотвращению жестокости к животным, и Великобритания стала первой страной, принявшей законодательные акты по защите животных. Затем это сделали Германия, Скандинавские страны, Швейцария. В США законодательство о гуманном отношении к животным было принято в 1830 г. В Англии первый парламентский Акт в защиту экспериментальных животных был принят 1876 г.

В России движение *в защиту животных от жестокости* началось значительно позже, чем в других странах. Указ Президиума Верховного Совета СССР «Об ответственности за жестокое обращение с животными» был подписан только в 1988 г. В 1997 г. в Свод законов Европейского Содружества был включен протокол, гласящий, что «сельскохозяйственные животные — не продукты, а существа, способные чувствовать и страдать».

В Беларуси пока нет государственного закона о защите прав животных. Разработан проект Закона «Об обращении с животными», который находится на доработке в Постоянной комиссии по проблемам Чернобыльской катастрофы, экологии и природопользования Палаты представителей Национального собрания.

Всемирное общество защиты животных (WSPA), Европейская конвенция по защите позвоночных животных, использу-

емых в экспериментальных и других научных целях, предупреждают: «негуманное или жестокое обращение с животными может повлечь международное осуждение и изоляцию данной страны, даже если не она, а отдельные ее граждане злоупотребляют животными, пользуясь отсутствием закона или нежеланием властей следить за соблюдением существующих законов». Ю. Нагибин, обращаясь к власти имущим, восклицал: «Я обвиняю вас в том, что непрекращением жестокости по отношению к животным вы способствовали разложению общества».

В настоящее время разработаны юридические документы международного значения, касающиеся гуманизации использования животных в эксперименте. Лейтмотивом «Всемирной хартии природы» Генеральной ассамблеи ООН (1982) стали строки: «Любая форма жизни является уникальной и заслуживает уважения, какой бы ни была ее полезность для человека, и для признания этой неотъемлемой ценности других живых существ человек должен руководствоваться моральным кодексом поведения». Европейским сообществом приняты единые правила работы с экспериментальными животными.

Однако вряд ли законы гуманизма будут соблюдаться населением, не имеющим биоэтических знаний и навыков, основы которых закладываются в молодости. «Формирование доброго отношения к животному — первый и основной этап воспитания этичного отношения к окружающему миру. Оно начинается от сердца» (Т.Н. Павлова, 1995).

Гуманитарное преобразование предлагает навыки сопереживания. *Эмпатия* — это сопереживание, восприятие мира через другое существо, способность как бы перевоплотиться в него, поставить себя на его место. Это чувство может быть врожденным, но его следует и развивать, в том числе, на примерах поведения животных и отношения к ним.

Многие были уверены, что в медицине обходиться без умерщвления животных невозможно. Первым врачом, которая на своем примере доказала ошибочность этого мнения, была француженка *Анна Кингсфорд*. Она сумела убедить даже таких жестких экспериментаторов, как физиологи Клод Бернар и Поль Берг. Пример Анны — возможность стать хорошим врачом, не убивая животных, — произвел большое впечатление на общественное сознание во Франции, послужив стимулом для создания Французского общества противников вивисекции, первым президентом которого стал *Виктор Гюго*.

Задачи гуманизации воспитания и обучения молодежи давно сформулированы специалистами в ряде стран. Главные из них — формирование чувства ответственности за все живое на земле, способность сострадать и человеку, и животным. Белорусский государственный медицинский университет стал *первым* на бывшем постсоветском пространстве, прекратившим использовать животных при обучении студентов-медиков.

В преподавании медицинских дисциплин отказ от опытов на животных — это революция. Потребовались огромные усилия, чтобы перестроить годами устоявшийся учебный процесс.

В недалеком прошлом при обучении студентов-медиков использовалось огромное количество животных, например, только по физиологическим дисциплинам — до 3000 лягушек, 1000 белых мышей, 600–800 крыс и 15 собак в год; при обучении студентов технике хирургических операций, после которых собаки *никогда* не выживали — более 100 животных.

Экспериментальное животное не может постоять за себя, рассказать о своей боли, но страдает оно не меньше, чем это свойственно человеку. Поэтому прежде чем приступить к постановке опыта, экспериментатору следует подумать, стоит ли ожидаемый результат тех жизней, которые он собирается принести в жертву. Он «никогда не должен успокаивать себя тем, что его жестокие действия преследуют благородные цели. В каждом отдельном случае он должен взвесить, существует ли действительно необходимость приносить ЭТО животное в жертву» (А. Швейцер).

В последнее десятилетие ситуация с использованием животных начала меняться к лучшему.

В 1997 г. в Минске по инициативе Белорусского государственного медицинского университета при поддержке Министерства здравоохранения Республики Беларусь, Европарламента и Всемирного общества защиты животных состоялся Международный Белорусско-Британский симпозиум «Этические вопросы использования животных в учебной работе и научных исследованиях». В симпозиуме приняли участие ученые, преподаватели и студенты из Беларуси, России, Великобритании и Швеции. Целью симпозиума был обмен опытом гуманного отношения к животным при проведении медико-биологических исследований, и эта цель была достигнута — сделан еще один шаг на пути гуманизации образования и науки. Участники симпозиума призвали к соблюдению Евро-

пейской конвенции по защите животных, используемых для экспериментальных и других научных целей, и приняли обращение, в котором, в частности, говорилось, что в организации учебного процесса и научных исследований произошли позитивные изменения, которые без ущерба для образования и науки привели к снижению числа используемых животных, улучшению ухода за ними. Однако происходящие перемены — лишь тенденция, не имеющая твердой правовой и организационной основы. В связи с этим участники симпозиума обращаются к органам власти, руководителям научных и учебных организаций, ученым, преподавателям и студентам с призывом о гуманном отношении к животным, являющимся объектом медицинских и биологических исследований. Идеи гуманизма должны подкрепляться соответствующими законами и правилами.

Участники симпозиума предложили:

- разработать систему лицензирования, контроля и оценки экспериментальной работы с животными;
- строго соблюдать ныне действующие правила работы с экспериментальными животными;
- свести к минимуму страдания и боль при обращении с животными и проведении процедур;
- научно обоснованно планировать количество животных, необходимое для получения достоверных результатов в экспериментальных исследованиях, используя при этом линейных животных;
- совершенствовать учебный процесс, заменяя отдельные эксперименты *in vivo* математическим моделированием, а также применением биологических моделей *in vitro*, широким использованием учебных фильмов и виртуальных компьютерных программ.

Симпозиум оказал большое влияние на радикальное преобразование учебного процесса и работу исследовательских лабораторий в соответствии с международными нормами биоэтики, в духе *принципов 3 Rs*: (*Reduction* — сокращение числа животных; *Replacement* — замена животных с высокоорганизованной психикой на стоящих ниже на эволюционной лестнице; *Refinement* — щадящее избавление от страданий).

Трудно ожидать добросердечного и внимательного отношения врача к больному, не воспитав и не научив студента-медика бережному отношению ко всему живому. Поэтому так важен иной — *альтернативный метод* научных исследований и обучения студентов без использования животных.

В Директивах Евросоюза «О сближении законов, постановлений и административных положений государств ЕС по вопросам защиты животных, используемых для экспериментальных и других научных целей» подчеркивается: проведение эксперимента с использованием животных запрещается, если имеется другой — альтернативный — научно-приемлемый метод получения желаемого результата. Альтернативный подход имеет своей целью «применение эффективных научных методов при одновременном сокращении количества животных, используемых в экспериментах, а также усовершенствование экспериментальной техники с целью минимизации страданий, испытываемых подопытными животными».

К *альтернативным методам* относятся:

- хранение и обмен информацией о проведенных экспериментах (во избежание их повторения);
- использование математических и компьютерных моделей, моделирование биохимических, физиологических, токсикологических, фармакологических и поведенческих процессов. В цивилизованных странах, прежде чем животное подвергнется хирургическому вмешательству, отрабатываются программы компьютерного моделирования, затем следует апробирование метода на муляжах и трупах, на сосудах живой плаценты;
- использование методов *in vitro*, в том числе культивирование тканей человека, культур клеточных линий HeLa. Эти методы идеальны для определения действия ксенобиотиков на клетки-мишени. В зарубежных лабораториях широко применяется простой и информативный скрининговый тест на хорионаллантоидной мембране куриного яйца: если вещество обладает раздражающим действием, т.е. вызывает коагуляцию кровеносного сосуда, денатурацию белков на поверхности или внутри сосуда, то дальнейшее исследование на животном исключается;

- эксперименты с участием людей-добровольцев;
- эпидемиологические наблюдения.

Внедрение в учебный процесс альтернативных эксперименту средств обучения (компьютерных программ, опытов на виртуальных животных, видеофильмов, видеодисков, трехмерных моделей, снятие показателей ряда функций на самих обучающихся) позволило исключить или минимизировать постановку опытов на животных на многих кафедрах. Впервые на постсоветском пространстве кафедра патофизиологии Бело-

русского государственного медицинского университета перестроила учебную программу, доказав, что этот предмет можно изучать, не калеча и не убивая животных. С этой целью вместо демонстрации острых опытов на животных был создан виртуальный учебно-экспериментальный практикум, в частности, учебные научные кинофильмы, компьютерные программы, иллюстрированные альбомы и атласы, тематические ситуационные задачи. Это позволило лучше осмыслить результаты и достижения экспериментальной медицины, существенно расширить объем и качество наглядной информации по многим вопросам патологической физиологии. Освобождено учебное время для более серьезной, творческой учебно-исследовательской работы студентов. Одновременно решены и экономические, и этические вопросы — сохранены как денежные средства, так и жизни десятков, сотен лягушек, мышей, крыс, кроликов, собак. В результате уже на предклиническом этапе обучения студенты воочию убеждаются: гуманистические принципы в медицинском вузе не только постулируются, но и реализуются на практике.

На основании исследований эффективности альтернативных методов в образовательном процессе был сделан вывод, что замена животных альтернативами не только не наносит ущерба качеству образования, но часто имеет преимущества по многим критериям: скорость обучения, глубина запоминания, индивидуальный подход, повторяемость, легкость контроля и оценки результата, возможность самообучения, позитивная мотивация и пр.

При вдумчивой организации учебного процесса применить альтернативный метод не сложно. Например, на кафедре биохимии демонстрация влияния гормонов на уровень гликемии у кроликов (одному кролику вводился инсулин, другому — адреналин, а 3-й был контрольным) заменена опытами *in vitro*: использовались растворы глюкозы разной концентрации, и студенту ставилась задача определить, под влиянием какого гормона изменилось содержание сахара в крови.

Тем же, кто решил стать хирургом, необходимо вначале научиться проводить операцию виртуально с помощью компьютерного моделирования. Микрохирургической технике (сшивание «живого» сосуда) можно поучиться на сосудах плаценты. В получении практических навыков большую роль может сыграть помощь опытному ветеринару при стерилизации животных, оказании оперативной помощи травмированным и

больным животным. Кстати, именно так и обучаются многие студенты в ряде стран. Они сначала проводят операции на трупах животных, умерших естественной смертью, затем учатся оперировать под тщательным контролем врачей и только потом приступают к самостоятельной работе. Преимуществом такого подхода являются: отсутствие вреда, причиняемого здоровым животным, чувство удовлетворения у студента от принесения пользы больным животным, совершенствование навыков оперативного мастерства.

Международная сеть за гуманное образование ИнтерНИЧ (InterNICHE – International Network for Humane Education), которая имеет отделения в 50 странах мира, включая Россию, учредила «библиотеку альтернатив», в которой студент и научный работник может подобрать подходящую его учебным или научным планам альтернативу.

Перестройка учебного процесса с целью гуманизации преподавания требует усилий не столько по внедрению альтернативных методов, заменяющих эксперимент на животном, сколько по перестройке психологии педагогов, которые в силу многолетней привычки лишали жизни животных. Поэтому, обращаются к студентам защитники прав животных *Е. Маруева, А. Кюгера*: «если вы умом и сердцем не приемлите жестокое использование животных в области образования, отстаивайте свою позицию, вы подадите хороший пример тем, кто разделяет вашу точку зрения, но не решается ее высказывать. Ваш сознательный протест будет способствовать скорейшему внедрению альтернатив в вашем институте».

Студенты имеют право на получение *гуманного образования*. Даже если это право можно отстоять лишь с помощью суда. Первый такой прецедент был в 1987 г., когда американка Дж. Грехем подала иск в суд на свое учебное заведение после того, как ей отказали в аттестации по курсу физиологии из-за неучастия в экспериментах над животными. Суд принял решение в ее пользу. Судебный процесс вызвал оглушительный резонанс в стране. В результате студенты добились права не участвовать в экспериментах на животных, если это противоречит их нравственным принципам.

Законы, защищающие свободу совести студентов, существуют в США, Италии, Великобритании и Швеции. Согласно этим законам, университеты обязаны предоставлять студентам выбор гуманных альтернатив, заменяющих эксперименты на животных.

Если в деле *гуманистического воспитания студентов* Белорусский государственный медицинский университет добился уникальных успехов, полностью прекратив травмирование и гибель животных (от лягушек до собаки), то еще много работы предстоит в области *научных исследований*.

А. Швейцер в своем завещании писал: «Бессловесное существо способно страдать так же, как и мы. Истинная глубокая человечность не позволяет нам переносить их страдания».

Моральный долг современного ученого — постоянно изыскивать способы получения сходных результатов без привлечения животных. Сегодня *научность* эксперимента, т.е. сравнимость, воспроизводимость и достоверность данных обеспечивается применением альтернативных методик и соблюдением принципов 3 Rs. Это достигается, прежде всего, правильным *планированием* эксперимента. На основании данных литературы и патентного поиска экспериментатор должен обосновать *новизну* исследования с указанием его *преимуществ* предполагаемых результатов перед отечественными и зарубежными аналогами (нередко оказывается, что эксперимент просто-напросто устарел). Существует немало примеров того, как слабое знание научной литературы приводит к бессмысленной гибели животных.

В настоящее время, согласно принятому в Белорусском государственном медицинском университете порядку, приступая к научно-экспериментальной работе с использованием животных, соискатель должен, прежде всего, усвоить *Правила работы с экспериментальными животными*. Невыполнение их дает право совету по защите отклонить диссертационную работу. Создана «Комиссия по экспертизе использования животных в учебном процессе и научном эксперименте». Комиссия рассматривает вопросы: насколько гуманны методики с использованием животных, какова целесообразность и экономическая обоснованность проведения таких опытов. При подготовке статьи к публикации требуется указывать приемы обезболивания и способ эвтаназии животного. Если имеются сведения о негуманном обращении с животным, работа не принимается к публикации и защите. Комиссия имеет право направлять работу на рецензию специалистам нашей республики и в другие страны.

Особое внимание обращается на *количество* заявленных для работы экспериментальных животных. В погоне за статистической достоверностью результатов недопустимо *неоправ-*

данное завышение количества необходимых животных при планировании научной работы. Так, для морфологического исследования не нужно набирать 6–8 животных в группу, достаточно 3-х линейных. Только исследования на линейных животных можно считать приближенными к мировым стандартам. При работе же с собаками разного пола и возраста, истощенными, находящимися в состоянии сильнейшего стресса и практически всегда больными (дистрофия, гиповитаминозы, глисты) и речи не может быть об однородности, т.е. достоверности результатов исследования. Ведь при стрессе сдвиги метаболизма столь значительны, что изучение какого-либо воздействия на этом фоне теряет смысл, и выводы по результатам исследования, например, крови и мочи будут недостоверными. «Компенсация» этих негативных факторов большим числом животных жестокосердно и бессмысленно. Научность эксперимента достигается, во-первых, при работе со стандартными животными в соответствующих условиях содержания и питания, во-вторых, при отсутствии стрессового состояния у животного.

Целесообразность применения альтернативных методик в научных исследованиях объясняется не только соображениями гуманности. Из-за анатомо-физиологических различий человека и животных тестирование лекарств и новых методов лечения на животных часто неэффективно (И.Ю. Новожилов, 2006).

Например, морфин успокаивает человека, но возбуждает кошек. Аспирин ядовит для кошек, а пенициллин высокотоксичен для морских свинок. Не выявлен на животных канцерогенный эффект асбеста, а у человека он с высокой частотой вызывает рак легкого. Препарат талидомид, безвредный для животных, применялся беременными женщинами в качестве успокоительного, в итоге родилось около 10 000 детей с отсутствием конечностей и другими уродствами. В Великобритании погибло 3500 больных астмой, использовавших изопреналиновые аэрозольные ингаляторы, которые прошли успешные испытания на животных.

Прогресс современной медицины в значительной степени связан с клиническими наблюдениями за больными, а не с экспериментом на животных. Это касается диагностики и лечения гепатита, ревматизма, язвенного колита, СПИДа, сифилиса и других заболеваний.

Другое важнейшее требование при работе с животными — *уменьшение боли*. Послеоперационный уход за животным требует особого внимания. Часто трудно определить, что является причиной послеоперационной гибели собаки: болевой шок или шок психический — от одиночества, от предательства человека. Внимание к животному — не большая жертва со стороны исследователя по отношению к существу, у которого он отнимает жизнь.

Если животное надо снять с опыта, проводят *эвтаназию* — быстрое и безболезненное умерщвление. Собаки, кошки и кролики должны подвергаться эвтаназии исключительно в состоянии наркоза (передозировка наркоза). Использование миорелаксантов или электрического тока допустимо только в сочетании с глубоким наркозом. Для мелких животных допустима быстрая декапитация. Нельзя применять для наркоза эфир (при его действии грызуны погибают от удушья); желательны хлороформ, фторотан, тиопентал. Жестоким считается умерщвление животных без применения обезболивающих и седативных средств, предотвращающих ощущение животными *боли и страха*.

Но главное — перед своей совестью надо ставить вопрос: я лишаю живое существо жизни, не мною данной, ради спасения человечества или ради карьеры? Отношение человека к живому — важный показатель его нравственности и уровня цивилизованности. Жестокость к животным, бесспорно, свидетельствует о низком уровне духовного развития врача.

Большой интерес для развития биоэтического образования в Республике Беларусь представляет собой обзор существующих альтернатив использованию животных в обучении и ресурсов, которые предлагает InterNICHE<sup>1</sup>. InterNICHE — международная организация, выступающая за гуманное образование, сформированная в Англии в 1988 г. как EuroNICHE. В ее состав входило более 35 представителей из различных стран мира: от Бразилии до Бельгии и от Израиля до Индии.

Цель InterNICHE — познакомить преподавателей и студентов с возможностью использования альтернативных подходов,

---

<sup>1</sup> При рассмотрении вопроса об использовании различных альтернатив в обучении используется материал доклада, Ника Джукса, руководителя международной организации InterNICHE. См.: Гуманизация обучения специалистов медико-биологического профиля. Материалы научно-практического семинара с международным участием (Республика Беларусь. Минск 14–15 ноября 2006). Минск, 2006. С. 9–21.

которые не причиняют вреда животным. Мы стремимся работать, учитывая реальные интересы всех сторон, задействованных в учебном процессе. Перед нами стоит задача поддержания гуманных и эффективных способов приобретения знаний и умений при обучении естественным наукам.

В изучении биологических, медицинских и ветеринарных дисциплин животные часто занимают центральное место при выполнении лабораторных и практических занятий. Ежегодно десятки, если не сотни миллионов животных по всему миру используются в экспериментах или умерщвляются при препарировании.

Прогрессивными инструментами обучения в современных условиях являются альтернативы, которые могут заменить использование животных, наносящее им вред, или дополнить существующее гуманное образование.

*Альтернативы включают* различные инструменты и подходы:

- *фильмы и видео* которые используются, чтобы дополнить практические занятия и проиллюстрировать процессы, которые нуждаются в дальнейшем объяснении. Они легко производятся и недорого стоят. Профессионально выполненное на экране препарирование зачастую может дать больше знаний, чем вскрытия, выполненные самими студентами, а также может лучше подготовить студентов к реальному исследованию с использованием трупов животных, которые получены из этически допустимых источников. Цифровое видео может быть легко встроено в оборудование для мультимедиа и презентаций;

- *модели, манекены и тренажеры*, представляющие собой воспроизведение животного или его отдельных органов из пластика или латекса – традиционно использующееся обучающее средство, например, в анатомии. Похожие на живых животных манекены могут способствовать эффективной тренировке таких клинических навыков, как обращение с лабораторными животными, взятие крови и интубация. Все основные хирургические навыки можно приобрести с помощью специальных тренажеров;

- *мультимедийное компьютерное моделирование*. Появление и внедрение компьютерного обучения (КО) принесло огромную пользу процессу изучения биомедицинских наук. Высококачественное программное обеспечение стало доступным с середины 1990-х гг. и было представлено виртуальными уроками анатомии по препарированию, а также хорошо оснащенными виртуальными лабораториями для выполнения экспери-

ментальной работы. Более дорогостоящим является внедрение в обучение виртуальной реальности (VR), использование которой в настоящее время могут позволить себе для обучения медицине только наиболее богатые университеты. Специфические клинические и хирургические процедуры можно отрабатывать в иммерсивном, чувствительном окружении, где при использовании специальных «информационных перчаток» можно симитировать даже чувство прикосновения. Эта новая технология носит название *хептика*.

Использование трупов и тканей, *полученных из этических источников*, является альтернативой убийству животных для препарирования и хирургической практики. Словосочетание «полученный из этических источников» в данном контексте относится к трупам или тканям, полученным от животных, умерших естественной смертью или вследствие несчастных случаев, а также в результате эвтаназии при наличии смертельных заболеваний или повреждений, несовместимых с жизнью. Животные, которые были убиты для получения трупов и тканей, не расцениваются как «полученные из этических источников».

Приобретение опыта обращения с пациентами является нормой в рамках обучения медицине. Рост использования проблемно-ориентированных подходов к обучению дает возможность повысить качество образования. В ветеринарной медицине перспективы *клинического обучения* можно значительно расширить за счет замещения экспериментов на животных и улучшения профессиональной подготовки студентов. Прогрессивным подходом к изучению ветеринарной хирургии является привлечение студентов к отработке основных умений на альтернативах животным. А для того, чтобы набраться опыта обращения с реальными тканями, нужно стремиться к переходу на использование трупов животных, которые получены из этических источников. В финале обучения значительное время должно быть затрачено на наблюдение, а впоследствии на работу с пациентами-животными с тем, чтобы приобрести базовые хирургические навыки.

*Проведение экспериментов, где в качестве объекта выступают сами студенты* как представители млекопитающих, может быть полезно будущим ветеринарам, которые любят крыс, собак и кошек и которые лучше смогут понять, что значит быть пациентом, если они сами станут участниками безопасных экспериментов.

Быстрое развитие *in vitro* технологий и их применение для исследовательских целей должно способствовать тому, чтобы их изучение включили в учебные планы. Ткани и клетки животных, которые используются в такой работе, могут быть получены из этических источников, а в соответствии с существующей практикой в клеточной биологии, клетки и ткани животного можно непосредственно заменить растительным материалом. Для изучения клеточного дыхания и транспорта электронов, к примеру, можно использовать митохондрии из репы, картофеля или свеклы вместо печени крысы. Таким образом, с препаратами животных, полученными из этических источников, или с использованием растительных материалов опыты *in vitro* можно расценивать как одну из альтернатив.

Большое количество знаний о животных и среде их обитания можно получить путем наблюдения и других неинвазивных *полевых исследований*. Традиция изучения животных в их естественной среде — особенно выгодная альтернатива, которую нужно развивать, чтобы заменить некоторые практические занятия с использованием лабораторных животных.

Во всем мире набирает силу движение, направленное на замещение использования животных. Оно поддерживается развитием современных технологий и эволюцией этической мысли. Применение альтернативных средств обучения принесет пользу студентам, педагогам, животным и всему процессу преподавания естественных наук.

### Вопросы для самопроверки

1. Какие международные документы направлены на регулирование биомедицинских исследований?
2. Каковы общие принципы проведения биомедицинских исследований, согласно международным требованиям?
3. Что собой представляют этические комитеты, какова их роль, функции и задачи?
4. Каков статус и предназначение Национального комитета по биоэтике в Республике Беларусь?
5. Каковы принципы и законодательная база биоэтики в обращении с телами умерших?
6. Каковы этические основы использования животных в биомедицинских исследованиях?
7. Что подразумевается под понятиями вред, ущерб по отношению к животному, используемому в биомедицинских исследованиях?
8. В чем сущность использования гуманных альтернатив при обучении наукам о жизни?

## Литература

- Биомедицинская этика / под ред. В.И. Покровского. М., 1997.
- Биоэтика: проблемы и перспективы / под ред. А.П. Огурцова. М., 1992.
- Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы. Сборник официальных материалов. М., 1996.
- Врачи, пациенты, общество. Права человека и профессиональная ответственность врача в документах международных организаций. Киев, 1996.
- Гусейнов, А.А.* Введение в этику / А.А. Гусейнов. М., 1985.
- Денисов, С.Д.* Анатомирование тел умерших: религиозный аспект / С.Д. Денисов, С.П. Ярошевич // Аспекты клинической анатомии и вопросы конституциональной, возрастной и экспериментальной морфологии: сборник трудов научной конференции. Гродно, 2003.
- Денисов, С.Д.* Биоэтические проблемы в преподавании анатомии человека / С.Д. Денисов, С.П. Ярошевич // Актуальные проблемы морфологии: сборник трудов международной научно-практической конференции, посвященной 85-летию БГМУ. Минск, 2006.
- Денисов, С.Д.* Система биоэтической подготовки врача / С.Д. Денисов, С.П. Ярошевич // Сахаровские чтения 2007 г.: Экологические проблемы XXI века: материалы 7-й международной научной конференции. Минск, 2007.
- Деонтология в медицине: в 2 т., под ред. Б.В. Петровского. М., 1988.
- Медицина и права человека. М., 1992.
- Мишаткина, Т.В.* Система этической экспертизы биомедицинских исследований в государствах – участниках СНГ. Республика Беларусь / Т.В. Мишаткина, Я.С. Яскевич // Этическая экспертиза биомедицинских исследований в государствах-участниках СНГ (социальные и культурные аспекты). СПб., 2007.
- Орлов, А.Н.* Клиническая биоэтика / А.Н. Орлов. М., 2003.
- Першин, М.В.* В анатомическом театре / М.В. Першин // Высшее образование в России. 2002. № 3.
- Рекомендации комитетам по этике, проводящим экспертизу биомедицинских исследований. Москва-Женева, 2000.
- Руководство 1 по созданию комитетов по биоэтике. Отдел этики науки и технологии. Сектор социальных и гуманитарных наук // [www.unesco.org/shs/ethics](http://www.unesco.org/shs/ethics)
- Стандартные операционные процедуры деятельности комитетов по этике. СПб., 2005.

Этико-правовые аспекты проекта «Геном человека». Международные документы и аналитические материалы / отв. ред. Б.Г. Юдин. М., 1998.

Этические и правовые проблемы клинических испытаний и экспериментов на человеке и животных. М., 1994.

Этические комитеты: настоящее и будущее. Киев, 2004.

*Beauchamp, T.L.* Principles of biomedical ethics. 4th ed. / T.L. Beauchamp, J.F. Childress. N.Y., 1994.

Encyclopedia of Bioethics. V. 1–5., Reich W. Th. (Editor-in-chief). N.Y., 1995.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Этико-правовые проблемы современных биомедицинских исследований с участием человека вызывают все больший интерес в теоретическом и в практическом плане. Актуализируются традиционные ценности милосердия, ненанесения вреда пациенту, благотворительности, соучастия, прав человека. Осуществляется разработка этических стандартных исследований с использованием человека и животных, обосновываются механизмы правового обеспечения этической экспертизы биомедицинских исследований, которые внедряются в реальную практику осуществления контроля над соблюдением этических норм и прав человека. Биоэтика — это мощное интеллектуальное и духовное направление, влияющее на наш современный менталитет. Она порождает особый вид социальных норм, содержание которых обусловлено ценностью человеческой жизни и правом на собственную телесность и природу.

Если содержание профессиональной медицинской этики определяется такими известными принципами, как не причинять вреда, исполнять свой долг, то содержание принципов биоэтики во многом направлено на защиту прав и достоинств пациента. Под влиянием одного из важнейших принципов биоэтики — принципа уважения прав и достоинств человека, или принципа автономии личности, меняется решение вопроса об отношении врача и пациента, актуализируется вопрос об активном участии больного в принятии врачебного решения. Такого рода сотрудничество оформляется новыми моделями взаимоотношения врача и пациента, среди которых информационная модель, совещательная, интерпретационная, выступающие как своеобразные формы защиты прав и достоинств человека.

Следует иметь в виду, что перенос акцента внимания с прав человека на права пациента порождает противоречия и моральные дилеммы, которые сегодня трудно решаются. Так, эвтаназия, как право на достойную смерть пациента, вступает в противоречие с необходимостью врача исполнить профессиональный долг «не навреди» и заповедью «не убий». Такие же противоречия могут возникнуть и в связи с потенциальной возможностью нанесения пациенту психологической травмы

при информировании его о перспективах развития заболевания, а также в связи с юридическим определением момента возникновения права на жизнь и др.

Биоэтика как *междисциплинарная область исследований* нуждается в поддержке представителей различных наук. Методология и практика современных биомедицинских разработок предусматривает решение сложных взаимосвязанных проблем и в сфере философско-методологической рефлексии. Речь идет о формировании принципов и методов клинических и биомедицинских испытаний, как средствами участвующих в этом процессе дисциплин, так и с помощью правового обеспечения. Полученные результаты должны направляться на уточнение и совершенствование исследуемого явления, причем не только в организационно-исследовательской сфере, обеспечивая создание сети коммуникаций и взаимодействия ученых различных направлений, но и в информационной сфере, нацеленной на воплощение прикладных результатов междисциплинарного исследования в практику принятия решений и их технологической практике.

В отличие от междисциплинарности современная наука начинает обосновывать программы трансдисциплинарности, которые базируются не только на научных знаниях, но и на системе ценностей, лежащими за пределами науки и интегрирующими порою трудно согласующиеся между собой экономические, политические, экологические, социокультурные, технические, социально-психологические и этические аспекты. Исходной точкой оценки науки и современных биотехнологий становится сама возможность управления научно-техническим развитием, возможностью организационного влияния на него со стороны политики и морали. Из оценки биомедицинских проектов и исследований вытекают новые задачи по обучению, просвещению и воспитанию общества в отношении науки, биотехнологий и их последствий. Оценка медицинской науки и различных биотехнологий становится разновидностью социального, организационного, системного проектирования и диалога науки, техники, политики, этики, гражданского общества. Без использования политических и моральных средств быстронарастающие изменения окружающей среды, вызванные неконтролируемым научно-техническим и промышленным развитием, регулировать невозможно. Общество риска предъясвляет новое понимание научной рациональности,

выходящей за рамки конкретной науки и включающей в себя политическое, социальное, гуманитарное, философское, правовое измерение и систему ценностей, этическое отношение к науке и ее возможностям, порождая особенную ответственность медиков, биологов, юристов и других ученых.

В учебном пособии рассмотрены вопросы сущности, статуса и функций биоэтики, ее генезиса и исторической эволюции, выявлены междисциплинарные стратегии и приоритеты биоэтики, проанализированы морально-этические, организационные и нравственные аспекты жизни и смерти, трансплантологии, психиатрической помощи, применения новых генно-инженерных технологий, манипуляций со стволовыми клетками, клонирования человека, регулирования биобезопасности и биомедицинских исследований с участием человека и животных.

При проведении клинических и биомедицинских исследований на человеке важно опираться как на международно-правовые акты, так и документы Республики Беларусь в области медицины и биоэтики. Достаточно обратиться к Всеобщей декларации о биоэтике и правах человека, принятой 19 октября 2005 г. на 33-й сессии Генеральной конференции ЮНЕСКО, где формулируются 17 принципов, которые должны соблюдаться в биомедицинских исследованиях. Среди них принцип «человеческое достоинство и права человека», согласно которому «должно обеспечиваться полное уважение человеческого достоинства, прав человека и основных свобод»; принцип «благо и вред», в соответствии с которым «в процессе применения и развития научных знаний, медицинской практики и связанных с ними технологий, следует добиваться получения максимальных прямых и косвенных благ для пациентов, участников исследований и других, затрагиваемых лиц и сводить к минимуму любой возможный для них вред»; принцип «самостоятельность и индивидуальная ответственность», предусматривающий обеспечение самостоятельности лиц в принятии решений при соответствующей ответственности за эти решения и уважении самостоятельности других» и др. Согласно Закону Республики Беларусь «О здравоохранении» «клинические и медико-биологические исследования на человеке могут проводиться с лечебной целью в государственных организациях здравоохранения ... при подтверждении их научной обоснованности только с письменного согласия лица, подвергаемого

исследованию, ознакомленного с их целями, продолжительностью, ожидаемыми результатами и возможными последствиями для его здоровья».

Гуманистически обновленные ценности, органично включающиеся в биоэтику, в целом в научное знание, должны транслироваться в образовательные технологии и усваиваться студентами и молодыми исследователями в процессе обучения. Стратегическая задача, стоящая перед современной наукой, это не только включение в структуру научно-познавательной деятельности этических и аксиологических аргументов, но и наработка новых ценностных смыслов и подходов в самых различных областях исследования, одной из которых является биоэтика. Биоэтика как мост в будущее, олицетворяет собой высокие идеалы гармонии, гуманизма, защиты прав и достоинств человека.

## СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ

1. **Адаптация** (от лат. *adaptatio* — приспособление) — 1) процесс приспособления самоорганизующихся систем к изменяющимся условиям среды (например, изменению температуры, содержанию кислорода); 2) результат процесса адаптации, т.е. наличие у системы приспособляемости к некоторым факторам среды; 3) в психологии понятие адаптации (дезадаптации) используется при анализе взаимоотношений индивида (личности) с окружением. В биоэтике применяется по отношению к биологическим системам (отдельному организму, его органам, к популяции организмов), отражая целесообразное реагирование сложной иерархической самоорганизующейся системы на изменяющиеся условия среды.

2. **Аксиология** (от греч. *axios* — ценность и *logos* — слово, понятие) — учение о ценностях, цель которого исследовать высшие смыслообразующие принципы как условие необходимого и общезначимого различия истинного и ложного, доброго и злого, справедливого и несправедливого. Важнейшими вопросами А. являются: что есть благо, место ценности в структуре бытия — предметной реальности, ее значимость для субъекта и общества.

3. **Альтруизм** (от лат. *alter* — другой) — самоотверженное, сознательное и добровольное служение людям, желание помогать другим, способствовать их счастью на основе мотива любви, преданности, верности, взаимопомощи, сочувствия, сострадания.

4. **Аморализм** (от греч. *a* — не, без и лат. *moralis* — нравственный) — 1) общественно-историческое явление, выражающееся в отрицании общепринятых норм морали в поведении людей; 2) принцип практической или идейной ориентации, обосновывающий правомерность нигилистического отношения к общечеловеческим нормам морали в поведении человека; 3) характеристика совокупности отрицательных качеств человека, его поступков и образа жизни (подлость, бесчестие, беспринципность, предательство, бессовестность, ложь и т.п.)

5. **Антропоморфизм** — наделение человеческими свойствами явлений природы, животных, предметов — их «очеловечение», а также представление богов в человеческом образе.

6. **Антропоцентризм** — мировоззрение, согласно которому человек есть центр Вселенной и конечная цель всего мироздания.

7. **Апатия** (от греч. *apatheia* — бесчувственность) — термин античной этики, означающий бесстрашие, безмятежность, умение властвовать над собой. Считалась существенным свойством мудрости, обеспечивающей способность преодолевать аффекты, страсти, главные из которых — печаль, страх, вождение, стремление к наслаждению. В биомедицинской этике понятие апатии актуализируется при исследовании проблемы права человека на жизнь и права человека на «умирание с достоинством», нравственных проблем эвтаназии и т.п.

8. **Атараксия** (от греч. *ataraxia* — невозмутимость) — термин античной этики, означающий состояние душевного покоя, безмятежность, невосприимчивость души к аффектам, перенос внимания с внешних обстоятельств на внутреннее состояние и предпочтение разума чувствам. Состояние А. — это сосредоточение на «самом общем и главном», помогающее отрешиться от тревоги в душе, возникающей, прежде всего, от ложных мнений о богах и смерти.

9. **Аффект** (от лат. *affectus* — душевное волнение, страсть) — относительно кратковременное, сильно и бурно протекающее эмоциональное переживание (страх, ужас, отчаяние, ярость и т.п.), сопровождающееся криком, плачем, резкими выразительными движениями; может нарушать нормальное течение восприятия, мышления, вызывать помрачение сознания вплоть до патологической формы. Некоторые биотехнические достижения по изменению состояний сознания также сопровождаются аффектацией, что необходимо учитывать в биоэтических исследованиях на человеке.

10. **Барьеры коммуникации** — помехи, препятствующие контакту между коммуникатором и реципиентом, адекватному приему, пониманию и усвоению сообщений в процессе коммуникации. В рамках биоэтики выделяются психофизические, психические, соматические и др. Б. к., в частности, во взаимоотношениях врача и пациента.

11. **Бессмертие** — термин, означающий веру в нескончаемость человеческого существования, особенно души человека. В человеческой культуре выделяются следующие концепции Б.: 1) Б. как приобщение к миру вечных идей — *эйдетическая концепция* (от греч. *eidōs* — идея, образ, существующие отдельно от единичных вещей); 2) Б. как воскресение и причас-

тие к благодати Святого Духа — *христианская концепция* (исходит из смертности человека, воплощающего единство тела и духа); 3) Б. как первоначало человеческой природы (атомов, генетического кода и др.) и бренность (смертность) человеческого существования — *натуралистическая концепция*; 4) Б. как сохранение достижений человеческой личности в памяти человечества — *социокультурная концепция*.

12. **Бессознательное** — совокупность активных психических образований, состояний, процессов, операций и действий человека, неосознаваемых им, или состояние, характеризующееся отсутствием сознания. В XX в. наиболее полно учение о Б. разрабатывается в рамках психоаналитической концепции З. Фрейда. По Фрейду, Б. — основная и наиболее содержательная система психики человека, регулирующаяся принципом удовольствия и включающая в себя различные врожденные и вытесненные мотивы, импульсы, влечения, желания, установки, комплексы, характеризующиеся неосознанностью и асоциальностью. В Б. идет постоянная борьба Эроса (влечений и сил жизни, сексуальности и самосохранения) и Танатоса (влечений и сил смерти, деструкции и агрессии). Рассматривая Б. как источник неврозов и личностных конфликтов, Фрейд создал *психоаналитическую терапию*, ориентированную на излечение пациентов через осознание Б.

13. **Биобезопасность** — система мероприятий, направленных на предотвращение или снижение до безопасного уровня неблагоприятных воздействий генно-инженерной деятельности и генно-инженерных (трансгенных) организмов на здоровье человека и окружающую среду.

14. **Биогенетический закон**, или «закон эмбриональной рекапитуляции» — закон, выдвинутый в 1868 г. немецким ученым Э. Геккелем, применившим дарвиновскую теорию эволюции к эмбриональному развитию ребенка во время беременности матери. Закон утверждает, что *онтогенез* является *рекапитуляцией филогенеза*, т.е., каждый организм за период своего эмбрионального развития повторяет все стадии, которые его вид прошел в ходе эволюционного развития.

15. **Бионика** — прикладная наука о применении в технических устройствах и системах (в частности, в системах искусственного интеллекта) принципов, свойств, функций и структур живой природы.

16. **Биоправо** — область социокультурной практики, цель которой — выработать нормы правовой и социально-этической регламентации взаимодействия человека с живой природой. Отвечает устойчивой тенденции дополнения моральных регуляций биоэтического стиля мышления правовыми и установления парадигмы этико-правового контроля в биомедицине.

17. **Биоразнообразие** — совокупность всех видов и форм живого, взаимосвязанных, взаимозависимых и необходимых друг другу, что обуславливает требование бережного отношения к нему и заботу человека о его сохранении. Понятие Б. предполагает вариабельность организмов в рамках одного вида, между видами и разнообразие экосистем. В 1992 г. в Рио-де-Жанейро была подписана международная Конвенция о сохранении биологического разнообразия, на основании которой разработаны проекты Национальной стратегии по сохранению и устойчивому использованию биологического разнообразия в Республике Беларусь.

18. **Биосфера** (от греч. bios — жизнь, sphaire — шар) — оболочка Земли, содержащая всю совокупность живых организмов и ту часть вещества планеты, которая находится в непрерывном обмене с ними.

19. **Биота (биос)** (от греч. biotē — жизнь) — 1) исторически сложившаяся совокупность растений и животных, объединенных общей областью распространения; 2) целостная совокупность живого на Земле.

20. **Биоэтическая ситуация** — нестандартная ситуация в медицине, возникающая в связи с новейшими достижениями биомедицинской науки, практики и биотехнологий (в области генной инженерии, клонирования, трансплантологии, психиатрии и т.д.) и требующая этического вмешательства, экспертизы или контроля.

21. **Благодарность** — чувство обязанности, уважения и любви к другому человеку за оказанное им благодеяние. В отличие от античности, где Б. трактовалась как добродетель, в христианстве она понимается как обязанность и соотносится с *милосердием*. С точки зрения И. Канта, Б. как «священный долг» человека подкрепляет собой мотив *благодеяния*. Интерпретация понятия Б. как обязанности долга является предметом обсуждения в биоэтике при исследовании морального содержания

взаимоотношений между врачом и пациентом, исследователем и испытуемым и др.

22. **Благоразумие** — принцип действия, ориентирующий человека на достижение максимального блага. Отделив Б. от морали, И. Кант показал, что Б. направлено на естественную цель — счастье, и благоразумный поступок является лишь средством для нее. Понятие Б. привлекает особое внимание при поиске ответов на моральные дилеммы современной биомедицины, определение ее статуса и принципов.

23. **Болезнь** — нарушение жизнедеятельности организма, выражающееся физиологическими и структурными изменениями, возникающими под влиянием чрезвычайных (для данного организма) раздражителей внутренней и внешней среды. Б. характеризуется общим или частичным снижением приспособляемости к среде и ограничением свободы жизнедеятельности. Задачей медицины является *лечение* Б., которое состоит в воздействии лечебными факторами или на причины, или на механизм ее развития, а также в мобилизации защитных сил организма.

24. **Боль** — своеобразное психофизиологическое состояние человека, тягостное, гнетущее ощущение, возникающее под влиянием сильных или разрушительных внешних воздействий, вызывающих органические или функциональные нарушения в организме. Б. является защитной реакцией организма и играет положительную роль в жизни живых существ, пока она предупреждает или предохраняет организм от грозящей ему опасности, или помогает врачу распознать болезнь. Длительные же болевые ощущения, не поддающиеся лечебному воздействию, нарушают жизнедеятельность организма и могут вызвать серьезные расстройства.

25. **Вегетативное существование** (от лат. vegetativus — растительный) — биологическое существование организма, находящегося в бессознательном состоянии ввиду прекращения функционирования мозга. Медицинская помощь — искусственное поддержание основных жизненных функций организма с помощью аппаратуры, способствующей воспроизведению лишь биологической — растительной жизни, которая никогда не станет автономно-суверенной, а обречена на прогрессирующую деградацию. При соответствующем медицинском обеспечении тело больного может сохранять это растительно-животное существование достаточно долго. Но, по-

сколькx повреждениx мозга необратимы, человек, мозг которого не функционирует, перестает быть личностью (Казус Квинлен).

26. **Витализм** (от лат. *vitalis* — жизненный) — учение о принципиальном отличии живых систем от неживых; несводимости жизненных процессов к закономерностям неорганической природы; наличии в живых системах особых сил и принципов, отсутствующих в неживых — таких, как целесообразность, нерасчлененность и др. Согласно В., живым организмам присуща целесообразно действующая жизненная сила, целостная причинность, в то время как неживым телам — «причинность элементов». В современной науке многие характеристики, которые В. считал присущими лишь биологическим системам, рассматриваются как проявления *всех* сложных самоорганизующихся систем, а особенности живых систем выявляются в контексте их происхождения и генезиса жизни (см.: *синергетика*).

27. **Виталогия** (от лат. *vita* — жизнь и греч. *logos* — слово, понятие) — «наука XXI века» — учение о жизни и ее высшей форме — человеке как целостной духовно-материальной сущности. Предназначение науки — предотвращение возникновения в мире ситуации, несовместимой с жизнью человека. Для этого человечество должно перейти к качественно иному способу существования. Обучение и воспитание не считается эффективным средством совершенствования человеческой породы, ибо точкой приложения усилий является здесь сам человек. Свою задачу учение видит в том, чтобы направить все силы на познание и совершенствование *человеческой души*, помочь человеку решить эти проблемы и обрести счастье.

28. **Воля** — способность личности осуществлять регуляцию и саморегуляцию деятельности и поведения, проявляющаяся в активном преодолении трудностей, противоречий и конфликтов при достижении сознательно поставленных целей; выражает индивидуальность человека, служит самоутверждению и самовыражению его «Я».

29. **Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ)** — специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, крупнейшая международная медицинская организация, провозгласившая целью своей деятельности «достижение всеми народами возможно высшего уровня здоровья» (ст. 1 Устава ВОЗ). В 1994 г. ВОЗ сформулировала три основных компонента, лежащих в основе современной модели отношений вра-

ча и больного (право всех людей на здоровье, право пациента на информацию, обязанность врача объяснить пациенту все, что его интересует), и официально одобрила принцип предоставления пациенту надежной и понятной для него информации, а врачу — обеспечение доступа к объективной и поддающейся проверке информации.

**30. Выбор моральный** — форма проявления *моральной свободы*. Выбор обеспечивается *разумом и волей*. Любое решение принимается *разумом*, подготавливающим почву для совершения В. м., реализуется информированной *волей*, которая движет разумом, предписывая ему принятие решений, а разум предоставляет воле соответствующие цели и средства выбора. В. м. врача определяется *иерархией ценностей*, господствующих в медицинской этике, в которой человеческая жизнь — приоритетная ценность, а здоровье человека — высшее благо.

**31. Генетика** (от греч. genesis — происхождение) — наука о законах наследственности и изменчивости организмов; о методах управления наследственностью и наследственной изменчивостью для получения нужных человеку форм организмов или в целях управления их индивидуальным развитием.

**32. Генетика человека** — отрасль генетики, тесно связанная с антропологией и медициной. Подразделяется на *антропогенетику*, изучающую наследственность и изменчивость нормальных признаков человеческого организма, и *генетику медицинскую*, которая изучает его наследственную патологию (болезни, дефекты, уродства и др.).

**33. Генная инженерия** — прикладное направление в генетике, в рамках которого разрабатываются различного рода биотехнологии, создаются генетически измененные организмы и модифицированные продукты, реализуются возможности генной терапии некоторых заболеваний человека, его зародышевых и соматических клеток, получения идентичных генетических копий данного организма и др. Отмечая научные и экономические перспективы генной инженерии, необходимо иметь в виду и ее потенциальную угрозу для человека и человечества. Новое биологическое знание, несущее в себе множество возможностей генетического контроля над индивидом, может вести к социальной и профессиональной дискриминации людей, к тяжелым последствиям. Если все, что создает

генная инженерия в результате работы с микроорганизмами и отдельными клетками принципиально возможно сделать с человеком, то становятся реальными: направленное изменение наследственного материала; идентичное воспроизведение генетически запрограммированной особи (клонирование); создание химер (человек-животное) из наследственного материала разных видов.

34. **Генетически модифицированные продукты (ГМП)** – новые, сконструированные с помощью генной инженерии продукты (продукты питания, лекарства, косметика и др.), отдаленное воздействие которых на человека пока не известно. Возможная опасность заключается в том, что, попав в нашу среду обитания, они будут принципиально отличаться от тех вредных веществ, угрожающих человеку и природе, действие которых изучено и может быть ограничено.

Новые продукты будут намного опаснее. Поэтому биоэтика требует особенно ответственно относиться к возможностям генетики синтезировать неизвестные ранее гены и встраивать их в уже существующие организмы.

35. **Гуманистическая парадигма в биоэтике** – модель методов исследования, которая характеризуется радикальным поворотом от эмпирического описания врачебной морали к обостренной этико-философской рефлексии над нравственными основаниями биомедицинских исследований, что привело к расширению проблемного поля биоэтики за счет включения в него нравственных, философских, правовых компонентов; объединения различных систем ценностей: биологических (физическое существование, здоровье, свобода от боли и т.д.), социальных (равные возможности, получение всех видов медицинских услуг и т.п.), экологических (осознание самоценности природы, ее уникальности, коэволюции), личностных (безопасность, самоуважение и др.). Может быть реализована при одновременном соблюдении нравственных принципов и правовых норм.

36. **Гуманология** – новое направление в науках о человеке (Г.Л. Тульчинский), в основе которого лежит современная *гуманистическая парадигма*, обеспечивающая разрешение противоречия между антропоцентризмом «старого» мировоззрения, делавшего человека исключительным центром мироздания, и новым, «не-антропоцентрическим» подходом, заботя-

щимся о Жизни и Живом во всех их проявлениях. Биомедицинская этика, снимая это противоречие, делает обе парадигмы *комплементарными* — «уживающимися» и взаимодополняющими друг друга.

Не человек сам по себе в рамках традиционного *гуманизма* и *антропозоизма*, а свобода его воли, направленная на выбор им подлинных ценностей, открывает новую *пост-человечность* — человечность более высокого уровня, выявляющую способность личности не только к эгоцентризму, но и к заботе о жизни и правах Живого до-, не- и недо-человеческого уровней. Таким образом происходит распространение, расширение человеческого и человечности за пределы его биологического вида.

37. **Демография** (демография — наука о народонаселении и закономерностях его развития, в частности его *воспроизводства* вследствие естественных процессов рождаемости и смертности) — проблема Д. р. возникает во второй половине XX в. в связи с «демографическим взрывом» — бурным ростом народонаселения в слаборазвитых странах. Существует несколько моделей Д. р., заключают в себе различную этическую оценку с точки зрения прав человека: 1) ограничение рождаемости государственно-правовым путем; 2) осуществление медико-биологического контроля над рождаемостью (вплоть до стерилизации); 3) религиозно-гуманистическая пропаганда прав человека и эмбриона; 4) свободный выбор каждым человеком собственного способа воспроизводства. Одним из самых распространенных индивидуальных средств контроля над рождаемостью по-прежнему остается аборт и контрацепция, несущие в себе собственные биоэтические проблемы.

38. **Деонтология** **врачебная (медицинская)** (от греч. *deon* — должное, надлежащее и *logos* — учение) — учение о долге, обязанностях и нормах поведения медицинского персонала, обеспечивающих оптимальное качество и результативность его работы по восстановлению и сохранению здоровья людей. Предполагает *долг* врача перед обществом и пациентами, *право* медиков на профессиональное достоинство и честь, включает *нормативные принципы поведения*, определяющие характер отношений между врачом и пациентом. Вписывается

в структуру *медицинской этики*, воплощается в *деонтологических кодексах*.

39. **Добродетель** (буквально — деятельное добро, делание добра) — 1) этическое понятие, характеризующее готовность и способность человека следовать добру; 2) совокупность душевных и интеллектуальных качеств, выражающих совершенный моральный идеал; 3) способность поступать наилучшим образом во всем, что касается удовольствий и страданий и что связано с достижением *счастья*, тождественного высшему благу; путь к счастью и существенная часть самого счастья (Аристотель); 4) моральная твердость воли человека в соблюдении им *долга*, который представляет собой моральное принуждение со стороны разума, обязанности по отношению к себе и другим (И. Кант). В сфере интересов биоэтики Д. связана с моральными дилеммами, возникающими в современной биомедицине, обоснованием морального выбора в конкретных ситуациях взаимоотношений между врачом и пациентом, исследователем и испытуемым в контексте биомедицинских исследований.

40. **Доверия принцип** — принцип автономной биомедицинской этики, основанный на симметричности, взаимности отношений врача и пациента, при которых пациент отдает себя в руки врача с *верой* в его профессионализм и добрые намерения.

41. **Евгеника** (от греч. *eugenes* — породистый) — влиятельное научное направление первой половины XX в., в рамках которого ставилась задача совершенствования наследственных характеристик человеческой популяции (физических и интеллектуальных). Методы Е. были направлены на то, чтобы остановить генетическое вырождение человечества, связанное с развитием медицины и социальной поддержкой индивидов, в результате которых ослабло действие естественного отбора. В рамках *негативной* Е. отстаивается идея лишения неполноценных граждан (алкоголики, наркоманы, преступники и т.п.) возможности продолжения рода и передачи по наследству «недостойных» генов. В рамках *позитивной* Е. ставится задача обеспечения преимуществ для воспроизводства наиболее одаренных (физически и интеллектуально) людей.

В последние десятилетия Е. снова начинает развиваться в связи с бурным прогрессом молекулярной генетики, клониро-

вания и других биомедицинских исследований, требуя учитывать этические и социокультурные факторы вмешательства в наследственные программы, осуществлять их регуляцию и контроль за ними, исходя из блага человеческой популяции.

42. **Здоровье** — естественное состояние организма, характеризующееся его уравновешенностью с окружающей средой и отсутствием каких-либо болезненных изменений, «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» (ВОЗ).

43. **Здравоохранение** — социальная система, включающая совокупность действий, главная цель которых состоит в *охране здоровья* населения — его укреплении, восстановлении и поддержании; предупреждении и лечении заболеваний; создании здоровых условий труда и быта; содействии всестороннему физическому и духовному развитию населения; обеспечении его общедоступной квалифицированной медицинской помощью.

44. **Знахарство** — самодеятельное занятие врачеванием лицами, не имеющими медицинского образования, средствами и методами, не основанными на данных медицинской науки. Биомедицинской этикой оценивается с точки зрения соотношения *целей* и *средств* излечения, поэтому требует не только осуждения и пренебрежения, но и внимательного изучения, так как может содержать в себе неизвестные науке элементы народной или нетрадиционной медицины.

45. **Идентификация** (от лат. *identificare* — отождествлять) — психологическая категория, отражающая процесс и результат эмоционального и иного самоотождествления индивида с другим человеком, группой, образцом или идеалом.

46. **Идентичность** — понятие, используемое для описания индивидов и групп в качестве относительно устойчивых, тождественных самим себе субъектов. Личностное «Я» формируется посредством достижения равновесия между индивидуальной (персональной) и социальной И., наличие которого необходимо учитывать в биоэтике.

47. **Интимность отношений** (от лат. *intimus* — глубокий, внутренний) — близость, тесные отношения; в медицине — двусто-

ронные «человеческие отношения» в системе «врач — больной», предполагающие их обоюдную готовность выполнять моральные нормы, нести ответственность, проявлять уважительность, честность, откровенность по отношению друг к другу. Один из самых деликатных вопросов медицинской этики — возможность возникновения на основе внимания, доверия, заботы о другом человеке, обязательных для процесса лечения, глубоких и сложных чувств, сексуальных влечений или просто интимных связей с пациентами. Традиционно — от Гиппократов — И. о. между врачом и пациентом осуждается, так как считается, что это ставит под угрозу процесс лечения.

**48. Искусственное прерывание беременности — аборт:** в юридическом отношении А. прошел путь от запрещения под страхом смертной казни до полной легализации как право женщины распоряжаться функциями собственного тела. В этическом отношении существуют три точки зрения на аборт: 1) *консервативная* — А. аморален всегда и может быть разрешен, только когда речь идет о спасении жизни беременной женщины; 2) *либеральная* — утверждает абсолютное право женщины на проведение А. безотносительно к возрасту плода; 3) *умеренная* — считает А. этически оправданным лишь тогда, когда плод не достиг определенной стадии развития и если в данном конкретном случае имеют место обстоятельства, оправдывающие проведение этой операции.

**49. Казуистический подход** — концепция биомедицинской этики, в основе которой лежит рассмотрение *казусов*. Нацелена на выработку конкретных правил и рекомендаций в конкретных ситуациях лечения и биомедицинских исследований. Активно разрабатывается и применяется в США по аналогии с прецедентным подходом в праве, когда решения, принятые судом в конкретной ситуации, становятся обязательными для принятия решений в последующем.

**50. Казус** — сложный, необычный случай в лечебной практике или биомедицинских исследованиях, требующий принятия конкретного неординарного решения.

**51. Клонирование терапевтическое** — направление современной генетики, целью которого является клонирование не целостного организма, а отдельных его органов в интересах лечения больных, в частности для трансплантации. Один из пред-

лагаемых методов — клонирование и использование эмбриональных стволовых клеток, что возвращает исследователей к этическим проблемам статуса эмбриона.

52. **Клятва Гиппократата** — свод морально-этических норм поведения врача по отношению к больным и коллегам, предусматривающий уважительное отношение к учителям, обучивших искусству врачевания; соблюдение принципа «не навреди»; признание святости жизни; готовность воздерживаться от злодеяний и коррупции, сохранять врачебную тайну; отдать все силы и знания укреплению здоровья больных; делиться знаниями с коллегами.

53. **Кодекс** (от лат. *codex* — книга) — свод нравственных норм, предписываемых к исполнению: Кодекс врачебной этики; Клятва Гиппократата; Клятва врача Республики Беларусь.

54. **Комитеты этические** (биоэтические) — специальные структурные подразделения для проведения независимого этического контроля, обязательного для всех биомедицинских исследований. Впервые возникли в 50-х гг. XX в. в США с целью проведения официальной *этической экспертизы* исследований, финансируемых из федерального бюджета. В США обязательной этической экспертизе подлежат не только биомедицинские, но и психологические, антропологические и другие исследования, если они проводятся на человеке или на животных. С 1967 г. К. э. создаются при больницах и исследовательских учреждениях Великобритании, затем Германии и Франции.

Одна из целей и функций К. э. — контроль за соблюдением при лечении и биомедицинских исследованиях основных принципов биомедицинской этики: уважения автономности и прав пациента, информированного согласия, справедливости, стремления к наилучшим результатам при минимизации риска. По мере расширения практики биомедицинских исследований их *этическое сопровождение*, осуществляемое К. э., становится во всем мире нормой. Сегодня каждый исследовательский проект должен получить одобрение независимого К. э. В настоящее время К. э. действуют в России и Украине; в Беларуси находятся в стадии становления.

55. **Конфиденциальности принцип** (от лат. *confidentia* — доверие) — принцип биомедицинской этики, обеспечивающий *взаимное доверие* между врачом и пациентом. Базируется на двух

этических аргументах: 1) утилитаристском, исходящем из соображений полезности, ибо нарушение конфиденциальности ухудшает взаимоотношения пациента и врача и затрудняет выполнение последним своих обязанностей; 2) деонтологическом, опирающемся на моральные соображения: каждый индивид имеет право сам решать, в какой мере его мысли, переживания, чувства могут быть сообщены другому. К. предполагает строгое соблюдение врачебной тайны, анонимность проводимых исследований, минимизацию вмешательства в личную жизнь пациента, тщательное хранение конфиденциальных данных и ограничение доступа к ним не только при жизни, но и после смерти пациента.

**56. Корпоративность профессиональная (медицинская)** (от лат. *corporatio* – объединение, сообщество) – преданность узким групповым интересам в рамках профессиональных объединений (корпораций), проявляющаяся: 1) в сохранении и культивировании *профессиональных (врачебных) тайн и секретов*; 2) в *«цеховой солидарности»* – помощи и защите представителей своего (медицинского) «цеха» в любых условиях; 3) в специальной *символике*: традициях, обычаях, одежде; 4) в обращении к особому языку профессионального общения (латынь у медиков).

**57. Медицина паллиативная** (от лат. *palliare* – прикрывать) – «окутывающая заботой, опекой, сопровождающая»). В 1990 г. Всемирная организация здравоохранения определила паллиативную медицину как «обширное поддерживающее лечение больных, болезни которых вылечить невозможно, но при этом дающее контроль над болью и другими симптомами, а также психические, социальные и духовные аспекты, имеющие основное значение для качества жизни больных».

**58. Медицинская (врачебная) этика** – отрасль прикладной профессиональной этики, выступающая составной частью биомедицинской этики и регулирующая «человеческие отношения» в медицине «по вертикали» (врач – больной) и «по горизонтали» (врач – врач) на основе традиционных установок *медицинской деонтологии*. Носит корпоративный характер. Преобладающее внимание уделяет правам и обязанностям врача по отношению к пациентам, а также нормативному регулированию взаимоотношений «внутри» медицинской профессии.

59. **Мораторий** (от лат. moratorius — задерживающий) — временный запрет на проведение каких-либо исследований в области новейших биотехнологий, отсрочка внедрения тех или иных научных открытий, отдаленные последствия которых могут нанести вред или несут опасность.

60. **Ноосфера** (от греч. noos — разум и sphaire — шар) — эволюционное состояние биосферы, при котором разумная деятельность человека становится решающим фактором ее развития. В.И. Вернадский развил представление о Н. как качественно новой форме организованности, возникающей при взаимодействии природы и общества.

61. **Норма** (от лат. norma — руководящее начало, правило, образец) — установленный эталон для оценки существующих и создания новых объектов. Наиболее известная область применения в медицине — это *диагноз*, позволяющий установить, находится ли данный субъект в границах Н. В рамках современной науки отмечается, что при исследовании поведения сложных и сверхсложных саморазвивающихся систем необходимо отходить от жесткого линейного принципа и учитывать все взаимодействующие факторы, характер внешних параметров, воздействующих на систему, и более четко подходить к интерпретации Н. «Жесткость» в постановке клинического диагноза, как свидетельствуют современные биомедицинские и биоэтические подходы, ничем не оправдана, ибо нельзя не учитывать неповторимые физические и духовные свойства индивидов, индивидуальность проявления и течения болезни у отдельных больных. Отказ от однолинейности и жесткости, обращение к синергетическим моделям, теориям случайных и вероятных процессов, учитывающих «свободу воли» в ее динамическом выражении, призваны способствовать обновлению суждений о Н. и патологии, размыванию границы между ними широким спектром адаптационных реакций, а представление о Н. будет изменяться вместе с обществом и трансформацией модели современной медицины.

62. **Нравственность** — совокупность моральных норм и правил, регулирующих отношения и поведение людей в обществе. Часто используется как синоним понятия «мораль», но имеет свою специфику. Главное различие этих понятий основано на противопоставлении того, что должно быть, к чему человек

должен стремиться (*мир должного*), и теми практическими нравами, с которыми человек сталкивается в повседневной жизни (*мир сущего*). При таком подходе под *моралью* понимают специфическую сферу культуры, в которой концентрируются и обобщаются высокие принципы, идеалы и ценности, регулирующие поведение и сознание человека. В понятие *нравственность* вкладывается более «приземленное», «живое» значение, включающее нормы реального практического поведения людей, при котором строгость высоких моральных принципов значительно смягчена.

В современной биоэтике формулируются этические принципы, обеспечивающие регулирование поведения специалистов в различных областях их профессиональной деятельности и формирование нравственной оценки бурно развивающихся биомедицинских исследований.

**63. Нравы** — принятые в обществе формы поведения, реально существующие «житейские», «живые» нормы нравственности (в отличие от высших, декларируемых строгих идеалов и норм морали), бытующие в определенной общности (сфере жизни) в определенную эпоху. Объективированные в обязанностях и ставшие образом мышления и действия стереотипы поведения человека, рождающиеся в реальной жизни и не санкционированные специально.

**64. «Особые» люди** («необычные» люди) — лица с нарушениями или серьезными препятствиями физического или психического развития. Термин введен российским проф. Д.Н. Исаевым как гуманистическая альтернатива традиционному термину «неполноценные люди (дети)», несущему в себе прямое нарушение биоэтических принципов, запрещающих проведение сегрегации (разделения) людей по любым признакам. Основная этическая проблема связана с неготовностью общества и специалистов — медиков и педагогов — к включению этих людей (детей) в систему общественных связей, к последовательному проведению их адаптации, к созданию условий для их «нормализации».

**65. Оценка моральная** — суждение, выражающее моральное отношение к феноменам ценностного мира (одобрение — неодобрение, добро — зло, правильно — неправильно и т.п.). В биоэтике О. м. выполняет роль моральной санкции проводимых биомедицинских исследований с участием человека, при-

менения новых биомедицинских знаний и технологий, новейших достижений биомедицинской науки и практики здравоохранения.

**66. Ошибка врачебная** — ошибка, связанная в медицинской этике с понятием ответственность. Проблема соотношения О. в. и моральной ответственности врача базируется на ряде положений: 1) причины О. в. заключаются в необычайной сложности объекта, с которым имеют дело медики, в резко возросшей активности современных методов лечения и диагностики, в прогрессирующей специализации в медицине и часто не зависят от личности врача; 2) регистрация, систематизация, анализ и изучение О. в. должны быть основанием для развития научно-медицинской мысли; 3) необходимо четко дифференцировать незнание и невежество, что не всегда легко: невежество врача должно вести к его дисквалификации, незнание может быть результатом «добросовестного заблуждения»; 4) причинная связь между действиями (или бездействием) врача и ухудшением здоровья или даже смертью больного не означает еще виновности врача: это может быть и несчастный случай, хотя в морально-этическом плане это все равно поражение врача в борьбе за жизнь и здоровье вверившегося ему пациента. Если в моральном плане О. в. может быть извинительна в силу объективных или субъективных обстоятельств — стесненных, неоптимальных условий деятельности врача, исключительной сложности самой врачебной профессии, то в юридически-правовом отношении акцент делается на виновность врача и, следовательно, его ответственность, поэтому дифференциация понятий «несчастный случай» или «О. в.» для юридических органов самостоятельного значения не имеет. С точки зрения медицинской этики врач всегда должен быть честным перед самим собой и признавать свои профессиональные ошибки, что рассматривается не как героизм и исключительность, а как профессиональная этическая норма врача. Наличие в медицинской практике О. в. и несчастных случаев как неизбежных явлений, сопутствующих лечению, не должно означать «права врача на ошибку», что могло бы порождать элементарную профессиональную недобросовестность. С позиции медицинской этики отношение к профессиональным ошибкам долж-

но быть непримиримым, поэтому медицинская этика требует давать прямую и нелицеприятную моральную оценку каждой О. в.

67. **Панпсихизм** (от греч. *pan* — все и *psychē* — душа) — точка зрения, согласно которой вся природа обладает психикой. Исходит из идеи одушевленности Вселенной, допущения бессмертия духовных атомов, блуждающих в мире и переселяющихся в разные организмы (К.Э. Циолковский).

68. **Патернализм** (от лат. *paternus* — отцовский) — принцип биомедицинской этики, определяющий форму заботы о нуждах другого (пациента), подобно тому, как отец заботится о ребенке. Суть П. в том, что врач не только принимает на себя обязанность действовать, исходя из блага пациента, но и самостоятельно решает, в чем именно это благо состоит. В исключительной компетенции врача оказывается вопрос и о том, в какой мере и в каких аспектах пациент может получить достоверную информацию о своем состоянии, о стратегии, тактике и перспективах лечения.

Крайние формы П. вообще лишают пациента права выбора как в отношении лечащего врача, так и в отношении стратегии и тактики лечения. Таким образом, П. несет в себе насильственное ограничение свободы личности, обусловленное «заботой» о ее благополучии.

69. **Патология** (от греч. *pathos* — страдание и *logos* — учение) — 1) раздел медицины, изучающий болезненные процессы и состояния в живом организме; 2) болезненное отклонение от нормы.

70. **Патософия** (от греч. *pathos* — страдание и *sophia* — мудрость) — «мудрость о страдании», заключающаяся в умении *понять страдание*, готовности *принять страдание* и способности *побеждать страдание*. Реакция человека на страдание, модель его поведения зависят от *понимания* страдания и *отношения* к нему. В результате мы или *бежим* от него, или *принимаем* его. П. выступает высшей мудростью для сотрудников и пациентов *хосписов*.

71. **Поведение** — система внутренне взаимосвязанных и согласованных с окружающей средой действий объекта (субъекта), направленных на реализацию соответствующих функций. В широком смысле можно говорить о поведении любых объек-

тов (начиная от электрона и заканчивая системами биологического и социального типа); в более узком смысле понятие «поведение» описывает нравственные поступки человека (в философии, этике), а также системные характеристики психической деятельности биологических индивидов различных уровней организации по поддержанию своего существования (в физиологии, психике, этологии и т.д.). Опираясь на зафиксированные в рамках бихевиоризма (Дж. Б. Уотсон) теории рефлекса (Н.А. Бернштейн, П.К. Анохин), гештальт-психологии (Л. Левин), психологической школы (Л.С. Выготский), генетической психологии (Ж. Пиаже) и другие подходы, в современной биоэтике исследуются специфические механизмы поведения человека в условиях биомедицинских исследований; правовые, нравственные и ценностные параметры поведения профессионалов — медиков в условиях принятия решений в экстремальных ситуациях; механизмы регулирования поведения и взаимоотношений индивидов и общества, касающихся применения новых биомедицинских знаний и технологий.

72. **Польза** — понятие, отражающее ценностные параметры и значение отдельных предметов по отношению к интересам человека и общества; все, что способствует их *благу*. В рамках деятельностно-целевого подхода полезным считается то, что содействует достижению *целей*; с точки зрения ценностно-целевого подхода полезным признается то, что наряду с достижением цели обеспечивает *успех*, т.е. получение результатов, близких к поставленной цели, и эффективность, т.е. достижение цели с наименьшими затратами. Принцип полезности («извлекай из всего пользу для своего интереса») таким образом дополняется принципом успешности («используй оптимальные средства и стремись к успеху в достижении целей»). В биоэтике важно нравственно-мировоззренческое и гражданское звучание принципа пользы, позволяющее устанавливать границы социально-значимого индивидуального поведения ученых, медиков, специалистов в биомедицинских исследованиях и экспериментах с участием человека и ограничивать эгоистично-прагматическое своеволие и абсолютизацию принципа пользы и меркантильности, способствуя развитию ценностей милосердия и справедливости.

73. **Права Живого (биоса)** — базируются на принципе *благоговения перед жизнью*, признающем самоценность любого Живого как самостоятельного субъекта, независимо от его пользы или вреда для человека. Моральное и юридическое признание П. Ж. ориентирует человеческое сообщество на сохранение и заботу об Ином Живом. В настоящее время в некоторых странах П. Ж. оформляются в качестве юридических.

74. **Праксиология** (от греч. *praktikos* — деятельный, активный) — концепция, описывающая механизмы эффективной организации практической деятельности человека. Оформляется к началу XX в. в контексте поиска универсальных принципов всеобщей организационной науки — *технологии*, форм рациональной деятельности — наиболее общих норм максимальной целесообразности действий; системы общетехнических рекомендаций и предостережений применительно к профессиональной деятельности. В настоящее время формируется и развивается инструментированное понимание практики, выражающееся, с одной стороны, в философской рефлексии над ее основаниями, с другой — в ее технологизации. В биомедицинской практике — это поиск оперативных механизмов организации профессиональной деятельности, технологическо-аналитическая разработка принципов, уровней, компонентов и механизмов профессиональной деятельности. В биоэтике идеи и обобщения праксиологии весьма важны при анализе механизмов принятия решения в биомедицинских исследованиях, морального выбора ученых-медиков, их поступков в экстремальных ситуациях, регулировании взаимоотношений между индивидом и обществом в процессе применения новейших биомедицинских технологий, нормативно-ценностных аспектов сотрудничества и взаимодействия врача и пациента и т.д.

75. **Предопределение** — точка зрения религиозного миропонимания, исходящая из детерминированности этического поведения человека, его «спасения» («осуждения») волей Божьей. Развившись в рамках религиозных систем и будучи их специфическим продуктом, концепция фатальной предопределенности в современной биоэтике служит своеобразной философско-логической моделью актуализации таких ее важнейших проблем, как свобода воли, моральная ответственность,

моральный выбор, моральный долг «лечить до конца», проблема эвтаназии и т.п.

**76. Пренатальная диагностика** — определение пола ребенка, выявление наследственных заболеваний и другие манипуляции в период внутриутробного развития плода. Моральная правомерность процедуры определяется, во-первых, целями диагностики: определение пола плода или выявление у него наследственной патологии; во-вторых, последствиями диагностики: повлечет ли она за собой селективное прерывание беременности в зависимости от результата. Этическая экспертиза данной методики предполагает учет следующих обстоятельств: степень добровольности П. д. населения с целью выявления носителей наследственных заболеваний (особенно когда один из родителей будущего ребенка является носителем дефектного гена); оправданность морального желания родителей — носителей наследственных заболеваний иметь потомство; принятие решения по поводу того, какие наследственные заболевания плода позволяют (или прямо обязывают) родителей к проведению аборта; допустимы ли аборт в случае, когда единственным основанием к их проведению является желание семьи иметь ребенка с заранее запланированным полом.

Противники П. д. обвиняют ее прежде всего в том, что она выступает основанием для проведения аборт. Однако возможности П. д., позволяющей выявить различные хромосомные заболевания, заболевания, связанные с полом ребенка, врожденные дефекты и другие, требуют от врача в случае генетического консультирования придерживаться *этически нейтральной позиции*: сами пациенты должны принимать решение по интересующим их вопросам. Моральным оправданием П. д. является то, что она спасает больше жизней, чем отнимает, позволяя «сомневающимся» родителям убедиться в том, что их ребенок здоров. Вместе с тем многие этические вопросы П. д. остаются еще не решенными, в частности, вопрос о селективном проведении аборт в случае выявления у плода заболевания, которое поддается лекарственной терапии.

**77. Принципиализм** — концепция, отдающая предпочтение теоретической разработке основополагающих принципов биоэти-

ки. Предложена американскими биоэтиками Т. Бичампом и Дж. Чилдресом в книге «Принципы биомедицинской этики» (1979). В настоящее время П. более характерен для Западной Европы.

78. **Прогноз** (от греч. *prognosis* — предвидение) — первоначально — предсказание хода болезни, основанное на ее распознавании, диагнозе; затем вообще всякое конкретное предсказание, суждение о состоянии какого-либо явления в будущем (П. погоды, исхода выборов и т.п.). В современном понимании — научно обоснованное суждение о возможных состояниях того или иного явления в будущем и/или об альтернативных путях и сроках осуществления этих состояний.

79. **Профессионализм врача** — понятие, включающее знания на уровне последних достижений медицинской науки; знания в области практической и социальной психологии; умение логически мыслить, наличие развитой интуиции и способности к анализу и синтезу фактов; обладание высокой техникой исполнения необходимых действий; высокие моральные качества, такие, как гуманность и верность долгу.

80. **Психология медицинская** — один из составных элементов профессионализма врача, который повседневно имеет дело с конкретными и различными по своим психическим реакциям людьми, к каждому из которых нужен индивидуальный подход с учетом их психологических особенностей, социально и индивидуально обусловленных поведенческих и идеологических стереотипов, что требует от врача глубокого усвоения *практической и социальной психологии*.

81. **Реанимация (этические проблемы)** (от лат. *re-animatio* — оживление вновь) — совокупность мероприятий по оживлению человека в состоянии *клинической смерти*. Меры реанимационной помощи направлены к тому, чтобы задержать переход от жизни к смерти и как можно скорее восстановить жизнедеятельность организма. Основным регулятором для Р. является фактор времени — интервал в 5–6 минут (иногда менее) — количественно выраженная *мера жизни*, сохраняющейся в условиях клинической смерти. Этические проблемы Р.: при решении вопроса о сохранении жизни неизлечимых больных — насколько этичны идеалы традиционной медицинской этики, предписывающей бороться за жизнь «до конца», если

больной предпочитает «легкую смерть»; при трансплантации — противоречие между необходимостью изъятия для пересадки еще «живого» донорского органа, для чего сам донор должен быть уже необратимо мертв; при продлении жизни больного с помощью аппаратуры — какие аргументы будут этически весомыми при отключении аппаратуры, т.е. по сути дела «умерщвлении» больного и др.

**82. Риск врачебный** — необходимость принятия решения и совершения осознанного ответственного выбора в экстремальных лечебных ситуациях. Р. может быть: 1) оперативным — отражает неполноту знаний медицины или недостаток опытности врача; 2) этическим — отражает область межличностных отношений врача с больными, с их близкими, самооценку врачом своих возможностей и способностей; 3) рассчитанным — в случае, когда методы диагностического или лечебного воздействия тщательно проанализированы и врач выбирает тот метод, который связан с меньшим Р. и большей эффективностью медицинского вмешательства. Свести этический Р. к минимуму можно при условии объективного информирования пациента о действительном и возможном Р. для его жизни в результате вмешательства и максимального сокращения оперативного Р.

Понятие Р. близко, но не тождественно понятию «опасность», которое характеризует объективную жизненную ситуацию саму по себе; понятие Р. отражает субъективное отношение врача к опасной жизненной ситуации.

**83. Самосознание** — осознание индивидом своей физической, интеллектуальной, нравственной, личностной специфики, национальной и профессиональной принадлежности, места в системе общественных отношений.

**84. Свобода воли** — философское понятие, выражающее способность человека к моральному самоопределению, его моральной автономии, своеобразному интеллектуально-нравственному волеизъявлению. В современной биоэтике понятие свободы воли конкретизируется через такие понятия, как «свобода принятия решения», «свобода действия», «свобода выбора» и выступает в тесной взаимосвязи с нравственно-правовой ответственностью субъекта, принимающего решение в конкретной биомедицинской ситуации.

85. **Свобода выбора** – основное и необходимое качество *морального выбора*. Выбор является *свободным*, когда к нему подключены все интеллектуальные и волевые способности и когда моральные требования сливаются с внутренними потребностями личности. Он ограничен и *несвободен*, когда место разума занимают чувства страха или долга, вызванные внешним принуждением или произволом, а волеизъявление личности затруднено противоречиями между *хочу, могу и надо*.

86. **Синергетика** (от греч. *synergos* – вместе действующий) – междисциплинарное направление в современной науке, в рамках которого обосновывается теория сложных самоорганизующихся систем, исследуется совместное действие многих подсистем самой различной природы, в результате которого возникает структура и соответствующее функционирование (Г. Хакен, 1978). Выступает методологическим основанием современной биоэтики как науки.

87. **Смерть клиническая** – особый вид существования – *терминальное состояние*, граница бытия и небытия живого; процесс *умирания* как переход одного качества в другое. Специфическая особенность С. к. – ее принципиальная обратимость, поскольку с биологической точки зрения при С. к. сохраняется еще достаточное количество «элементов жизни», многие функции которых лишь приостановились. Временной интервал, характеризующий С. к. – 5–6 минут (иногда менее) – количественно выраженная *мера* еще сохраняющейся жизни. Этический императив требует от медиков отношения к клинической смерти как состоянию, нуждающемуся в неотложных мерах помощи.

88. **Смерти критерии** – признаки, определяющие окончательную степень деградации жизненного процесса и объективное наступление смерти. Современные концепции предлагают считать таким критерием смерти человеческого индивида омертвление головного мозга, ибо именно в этом случае утрачивается автономность и индивидуальность личности.

89. **Соррогения** (от лат. *sorog* – сестра, *genna* – делать) – вред, наносимый действиями медицинской сестры. Вместе с тем в Кодексе этики медсестер, требующем соблюдать дисциплину и субординацию, в частности, говорится: «Она призвана защищать права пациента в тех случаях, когда его здоровье и безопасность могут пострадать из-за некомпетентных, неэтич-

ных или незаконных действий другого индивида (в том числе и врача)».

90. **Суррогатная мать** (от лат. *surrogatus* — заменяющий другого) — женщина, вынашивающая чужой эмбрион, плод, имплантированный в ее организм (оплодотворенную яйцеклетку другой женщины, которая не может или не хочет вынашивать ребенка). Этические проблемы возникают из-за обоюдных претензий генетических родителей и суррогатной матери по поводу «принадлежности» родившегося ребенка.

91. **Тайна врачебная** — фундаментальная ценность и принцип медицинской этики, включающий в себя сохранение в тайне информации, касающейся пациента. Принцип основан на доверительном отношении врача и пациента друг к другу. Понятие Т. в. включает в себя: 1) сведения о больном, полученные от него самого, его родственников, близких ему людей; 2) медицинские знания, которые не следует доверять больному и другим непосвященным. Требование сохранения Т. в. — *категорический императив медицины*, выступающий показателем нравственной культуры медика как профессионала и человека.

Сохранение Т. в. — одно из проявлений *врачебного долга*, требующего от медика морально-целеустремленной и профессионально-грамотной заботы о *чести и достоинстве* больных и их близких. Это адекватный морально-этический ответ медика на *доверие* и *откровенность* больного, обеспечивающий надежность доверительных отношений медика и больного.

92. **Танатология** (от греч. *thanatos* — смерть, *logos* — учение) — раздел медицины, изучающий причины, признаки и механизмы смерти, течение процесса умирания, изменения в тканях организма, связанные с умиранием и смертью, а также этические вопросы врачебного вмешательства в процессы умирания — оживление организма (*реанимация*) и облегчение предсмертных страданий больного (*эвтаназия*).

93. **Телемедицина** (от греч. *tēle* — вдале) — «отдаленная», дистантная медицина, оказание медицинской помощи с использованием новейших компьютерных технологий и средств удаленной радио- и телесвязи.

94. **Тело** — понятие, имеющее несколько значений: 1) живой организм в его соотношенности с душой; 2) естественные природные тела (наделенные и не наделенные жизнью, изучаемые соответственно физикой, химией, биологией, физиологией и т.д.); 3) искусственные тела, произведенные человеком в процессе цивилизационного развития. В современной биоэтике важнейшими проблемами, связанными с понятием тела, являются проблема трансплантации органов, использование тел умерших людей и тел животных в биомедицинских исследованиях.

95. **Толерантность** (от лат. *tolerantia* — терпение) — терпимость к иным взглядам, мнениям, нормам поведения, общения и деятельности, отличимым от тех, которых придерживается конкретный человек или общество в целом; выдержка, самообладание, способность к взаимному пониманию и согласованию разнородных интересов. В медицинской этике *принцип толерантности* предполагает заботу о сохранении жизни и здоровья человека, предотвращении болезней и облегчении страданий больных вне зависимости от пола, возраста, расовой и национальной принадлежности, социального и материального положения, политических убеждений и вероисповедания.

96. **Уязвимость** — принцип биоэтики, имеющий два смысла. 1) У. — характеристика любого живого существа (не обязательно человеческого), каждой отдельной жизни, по своей природе конечной и хрупкой. В этом смысле весь прогресс в области медицины и биологии может рассматриваться как борьба с человеческой уязвимостью, вызванная стремлением минимизировать или «отодвинуть» ее. При этом У., в том числе смертность и конечность, расценивается как обстоятельство, которое может и должно быть преодолено, однако, здесь есть опасность лишить человека опыта боли и страданий, которые очень значимы в нашем восприятии действительности. 2) У. в более узком смысле — относится к отдельным человеческим группам и популяциям (бедным, малограмотным, детям, заключенным, инвалидам и т.п.), которые, будучи более слабыми и зависимыми, требуют особой заботы, ответственности, эмпатии, а также соблюдения еще одного принципа биоэтики — *принципа справедливости*.

97. **Фетотерапии этические проблемы** – трансплантация фетальных (эмбриональных) клеток; может применяться при лечении таких серьезных заболеваний, как диабет, болезнь Паркинсона, травматические повреждения спинного мозга, заболевания печени и сердца, миодистрофия, несовершенный остеогенез. Биоэтическая проблема состоит в допустимости использования эмбриональных клеток и материала, остающегося после аборта.

98. **Ценность** – термин, используемый в философии и социологии для указания на человеческое, социальное и культурное значение определенных объектов и явлений, отсылающих к миру должного, целевого, значимого, абсолютного.

99. **Ценностные ориентации** – элементы внутренней структуры личности, сформированные и закрепленные жизненным опытом индивида в ходе процессов социализации и социальной адаптации. Ц. о. – это, прежде всего, предпочтения определенных смыслов, целей и основных средств их достижения; иерархия разделяемых личностью этико-социальных ценностей, убеждений, жизнеорганизующих начал, готовность вести себя в соответствии с ними и поэтому приобретающих функцию важнейших регуляторов социального поведения индивидов.

100. **Эвтаназия** (от древнегреч. eu – хорошо и thanatos – смерть) – понятие, означающее добровольную безболезненную смерть и отражающее естественное для каждого человека желание умереть легко и спокойно. Понятие Э. было введено Ф. Бэконом в XVII в. Существует в двух формах *пассивной* и *активной*. В современной литературе типология расширяется за счет введения понятий *добровольной* и *ненамеренной* Э.: *добровольная Э.* осуществляется при информировании пациента; *ненамеренная Э.* – без его согласия. Наиболее дискуссионным с биоэтической точки зрения является вопрос о *добровольной активной Э.* Ее сторонники опираются на два основных этических аргумента: милосердие и «золотое правило» нравственности и считают, что Э. может быть этически оправдана при далеко зашедшем неизлечимом заболевании, вызывающем у человека непереносимые страдания, и тяжелой форме инвалидности, ограничивающей жизнедеятельность человека. Противники добровольной активной Э. аргументируют свою позицию тем, что 1) намеренное прекращение человеческой

жизни всегда безнравственно; 2) в случае ошибки в диагнозе можно потерять напрасно многие человеческие жизни; 3) неизлечимая сегодня болезнь завтра может быть успешно побеждена; 4) возможны злоупотребления «убийством из милосердия» со стороны врачей и близких; 5) доступность Э. может спровоцировать у медиков и близких искушение избавиться от груза забот и ухода за тяжелым больным; 6) общество получит право избавляться от своих недееспособных «беспольных» и «лишних» членов; 7) безнравственно привлечение к участию в Э. врачей — представителей самой гуманной профессии.

**101. Экспертиза биоэтическая** (от лат. *expertus* — опытный) — изучение какого-либо вопроса, связанного с исследованиями в области биологии и медицины, с представлением мотивированного заключения с позиций этической правомерности, безопасности и целесообразности данного исследования. Обязательность этической экспертизы требует при проведении биомедицинского исследования, даже на уровне выработки его замысла, общей идеи и планирования, учитывать, что возможность реализации получит не всякий замысел, даже безупречный в теоретическом, техническом и методологическом отношении, а только такой, который пройдет *этическую гуманитарную экспертизу*.

**102. Эмоциональный контакт** — единство и созвучие чувств человека с переживаниями других людей. Э. к. между врачом, больным и его родственниками — двусторонние отношения, основанные на принципе *партнерства* понимания и принятия каждым из них друг друга как личностей. Объективной основой такого контакта являются психологические механизмы *заражения* и *подражания*, в результате которых достигается высокий уровень идентификации, отождествления себя с другим, возможность разделить с ним свои переживания, в результате чего у человека наступает психологическая разрядка — *облегчение*. Э. к. формируется через осознание больным уровня профессионализма врача. Чем выше профессиональный уровень врача, тем больше надежд и доверия он внушает пациенту.

**103. Эмпатия** — способность эмоционально отзываться на переживания другого, в чем нуждаются больные со стороны

медицинских работников. Эмпатия проявляется в *сочувствии* и *соучастии*. Внимательно выслушивая больного, сочувствуя ему, врач, сестра дают ему возможность высказаться и тем самым облегчить его душевное состояние. Соучастие — наиболее высокий уровень эмпатии, требующий большой самоотдачи — «взять боль пациента на себя» и помочь ему действиями. Эмпатические переживания могут быть адекватными и неадекватными, и их характер определяется не только качеством переживаний (субъекта), но и в значительной степени структурой личности индивида.

104. **Этика** (от греч. *ēthos* — характер, нрав) — учение о *морали* — системе норм, принципов, ценностей и идеалов, регулирующих поведение и отношение человека к обществу, другому человеку и самому себе.

105. **Этика авторитарная (ЭА)** — *высшей ценностью и целью* для нее является не человек, а нечто внешнее по отношению к нему: интересы общества или государства, высшая идея, вождь, Бог и т.д. Человек теряет свою самооценку и рассматривается лишь как *средство* достижения цели. ЭА базируется на *иррациональном авторитете*, источником которого служит власть над людьми, с одной стороны, и страх — с другой; она строится на *неравенстве и подчинении*, на приоритете авторитета, признании его права на одобрение или осуждение с позиций его собственного интереса. Основным методом моральной регуляции выступает *внешнее принуждение*, которое осуществляется через механизм подчинения: страх, зависимость и насилие (физическое или моральное). Требуется от личности ориентации на общественный интерес (независимо от интереса личного), подчинения воле общества (или большинства), строгой субординации и унификации личностных качеств, взглядов и интересов, в том числе и профессиональных. ЭА не приемлет демократичности, индивидуализма и «инакомыслия». Является методологической основой патерналистского подхода в традиционной медицинской этике и деонтологии.

106. **Этика гуманистическая** — ориентирована на *человека, его жизнь, свободу и интересы*. Рассматривает человека в его телесно-духовной целостности, считая, что основы «добродетели» заложены в характере зрелой и целостной личности, а

«порок» заключается в безразличии к своему Я. Э. Фромм, основоположник ЭГ, утверждает поэтому, что «не самоотречение и себялюбие — а любовь к себе, не отрицание индивидуального, а утверждение своего истинно человеческого Я — вот высшие ценности гуманистической этики». ЭГ опирается на веру в человека, его автономность, независимость, свободу и разум, способность человека самостоятельно различать добро и зло и правильно давать этические оценки. Для ЭГ человек, его жизнь и свобода — высшая ценность и цель, а все, что служит самореализации человеческой сущности, признается *средством* и гарантом достижения цели. Основной метод моральной регуляции в ЭГ — *свободный сознательный выбор* человеком собственной линии поведения на основе этической компетентности, личных интересов, способности предвидеть последствия своих действий и готовности нести за них ответственность. ЭГ базируется на принципе индивидуализма, понимаемом как любовь к себе, стремление к самоутверждению и самореализации, в результате чего человек обретает свою «самость», предъявляет себя миру и несет за себя ответственность, признавая те же права за другим. ЭГ выступает методологической основой биомедицинской этики в целом и принципа автономности пациента в частности.

107. **Этика жизни** — направление русской этической мысли конца XIX — начала XX в., ориентированное на осознание *самоценности жизни* как фундаментальной ценности, наполненной *духовным смыслом*. В различных философских концепциях Э. ж. трактовалась по-разному. Русская *религиозная православная этика* (Н.Ф. Федоров, Ф.М. Достоевский, В.С. Соловьев, Н.А. Бердяев) рассматривала проблемы жизни и смерти, выстраивая гуманистический вектор отношения человека к миру, жизни, окружающей природе. *Живая этика* (Н.К., Е.И. Рерихи и др.) отстаивала ценности взаимной солидарности, милосердия и справедливости. «*Космическая этика*» (К.Э. Циолковский) развивала идеи *панпсихизма* и бессмертия духовных атомов. *Натуралистическое направление*, ориентированное на естественные науки, прежде всего на биологию, обосновывало этику, исходя из осмысления *антиэнтропийности жизни* как природно-исторического феномена, направленного на борьбу с силами хаоса, беспорядка, смерти (Н.А. Умов). *Этика альт-*

дуизма (П.А. Кропоткин) одухотворялась тем, что этические нормы укоренены в природном мире, а истоки альтруизма — в инстинкте взаимопомощи и общительности, присущих животным. Отдельные проблемы медицинской этики развивались впоследствии в работах В.Ф. Войно — Ясенецкого, В.И. Вернадского, А.А. Любищева, Д.П. Филатова (*этика любви к жизни*).

108. **Этика ненасилия** — этическая концепция, в основе которой лежит гуманистическое отношение к жизни как абсолютной ценности и принцип *непротивления злу насилем*, выраженный в одной из заповедей Иисуса Христа: «Не противясь злему» (Мат. 5: 39). Религиозно-нравственное учение непротiwления злу отстаивал Л. Толстой, считавший непротiwление единственной эффективной формой борьбы со злом, смысл которой состоит в том, чтобы *уменьшать «количество» зла и увеличивать «количество» добра* в мире. Главный вопрос — какими способами и путями добиться этого — с *помощью силы* или путем *ненасильственной борьбы*. Сторонники ненасилия рассматривают его как наиболее действенное и адекватное средство противостояния злу, как единственно возможный реальный путь к справедливости, ибо все другие пути (с позиции силы) оказались не эффективными, поскольку ответное насилие не уменьшает, а увеличивает количество зла в мире, порождает эффект «бумеранга зла» (Л. Толстой), согласно которому содеянное тобой зло обязательно вернется к тебе. Ненасилие рассматривается не как трусость и поощрение зла, а как способность достойно противостоять злу и бороться с ним, не роняя себя и не опускаясь до уровня зла. Сторонники *насильственной* формы борьбы со злом, не оправдывая насилие, рассматривают его как *вынужденную необходимость*, считая главным недостатком Э. н. опасность *безнаказанности зла*. Противостояние рассматриваемых позиций проявляется в настоящее время в решении многих актуальных вопросов: при рассмотрении эффективности и моральной дозволенности путей борьбы с терроризмом; в отношении к ведению войн и позициям пацифизма, призывающего к полному отказу от какого-либо участия в любых войнах и активному ненасильственному сопротивлению им; в отношении к смертной казни и т.д. Для биоэтики ненасилие представляет интерес с точки зрения обеспечения права человека на жизнь, в част-

ности при решении проблем эвтаназии, проблемы прав эмбриона и др.

109. **Этика прикладная** — область этического знания, учитывающая, в отличие от фундаментально-теоретического, специфику объекта и целей как особых нормативно-ценностных подсистем, конкретизирующих фундаментально-теоретические принципы и нормы морали применительно к определенным ситуациям и сферам жизнедеятельности людей. Э. п. *более специализирована* и поэтому *более прагматична*, чем общая этика; базируется не только на основах теории морали, но и на комплексе внеэтических знаний о морали (социологических, психологических, педагогических, медицинских и др.); включает в себе сильный *технологический аспект* (предполагает разработку способов и методов внедрения прикладного знания в практику в виде проектов, программ, эталонов, моделей, кодексов и т.п.); в ней переосмысливаются традиционные и появляются новые ценностно-императивные моральные представления, смыслы и принципы деятельности и управления как в отдельных профессионально-специфических областях, так и в междисциплинарных сферах. В структуру Э. п. входят следующие элементы: 1) *экологическая этика и биоэтика*, рассматривающие нормы поведения человека как части экосистемы по отношению к окружающей среде и Иному Живому; 2) *этика гражданственности*, разрабатывающая нормы поведения человека как гражданина по отношению к обществу; 3) *этика межличностного общения*, определяющая принципы, правила и нормы отношений человека к человеку; 4) *ситуативная этика*, разрабатывающая практические рекомендации применительно к конкретным ситуациям и сферам человеческой жизнедеятельности; 5) *профессиональные этики* — системы моральных принципов, норм и правил поведения специалистов; 6) *этика делового общения*. Важнейшую роль в формировании этико-прикладного знания играют гуманитарная и этическая экспертиза и моделирование исследовательских проектов, целевое формирование новых профессиональных умений и знаний, необходимых интеллектуально-психологических и нравственных качеств, позволяющих принимать правильное решение и осуществлять моральный выбор в конкретных ситуациях.

110. **Этика профессиональная** — особая отрасль прикладной этики, совокупность норм и правил, регулирующих поведение специалиста на основе общечеловеческих моральных ценностей, с учетом особенностей его профессиональной деятельности и конкретной ситуации. Регулирует те виды профессиональной деятельности, последствия или процессы которой оказывают особое воздействие на жизнь и судьбы других людей или человечества. Выделяются *традиционные виды* Э. п.: педагогическая, медицинская, юридическая, этика ученого и сравнительно *новые*: инженерная этика, биоэтика. Э. п. имеет ряд особенностей. 1. *Высшие моральные ценности*, сохраняя свое общечеловеческое значение, обретают в ней особые черты (добро и зло в медицине). 2. В недрах конкретной специальности формируются *специально-профессиональные моральные нормы и ценности*, характерные только (или особенно) для данного рода деятельности. 3. В сфере профессионального общения *нарушается равенство* взаимодействующих сторон, что обусловлено *зависимостью* от действий специалиста (врача) других людей, их жизни и здоровья. 4. Э. п. характеризуется *корпоративностью*. 5. Содержание и специфика конкретной профессии отражаются в основном в *моральных кодексах* данной специальности (Кодекс врачебной этики).

111. **Этика ситуативная** — отрасль прикладной этики, предметом регуляции которой выступают моральные проблемы, возникающие в конкретных жизненных ситуациях, применительно к которым Э. с. разрабатывает практические рекомендации, а также возможные варианты норм и правил их решения. Э. с. действует в различных сферах человеческой жизнедеятельности и общения — как в *интимных* (межличностных), так и *публичных* (массовидных). К *интимным* относятся такие виды межличностных отношений, как дружба, любовь, ситуации семейной, сексуальной жизни. Разработка этого направления предполагает тесное «сотрудничество» этики с психологией, медициной, биологией и др. Среди *публичных* выделяется этика политических публичных действий, массовых собраний и др. Наиболее «ситуативным» элементом Э. с. является *этикет*.

112. **Этика экологическая** — отрасль прикладной этики, предметом которой выступают наиболее фундаментальные

принципы и проблемы нравственных *взаимоотношений* в триаде «Человек — Природа — Общество», где *все* участники взаимодействия рассматриваются как автономные и равные моральные субъекты, и в рамках которой формируется новое *энвайронментальное* сознание, включающее всю Природу — живую и неживую — в круг своих забот, внимания и взаимности.

113. **Ятрогения** (от греч. *iatros* — врач и *генпао* — порожденный) — 1) заболевание, возникающее в результате ошибочных действий врача, или неверно истолкованных медицинских назначений или медицинской литературы; 2) способ обследования, лечения или проведения профилактических мероприятий, в результате которых врач причиняет вред здоровью больного.

# ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие .....	3
<b>Глава 1. Нравственные ориентиры современной науки .....</b>	<b>6</b>
1.1. Современная наука на пути к нравственности, открытости и гуманистическим ценностям .....	6
1.2. Междисциплинарный потенциал современной науки: экология, биофилософия, биополитика и биоэтика .....	11
1.3. Антропологический и моральный поворот в современной науке и социокультурные предпосылки становления биоэтики. Свобода и ответственность современного ученого .....	21
<i>Вопросы для самопроверки</i> .....	30
<i>Литература</i> .....	30
<b>Глава 2. Проблемное поле, универсальные принципы и моральные ценности биоэтики .....</b>	<b>32</b>
2.1. Место и роль биоэтики в системе прикладного этического знания .....	32
2.2. Биоэтика: особенности, круг проблем .....	37
2.3. Универсальные этические принципы и нормы биоэтики .....	43
2.4. Специфика высших моральных ценностей в биоэтике ...	49
2.4.1. Категории «добро» и «зло» .....	49
2.4.2. Категории «страдание» и «сострадание» .....	50
2.4.3. Свобода и моральная ответственность .....	53
2.4.4. Право на риск и ошибку .....	56
2.4.5. Особенности долга в медицинской этике .....	60
2.4.6. Понятия чести и достоинства в биоэтике .....	61
<i>Вопросы для самопроверки</i> .....	63
<i>Литература</i> .....	64
<b>Глава 3. Феномен жизни и смерти человека .....</b>	<b>66</b>
3.1. Жизнь как высшая ценность. Этические аспекты дискуссий о начале человеческой жизни, аборт, репродуктивных технологиях, контрацепции .....	66

3.2. Проблема смерти в философском и медицинском измерениях. Эвтаназия, достойное умирание, хосписы .....	75
<i>Вопросы для самопроверки</i> .....	89
<i>Литература</i> .....	90
<b>Глава 4. Моральные и правовые аспекты трансплантологии</b> ..	92
4.1. Трансплантация органов и тканей человека: история и современность .....	92
4.2. Правовые и биоэтические основы законодательства о трансплантации органов и тканей человека .....	100
<i>Вопросы для самопроверки</i> .....	112
<i>Литература</i> .....	112
<b>Глава 5. Морально-этические проблемы психиатрии и исследований психики человека, наркологии и онкологии. Помощь людям, живущим с ВИЧ/СПИД</b> .....	114
5.1. Психиатрическая помощь: от патернализма к моральной автономии пациента .....	114
5.2. Этическое и правовое регулирование в психиатрии .....	126
5.3. Философско-этические основания современных технологий нейролингвистического программирования .....	132
5.4. Этико-деонтологические принципы в онкологии .....	135
5.5. Этические проблемы в наркологии .....	148
5.6. Морально-этические основы помощи людям, живущим с ВИЧ/СПИД .....	157
<i>Вопросы для самопроверки</i> .....	162
<i>Литература</i> .....	162
<b>Глава 6. Этические проблемы применения новых генно-инженерных технологий</b> .....	165
6.1. Биотехнология, биобезопасность и генетическая инженерия: к истории вопроса .....	165
6.2. Генно-инженерные (трансгенные) организмы на службе у медицины .....	175
6.3. Достижения генетической инженерии животных .....	178
6.4. Основные факторы риска генно-инженерной деятельности для здоровья человека и принципы принятия мер предосторожности .....	181
<i>Вопросы для самопроверки</i> .....	191
<i>Литература</i> .....	191

<b>Глава 7. Правовые основы регулирования биобезопасности . . . . .</b>	<b>192</b>
7.1. Международно-правовой режим биобезопасности . . . . .	192
7.2. Опыт правового регулирования безопасности генно-инженерной деятельности в Республике Беларусь . . . . .	205
<i>Вопросы для самопроверки</i> . . . . .	210
<i>Литература</i> . . . . .	210
<b>Глава 8. Этические проблемы манипуляций со стволовыми клетками и клонирования человеческих органов и тканей . . . . .</b>	<b>213</b>
8.1. Стволовые клетки: типы, источники, этические аспекты использования . . . . .	213
8.2. Моральные проблемы клонирования человека . . . . .	221
8.3. Статус человеческого эмбриона: социокультурная и моральная оценка . . . . .	229
<i>Вопросы для самопроверки</i> . . . . .	235
<i>Литература</i> . . . . .	236
<b>Глава 9. Морально-правовые аспекты современной деонтологии в контексте биоэтики . . . . .</b>	<b>238</b>
9.1. Сущность, статус и содержание медицинской (врачебной) деонтологии . . . . .	239
9.2. Основные модели взаимодействия врача и пациента . . . . .	240
9.3. Традиционные принципы медицинской деонтологии . . . . .	244
9.4. Моральные аспекты неразглашения врачебной тайны в биоэтике . . . . .	246
9.5. Этические проблемы отношений в системе «врач — больной» . . . . .	251
9.6. Нормативно-правовое регулирование биомедицинских исследований и клинической медицины в Республике Беларусь . . . . .	254
<i>Вопросы для самопроверки</i> . . . . .	266
<i>Литература</i> . . . . .	267
<b>Глава 10. Этические и правовые основы регулирования биомедицинских исследований на человеке и животных . . . . .</b>	<b>268</b>
10.1. Этическое и правовое регулирование биомедицинских исследований: международные документы . . . . .	268

10.2. Этические комитеты: статус, механизмы создания, функции и задачи . . . . .	274
10.3. Соблюдение принципов биомедицинской этики в обращении с телами умерших и анатомическими препаратами, используемыми в учебных целях . . . . .	285
10.4. Этические основы использования животных в медицинских исследованиях и гуманное обучение . . . . .	291
<i>Вопросы для самопроверки</i> . . . . .	307
<i>Литература</i> . . . . .	308
<b>Заключение</b> . . . . .	310
<b>Словарь терминов</b> . . . . .	314

Учебное пособие  
 Редактор Т.С. Житкова  
 Художественный редактор Е.В. Прохорова  
 Технический редактор Н.А. Яковлева  
 Редактор О.М. Гайдарова  
 Компьютерная верстка И.В. Шибирева

**ОСНОВЫ ЭТИКИ**

Учебное пособие



Издательство «Горизонт»  
 119004, Москва, ул. Покровская, 11  
 Контактный телефон: (495) 254-1000  
 Контактный факс: (495) 254-1001  
 Контактный e-mail: info@horizont.ru  
 Контактный сайт: www.horizont.ru

Глава 7. Проблемы этической ответственности в биоэтике	101
7.1. Медицинская деятельность и этические аспекты	101
7.2. Опыты правового регулирования биоэтики	101
7.3. Этические проблемы деятельности в области генетики	101
7.4. Этические проблемы деятельности в области трансплантологии	101
7.5. Этические проблемы деятельности в области фармакологии	101
7.6. Этические проблемы деятельности в области педиатрии	101
7.7. Этические проблемы деятельности в области психиатрии	101
7.8. Этические проблемы деятельности в области стоматологии	101
7.9. Этические проблемы деятельности в области акушерства и гинекологии	101
7.10. Этические проблемы деятельности в области офтальмологии	101
7.11. Этические проблемы деятельности в области оториноларингологии	101
7.12. Этические проблемы деятельности в области дерматологии	101
7.13. Этические проблемы деятельности в области урологии	101
7.14. Этические проблемы деятельности в области неврологии	101
7.15. Этические проблемы деятельности в области психологии	101
7.16. Этические проблемы деятельности в области социологии	101
7.17. Этические проблемы деятельности в области философии	101
7.18. Этические проблемы деятельности в области истории	101
7.19. Этические проблемы деятельности в области литературы	101
7.20. Этические проблемы деятельности в области искусства	101
7.21. Этические проблемы деятельности в области спорта	101
7.22. Этические проблемы деятельности в области туризма	101
7.23. Этические проблемы деятельности в области культуры	101
7.24. Этические проблемы деятельности в области образования	101
7.25. Этические проблемы деятельности в области науки	101
7.26. Этические проблемы деятельности в области техники	101
7.27. Этические проблемы деятельности в области искусства	101
7.28. Этические проблемы деятельности в области философии	101
7.29. Этические проблемы деятельности в области истории	101
7.30. Этические проблемы деятельности в области литературы	101
7.31. Этические проблемы деятельности в области искусства	101
7.32. Этические проблемы деятельности в области философии	101
7.33. Этические проблемы деятельности в области истории	101
7.34. Этические проблемы деятельности в области литературы	101
7.35. Этические проблемы деятельности в области искусства	101
7.36. Этические проблемы деятельности в области философии	101
7.37. Этические проблемы деятельности в области истории	101
7.38. Этические проблемы деятельности в области литературы	101
7.39. Этические проблемы деятельности в области искусства	101
7.40. Этические проблемы деятельности в области философии	101
7.41. Этические проблемы деятельности в области истории	101
7.42. Этические проблемы деятельности в области литературы	101
7.43. Этические проблемы деятельности в области искусства	101
7.44. Этические проблемы деятельности в области философии	101
7.45. Этические проблемы деятельности в области истории	101
7.46. Этические проблемы деятельности в области литературы	101
7.47. Этические проблемы деятельности в области искусства	101
7.48. Этические проблемы деятельности в области философии	101
7.49. Этические проблемы деятельности в области истории	101
7.50. Этические проблемы деятельности в области литературы	101
7.51. Этические проблемы деятельности в области искусства	101
7.52. Этические проблемы деятельности в области философии	101
7.53. Этические проблемы деятельности в области истории	101
7.54. Этические проблемы деятельности в области литературы	101
7.55. Этические проблемы деятельности в области искусства	101
7.56. Этические проблемы деятельности в области философии	101
7.57. Этические проблемы деятельности в области истории	101
7.58. Этические проблемы деятельности в области литературы	101
7.59. Этические проблемы деятельности в области искусства	101
7.60. Этические проблемы деятельности в области философии	101
7.61. Этические проблемы деятельности в области истории	101
7.62. Этические проблемы деятельности в области литературы	101
7.63. Этические проблемы деятельности в области искусства	101
7.64. Этические проблемы деятельности в области философии	101
7.65. Этические проблемы деятельности в области истории	101
7.66. Этические проблемы деятельности в области литературы	101
7.67. Этические проблемы деятельности в области искусства	101
7.68. Этические проблемы деятельности в области философии	101
7.69. Этические проблемы деятельности в области истории	101
7.70. Этические проблемы деятельности в области литературы	101
7.71. Этические проблемы деятельности в области искусства	101
7.72. Этические проблемы деятельности в области философии	101
7.73. Этические проблемы деятельности в области истории	101
7.74. Этические проблемы деятельности в области литературы	101
7.75. Этические проблемы деятельности в области искусства	101
7.76. Этические проблемы деятельности в области философии	101
7.77. Этические проблемы деятельности в области истории	101
7.78. Этические проблемы деятельности в области литературы	101
7.79. Этические проблемы деятельности в области искусства	101
7.80. Этические проблемы деятельности в области философии	101
7.81. Этические проблемы деятельности в области истории	101
7.82. Этические проблемы деятельности в области литературы	101
7.83. Этические проблемы деятельности в области искусства	101
7.84. Этические проблемы деятельности в области философии	101
7.85. Этические проблемы деятельности в области истории	101
7.86. Этические проблемы деятельности в области литературы	101
7.87. Этические проблемы деятельности в области искусства	101
7.88. Этические проблемы деятельности в области философии	101
7.89. Этические проблемы деятельности в области истории	101
7.90. Этические проблемы деятельности в области литературы	101
7.91. Этические проблемы деятельности в области искусства	101
7.92. Этические проблемы деятельности в области философии	101
7.93. Этические проблемы деятельности в области истории	101
7.94. Этические проблемы деятельности в области литературы	101
7.95. Этические проблемы деятельности в области искусства	101
7.96. Этические проблемы деятельности в области философии	101
7.97. Этические проблемы деятельности в области истории	101
7.98. Этические проблемы деятельности в области литературы	101
7.99. Этические проблемы деятельности в области искусства	101
7.100. Этические проблемы деятельности в области философии	101

Учебное издание

**Яскевич Ядвига Станиславовна**  
**Денисов Сергей Дмитриевич**  
**Юдин Борис Григорьевич и др.**

**ОСНОВЫ БИОЭТИКИ**

Учебное пособие

Редактор **Т.С. Житкевич**  
Художественный редактор **Е.П. Протасеня**  
Технический редактор **Н.А. Лебедевич**  
Корректор **О.И. Голденцова**  
Компьютерная верстка **С.В. Шнейдер**

Подписано в печать 14.01.2009. Формат 84×108/32. Бумага офсетная. Гарнитура «Нимбус». Офсетная печать. Усл. печ. л. 18,48. Уч.-изд. л. 20,58. Тираж 1800 экз. Заказ 42.

Республиканское унитарное предприятие «Издательство "Вышэйшая школа"». ЛИ № 02330/0131768 от 06.03.2006. Пр. Победителей, 11, 220048, Минск. <http://vshph.com>

Республиканское унитарное предприятие «Типография "Победа"». ЛП № 02330/0056832 от 30.04.2004. Ул. Тавлая, 11, 222310, Молодечно.

# ОСНОВЫ БИОЭТИКИ

Нравственные ориентиры современной науки

Проблемное поле, универсальные принципы  
и моральные ценности биоэтики

Феномены жизни и смерти человека

Моральные и правовые аспекты транспланто-  
логии

Морально-психические проблемы психиатрии  
и исследований психики человека, наркологии  
и онкологии. Помощь людям, живущим  
с ВИЧ/СПИД

Этические проблемы применения новых  
генно-инженерных технологий

Правовые основы регулирования  
биобезопасности

Этические проблемы манипуляций со стволо-  
выми клетками и клонирования человеческих  
органов и тканей

Морально-правовые аспекты современной  
деонтологии в контексте биоэтики

Этические и правовые основы регулирования  
биомедицинских исследований на человеке  
и животных

Для студентов, магистрантов, аспирантов, преподавателей  
медицинских, биологических и других специальностей  
высших учебных заведений, а также для тех, кто интересуется  
проблемами биоэтики, этикой современных научных  
исследований

ISBN 978-985-06-1610-4



9 789850 616104