

**МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
КОМИТЕТ БИОЭТИКИ АССОЦИАЦИИ ВРАЧЕЙ УЗБЕКИСТАНА
ТАШКЕНТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ
КАФЕДРА СОЦИАЛЬНО ГУМАНИТАРНЫХ НАУК**

**ФИЛОСОФИЯ
УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ**



Ташкент 2015

СОСТАВИТЕЛИ:

Мухамедова З.М., ТашГосСИ, доцент кафедры, д.ф.н.,
Худайбергенова П.Т., доц.к.ф.н
Сагтарова Д.Г., ст.преп.к.ф.н.,,
Умирзакова Н.А. ст.преподаватель

РЕЦЕНЗЕНТЫ:

Умарова Д.А. ТошГосСИ, заведующая кафедры социально-гуманитарных наук, доцент, к.э.н.

Асадов Д.А. ТашИУВ, заведующий кафедры «Общественное здравоохранение», доктор медицинских наук, профессор., председатель комитета «Биоэтики» АБУ

Под общей редакцией д.ф.н. Мухамедовой З.М.

Учебно-методическое пособие к практическому занятию по курсу «Философия» на тему «Биоэтика: основные проблемы и принципы». Ташкент, 2015.

Учебно-методическое пособие подготовлено для студентов 2 курса медицинского ВУЗа в целях воспитания у будущего врача умения применять теоретическое знание о принципах, ценностях и правилах биоэтики в практической деятельности. Для реализации заданной цели ставится задача обучить студентов определять морально-этические параметры конкретных ситуаций во взаимоотношениях «врач- пациент». Предложенные ситуационные задачи, тестовые вопросы, словарь терминов облегчают студентам подготовку к практическим занятиям, к промежуточной и итоговой аттестации

Учебно-методическое пособие утверждено на заседании Центральной Методической Комиссии Ташкентского Государственного стоматологического института, протокол № ____ от _____ г.

Учебно-методическое пособие утверждено на заседании Ученого Совета Ташкентского Государственного стоматологического института, протокол № ____ от _____ г.

Ученый секретарь Совета
 доктор химических наук,
 профессор

Жураев А.Ж.

Место проведения занятия: учебная аудитория

Оснащение: компьютер, проектор

Раздаточные материалы: ситуационные задачи, тестовые вопросы.

Структура и содержание занятия

Общая трудоемкость-14часов, из них: 4часа- лекц. 4часа- семинарских занятия, 6ч- самостоятельных

Биоэтика понимается как философское понятие, касающееся нравственной стороны поведения человека в контексте прикладной этики, рассматривающей отношение человека к различным живым формам, животным, как ответственность человека перед окружающими, как поведение и отношение человека к человеку. Рассматривая этичность поведения и отношения человека к человеку, биоэтика смыкается с медицинской этикой – деонтологией. Как мировоззрение, биоэтика означает отношение человека к окружающему миру в целом, его представление об окружающем мире и своем месте в нем.

Цель: В области медицинского образования биоэтика призвана дать студентам-медикам практическое введение в этические и юридические проблемы, с которыми имеют дело врачи и другие работники здравоохранения в своей профессиональной деятельности. Основная цель обучения биоэтики состоит в том, чтобы подготовить врачей, способных эффективно анализировать и разрешать этические проблемы в клинической практике.

Задачи:

- повысить восприимчивость студентов к этической проблематике;
- обучить искусству этического анализа;
- ознакомить студентов с возрастающим потоком литературы по предмету;
- развитию умения логично формулировать, излагать и аргументировано отстаивать собственное видение рассматриваемых проблем;
- помочь студентам лучше понять моральные ценности (как профессиональные и личные, так и ценности своих пациентов);
- научить регулировать и разрешать этические конфликты.

Студент должен знать и уметь использовать:

- основные этические термины и понятия;
- основные этические теории;
- основные методы, используемые в биоэтике;
- нормы и принципы профессиональной этики;
- основные национальные и международные этические документы.
- использовать эти знания на всех последующих этапах обучения и в практической деятельности и в ходе изучения дисциплины, и самостоятельной подготовке к практическим занятиям.

Перечень практических навыков и умений, осваиваемых в ходе изучения дисциплины:

- уметь проводить этический анализ практических ситуаций;
- уметь аргументировано отстаивать свою этическую позицию;
- способность принятия самостоятельного решения в сложных морально-этических ситуациях практической деятельности;
- способность сформулировать самостоятельное суждение об этических условиях использования новых биомедицинских технологий
- умение основывать свои взаимоотношения с пациентом на этических основах

Средства обеспечения освоения дисциплины.

Учебные пособия, раздаточный материал с ситуационными задачами, тестовыми вопросами как по теоретической, так и практической частям изучаемой дисциплины.

Уровень компетентности:

Обладать знаниями основ общей философской этики, основных традиций религиозной этики, религиоведения.

Коммуникативность:

Уметь строить на основе знаний по биоэтике и усвоенного этики врача отношения с членами коллектива и пациентами.

Студент должен иметь практические навыки:

- самостоятельной работы с учебной и методической литературой;
- применять методы биоэтики для объективной оценки новейших достижений современной стоматологической науки и технологии;
- принятия решений в сложных морально-этических ситуациях практической деятельности;
- самостоятельного суждения об этических условиях использования новых биомедицинских технологий;
- организации этических взаимоотношений с пациентами.

Основные знания, необходимые для изучения дисциплины:

Основы общей философской этики, основные традиции религиозной этики, религиоведения, экологии, и др.

Ключевые слова: биоэтика, биомедицинская этика, типы классических этических теорий, казус; дилемма; нравственный поступок, подвиг; преступление, принцип правдивости, принцип конфиденциальности,

принцип информированного согласия, принцип справедливости, принцип милосердия, модели биоэтики.

Материально – техническое обеспечение.

Использование учебных аудиторий и лекционных залов, стендов, учебных пособий. Учебный процесс обеспечен учебными пособиями, разработанными кафедрой. Имеется ноутбук и проектор для презентаций.

Методические рекомендации по организации изучения дисциплины.

Для эффективного усвоения курса биоэтики необходимо:

- 1 Периодически разрабатывать и издавать выпуски «Практикума по биоэтике» и другие методические пособия.
- 2 Активно участвовать в научно-практических конференциях.
- 3 Расширять работу научного студенческого кружка.
- 4 Совершенствовать учебные презентации.

Кейс-технология – это интерактивная технология для краткосрочного обучения, на основе реальных или вымышленных ситуаций, направленная не столько на освоение знаний, сколько на формирование у слушателей новых качеств и умений. **К кейс-технологиям, активизирующим учебный процесс, относятся:**

- метод ситуационного анализа (метод анализа конкретных ситуаций, ситуационные задачи и упражнения; кейс-стади)
- метод инцидента;
- метод ситуационно-ролевых игр;
- метод разбора деловой корреспонденции;
- игровое проектирование;
- метод дискуссии.

В данных методическом пособии использованы ситуационные задачи.

ВВЕДЕНИЕ

Профессиональная медицинская практика свидетельствует о том, что врач ежедневно решает не только клинические задачи, но и сталкивается с моральными проблемами выбора того или иного действия. Чтобы избежать ошибки, врач должен уметь принять правильное решение, что требует специального морально-этического знания. Этика как наука помогает понять наши действия и поступки, осмыслить их в категориях добра, справедливости и милосердия. Подобно тому, как логика помогает избежать ложных суждений, так и этика помогает осознать принципы, по которым тот или иной поступок оценивается как верный или неверный.

Знание и умение следовать выработанным медицинским сообществом этическим принципам и правилам определяет одно из оснований профессионализма врача - его нравственную культуру. Нет доктора, который не признавал бы значения для лечебного процесса нравственных взаимоотношений с пациентом.

От нравственной культуры врача непосредственно зависит важнейший фактор успешного лечения, а именно: доверие больного к врачу, перед которым всегда встает вопрос, как добиться этого доверия. Биомедицинская этика раскрывает, что основным условием его возникновения является готовность и умение врача подчинить свои интересы интересам пациента. Это умение служит, в свою очередь, главному - задаче облегчения страдания больного. Понимание того, что болезнь - это не только биохимические, физиологические механизмы патологии, но и страдание - “краеугольный камень” профессиональной врачебной этики. Страдание каждого больного - это уникальное состояние, которое связано с его индивидуальной патологией, психосоматическим состоянием, жизненной ситуацией, с его отношением к своей болезни, и даже к системе здравоохранения как таковой. Оценка каждого конкретного случая, принятие каждого конкретного решения, должны включать не только клиническую картину, но и знания о культуре, ценностях, жизненных обстоятельствах отдельного человека. Цель данного учебно-методического пособия заключается в том, чтобы научить будущего врача применять теоретическое знание о принципах, ценностях и правилах биомедицинской этики в практической деятельности. Для реализации данной цели ставится задача – обучить студентов определять морально-этические параметры конкретных ситуаций во взаимоотношениях «врач- пациент». Для решения данной задачи в пособии требуется классифицировать морально-этические ситуации, возникающие в практической деятельности врача. В качестве критерия классификации предлагается следующая схема ситуационных задач. В каждой из задач три части: в первой части требуется определить тип классических этических теорий, определяющий или определивший моральный выбор Вашего решения и действия: 1) натуралистическо-прагматический тип или 2) идеалистическо-деонтологический тип. Во второй части схемы необходимо определить принадлежность каждой ситуации к одному из 4-х видов нравственного действия: **казус; дилемма; нравственный поступок, подвиг; преступление.** В третьей части требуется соотнести каждую ситуацию с исполнением или нарушением таких принципов и правил профессиональной биомедицинской этики, как: **принцип правдивости, принцип конфиденциальности, принцип информированного согласия, принцип справедливости, принцип милосердия.**

Составители данного учебно-методического пособия надеются, что учебная работа будет способствовать формированию у будущего врача таких способностей и умений, как:

- защищать врача от совершения морально-этических ошибок и моральных конфликтов;
- при разрешении моральных конфликтов руководствоваться интересами пациентов;
- защищать права пациентов на информацию, на свободу выбора и свободу действий;
- защищать неприкосновенность частной жизни как основу человеческого достоинства пациентов, сохранять конфиденциальность (врачебную тайну);
- проявлять такт и деликатность при общении с больными и их родственниками;
- оценивать степень риска для испытуемых при проведении эксперимента или исследований и предупреждать недопустимый риск;
- проявлять гуманность по отношению к лабораторным животным;
- отстаивать моральное достоинство и чистоту медицинской профессии;
- соблюдать моральные основы предпринимательской деятельности в медицине.

Составители надеются, что учебно-методическое пособие окажется полезным для всех изучающих биомедицинскую этику или просто интересующихся этим предметом.

ТЕМА №1.

БИМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА КАК ОБЛАСТЬ МЕДИЦИНЫ (2ч)

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:

1. Овладеть знаниями о биоэтике, как отрасли и предмете медицины.
2. Усвоить теоретические вопросы биоэтических основ практической деятельности врача, национальных и международных документов по биоэтике и правам человека.
3. Усвоить основу биоэтики взаимоотношений в системе «врач-пациент».
4. Ознакомиться с биоэтической проблемой взаимодействия медицины с фармацией.

ВОПРОСЫ ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ:

1. Биоэтика как прикладная этика.
2. Проблемы традиционной этики.
3. Содержание биоэтики. Биоэтика- новое мировоззрение, новая наука о милосердии.
4. Основные принципы и модели биоэтики.

5. Этические проблемы фармакологического надзора.

ЗАДАНИЕ:

1. Изучить основные положения биомедицинской этики.
2. Записать в рабочую тетрадь основные положения Национальных и международных документов по вопросам биоэтики и правам человека.
3. Выучить основные организации здравоохранения и практики биомедицинской этики и биоэтические правовые проблемы отношений между врачом и пациентом.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Биомедицинская этика / Ред. В.И. Покровский. — М.: Медицина, 1997. — 224 с.
2. Биоэтика: принципы, правила, проблемы / Под ред. Б.Г. Юдина // М.: Эдиториал, 1998. — 364 с.
3. Мухамедова З.М. Введение в биоэтику. ТашГосМи. 2004.
4. Мухамедова З.М. Биоэтика. УзМУ. 2006.
5. Асадов Д.А., Мухамедова З.М. Биоэтика. ТашИУВ. 2009.

МЕТОДИКА ВЫПОЛНЕНИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

В ходе практического занятия студенты знакомятся с понятием биоэтики, как отрасли и предмете медицины, научными основами биоэтики, национальными и международными документами по вопросам биоэтики и вопросам прав человека.

БИОЭТИКА – область междисциплинарных исследований этических, философских и антропологических проблем, возникающих в связи с прогрессом биомедицинской науки и внедрением новейших технологий в практику здравоохранения.

1. Биоэтика как прикладная этика.

Исторически одним из первых механизмов, регулирующих человеческое поведение и взаимоотношения между людьми, была мораль. Мораль является предметом изучения особой научной дисциплины – этики, родоначальником которой в европейской мысли традиционно считается Аристотель. По мере усложнения общественных отношений в человеческом коллективе возникала насущная необходимость конкретизации тех или иных нравственных норм и правил применительно к реальным сферам повседневной жизни человека. Так стали появляться этико-прикладные исследования, формироваться различные направления прикладной этики: политическая этика, журналистская этика, информационная этика (инфоэтика), этика бизнеса и т. д. Появилась острая необходимость нового исследования старых проблем этики, пересмотра многих традиционных проблем, связанных с жизнью (ее зарождением, поддержанием и продлением) и смертью и др. Этими вопросами занимается современная прикладная этика. В наше время прикладная этика переступила пороги больниц и родильных домов, она вторгается в сферу бизнеса

и политики, непосредственно подключается к проблемам отношения к природе, защиты прав животных, борьбы с голодом.

Именно в сфере прикладных проблем возник этический бум. В чем его причины? – Прежде всего, в росте человеческих знаний и технологических возможностей. Например, с тех пор как возникла генетика, появились вопросы, которые никогда раньше не возникали перед человечеством: следует ли рожать искусственным способом? Должно ли общество пытаться создать сверхживотных и сверхлюдей средствами генной инженерии?

В связи с возникновением компьютерных технологий, встали проблемы использования роботов вместо рабочих возникли проблемы отношения людей к роботам. Наряду с прочими существуют и такие проблемы, как распределение мировых пищевых и сырьевых ресурсов, рост народонаселения и др. Таким образом, этика становится предметом интереса многих людей.

Еще одна причина - опасность глобальных катастроф, вызванных вмешательством человека в природную среду, требующая нетрадиционных решений. Новые проблемы и их масштабы требуют новых решений.

Прикладная этика в широком смысле слова - это применение этических понятий и теорий к конкретным, сложным и часто драматическим ситуациям. Можно рассматривать ее как казуистику (от слова *casus* - случай), то есть рассмотрение бесконечных случаев или прецедентов. Однако есть все основания рассматривать ее шире - новое направление, имеющее глубокий философский смысл и формирующее принципиально новые представления о человеке.

В узком смысле прикладная этика – событие, возникшее под давлением практики и приведшее к появлению ее отдельных видов (политической этики, экоэтики, биоэтики, журналистской этики и т.п.). Биоэтика, как новое направление, отличающееся от классической медицинской этики, появилась во второй половине XX века и стала бурно развиваться.

Термин «биоэтика» был введен в научный оборот в 1969г. лауреатом Нобелевской премии **Ван Ранселер Поттером (1911-2001)** - известным американским онкологом, ученым и гуманистом. Его книгу «Биоэтика - мост в будущее» сегодня можно отнести к классическим произведениям. Именно здесь В. Р. Поттер впервые вводит свой знаменитый термин «Биоэтика», столь широко известный сегодня в мире, закладывает основы современного представления о биоэтике, обсуждает необходимость создания междисциплинарных этических комитетов, ставших в наши дни международной практикой. Основная идея В.Р.Поттера сводилась к необходимости объединения усилий гуманитарных и биологических наук для решения проблем сохранения жизни на земле, учета долгосрочных последствий научно-технического прогресса (особенно в области биомедицинских технологий). Долгосрочное выживание человечества как вида в

нормальной и устойчивой цивилизации требует развития и поддержки системы этических норм. Такую систему этических норм В.Р.Поттер назвал **глобальной биоэтикой**. В сферу глобальной биоэтики включена система этических норм медицинской этики, биоэтики, этики окружающей среды. Биоэтика, по мысли В.Р.Поттера должна быть тем связующим звеном (мостом), который соединит медицинскую этику и этику окружающей среды (экоэтику) во всемирном масштабе, чтобы обеспечить выживание, и сохранение здоровья всего человеческого сообщества.

Само понятие «биоэтика» подразумевает область вопросов, рассматривающих отношение человека ко всему живому. Прогресс биологии и медицины появление и развитие новых возможностей в этой сфере привели к возникновению проблем, с которыми не сталкивалась традиционная этика. В результате в биоэтике сложились два направления. **Первое** касается вопросов, рассматривающих нравственное отношение к человеку, и здесь оно смыкается с медицинской этикой. **Второе** – этическое поведение человека по отношению к животным, а именно использование животных в различных целях (как источник питания, сырье для промышленности, модель для медико-биологических исследований, объект для развлечения), здесь оно смыкается с этикой окружающей среды во всемирном масштабе. В последнее время смысл понятия биоэтика значительно сузился и она трансформировалась в прикладную этику, сфокусировав свое внимание на этических дилеммах медицинской практики. Круг вопросов, рассматриваемых ею, сводится к нравственным аспектам взаимоотношений врача и пациента, к эвтаназии и определению смерти, трансплантации органов, аборту, клонированию, генной инженерии и т. п. Именно в этом смысле употребляется понятие «биоэтика» в академических кругах. При этом нередко понятие медицинской этики заменяется деонтологией. Последняя же означает раздел этики, изучающий проблемы долга и должного (термин введен английским философом И.Бентамом в XIX веке).

Во второй половине XX века начинают развиваться трансплантология, генетическая диагностика, геновая инженерия, клонирование. Медицинская техника достигла такого уровня своего развития, когда врач может искусственно поддерживать жизнеобеспечение больных, ранее обреченных на неизбежную смерть. Технические достижения сопровождаются все более изощренными юридическими обоснованиями прав больных, умирающих и инвалидов. Расширилось участие этики в других проблемах - политики чаще апеллируют к этике, общественность требует этического контроля над бизнесом и рекламой, экология ратует за применение этических норм в регулировании взаимоотношений с окружающей средой. В широком смысле прикладная этика - это особый вид этики, потому что она дает новое понимание проблем морали, осуществляет новые подходы к этим проблемам, дает новое понимание этики.

Прикладная этика возникает в контексте глобализма, в том числе с появлением реальной угрозы для жизни и существования человечества, опасности ущемления неотъемлемых прав человека - будь то сфера медицинского обслуживания или экологического выживания. Там, где предпринимались попытки отодвинуть этические соображения на второй план, там возникала новая опасность для жизни. Необходимость вновь защитить интересы человека, напомнить о его достоинстве и является общей причиной возникновения прикладной этики. Прикладная этика отличается от традиционной так же, как биоэтика от медицинской. Прежде чем рассмотреть некоторые направления прикладной этики, обратимся к традиционной этике.

2. Проблемы традиционной этики

Традиционная и современная этика, различаются по проблематике и методологии. В традиционной этике выделяют различные направления в зависимости от того, какая категория выступает доминирующей: этика счастья (эвдемонизм, фелицитология), этика добродетели (аретология, арете - добродетель), этика долга (деонтология), этика любви, этика сострадания, этика справедливости и т.д.

Главная характерная черта традиционной этики - ее нормативный характер. Рационально осмысленный разговор о ценностях обычно сопровождался попытками реализации этих ценностей, стремлением их превращения в нравственную норму. Рациональное обоснование нравственной ценности содержало намерение превратить эту ценность в норму поведения. В основе традиционной этики лежит идея должного, поиск идеала, который можно и нужно воплотить в жизнь.

Рассматривая окружающую действительность, философы задавали такие вопросы: «Какой должна быть социальная действительность, каким должно быть идеальное общество (утопия Платона)? Каким должен быть человек? В чем его предназначение? Какое поведение является правильным? Что такое счастье, добро, справедливость?». Ответы на этические вопросы содержали императивные элементы, т.е. выступали в качестве нравственных требований, стремящихся к реализации в действительность. Ценность добра в том, чтобы стать добрым, счастья - стать счастливым, любви - научиться любить и быть любимым, справедливости - в ее практической реализации.

Таким образом, в традиционной этике моральные ценности выступают в качестве императивов (нравственных требований), а также в качестве идеалов и норм. Поэтому традиционная этика называется нормативной наукой. Классические философы (Сократ, Аристотель, Спиноза, Кант) были одновременно великими просветителями и моралистами, которые учили человечество как надо жить. Например, всем известна формула «счастливой

жизни» Спинозы: «Не плакать, не смеяться, а понимать». Другой специфический признак классификации этико-философских систем - качественная определенность предлагаемых нормативных программ. По этому критерию выделяются этика удовольствия (гедонизм), этика счастья (эвдемонизм), этика упрощения (кинизм), этика созерцания, этика долга, этика любви, этика сострадания, этика пользы (утилитаризм), этика героизма, этика разумного эгоизма, этика ненасилия, этика благоговения перед жизнью и др.

Нормативность этики нельзя отождествлять с морализированием, моральной проповедью. Этико-нормативные программы апеллируют к опыту и логике, являясь предметом рационального дискурса. Этим философская этика резко отличается от религиозной проповеди.

Стремление к рационализации, выраженное в афористической форме Спинозой, было характерно и для этики Нового времени (Modern time) и может быть описано как форма модернизации этики. Максимальной рационализации этика достигла в трудах И. Канта и Г. Гегеля.

Кант принадлежит к этическому абсолютизму , поскольку считал мораль самодостаточной сферой, высшей культурной ценностью, не требующей обоснования и не выводимой ни из каких других областей жизни, но выступающей основанием для всех других сфер культуры - права, религии, искусства, политики.

В противоположность этой позиции этический релятивизм пытается вывести мораль из других сфер: из природы, социальной действительности, из каких-либо авторитетных источников (заповедей, заветов), генетической предрасположенности, культуры и т.д.

В начале 19 века немецкий философ А.Шопенгауэр высказал радикальные сомнения по поводу классических представлений о человеке и подверг резкой критике основные идеи традиционной этики, положив начало новому иррационалистическому направлению. Против каких идей выступил Шопенгауэр? Против идеи человеческой рациональности, основанной на вере, что человек обладает разумом и способен контролировать свои действия; против мнения, что в сознании и поведении человека доминируют рациональные цели и мотивы. , против идеи добродетельности человека (основанной на вере в то, что человек стремится к благополучию других людей). Он также выступил против идеи должного как достижимой цели (человечество существует уже несколько тысяч лет, но за этот промежуток люди, по мнению Шопенгауэра не стали добрее или разумнее, поэтому вряд ли они станут такими на протяжении следующих тысячелетий).

Переворот в этике, осуществленный Шопенгауэром, основывается на открытии им сферы бессознательного (которую он называет «волей»), а также на

убеждении, что эта воля является «злой», «эгоистичной» и «порочной». Главная идея Шопенгауэра - миром правит не разум, а воля. В работе «Мир как воля и представление» философ утверждает, что мир дан человеку не в виде представления, а в виде воли. Именно воля объединяет все живое, она является иррациональным и злым началом мира. Воля порождает все живое, и она же убивает. Она пожирает сама себя, ибо, кроме нее, нет ничего, а она - голодная воля. Например, воля проявляется в половом инстинкте, коварство которого состоит в том, что это влечение угасает сразу после своего удовлетворения, а затем оно снова возникает, но уже по отношению к другому объекту. Мировая воля сильнее всего проявляется в человеке. Поскольку человек самое страдающее из всех существ. Воля находится вне морали, поэтому человек - аморален. В основе его поведения лежит не рациональные аргументы, а иррациональные мотивы. Все красивые слова, которые он произносит, являются прикрытием аморальных, эгоистических мотивов.

Шопенгауэр основал новый подход к человеку и обществу: не идеализировать человека, не стремиться его переделать, а посмотреть на него таким, каков он есть. Идеализация упрощает образ человека. Действительно, многие представления об идеальном человеке, так же как и представления об идеальном обществе, создают пародию.

Однако мрачная картина, нарисованная Шопенгауэром, а также его ближайшим учеником Ницше, создает исключительно отрицательный образ человека - чудовища и монстра, изображая его злым, агрессивным и несчастным существом, обреченным на страдания. Концепция А. Шопенгауэра была более подробно развита Ф. Ницше и З. Фрейдом, которые также акцентировали внимание на скрытых, бессознательных мотивах человеческого поведения, свидетельствующих против казавшихся наивными и утопическими традиционных представлений о человеке. Обострившееся внимание к сфере бессознательного привело к развитию такого важного направления в этике как психология морали. Стремление выйти за рамки традиционных представлений о человеке и культуре и наполнить этику новым содержанием, выразилось в создании социологии морали. Наиболее известным представителем этого направления был Макс Вебер, который в работе «Протестантская этика и дух капитализма» осуществил гениальный анализ роли хозяйственной этики протестантизма в формировании капиталистической экономики.

В начале XX века произошел еще один важный переворот в этике, который ознаменовался появлением нового направления - метаэтики, основателем которой явился английский философ Д. Мур, отделивший теоретическую этику от нормативной. Мур показал, что моральные суждения (суждения ценности) не выводятся из суждений о фактах, следовательно, этика не имеет объективных оснований для предпочтения одних моральных суждений

другим и формулирования определенного нормативного идеала. Поэтому предлагалось отделить этику как учение о нормах и правилах от научной этики. Метаэтика - научная этика, предметом которой является логический анализ языка морали. Метаэтика отказалась от нормативной функции, отказываясь и от моральной ответственности за свои выводы, и от какой-либо вообще связи с практическими потребностями и жизнью реального человека. Многие современные этики отказываются от традиционной роли моралиста и просветителя (на которую претендовали Сократ, Аристотель, и Спиноза, и Кант), сегодня этически ориентированные философы рассуждают не от имени человечества, а как обычные, простые люди, страдающие как все остальные, от несовершенства мира, но не предлагающие собственных универсальных спасительных рецептов.

Часть этики носит чисто дескриптивный характер (от англ describe - описывать, рисовать), является эмпирическим описанием нравов и ничего не предписывает. Дескрипция - простое описание нравов, традиций, принятых в разных культурах в разные исторические периоды. Современная этика опирается на такие науки ,как социология, психология, выступая соответственно в роли социологии морали или психологии морали. И, наконец, прикладная этика характеризуется стремлением к максимальной конкретизации и к соединению с практикой. Сегодня наиболее активно разрабатываются такие направления прикладной этики, как: компьютерная этика, этика бизнеса, деловая этика, экологическая этика, медицинская этика, биоэтика и др.

3.Содержание биоэтики. Биоэтика- новое мировоззрение, новая наука о милосердии.

Аксиологические и гуманистические ориентации, внутренне присущие социально-гуманитарному знанию, в современной науке приобретают универсальный характер. В результате научно - технического прогресса сформировалось такое мировоззрение, когда человек и весь живой мир рассматриваются как средства или объекты манипулирования для достижения каких - либо научных целей. Опасность такого мировоззрения подтверждается такими примерами из истории, когда «во имя науки, общества» приносились в жертву человеческие жизни, здоровье. Сегодня очевидно, что необходимо новое мировоззрение, которое бы не противопоставляло человека природе, а способствовало бы формированию этического отношения к окружающему миру. В мире все более обостряется противоречие между использованием достижений научных знаний и интересами отдельных людей, сообществ. Формирование биоэтики явилось закономерной реакцией на сложившуюся ситуацию.

Биоэтика понимается как философское понятие, касающееся нравственной стороны поведения человека в контексте прикладной этики,

рассматривающей отношение человека к различным живым формам, животным, как ответственность человека перед окружающими, как поведение и отношение человека к человеку. Рассматривая этичность поведения и отношения человека к человеку, биоэтика смыкается с медицинской этикой – деонтологией. Как мировоззрение, биоэтика означает отношение человека к окружающему миру в целом, его представление об окружающем мире и своем месте в нем.

Вводя в научный оборот термин «биоэтика», В.Р.Поттер указывал на необходимость особого варианта экологической этики, которая смогла бы противостоять научно-техническому прогрессу, иногда весьма далекому от гуманности.

Термин «биоэтика» используется для обозначения междисциплинарных исследований моральных проблем биомедицины, прежде всего связанных с необходимостью защиты достоинства и прав пациентов, как часть прикладной этики, которая также представляет форму регуляции деятельности профессии не изнутри, а извне.

В течение многих веков царило мнение о том, что только человек представляет ценность как живое существо и имеет право использовать произвольно любые объекты живой и неживой природы (вопрос о том, что отношение к животным может и должно быть этичным, был окончательно решен сравнительно недавно.) Этот тип мировоззрения получил название **антропоцентризма**. Развитие этической философской мысли, особенно в конце XIX и в XX вв, протест лучшей части человечества против односторонности антропоцентризма привели человечество к необходимости пересмотреть взгляды своей этики по отношению к окружающему миру и выработать более гуманный и справедливый взгляд на свой статус, который выразился в **биоцентризме**.

В книге «Биоэтика и образование» (Сидней, Гамбург, 1990) Дж. Р. Мейер приводит схему различных типов мировоззрения, отличающихся пониманием идеи нравственного долга человека. Когда нравственный долг личности распространяется на всех членов группы, мы имеем дело с **социоцентризмом**. Если считается, что человек должен защищать все разумные существа на земле, такого рода этика называется **патоцентризмом**. Если в центре внимания находится человек и его потребности, признается, что только человек имеет ценность и, следовательно, человек имеет нравственный долг только перед людьми, то такая философская концепция называется **антропоцентризмом**. Если, наконец, признается, что человек имеет нравственный долг перед всеми живыми существами на земле, призван оберегать все живое, животных и растения, то такого рода мировоззрение имеет название **биоцентризма**, т. е. в центре внимания находится «биос» - жизнь, живое. Антропоцентризм был доминирующим мировоззрением человечества на

протяжении многих веков. Человек противопоставлялся всем остальным существам на земле и считалось само собой разумеющимся, что только интересы и потребности человека имеют важность, все остальные существа не имеют самостоятельной ценности. Это мировоззрение передает крылатое выражение: «Все для человека». Философия, религия Запада поддерживали убеждение в уникальности человека и его места в центре вселенной, в его правах на жизнь всех остальных живых существ и саму планету.

Возникновение антропоцентризма как мировоззренческой концепции относится к античной эпохе. В Древней Греции существовало несколько философских школ, одна из которых, основанная Аристотелем, признавала правомерность неравенства между людьми, в частности, рабства, и усматривала пропасть между людьми и животными; считалось, что животные созданы для блага человека. Это учение Аристотеля было изложено в более примитивном виде последователем Аристотеля Ксенофонтом и другими. Антропоцентризм Ксенофонта был удобной философией, освобождавшей человека от угрызений совести по поводу судьбы других существ, и приобрел большую популярность. В настоящее время антропоцентризм начинает рассматриваться как негативная форма мировоззрения, как одна из разновидностей дискриминационных воззрений людей, не отвечающих требованиям истинной этики.

Если наиболее низкому нравственному и духовному уровню человечества отвечала такая позиция, как эгоцентризм, близко к которой стоят расизм, национализм, то антропоцентризм недалеко отстоит от этих воззрений - считая правомерным удовлетворять только интересы человека и делать это за счет других биологических видов. Антропоцентризм показал себя несостоятельным и как философия, и как научный подход к определению статуса человека в природной среде, и как практическое руководство к действию, оправдывавшее любые поступки человека по отношению к другим живым формам. Антропоцентризм ориентировал общество на максимальное потребительство; человек рассматривал природную среду, животных как свою кладовую, как неисчерпаемый источник материальных благ.

Развитие технологии, расхищение природных богатств, уничтожение животных и растительности, загрязнение окружающей среды привело к истощению природных ресурсов и поставило человечество перед глобальным экологическим кризисом. Для человечества стало очевидно, что необходимы новые мировоззренческие ориентиры, которые бы не противопоставляли человека природе. Появление новой области знаний - биоэтики, которая основывалась на нравственном отношении ко всему живому, успехи развития этической мысли в области взаимоотношений человека и других живых существ на земле, позволили укрепиться **новой мировоззренческой концепции - биоцентризму. Философской основой биоцентризма являются стратегия**

ненасилия, принцип непричинения зла всему живому - ахимса. Ахимса один из основных этических принципов ямы, входящих в йогу. Наиболее полная формулировка ахимсы звучит так: не причиняй вреда живым существам делами, словами, помыслами, чувствами и своими подсознательными импульсами. Можно увидеть, что этот принцип имеет много общего с древними моральными принципами Авесты, заключенными в триаде- «добрая мысль, доброе слово, доброе дело». Непосредственное следствие ахимсы - вегетарианское, а точнее яично-молочно-растительное питание. Принцип ахимсы в истории неоднократно дискутировался и «исправлялся». Например, Махатма Ганди говорил об ахимсе кшатрия (воина), обязанного бесстрастно, без страха, гнева и ненависти добросовестно исполнять свой воинский долг. Даже в одном из основополагающих текстов йоги «Бхагавадгите» Кришна вдохновляет кшатрия Арджуну на участие в битве. В действительности, вопрос не так прост. И введение поправок было бы необходимым почти по каждому поводу, чтобы соблюдать букву ахимсы, как некий идеальный принцип. Однако, без ненужного фанатизма, который сам по себе непременно рождает нарушение ахимсы.

Биоцентризм предполагает, что не один вид или несколько видов, а все живое имеет право на существование, что именно биос, а не просто человек должен встать в центре внимания. Права биоса должны быть защищены в законодательных документах. Биоцентрический подход к пониманию роли и места человека в природе поможет правильно решать и вопросы экологического характера.

Одной из форм претворения в жизнь принципов биоцентризма должно стать изменение отношения к потреблению, поскольку концепция «все для человека» утрачивает силу. Иными словами, человек как потребитель обязан учитывать интересы и других видов, в частности: сохранение мест обитания животных, условий для их выживания; становится недопустимой жестокая эксплуатация земли, уничтожение лесов, связанные с удовлетворением потребностей человека.

Универсальная этика А. Швейцера. Настоящую глубину биоэтическая мысль приобрела только в XX веке с обоснованием необходимости этичного отношения ко всему, что окружает человека, которую дал великий гуманист эпохи XXв доктор Альберт Швейцер (1875-1965 гг.) Он создал стройную этико-философскую систему - универсальную этику, ставшую частью современного мировоззрения. Швейцер говорил: «Ошибкой всех существующих этик было мнение о том, что надо рассматривать отношение человека к человеку, когда в действительности речь идет о том, как относится человек ко всему, что его окружает». Наиболее значимым событием в области создания альтернативных этических концепций был выход книги Альберта

Швейцера «Культура и этика» в 1924 году, где он обосновал новую этику - **универсальную**, «этику благоговения перед жизнью». Основным положением этой этической теории стало требование нравственного отношения ко всему живому, моральная ответственность человека за все, что живет. Швейцер не вступает ни в какие дискуссии относительно того, как широко распространяется этика, на кого она распространяется. Он говорит: «Этика - это безграничная ответственность перед всем, что живет».

Биоэтика — новая наука о милосердии. Биоэтика стала наиболее развитой и разработанной частью прикладной этики. Более того, высказывается точка зрения, что биоэтика вполне может претендовать на статус самостоятельной науки, а не просто одной из частей этики или прикладной этики, ибо настолько богат и разнообразен круг ее проблем, настолько высок уровень их анализа, настолько актуальны и животрепещущи решаемые ею вопросы. Поэтому сегодня особенно актуально обращение к ценностям и нормам, которые войдут в основу современной биоэтической парадигмы и будут служить основой для принятия решений в нестандартных ситуациях. В любой стране трансплантация, реанимация, искусственное оплодотворение, генная терапия - это конкретные направления современной врачебной практики. Научное знание, в частности медико-биологическое, по самому своему определению универсально. Универсальность научного знания заключается в том, что наука, и прежде всего естествознание, изучающее законы объективного мира, не связана в своем содержании с теми или иными особенностями отдельных наций. Особенности стран и регионов определяют лишь разный вклад в уровень ее развития. Всеобщность научного знания заключается в общем пользовании результатами науки и недопущении монополизации знания. Общее пользование и обмен результатами-условия существования и развития научного знания. Э.Пеллегрини справедливо полагает, что «биоэтические проблемы не имеют национальных и культурных границ» И первое основание этому - универсальность и всеобщность биомедицинского знания.

Корни большинства проблем биоэтики уходят далеко вглубь истории. По своей сути эти проблемы, унаследованные от прошлого, современны, актуальны и остры, их решения приходится переосмысливать заново, искать новые выходы. Непосредственным же источником проблем, рассматриваемых в биоэтике, является стремительный прогресс биомедицинских наук и технологий, характерный для последней трети прошлого столетия. Сам по себе этот тезис может показаться нелепым: именно то, что замышляется и делается с единственной и безусловно благой целью - облегчить страдания человека, повысить качество и продолжительность его жизни, оказывается источником проблем.

Проблемы эти, как правило, вызывают в обществе серьезные дискуссии и разногласия. При их решении люди руководствуются не одними лишь рациональными аргументами, но и тем, что диктуется традициями, ценностными установками, наконец, эмоциями. Рост социальной «чувствительности» по отношению к новшествам и достижениям современной науки приобрел общецивилизационный феномен - реальность отрицательных последствий научно-технической практики и для отдельного человека, и для общества в целом - ставит ряд практических задач по социальному регулированию научной деятельности как на уровне экспериментальных исследований, так и на уровне практического внедрения и использования. В проблемном спектре современной культуры устойчивое место заняли проблемы социального признания, социализации научных открытий и социальной ответственности ученых-исследователей.

Первым международным документом, который поставил проблему социальной ответственности ученых на уровень социально-значимых общецивилизационных проблем, стал **Нюрнбергский кодекс (1947)**, который был принят Международным военным трибуналом на основании материалов и протоколов медицинских опытов на человеке в нацистской Германии.

Многие выдающиеся интеллектуалы мира провозгласили, что если человечество хочет выжить в новом тысячелетии, оно должно проложить путь от разрушительных традиций и разделения к новому общепланетарному мировоззрению. Они выразили свою позицию в гуманистическом манифесте 2000, выпущенном Международной Академией Гуманизма. Он утверждает, что новое мировоззрение является «тем, что должно защитить права человека и возвысить человеческую свободу и достоинство, а также подчеркнуть наши обязанности перед человечеством как целым». Частью этого нового мировоззрения становится биоэтика, которая является составной частью глобальной биоэтики. Современная биоэтика имеет синкретический характер, она базируется на идеалах демократии и гуманизма, традиционных ценностях европейской культуры, западных и восточных религиях. Биоэтика открыта для обсуждения различных точек зрения и стремится показать, что каждый человек несет личную ответственность за сохранение Жизни на Земле. Одним из достижений демократических усилий современной культуры является признание равноправия различных мировоззрений. В то же время признание равноправия не освобождает от реальной опасности мировоззренческой разъединенности человечества и даже в определенном смысле закрепляет ее. Существование биоэтики в двух формах - либеральной и консервативной - определяется реальностью типологической несовместимости морально-мировоззренческих традиций. Их противостояние, и именно в пограничных вопросах жизни и смерти, делает эту несовместимость особенно драматичной.

Непосредственным источником проблем, которые рассматривает биоэтика, является стремительный прогресс науки и технологий не только в медикобиологической сфере, но также в промышленности и сельском хозяйстве. Глобальная биоэтика провозглашает необходимость гуманного и уважительного отношения одного человека к другому, животным, природе и живому вообще. Целью биоэтики среди прочих является воспитание нравственности, формирование мировоззрения, культуры в контексте биоцентризма, отказа от антропоцентристской слагающей в развитии науки. Научно-технический прогресс представляет собой не только источник цивилизационных благ, но и зачастую угрожает существованию человека, разрушая природную среду его обитания. Отвечая на вызовы современности появилось новое направление в науках о человеке - гуманология (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, заботящимся о Жизни и Живом во всех их проявлениях. Биоэтика, снимая это противоречие, делает обе парадигмы комплементарными – «уживающимися» и взаимодополняющими друг друга. Не человек сам по себе в рамках традиционного гуманизма и антропоэгоизма, а свобода его воли, направленная на выбор им подлинных ценностей, открывает человечность более высокого уровня, выявляющую способность личности не только к эгоцентризму, но и к заботе о жизни и правах всего живого. Таким образом, происходит распространение, расширение человеческого и человечности за пределы его биологического вида.

Развитие биоэтики обусловлено тем, что в современном мире медицина претерпевает процесс цивилизационных преобразований. Она становится качественно иной, не только более технологически оснащенной, но и более чувствительной к правовым и этическим аспектам врачевания. Этические принципы для новой медицины хотя и не отменяют полностью, но радикально преобразуют основные положения «Клятвы Гиппократата», которая была эталоном врачебного морального сознания на протяжении веков. Традиционные ценности милосердия, благотворительности, не нанесения вреда пациенту и другие получают в новой культурной ситуации новое значение и звучание. Именно это и определяет содержание биоэтики.

К биоэтическим обычно относят моральные и философские проблемы аборта; контрацепции и новых репродуктивных технологий (искусственное оплодотворение, оплодотворение «в пробирке», суррогатное материнство); проведения экспериментов на человеке и животных; получения информированного согласия и обеспечения прав пациентов (в том числе с ограниченной компетентностью – например, детей или психиатрических больных); выработки дефиниции (определения) смерти; самоубийства и

эвтаназии (пассивной или активной, добровольной или насильственной); проблемы отношения к умирающим больным (хосписы); вакцинации и СПИДа; демографической политики и планирования семьи; генетики (включая проблемы геномных исследований, генной инженерии и генотерапии); трансплантологии; справедливости в здравоохранении; клонирования человека, манипуляций со стволовыми клетками и ряд других.

Предпосылки возникновения биоэтики.

Научно-технический прогресс представляет собой не только источник цивилизационных благ, но и зачастую угрожает существованию человека, разрушая природную среду его обитания. Исторически первой и наиболее существенной предпосылкой формирования биоэтики является *идеология экологического движения*, которое возникает как ответ на угрозу для физического (природного) благополучия человека. Влияние экологического мышления на сферу биомедицины особенно усилилось после талидамидовой катастрофы 1966 (рождение детей без конечностей у матерей, принимавших во время беременности лекарственное средство талидамид в качестве снотворного). Эта трагедия способствовала радикальному изменению структуры взаимоотношений между наукой и практической медициной. Целью биомедицинской науки стала не только разработка новых терапевтически эффективных лекарственных средств или медицинских технологий, но и предотвращение их побочных негативных воздействий. Достижению последней цели уделяется не меньше, а подчас и значительно больше времени и средств. В результате, резко возросло время между синтезом новой терапевтически активной субстанции и началом ее клинического использования. Если в начале 60-х оно составляло несколько недель, то в начале 80-х подскочило до 10 лет. Одновременно цена разработки увеличилась в 20 и более раз. Безопасность, т.е. предотвращение негативных эффектов действия лекарства, превратилась в одно из быстро развивающихся направлений развития медицинской науки.

Термин «биоэтика» был первоначально предложен американским врачом Ван Ренсселером Поттером (Van Rensselaer Potter) в книге *Биоэтика: мост в будущее* (1971) именно для обозначения особого варианта экологической этики. Основная идея Поттера сводилась к необходимости объединения усилий гуманитарных и биологических наук для решения проблем сохранения жизни на земле, учета долгосрочных последствий научно-технического прогресса (особенно в области биомедицинских технологий).

Однако случилось так, что термин «биоэтика» в научной и учебной литературе стал чаще использоваться в значении, которое придал ему примерно в то же время американский акушер и эмбриолог Андре Хеллегерс (Hellegers). Хеллегерс использовал термин «биоэтика» для обозначения междисциплинарных исследований моральных проблем биомедицины, прежде всего связанных с необходимостью защиты достоинства и прав пациентов. Это значение появляется неслучайно. Оно обусловлено влиянием на формирование биоэтики идеологии правозащитного движения, получившей всеобщее признание в 60-х годах.

Правозащитное движение

Правозащитное движение можно рассматривать как вторую, весьма существенную культурную предпосылку формирования биоэтики. Если экологическое движение возникает в ответ на угрозу для физического (природного) благополучия человека, то биоэтика начинает бурно развиваться в результате открытия угрозы для моральной идентичности человека со стороны 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 как бы в двух, не всегда связанных друг с другом, облициях. С одной стороны, перед ним человек как представитель «человечества в целом», а с другой – конкретный индивид со своими собственными интересами, которые не всегда сопрягаются с общечеловеческими. До начала 60-х медицинское сообщество придерживалось той точки зрения, что во имя блага «человечества» можно почти всегда пожертвовать благом отдельного человека. Аналогичным образом дело обстояло во всем мире. Во Франции проститутки в исследовательских целях умышленно заражали венерическими болезнями, в США создавались «контрольные» группы для изучения естественного (без лечения) течения сифилиса. В 50-х годах американские военные медики у себя в стране рассеивали над небольшими городками радиоактивные аэрозоли для исследования динамики накопления радионуклидов в окружающей среде, почве, организме человека и домашних животных (Jay Katz *The Regulation of Human Experimentation in the United States – A Personal Odyssey* // *IRB: A Review of Human Subject Research* vol. 9, Number 1, pp.1–6). Можно привести десятки примеров подобного рода. Национальные интересы или интересы человечества в получении научных знаний всегда превалировали над интересом к сохранению здоровья конкретных отдельных лиц. Отнюдь не безгрешны в этом отношении и советские ученые. Рутинной отечественной биомедицинской науки являются ненужные с клинической точки зрения для данного пациента, но полезные с научной – заборы крови, пункции, биопсии, рентгеноконтрастные исследования, функциональные пробы и т.д. Все это традиционно делалось и подчас делается сейчас без осознанного согласия пациентов и испытуемых. Интересы индивида приносятся в жертву интересам науки и «человечества». Этот болезненный парадокс невозможно решить механически. Наука приносит пользу человечеству, но при этом требует принести в жертву отдельных людей.

Исторически, понятие «информированное согласие» начало формироваться в ходе работы 1-го Военного Трибунала США в Германии, который наряду с Приговором по делу «медиков» в 1947 году подготовил документ, получивший название «Нюрнбергский Кодекс», который стал первым международным «Сводом правил о проведении экспериментов на людях». В пункте первом данного Кодекса впервые используется понятие «добровольное согласие» лица, вовлеченного в медицинский эксперимент. В результате бурных общественных дебатов 60-х годов 20 века, захвативших США и Западную Европу, произошло осознание того, что человеческое тело не только «объект» научного исследования или терапевтического действия, но также «плоть»

конкретного человека – ее собственника. Поэтому никто не имеет права совершать научные исследования или осуществлять терапевтические действия без разрешения самого испытуемого или самого пациента. Именно в этих дебатах был сформулирован центральный для биоэтики принцип «автономии личности» пациента, обосновывающий право каждого человека участвовать в качестве самостоятельного субъекта в принятии касающихся лично его жизненно важных медицинских решений. Одновременно было выработано важнейшее биоэтическое правило **«добровольного информированного согласия»**, которое на практике призвано обеспечить реализацию **принципа автономии личности пациента**. Оно гласит: ни научное исследование, ни терапевтическое вмешательство не могут производиться без добровольного согласия пациента или испытуемого, которое им дается на основе адекватной информации о диагнозе и прогнозе заболевания, целях и методах предполагаемого вмешательства или исследования, возможных неблагоприятных побочных последствиях и т.д.

Хельсинкская декларация Всемирной медицинской ассоциации (ВМА) 1964 года дала первый международный этический стандарт проведения научных исследований на человеке, в основе которого лежал принцип автономии личности пациентов и испытуемых. Публикация Хельсинкской декларации стимулировала интенсивное теоретическое исследование этических проблем экспериментирования на человеке, которое представляет собой одно из важнейших направлений современной биоэтики. Результаты этой работы аккумулирует Хельсинкская декларация ВМА 2000 года, являющаяся современным международно признанным стандартом проведения научных исследований на человеке. Существенное значение в этом стандарте занимает требование независимой этической экспертизы научных проектов, специально создаваемыми исследовательскими этическими комитетами, которые работают на основе междисциплинарного подхода. Понимание необходимости *междисциплинарного подхода* в осмыслении и практическом решении проблем, порождаемых научно-техническим прогрессом, можно рассматривать в качестве третьей идеологической предпосылки формирования биоэтики.

Возникновение биоэтики

Достижения научно-технического прогресса в биомедицине не только практически расширили возможности в области биомедицины, но и повлияли на традиционные представления о добре и зле, благе пациента, представления о начале и конце жизни человека, и соответственно, дали еще один дополнительный стимул развитию биоэтики.

По мнению американского философа А.Джонсена (A.Jonsen) рождение биоэтики можно датировать 1961 – началом публичных дискуссий вокруг деятельности этического комитета при Центре «Искусственная почка» в г.Сиетл, который занимался отбором первых пациентов для искусственного

гемодиализа. Комитет был прозван в прессе – «божественный», поскольку доступ к только что появившимся (и поэтому бывшим в ограниченном количестве) аппаратам искусственной почки означал для пациентов шанс выжить, тогда как те, кому комитетом было отказано в лечении, были фактически обречены на скорую смерть.

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 Сиетле возникло понимание, что распределение дефицитного ресурса (доступа к аппарату искусственной почки) – это не только медицинская, но и моральная проблема (в данном случае – проблема справедливости). Для ее корректного разрешения недостаточно только врачебных знаний и опыта. Однако в современном обществе, где люди поклоняются разным богам, отдают предпочтение разным, постоянно спорящим друг с другом философским системам, нет общепризнанных «экспертов» по разрешению моральных проблем.

Ответом на эту сложную ситуацию стало создание этического комитета – совещательного органа при медицинском центре, на заседаниях которого медики, богословы, юристы, психологи, представители общественности совместно искали наиболее морально обоснованный подход к разрешению конкретных ситуаций. Кого подключить к аппарату – стареющую голливудскую звезду или подростка? Успешного бизнесмена или добропорядочную домохозяйку? Местного политика или богатого иностранца? На подобные вопросы не может быть дано универсального ответа. Каждый случай уникален, и, чтобы разобраться в нем, необходимо принять в расчет и медицинские, и этические, и психологические, и правовые, и финансовые и многие другие аспекты возникшей ситуации, которые можно учесть только в совместном обсуждении.

В основе биоэтики лежат представления о недостаточности одностороннего медицинского истолкования телесного благополучия как цели врачевания. Насущной необходимостью является междисциплинарный диалог медиков с представителями широкого круга гуманитарных наук и диалог с пациентами и представителями общественности. Только так может быть адекватно выражена и понята многоплановая природа человеческого страдания и на этом основании выработана современная регулятивная идея блага и как цели врачевания для отдельного индивида, и как цели общественного здравоохранения в целом. Первой исследовательской организацией, начавшей систематическое междисциплинарное обсуждение моральных проблем современной медицины, стал созданный в 1969 врачом-психиатром Виллардом Гейлином и философом Дэниэлом Кэллахеном «Хейстингский центр» (Institute of Society, Ethics and the Life Sciences). В 1971 был создан Институт этики Кеннеди (с 1979 года – часть Джорджтаунского университета), который создал первые образовательные курсы для врачей, философов и представителей других специальностей.

Сложные биоэтические проблемы затрагивают многие стороны развития современных сообществ. Поэтому для их решения создан особого рода социальный институт этических комитетов, который представляет собой многоуровневую сеть общественных, государственных и международных организаций. Этические комитеты существуют при научно-исследовательских организациях и больницах, профессиональных объединениях (врачебных, сестринских, фармацевтических), государственных органах, международных организациях (ЮНЕСКО, ВОЗ, Совет Европы и др.).

Существенную роль в деятельности этих комитетов играют представители общественности, связанные с правозащитным движением различных групп пациентов. Роль общественности в развитии биоэтики отражена во многих законодательных актах. Примером может служить Конвенция Совета Европы *О защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине* (1996), первоначально называвшаяся *Конвенция по биоэтике*. 28 статья Конвенции формулирует требование, выражающее специфику биоэтического стиля мышления: «Стороны должны позаботиться о том, чтобы фундаментальные проблемы, связанные с прогрессом в области биологии и медицины (в особенности социально-экономические, этические и юридические аспекты) были подвергнуты широкому общественному обсуждению и стали предметом надлежащих консультаций...». Экспертное знание не отвергается (в этом смысл требования «надлежащих консультаций»), но уравнивается в правах с суждением «общественности».

Биоэтика дает интеллектуальное обоснование и социальное оформление публичному процессу, в котором вырабатываются социально признанные границы человеческого существования. Вопрос о том, что значит быть человеком, неслучайно является одним из центральных в академических исследованиях. От его решения зависит содержание моральной позиции в конкретных ситуациях. К примеру, в основе моральных конфликтов по проблеме аборта лежит не вопрос о праве нарушать заповедь «Не убий!», но вопрос о том – признается или не признается оплодотворенная яйцеклетка, зародыш или нерожденный плод в качестве «человека». Если признается, то право на жизнь принадлежит ему в полном объеме; если – нет, то он является частью тела матери, которую можно столь же просто изъять, как хирургически изымается из организма опухоль или воспалившейся червеобразный отросток. В ожесточенной интеллектуальной и политической публичной конфронтации вокруг признания или непризнания нерожденных человеческих существ в качестве «людей» формируется социально признанная граница начала собственно человеческого существования, того момента, с которого нерожденное существо, рассматривается уже не как часть женского тела, с которой женщина вправе поступить по своему усмотрению, но как социально признанный субъект моральных отношений.

Аналогичным образом, в публичных дебатах вокруг проблемы «дефиниции смерти» и моральных проблем трансплантологии формируется социально признанная граница конца собственно человеческого существования

– того момента, переходя который человек теряет основной объем прав субъекта морального сообщества. С этого момента он признается обществом в качестве «трупa», от которого, к примеру, при определенных условиях можно забрать еще бьющееся сердце или иной орган для пересадки другому человеку. В центре дискуссии опять же оказывается вопрос о социальном признании или непризнании в качестве человека существа с погибшим мозгом, но еще бьющимся сердцем.

3 декабря 1967 южноафриканский хирург Кристиан Барнард первым в мире пересадил сердце от одного человека другому. Он спас жизнь неизлечимому больному, изъяв бьющееся сердце от женщины, мозг которой был необратимо поврежден в результате автомобильной катастрофы. Общественная реакция на это революционное событие оказалась полярной. Одни превозносили Барнарда как изобретателя метода спасения сотен тысяч неизлечимых больных. Другие обвинили его в убийстве. Ведь он изъял еще бьющееся сердце! Прервал одну жизнь, чтобы спасти другую. Имел ли он на это право? Было ли это убийством, или человек, у которого погиб мозг, фактически уже мертв, несмотря на то – бьется или не бьется его сердце?

С исторической точки зрения биоэтика и началась как широкая общественная дискуссия по поводу сложнейшего морального выбора на границе между жизнью и смертью в парадоксальных ситуациях, постоянно порождаемых прогрессом современных биомедицинских технологий.

В биоэтических дискуссиях границы человеческого существования постоянно подвергаются критическому пересмотру, что делает их нестабильными. Одновременно возникает набирающая силу тенденция различения «человеческого сообщества» и «морального сообщества». Многочисленные группы и движения сторонников прав животных настойчиво добиваются пересмотра «антропоцентричной» морали и признания в качестве основополагающей – «патоцентрической» модели (включающей всех живых существ, способных переносить боль) или даже биоцентрической модели, охватывающей всю живую природу. Особо активно это обсуждается в связи с проектами создания трансгенных животных для ксенотрансплантаций (пересадки органов от животных человеку).

Во многих странах мира биоэтика стала академической дисциплиной. Ее преподают главным образом на философских и медицинских факультетах университетов. В настоящее время издаются десятки специализированных журналов, регулярно публикующих материалы по биоэтике. Среди них следует упомянуть «Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics. The International Journal for Healthcare Ethics and Ethics Committees»; «The Hastings Center Report»; «The Journal of Medicine and Philosophy. A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine»; «Medicine, Health Care and Philosophy. A European Journal»; «Theoretical Medicine and Bioethics. Philosophy of Medical Research and Practice». В России статьи по проблемам биоэтики регулярно публикует журнал «Человек». С 2000 выходит журнал «Медицинское право и этика». В США вышло два издания четырехтомной «Encyclopedia of Bioethics» (1979 и 1995). С

1993 организована Международная Биоэтическая Ассоциация, проводящая всемирные биоэтические конгрессы.

В условиях формирования правового, демократического, гражданского общества реализация политики государства, направленного на здравоохранение населения и реформирование системы здравоохранения, возможна лишь путем принятия надлежащей нормативно правовой базы.

Важным документом является Закон РУ «Об охране здоровья граждан» в 1996г., который посвящен регуляции отношений в сфере здравоохранения. Данный закон является своеобразной декларацией прав человека в сфере здравоохранения, который определяет правовые, организационные, экономические и социальные принципы здравоохранения Узбекистана и регулирует общественные отношения в этой отрасли.

Настоящий законодательный акт также предусматривает формирование государственной политики здравоохранения. При разработке и оценке политики здравоохранения необходимо делать акцент на универсальной ценности отрасли (медицинская этика, ответственность и профессионализм медицинского персонала, уважение, к человеческому достоинству и тому подобное), учитывая то, что здоровье является одним из основной потребности и неотъемлемым правом человека, а также одной из цели развития общества.

4. Основные принципы и модели биоэтики.

Принципы биоэтики. Новая тенденция взаимосвязи отдельных наук выражается в интеграции естественнонаучного, социогуманитарного и технического знания. Основное предназначение биоэтики как интегративного междисциплинарного направления в современной науке заключается в систематическом анализе действий человека в биологии и медицине в свете нравственных ценностей и принципов, 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 с участием человека, экспериментальной деятельности с животными, формировании морально-правовых и социально-этических основ решений в области трансплантации органов, эвтаназии, психиатрии и др.

Согласно определению Страсбургского симпозиума по биоэтике 1990 г., **биоэтика** - это область знаний, изучающая моральные, юридические, социальные проблемы, возникающие по мере развития медицины и биологии. Иными словами, это наука о критериях нравственного отношения к живому, это институт, защищающий интересы общества от агрессии науки, а также методология решения нравственных дилемм в области медицины, нашедшая применение в ежедневной практике медицинского работника и исследователя: Основная цель биоэтики - защита человека от возможных негативных воздействий медицины и биологии на его жизнь и здоровье. Если медицинская

этика касалась только врачей, то комитеты по биоэтике формируются из философов, экологов, юристов, представителей общественности и государственных властей. Медицинская этика говорит об обязанностях врача, биоэтика стоит на страже прав пациентов. Кратко рассмотрим основные этапы развития медицинской этики.

Первый этап – начался с «формирующейся медицины», которая опиралась на основные моральные ценности- понятия о Добре и Зле (Авеста, принцип ахимса)) Этап завершился появлением трудов греческих философов Сократа, Платона, Аристотеля) и «Корпус Гиппократа».

Второй этап- начался с появлением монотеистических религий и проходил в рамках их формирования в иудаизме, буддизме, христианстве, исламе. Заметный след в истории медицинской этики оставили труды арабских ученых-медиков эпохи мусульманского Ренессанса на Ближнем Востоке и в Центральной Азии: «Практическая этика врача» Аль-Рухави, «Приказ медицины» Ибн-Абу Усейби, «Канон медицины» и «Фируз нома» Ибн Сины, которые содержат немало этических принципов, например, требование к врачу, больному и здоровому сосредоточить усилия на предупреждении болезней, учитывать индивидуальные особенности и уникальность каждого человека. Многие выдержки из названных трудов стали афоризмами, переводились на латынь и европейские языки.

Третий этап – появление в X-XIIв и в последующие, корпораций врачей. Светская медицинская школа в Салерно, достигшая расцвета в XIIв, занималась переводами медицинских книг с арабского на латынь. Итог этому этапу развития медицинской этики подводили труды Т.П.Персиваля («Медицинская этика» 1803г) , обсуждается принцип «делай благо».

Четвертый этап- «деонтологический». И.Бентам- английский философ и правовед в книге «Деонтология или наука о морали» (1834) с позиций утилитаризма утверждает о необходимости деонтологии для любой профессии. Обсуждается принцип пользы, принцип долга.

Пятый этап- начался с принятия в 1948г на 2-ой сессии ВМА в Женеве декларации (Клятва Гиппократа XXв) и Международного кодекса медицинской этики(1949г). На этом этапе неизмеримо возросла общественная роль врача, а морально-этическое регулирование медицинских проблем поднялось на новую ступень, обретая статус международных соглашений. В 1970г вводится в научный оборот В.Поттером Термин «биоэтика».

Принципы и модели медицинской этики. Медицинская этика - одна из наиболее развитых видов прикладной этики на протяжении тысячелетий, стремилась регулировать сложные взаимоотношения, возникавшие между врачами и больными, испытывавшими страдания и нуждавшимися в особой

заботе и внимании, нередко, не только в лечении болезни, но и в спасении жизни.

Одна из первых моделей медицинской этики- **патернализм**. Это такая модель отношений, когда врач выступает по отношению к больному не только как любящий отец, но и как властелин, ибо в его руках - жизнь, здоровье, свобода, полноценность, счастье человека. Содержание профессиональной медицинской этики определяется такими принципами, как «приносить пользу», «не навреди», «вызывать доверие пациента», то есть направлено на регуляцию деятельности врача и называется «медицинской деонтологией».

В отношениях врач - пациент изначально заложено неравенство: знания, которыми обладает врач, дают ему власть над пациентом в той сфере, которая представляет для пациента особую ценность. Что касается пациента, то он перед врачом обнажен и физически, и эмоционально. Больной обеспокоен и растерян, он рассчитывает на помощь, находится в зависимом положении, связанном, в том числе, с неопределенностью и риском. Мораль и право призваны выровнять это неравенство, связав врача определенными обязательствами и защитив пациента определенными правами. Существуют международные принципы медицинской этики, в том числе изложенные в Декларации о защите от пыток и других форм унижения человеческого достоинства, принятой в 1982 году Ассамблеей ООН. Основные принципы медицинской этики, относящиеся к роли врачей в защите заключенных от пыток и других видов обращения и наказания, унижающих человеческое достоинство, сводятся к следующим:

1) Работники здравоохранения обязаны охранять физическое и психическое здоровье заключенных, обеспечивая их лечением такого же качества, что и лицам, не являющимся заключенными.

2) Врачи совершают преступление, если они участвуют или соучаствуют в пытках или других жестоких видах обращения и наказания.

3) Работники здравоохранения или врачи совершают преступление, если они: применяют свои знания и опыт для содействия допросу заключенных таким образом, что это может повлиять на их здоровье; удостоверяют, что состояние здоровья заключенных позволяет подвергать их любой форме обращения или наказания, которое может оказать отрицательное воздействие на их физическое или психическое здоровье.

4) Участие врача в любой процедуре смиренного характера является нарушением медицинской этики, если только оно не продиктовано необходимостью охраны здоровья и безопасности заключенного.

5) Не может быть никаких отклонений от вышеизложенных принципов, ни на каких основаниях, включая чрезвычайное положение.

Главный смысл медицинской деонтологии - соблюдение врачом своих обязанностей перед больным, перед другими врачами, перед родственниками и близкими больного. Эти обязанности можно свести к следующему:

оказывать всем нуждающимся квалифицированную помощь; делать это с чувством сострадания и уважения к человеческому достоинству; сохранять врачебную тайну; принимать самостоятельные решения исходя из принципа патернализма; соблюдать принцип «не навреди»; честно относиться к своим коллегам и добиваться разоблачения тех врачей, которые прибегают к обману и жульничеству; совершенствовать свои знания; не проводить опыты на людях (на заключенных); обеспечивать медицинское обслуживание заключенных такого же качества, как и других людей; не принимать соучастия активного или пассивного - в пытках или других жестоких или унижающих человеческое достоинство мероприятиях; не участвовать в процедурах смиренного характера в отношении заключенного или задержанного.

Основные принципы биоэтики выражаются не в обязанностях врача (как в медицинской этике), а в формулировке прав пациента:

1. Право на информацию, изложенную в понятном виде, письменно. Пациент должен иметь информацию о риске. Этот принцип отличается от врачебной тайны, поскольку предполагает информированность пациента.

2. Больной имеет право принимать решение относительно своей судьбы, участвовать в принятии решения.

3. Вместо главенства патернализма, как основного принципа медицинской этики, вводится принцип автономии личности, основанный на уважении человеческого достоинства и свободного выбора больного;

4. Главный принцип биоэтики: информированное согласие (informed consent).

5. Милосердие.

Информированное согласие означает, что пациент получает информацию в доступной для него форме его состояние и он участвует в принятии решения относительно предстоящего лечения. Этот принцип отличается от принципа медицинской этики, призывающего к соблюдению врачебной тайны. Биоэтика как новое направление столкнулась со следующими опасностями, угрожающими сегодня человечеству: появление новых форм тоталитаризма и насилия (опыты над людьми, манипуляция органами), селекция людей, вырождение естественной способности к размножению, распад семьи, разрушение фундаментальной оппозиции мужского и женского, появление новых биологических существ (монстров), угрожающих всему живому, появление новых болезней (связанных с опытами над микроорганизмами),

дегуманизация человеческих отношений, связанная с коммерциализацией медицины.

Предпосылками появления биоэтики являются: борьба против коммерциализации медицины, соблюдение прав пациентов, а также интересов медиков, введение страховой медицины, совершенствование законодательства, принятие этических кодексов. Необходимость создания международных комитетов биоэтики, которые поставили бы преграду всем попыткам использовать достижения современной медицины в неблагоприятных целях, использование бактериологического, химического, ядерного оружия и др.

Многообразие существующих этических теорий исключает попытки отыскать единственный принцип или набор принципов, который удовлетворял бы всех без исключения, невозможно. В существующей литературе по биоэтике предлагается много вариантов решения проблем, как с точки зрения выбора тех или иных принципов в качестве основополагающих, так и с точки зрения взаимоотношений между этими принципами.

Принцип «не навреди». Этот принцип является старейшим в медицинской этике. В латинской формулировке он выглядит так: *primum non nocere*, что в переводе означает «прежде всего - не навреди (или - не повреди)», где слова «прежде всего» могут быть истолкованы и в том смысле, что этот принцип является наиболее важным в деятельности врача. Нередко в принципе «не навреди» усматривают суть врачебной этики Гиппократов, однако на самом деле в его трудах такого утверждения нет. В клятве Гиппократов, впрочем, говорится: «Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости», но в контексте всей клятвы эти слова трудно признать ее основным мотивом, хотя бы потому, что на первое место и по последовательности изложения, и по смыслу - в клятве поставлены чрезвычайно сильные обязательства вступающего в профессию по отношению к своему учителю.

Первый вопрос, возникающий в связи с этим принципом - как определить, что именно понимается под вредом применительно к сфере биоэтики, прежде всего, применительно к деятельности врача, к его взаимоотношениям с пациентами. В этом смысле, если подходить к ситуации со стороны врача, можно различить такие формы вреда:

- вред, вызванный бездействием, неоказанием помощи тому, кто в ней нуждается;
- вред, вызванный недобросовестностью, злым или корыстным умыслом;
- вред, вызванный неверными, нерасчетливыми или неквалифицированными действиями;

- вред, вызванный объективно необходимыми в данной ситуации действиями.

Каждая из этих разновидностей вреда, очевидно, оцениваются по-своему. Что касается первой - не оказания помощи, то в некоторых случаях это связано с правонарушением, т. е. с невыполнением такого обязательства, которое налагается законом либо иным нормативным документом. Поэтому, в таких ситуациях проблема является не столько моральной, сколько юридической или административной.

Положим, врач, который находится на дежурстве, не выполняет тех действий, которые он должен осуществить в отношении данного пациента. Тогда он будет ответственным, во-первых, в силу самого факта невыполнения обязанностей и, во-вторых, в зависимости от тех последствий, которые повлекло его бездействие. (Заметим, что первая ответственность будет деонтологической, а вторая - утилитаристской природы.) При этом если по первому обстоятельству ответственность будет безусловной, то по второму она может быть в какой-то мере снята - например, если врачу пришлось потратить время и силы на помощь другому пациенту, находящемуся в более тяжелом состоянии. Тем не менее, пациент, которому не была оказана помощь, либо его родственники могут предъявить врачу претензии вплоть до судебного иска. Иное дело когда врач не находится при исполнении своих служебных обязанностей. В художественной литературе, в кино нередко обыгрывается такой сюжет, когда скажем, в поезде или самолете возникает необходимости экстренного медицинского вмешательства, и экипаж обращается к пассажирам примерно таким образом: «Если среди вас есть врач, просим оказать помощь». В этой ситуации, врач, оказавшийся среди пассажиров, может самоустраниться, и привлечь за это его к уголовной ответственности, даже если окружающие каким-то путем узнают о его профессии, будет весьма непросто (скажем, по американским законам врач частной практики в подобном случае вообще не подлежит юридической ответственности). Однако в моральном отношении такое бездействие явно будет предосудительным, и, к примеру, профессиональная ассоциация американских врачей вполне может лишить совершившего этот поступок лицензии, дающей право заниматься медицинской практикой.

Вторая разновидность – это вред, причиненный вследствие недобросовестности (т. е. ненадлежащего исполнения своих прямых обязанностей).

Не вызывает особых затруднений, с точки зрения этического анализа, и следующая разновидность вреда, обусловленного недостаточной квалификацией, неумением врача качественно выполнить свои обязанности. Важно отметить, что само понятие квалификации врача имеет не только сугубо техническое, но и моральное содержание.

Наконец, четвертая из перечисленных разновидностей - это объективно необходимый вред. На первый взгляд сама постановка вопроса о таком вреде может показаться парадоксальной, однако при более внимательном рассмотрении выясняется, что едва ли не каждое такое обращение к врачу несет в себе и тот или иной вред для пациента. Если взглянуть на ситуацию с этой стороны - со стороны пациента, то можно будет увидеть самые разные виды вреда.

Начать с того, что сам по себе визит к врачу требует затрат времени (а теперь нередко и денег), которое пациент вполне мог посвятить чему-то другому, более приятному для него, либо из-за этого визита не смог сделать какие-то важные для себя дела. А если, скажем, врач предписывает ему какой-то определенный режим, то здесь вред выражается в некотором, и порой весьма существенном, ограничении возможностей пациента, его свободы. В случае же госпитализации этот вред, связанный с ограничением возможностей, становится особенно значительным.

Еще одна форма вреда связана с информированием пациента о том, что касается его состояния и прогноза его заболевания. В этом случае вред может быть связан как с утаиванием информации, так и с сообщением ему правдивой информации. С одной стороны, скрывая информацию, мы этим сами по себе наносим ему вред, поскольку унижаем его достоинство, не говоря уже о том, что человек, делающий что-то на основе недостаточной или неверной информации, может невольно нанести ущерб и себе, и окружающим. Но, с другой стороны, вред может быть нанесен и в том случае, если пациенту дается правдивая, но обескураживающая информация о состоянии его здоровья, особенно когда это делается в жестоких формах, без учета его психического состояния.

Вред пациенту может быть нанесен и тем, что врач или любой другой работник лечебного учреждения сообщает медицинскую информацию о данном пациенте третьим лицам (нарушает правило конфиденциальности). Раскрытие этой информации является нарушением закона, защищающего врачебную тайну, и в таких случаях мы не можем говорить о том, что данный вред неизбежен. Но и в тех ситуациях, когда закон допускает или даже требует раскрытия этой информации (но только строго определенному кругу лиц!), пациенту тем не менее может быть нанесен вред - который теперь уже оказывается неизбежным, хотя тем самым была предотвращена опасность нанесения вреда другим людям, скажем, посредством их инфицирования. Отметим, что в этом случае, как и в случае с обманом пациента, речь идет о причинении ему не физического, а морального вреда. Говоря о взаимоотношениях врача и пациента, необходимо иметь в виду обе эти категории вреда.

Далее, лечение, назначенное врачом, может включать болезненные процедуры - получается, что врач с благой целью - ради излечения болезни, причиняет пациенту физические боли. А в определенных ситуациях врач

оказывается перед необходимостью нанести и более серьезный ущерб, скажем, увечье, которое сделает пациента инвалидом.

Наконец, возможен и такой вариант, когда пациент страдает от неизлечимого недуга, к тому же сопровождающегося сильнейшими болями, В этом случае пациент может решить, что скорая и безболезненная смерть для него будет представлять меньший вред, чем продолжение тяжелых и безнадежных мучений.

Такова градация некоторых форм вреда, которое могут быть нанесены пациенту. Очевидно, если истолковывать принцип «прежде всего не навреди» буквально, то врачу следовало бы в принципе отказаться от какого- бы то ни было вмешательства. Но, конечно, смысл принципа не в этом.

Конечно, вред, наносимый врачом, может относиться не только непосредственно к пациенту. Скажем, в ситуации, когда есть угроза жизни беременной женщины, может возникнуть необходимость аборта, т. е. нанесения непоправимого вреда невинному человеческому существу. Или другой пример: поддерживающее лечение для одного больного может обернуться вредом для других, которые не смогут в силу нехватки ресурсов получить доступ к аппаратуре, способной сохранить им жизнь. В таких ситуациях, хотя принцип «не навреди» и сохраняет силу, однако одного его оказывается не достаточно для взвешенного и морально оправданного выбора.

Таким образом, принцип «не навреди» имеет смысл понимать в том ключе, что вред, исходящий от врача, должен быть только вредом объективно неизбежным и минимальным, что ситуации морального выбора в деятельности врача не есть нечто исключительное и редкое, напротив, они (независимо от того, насколько сам врач чуток и восприимчив в моральном отношении) - неотъемлемая составная часть его повседневной деятельности.

Вред, который могут принести пациенту действия врача, бывает намеренным либо ненамеренным. О намеренном вреде мы можем говорить в случаях бездействия, умышленного причинения вреда и объективно неизбежного вреда. Его можно предвидеть заранее и оценить его возможные масштабы. Но часто медицинские работники, своими действиями причиняют ненамеренный вред. И здесь также возможны два варианта - когда вред не был предусмотрен из-за нежелания задуматься о возможных последствиях, либо когда он проистекает из неконтролируемых внешних обстоятельств.

Принцип «делай благо». Этот принцип является расширением и продолжением предыдущего, так что некоторые специалисты по биоэтике даже склонны объединять оба принципа в один. Однако, между ними есть и серьезные различия, оправдывающие их раздельное рассмотрение, особенно применительно к биоэтике. Принцип «не навреди» известен далеко за пределами медицины, и хотя мы рассматривали его на примерах из медицинской практики, нередко его вполне оправданно считают минимально

необходимым, т. е. исходным требованием вообще всех моральных взаимоотношений между людьми. Если я не в качестве врача, а в качестве просто индивида опасаясь, что мой поступок может причинить вред другому, то, наверно, мне будет лучше воздержаться от действия. Принцип же «делай благо (или твори добро)» это не запрет, а такая норма, которая требует некоторых позитивных действий. Его смысл передается иногда с помощью таких слов, как благодеяние, благотворительность, милосердие, филантропия. Эти действия предполагают, в первую очередь, не столько рациональные соображения, сколько сострадание, жалость. Принцип «делай благо» акцентирует необходимость не просто избегания вреда, но активных действий по его предотвращению и (или) исправлению. При этом имеется в виду не только и не столько тот вред, который вольно или невольно причинен врачом, а любой вред, который врач в состоянии предотвратить либо исправить, будь это боль, страдание, или болезнь пациента.

Существуют определенные сложности в понимании и обосновании принципа «делай благо». Так, в самой крайней форме он может истолковываться в смысле обязательного самопожертвования и крайнего альтруизма. Некто, скажем, действуя в соответствии с этим принципом, мог бы счесть себя обязанным предложить для пересадки любому, даже незнакомому человеку свою почку, а то и обе почки, иначе говоря, отдать собственную жизнь. Но, очевидно, было бы неразумно и, более того, безнравственно требовать от человека такой степени самопожертвования. Поэтому иногда принцип «делай благо» понимается как моральный идеал, а не моральное обязательство – хотя следование ему и заслуживает одобрения, но вместе с тем нельзя считать аморальным и осуждать того, кто отказывается делать добро другому.

Таким образом, обоснование этого принципа сводится к непростому вопросу о том можно ли и если да, то в каких случаях, говорить об обязанности делать благо? Можем ли мы, к примеру, требовать от того, кто плохо плавает, чтобы он бросился спасать человека, тонущего в полусотне метров от берега? И, с другой стороны, если этому плохому пловцу надо проплыть лишь два-три метра, чтобы передать тонущему спасательный круг, можно ли считать, что он морально не обязан этого делать?

В разных этических теориях обязанность делать добро обосновывается по-разному. Так, утилитаристы считают ее непосредственным следствием принципа пользы. Делая добро другим, мы увеличиваем общее количество блага в мире, тогда как в деонтологической этике Канта оно является требованием, вытекающим из категорического императива - если ты хочешь, чтобы делание добра другим было всеобщей нормой и чтобы другие делали тебе добро, делай и сам добро другим. Д. Юм обосновывал необходимость делать добро другим

природой социальных взаимодействий: живя в обществе, я получаю блага от того, что делают другие, а потому и я обязан действовать в их интересах.

До сих пор мы обсуждали принцип «делай благо» применительно к таким ситуациям, в которых обе участвующие стороны не связаны между собой какими-либо специальными отношениями. Однако в тех случаях, когда такие отношения существуют, обязательство делать добро становится более весомым. Скажем, если человеку предлагают пожертвовать свою почку для пересадки, которая может спасти жизнь кому-то, кто не является его родственником, то нельзя сказать, что для этого человека такое самопожертвование является обязанностью (а наше законодательство просто запрещает такой род донорства). Если же донором почки будет родитель, а реципиентом его ребенок, то в этом случае такой акт благодеяния будет представляться более обязательным. Здесь отношения являются особенными в том смысле, что быть родителем значит выступать в определенной социальной роли, которая налагает достаточно серьезные обязательства.

Другой тип отношений - это отношения, определяемые каким-либо соглашением, договором, контрактом (причем далеко не всегда зафиксированным в виде документа), которым могут обуславливаться действия, направленные на обеспечение блага участвующих сторон.

Еще один тип отношений, когда предполагаются определенные обязательства по обеспечению блага это отношения между профессионалом, с одной стороны, и клиентом, пациентом, потребителем оказываемых этих профессионалом услуг с другой. Профессионал - это, скажем, врач, юрист, милиционер, преподаватель, тренер и т. п., тот, кто обладает специфическими знаниями и умениями и выступает в соответствующей социальной роли. Социальный смысл, предназначение его деятельности и состоит в том, чтобы делать благо для людей, которые к нему обращаются за помощью.

Трудно представить отдельного врача, а тем более всю систему здравоохранения и медицины, которая бы ограничивалась лишь задачей непричинения вреда пациентам. Целью всего здравоохранения является не просто избегание вреда, а обеспечение блага пациентов, а значит, и всех людей и общества в целом. Когда были изобретены методы предотвращения таких болезней, как желтая лихорадка или чума, вполне естественным было осуществление позитивных действий, т. е. принятие специальных программ профилактики этих тяжелых заболеваний, осуществляемых в общенациональных масштабах. Напротив, не предпринимать эти меры было бы морально безответственным.

В целом то благо, которое обязаны преследовать врачи и другие медицинские работники - это охрана здоровья населения. Задача

здравоохранения предупредить потерю здоровья, если это возможно, восстановить утраченное здоровье пациента, коль скоро есть разумная надежда на его излечение, хотя в ряде случаев приходится довольствоваться и меньшим, например, тем, чтобы приостановить прогрессирующее развитие болезни или даже в случае паллиативной медицины облегчить боли и страдания умирающего.

В клятве Гиппократова обязанность делать добро в качестве безусловного долга распространяется на отношение вступающего во врачебное сословие к своему учителю и даже к его семье. Что же касается отношения к пациентам, то в этом смысле клятва оказывается далеко не столь категорически обязывающей. Здесь он выступает скорее как представитель корпорации, добровольно вступающий в контакт с теми, кто хочет и может обратиться к нему за помощью. Его социальная роль в отношениях с ними - это в буквальном смысле слова благодетеля, т.е. того, кто делает благо.

В современной же медицине на первый план выступают обязательства врача по отношению к обществу и к своим пациентам. В целом, в отличие от времен Гиппократова, для современного врача обязанность делать благо для пациентов является более императивной.

Еще одна проблема, связанная с принципом «делай благо», касается того, кто определяет содержание того блага или добра, которое должно быть сделано.

Патернализм. В клятве Гиппократова есть такие слова: «Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением...». Многовековая традиция медицинской практики состоит в том, что в каждом конкретном случае именно врач решает, в чем состоит благо пациента. Такой подход принято называть **патерналистским** (от лат. *pater* - отец), поскольку врач при этом выступает как бы в роли отца, который не только заботится о благе своего неразумного ребенка, но и сам определяет, в чем состоит это благо. Термин «патернализм», по своему происхождению, относится к языку социально-политических теорий и характеризует тип отношений государства, с одной стороны, и граждан - с другой. При этом государство изначально считает себя безусловным представителем и выразителем их благ и интересов, т.е. принимает решения и действует от их имени, нимало не беспокоясь о выявлении и учете их мнений. Сами же они, в свою очередь, исходят из того, что государство само полномочно решать за них, в чем состоит их благо, но в то же время обязано заботиться о них, опекать их. Тем самым происходит отчуждение прав и свобод граждан, которые в этом случае фактически оказываются не столько гражданами в строгом смысле этого слова, сколько подданными, в пользу государства.

Будучи явлением социальной и политической культуры общества, патернализм распространяется не только на взаимоотношения государства и граждан, но и на все те сферы жизни общества, где так или иначе проявляются отношения власти, т.е. господства одних и подчинения других. Одной из таких сфер является и сфера здравоохранения.

В этике Гиппократовы отношения «врач - пациент» строились на основе «сильного» и «слабого», закладывая модель патерналистского подхода в медицине. Дилемма патерналистского и непатерналистского является «сквозной» для всей биоэтики. Патерналистская модель основывается на асимметричности характера моральных взаимоотношений врача и пациента и всю (или почти всю) полноту ответственности за принятие клинических решений берет на себя врач.

Напротив, непатерналистская модель взаимоотношений врача и пациента исходит из приоритета моральной автономии пациента, в силу чего ключевой категорией такого подхода становится категория прав пациента. В странах бывшего союза подавляющая масса врачей все еще придерживается традиционно-патерналистской модели взаимоотношений с пациентами, в частности, исповедуя убеждение в этической оправданности в условиях врачевания доктрины «святой (спасительной) лжи». Когда Зигмунд Фрейд узнал от врача, что у него рак, он прошептал: «Кто вам дал право говорить мне об этом?». Великий борец против всякого самообмана в области сексологии не нашел в себе силы взглянуть в глаза другой биологической истине - неизбежной смерти. Можно ли открыть больному или родным «страшный» диагноз или надо сохранить его в тайне? Целесообразно ли сообщить больному менее травмирующий диагноз, и какой должна быть мера правды?

Мы часто предпочитаем не знать подробностей предстоящего нам лечения и связанного с ним риска. По данным опросов в России, число пациентов, не заинтересованных в получении информации на эти темы, достигает 60 %. Впрочем, даже в Америке, где для большинства людей знание правды о своем состоянии является само собой разумеющимся правом, врачи учитывают культуральные факторы. Медицинский патернализм предполагает, что врач может опираться лишь на собственные суждения о потребностях пациента в лечении, информировании, консультировании. Позиция патернализма позволяет оправдывать принуждение пациентов, их обман или сокрытие от них информации, коль скоро это делается во имя их блага. Во всем мире в сфере здравоохранения патерналистские позиции оставались преобладающими и не ставились под сомнение вплоть до середины XX столетия. Начавшийся же в это время резкий, чуть ли не скачкообразный отход от них обусловлен действием целого ряда причин, включая быстрый рост грамотности населения и осознание того обстоятельства, что в плюралистическом обществе, где по

необходимости сосуществуют разные системы ценностей, ценности врача, а следовательно, его представления о благе пациента, могут и не совпадать, порой весьма существенно, с ценностями самого пациента и его представлениями о собственном благе.

Принцип уважения автономии пациента. В отличие от двух рассмотренных, этот принцип становится одним из основополагающих в биоэтике лишь в последние десятилетия, когда ставится под сомнение безусловная и исключительная компетентность врача в определении блага пациента.

Понятие автономии является одним из ключевых в этике, поскольку только автономная личность может делать свободный выбор, и только там, где есть такой выбор, можно говорить об ответственности, и применять какие бы то ни было этические категории. Действие можно считать автономным лишь в том случае, если тот, кто его осуществляет, действует:

а) преднамеренно (на философском языке - интенционально), т. е. в соответствии с некоторым собственным замыслом, планом;

б) с пониманием того, что именно он делает;

в) без таких внешних влияний, которые определяли бы ход и результат действия.

В соответствии с первым условием действие, которое носит чисто реактивный характер, которое мы осуществляем не задумываясь, хотя и понимаем его смысл, не будет считаться автономным. Второе и третье условие, в отличие от первого, могут реализовываться в большей или меньшей степени. Если, доктор предлагает пациенту какую-либо серьезную хирургическую операцию, то пациенту вовсе не обязательно иметь все те специальные знания, которыми располагает доктор, для того, чтобы сделать автономный выбор: ему достаточно понимать лишь существо дела, а отнюдь не все те детали, которые включает данная ситуация. Пациент может обратиться в этом случае за советом к кому-либо из своих близких, и их мнения могут влиять на его выбор. Но если он воспринимает эти мнения не как приказ, а только как дополнительную информацию для принятия решения, то его окончательный выбор будет автономным. В конечном счете, он может согласиться или не согласиться с предложением, принять или не принять замысел доктора, но и в том случае, когда он соглашается, он, по сути, авторизует намерение доктора, т.е. делает его своим собственным решением. Тем самым удовлетворяется и первое условие автономного выбора. Вполне возможно, что, делая свой выбор, пациент будет руководствоваться в первую очередь авторитетом доктора. Но и в этой ситуации выбор, на котором остановится пациент, будет именно его собственным, т.е. автономным решением.

Рассматриваемый принцип, не ограничивается признанием автономии. Он предполагает и нечто большее, а именно уважение автономии пациента, в частности, того, что именно выбор, сделанный пациентом, как бы он ни расходился с позицией доктора, должен определять дальнейшие действия последнего.

Принцип уважения автономии опирается на представление о том, что человеческая личность самоценна, независимо от каких бы то ни было привходящих обстоятельств. Одновременно он является и конкретным выражением этого представления. Согласно деонтологической этике Канта, уважение автономии исходит из признания того, что каждый человек есть безусловная ценность и, следовательно, он в состоянии сам определять собственную судьбу. Тот, кто рассматривает данного человека только как средство для достижения своих целей безотносительно к целям (здесь можно добавить к желаниям, намерениям, устремлениям) самого этого человека, ограничивает его свободу, а тем самым и отказывает ему в автономии.

В этой связи Кант высказывает такое соображение, легшее сегодня в основу практически всех международных и национальных этических кодексов и деклараций, регулирующих моральную и юридическую сторону медицинских вмешательств в физическое и психическое существование человека: «Каждая личность - самоцель и ни в коем случае не должна рассматриваться как средство для осуществления каких бы то ни было задач, хотя это были задачи всеобщего блага». Это чрезвычайно сильное требование, ведь речь идет о том, что благо отдельной личности не просто соразмерно, но даже более значимо, чем благо всего человечества. Оно может показаться чрезмерным, завышенным, но история дает массу примеров того, как принесение блага и интересов отдельного человека на алтарь всеобщего блага, пусть даже самого возвышенного, оборачивалось неисчислимыми бедами не только для отдельных людей, но и для общества в целом.

Модели биоэтики

Исторические модели моральной медицины. Для того, чтобы понять, какие морально-этические и ценностно-правовые принципы лежат в основе современной биомедицинской этики, следует хотя бы кратко охарактеризовать их развитие в различные исторические эпохи.

1. Модель Гиппократ («не навреди»).

Принципы врачевания, заложенные «отцом медицины» Гиппократом (460–377 гг. до н.э.), лежат у истоков врачебной этики как таковой. В своей знаменитой «Клятве», Гиппократ сформулировал обязанности врача перед пациентом. Несмотря на то, что с тех пор прошли много веков, «Клятва» не потеряла своей актуальности, более того, она стала эталоном построения многих этических документов.

2. Модель Парацельса («делай добро»)

Другая модель врачебной этики сложилась в Средние века. Наиболее четко ее принципы были изложены Парацельсом (1493–1541гг.). В отличие от модели Гиппократов, когда врач завоевывает социальное доверие пациента, в модели Парацельса основное значение приобретает патернализм – эмоциональный и духовный контакт врача с пациентом, на основе которого и строится весь лечебный процесс.

В духе того времени отношения врача и пациента подобны отношениям духовного наставника и послушника, так как понятие *pater* (лат. – отец) в христианстве распространяется и на Бога. Вся сущность отношений врача и пациента определяется благодеянием врача, благо в свою очередь имеет божественное происхождение, ибо всякое Благо исходит свыше, от Бога.

3. Деонтологическая модель (принцип «соблюдения долга»).

В основе данной модели лежит принцип «соблюдения долга» (*deontos* по-гречески означает «должное»). Она базируется на строжайшем выполнении предписаний морального порядка, соблюдение некоторого набора правил, устанавливаемых медицинским сообществом, социумом, а также собственным разумом и волей врача для обязательного исполнения. Для каждой врачебной специальности существует свой «кодекс чести», несоблюдение которого чревато дисциплинарными взысканиями или даже исключением из врачебного сословия.

4. Биоэтика (принцип «уважения прав и достоинства человека»).

Современная медицина, биология, генетика и соответствующие биомедицинские технологии вплотную подошли проблеме прогнозирования и управления наследственностью, проблеме жизни и смерти организма, контроля функций человеческого организма на тканевом, клеточном и субклеточном уровне.

Модели моральной медицины в современном обществе.

Учитывая право человека на охрану здоровья, исторически сложившиеся модели моральных отношений «врач-пациент» и состояние современного общества можно сформулировать следующие четыре синтетические модели отношений между врачом и пациентом.

1. Модель «технического» типа.

Одно из следствий биологической революции – возникновение врача-ученого. Научная традиция предписывает ученому «быть беспристрастным». Он должен опираться на факты, избегая ценностных суждений.

Лишь после создания атомной бомбы и медицинских исследований нацистов, когда за испытуемым не признавалось ни каких прав (опыты, проводимые над заключенными концентрационных лагерей), человечество осознало опасность подобной позиции. Ученый не может быть выше общечеловеческих ценностей. Врач в процессе принятия решения не может избежать суждений морального и иного ценностного характера.

2. Модель сакрального типа.

Противоположной к описанной выше модели является патерналистская модель отношений «врач–пациент». Социолог медицины Роберт Н. Вилсон характеризует эту модель как сакральную.

Основной моральный принцип, который выражает традицию сакрального типа, гласит: «Оказывая пациенту помощь, не нанеси ему вреда». В классической литературе по медицинской социологии в отношениях между врачом и пациентом всегда употребляются образы родителя и ребенка.

Однако, патернализм в сфере ценностей лишает пациента возможности принимать решения, перекладывая ее на врача. Следовательно, для сбалансированной этической системы необходимо расширить круг моральных норм, которых должен придерживаться медик.

1) Приносить пользу и не наносить вреда. Ни один человек не может снять моральную обязанность приносить пользу и при этом полностью избежать нанесения вреда. Этот принцип существует в широком контексте и составляет только один элемент всего множества моральных обязанностей.

2) Защита личной свободы. Фундаментальной ценностью любого общества является личная свобода. Личная свобода и врача, и пациента должна защищаться, даже если кажется, что это может нанести какой-то вред. Мнение какой-либо группы людей не может служить авторитетом при решении вопроса о том, что приносит пользу, а что наносит вред.

3) Охрана человеческого достоинства. Равенство всех людей по их моральным качествам означает, что каждый из них обладает основными человеческими достоинствами. Личная свобода выбора, контроль над своим телом и собственной жизнью содействует реализации человеческого достоинства – это этика, развиваемая по ту сторону идей Б. Ф. Скиннера.

4) «Говорить правду и исполнять обещания». Моральные обязанности – говорить правду и исполнять обещания – столь же здравые, сколь и традиционные. Можно лишь сожалеть о том, что эти основания человеческого взаимодействия могут быть сведены до минимума ради того, чтобы соблюсти принцип «не навреди».

5) «Соблюдай справедливость и восстанавливай ее». То, что называют социальной революцией, усилило озабоченность общества равенством распределения основных медицинских услуг. Иными словами: если охрана здоровья – право, то это право – для всех.

Отрицательной чертой данной модели является то, что соблюдение всех указанных выше принципов возложено исключительно на врача, что требует от него высочайших моральных качеств. К сожалению, сейчас подобный подход при оказании медицинских услуг труднореализуем вследствие высокого уровня дискриминации по различным признакам (расовому, материальному, половому и пр.).

3. Модель коллегиального типа.

Пытаясь более адекватно определить отношение «врач – пациент», сохранив фундаментальные ценности и обязанности, некоторые этики говорят о том, что врач и пациент должны видеть друг в друге коллег, стремящихся к общей цели – к ликвидации болезни и защите здоровья пациента.

Именно в этой модели взаимное доверие играет решающую роль. Признаки сообщества, движимого общими интересами, возникли в движении в защиту здоровья в бесплатных клиниках, однако, этнические, классовые,

экономические и ценностные различия между людьми делают принцип общих интересов, необходимых для модели коллегиального типа, труднореализуемым.

4. Модель контрактного типа.

Модель социальных отношений, которая более всего соответствует реальным условиям, а также принципам описанной выше «биоэтической» исторической модели, – это модель, основанная на контракте или соглашении. В понятие контракта не следует вкладывать юридического смысла. Его следует трактовать скорее символически как традиционный религиозный или брачный обет, который подразумевает соблюдение принципов свободы, личного достоинства, честности, исполнение обещаний и справедливости. Данная модель позволяет избежать отказа от морали со стороны врача, что характерно для модели «технического» типа, и отказа от морали со стороны пациента, что характерно для модели сакрального типа. Она позволяет избежать ложного и неконтролируемого равенства в модели коллегиального типа. В отношениях, основанных на «контракте», врач осознает, что в случаях значимого выбора за пациентом должна сохраняться свобода управления своей жизнью и судьбой. Если же врач не сможет жить в согласии со своей совестью, вступив в такие отношения, то контракт или расторгается, или не заключается вовсе.

В модели контрактного типа у пациента есть законные основания верить, что исходная система ценностей, используемая при принятии медицинских решений, базируется на системе ценностей самого пациента, а множество разных решений, которые врач должен принимать ежедневно при оказании помощи пациентам, будет осуществляться в соответствии с ценностными идеалами больного.

Кроме того, модель контрактного типа подразумевает морально чистоплотность и пациента, и врача. Решения принимаются медицинскими работниками на основе доверия. Если доверие утрачивается, то контракт расторгается.

Особенность врачебной деятельности заключается в установлении особенного уровня доверия пациента к врачу. Последнему пациент добровольно вручает свое здоровье, а порой и жизнь, раскрывает перед ним все, даже наиболее интимные переживания. Специфика этой деятельности предопределена и ее высоким и неповторимым гуманистическим содержанием, уникальностью бытия человека, сложностью выявления компенсаторной возможности организма человека как сложного биологического существа с неповторимым механизмом саморегуляции процесса обмена веществ, а во многих случаях и несовершенством медицинской науки и организации здравоохранения.

Биоэтическая проблема взаимоотношений «врач-пациент» появились уже на этапе зарождения медицины. Наиболее ранние аспекты деятельности врача сводились к правилам вида, характера и поведения врача (физическая выносливость, моральная стойкость, интеллигентность, тактичность в отношениях с больными, коллегами, учениками, коллегиальность. Последующее развитие биоэтики связывают с трудами Гиппократов, в воображении которого для врача должны быть характерны: «... презрение к

деньгам, совесть, скромность, простота в одежде, уважение, отвращение к изъяснам, решительность, чистота и богатство мысли, знания всего того, что необходимо для жизни».

Принципиально новые достижения науки и техники коренным образом изменили конкретные, исторически составленные, условия профессиональной деятельности врача и его взаимоотношений с пациентом. Качественные изменения в профессии врача, которая внесена этим прогрессом, определенным образом изменяют и его взаимоотношения с пациентом, обнаруживают новую возможность и порождают новую и достаточно серьезную проблему и противоречия. Например, такой метод лечения, как трансплантация органа, принципиально отличается от других видов оперативных вмешательств. Во-первых, в этот процесс втягивается третье лицо – человек, у которого «забирают» орган для трансплантации. Во-вторых, при этом нарушается стержневой принцип медицины – не навреди – поскольку удаление органа, например, почки, у здорового донора для пересадки не являются для него абсолютно безвредным, и сопровождается определенным риском для здоровья и жизни, как в момент трансплантации, так и в последующем. В-третьих, противоречия между целью трансплантации и реанимации ставят перед современной медициной сложную этическую проблему о возможности исключения органа у пациента с зарегистрированной так называемой «смертью мозга» к появлению признаков биологической смерти.

Современные достижения реаниматологии порой входят в противоречие с моральными и этическими критериями, что утрудняет положение врача при выполнении им врачебного долга. С помощью аппаратов управляемого дыхания и искусственного кровообращения можно неограниченно долго (порой годами) хранить жизнь человеку, в то время как в мозге возникли глубокие необратимые изменения с разрушением человека как личность. Врачи знают о бесперспективности помощи при таких условиях, но не имеют ни морального, ни юридического права отключить аппараты, потому что в этом случае действия врача будут в суде расценены как эвтаназия, то есть содействие наступлению смерти пациента. Тяжелые моральные последствия связаны в ряде случаев с оживлением недоношенных новорожденных или тех, которые родились в состоянии глубокой асфиксии, с наличием тяжелой родильной травмы.

Эти состояния порой сопровождаются развитием необратимой психической неполноценности ребенка, причем эта черта может перенестись на ее будущее потомство.

Непосредственным результатом влияния научно-технического прогресса являются качественные изменения личности пациента. Стремительное проникновение достижений науки и техники во все регионы жизни человека – управление, производство, быт, отдых, – сопровождается ростом общей и гигиенической культуры населения. Как следствие – в большей части случаев врач имеет дело с новым типом личности пациента, которого не могут не волновать вопросы собственного соматического и психического здоровья. Он хочет разобраться в сути имеющихся в его организме физиологических и

патологических процессов, иметь полную информацию о состоянии своего здоровья, характере заболевания, уровне риска, для жизни, возможные подходы к лечению, позитивные и негативные последствия каждого из существующих методов, механизм действия назначенных лекарств, их эффективность, побочные проявления. Поэтому сейчас следует однозначно отбросить обветшалую доктрину слепого подчинения пациента врачу.

Возник и другой «тип» – «воинственный» пациент, который, наслушавшись радио- и телепередачи или начитавшись специальной литературы, считает, что собственно он должен диктовать врачу план своего обследования и лечения (конечно, наиболее современными диагностическими методами и «сильными» или «модными» препаратами).

Другим важным аспектом в системе «врач-пациент» является «просветительская» деятельность отдельных пациентов. Как правило, это «бывалые» пациенты, которые успели побывать во многих клинических и перепробовать на себе массу форм и методов лечения. Такие, с позволения сказать, «ветераны от медицины» создают достаточно большую опасность, как для врачей, так и для их пациентов, сея зерна неуверенности в правильности диагноза и назначенного лечения для пациента и нигилизма к возможности медицины вообще. Эти «зерна» глубоко вкореняются в подсознании пациентов, и нейтрализовать их – тяжелая психологическая проблема.

Прошлый принцип «врач-пациент» заменен сейчас принципом «врач (врачи) – прибор (приборы) – пациент». В лечебных заведениях широко используются приборы не только для определения отдельных параметров жизнедеятельности человека, но и существуют целые кабинеты и диагностические отделения функциональной диагностики. Не вызывает сомнения позитивный момент такого состояния медицины, однако он «посодействовал» «измельчению» медицины как целой науки на ряд узких специальностей, где изучают состояние и лечат один орган или систему, теряя при этом понятие целостности организма. Все это вызывает определенное неудовлетворение пациента, когда он за аппаратами и анализами не видит своего врача, не может поделиться с ним своими переживаниями, страхами, проблемой, и потребность пациента в чутком, внимательном отношении врача, в его хорошем слове, которое дает надежду, в наш технический век не только не уменьшилась, а даже заострилась. Каждому больному человеку, образованному и эрудированному или малограмотному не все равно, кто и как его лечит. Очевидно, что дело не идет о полемике с пациентом, а о терпеливом, авторитетном объяснении пациенту его состояния, современных подходов к лечению и вторичной профилактике.

Еще один биоэтический аспект взаимоотношений врача и пациента, который возник в последнее время. В эпоху рыночных отношений медицина все более превращается в бизнес, а пациент – в объект наживы со стороны врача.

5. Этические проблема фармакологического надзора.

Необходимость внедрения системы фармакологического надзора за лекарственными средствами связана с этической проблемой, поскольку

направлена на выполнение основного задания – защиту здоровья и прав человека. Поэтому еще на этапе клинического исследования лекарственных средств информация о любых негативных свойствах исследуемого препарата должна регистрироваться исследователем, заказчиком (производителем), сообщаться в этические комитеты и регуляторные органы. Обнаруженная побочная реакция должна должным образом систематизироваться и анализироваться. Однако окончательное представление о толерантности к лекарственному средству можно получить только в ходе его широкого применения в клинической практике. В случае накопления сообщений о побочной реакции лекарственного средства может возникнуть необходимость употребления определенных административных мероприятий или принятия соответствующих решений регуляторного характера, а именно включить в Инструкцию новые данные о побочной реакции лекарственного средства, исправленную информацию относительно показаний и противопоказаний к его применению, ограничению использования, и даже запрещение маркетинга лекарственного средства.

Лекарственные препараты рассматривают как средства, что их используют с лечебной целью. Впрочем, такое представление является чрезвычайно упрощенным. В действительности применение лекарственных средств тесно связано с рядом медико-биологических, общественных, экономических, геоэкологических и других факторов. Важнейшим требованием, чтобы препарат отнесли к лекарственным средствам, есть обеспечение как можно более высокого качества жизни человека. Поэтому главными критериями оценки качества лекарственных средств, согласно рекомендации ВОЗ, является эффективность, безопасность, доступность и приемлемость их для пациента. Не случайно ключевым заданием фармакотерапии является предупреждение смертности или снижение ее показателей, а также улучшение качества жизни пациента.

Отсутствие ожидаемой клинической эффективности фармакотерапевтических мероприятий может негативно отразиться на жизнедеятельности организма и ухудшить результаты лечения. Это в свою очередь способно повлечь ухудшение качества жизни индивида и экономические убытки для общества в целом. Кроме того, назначение пациенту неэффективного лекарственного средства может привести к снижению эффективности фармакотерапии (до уровня плацебо-эффекта), ухудшения хода заболевания, увеличения частоты госпитализации, расходов, на лечение, показателей смертности и тому подобное. Поэтому, решая вопрос о назначении того или другого препарата, необходимо учитывать соотношение польза/риск. Например, применение лекарственных средств, которые влияют на сердечно-сосудистую систему, может повлечь риск возникновения как некардиальных побочных эффектов (органный токсичность), так и кардиальных (аритмогенез и негативный инотропный эффект), что связано с совпадением определенных объективных и субъективных факторов.

ТЕМА №2.**МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ КОМПЛЕКСНЫЙ ХАРАКТЕР
КЛЮЧЕВЫХ ПРОБЛЕМ БИОЭТИКИ (2ч)****ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:**

1. Усвоить биоэтические аспекты и принципы в трансплантологии.
2. Ознакомиться с биоэтическими проблемами жизни, умирания, реанимации, смерти, эвтаназии.
3. Ознакомиться с биоэтическими проблемами репродуктивных технологий.
4. Ознакомиться с исследованием ключевых проблем биоэтики в исламе

ВОПРОСЫ ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ:

1. Междисциплинарный комплексный характер проблемы соотношения жизни и смерти.
2. Биоэтические проблемы трансплантологии.
3. Моральная сторона проблемы эвтаназии.
4. Этические проблемы репродуктивных технологий.
5. Исследование ключевых проблем биоэтики в исламе.

ЗАДАНИЕ:

1. Ознакомиться с основными биоэтическими аспектами в трансплантологии этическими нормами поведения и требованиями к врачам в прошлом и современном.
2. Ознакомиться с основными биоэтическими аспектами репродуктивных технологий.
3. Ознакомиться с религиозной оценкой ключевых проблем биоэтики

ЛИТЕРАТУРА:

1. Биоэтика: принципы, правила, проблемы / Под ред. Б.Г. Юдина // М.: Эдиториал, 1998. – 364 с.
2. Мухамедова З.М. Введение в биоэтику. ТашГосМи.2004.
3. Мухамедова З.М. Биоэтика. УзМУ.2006.
4. Асадов Д.А. Мухамедова З.М. Биоэтика. ТашИУВ.2009.

Дополнительная литература:

1. Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека, ЮНЕСКО, 2005.
2. Всеобщая декларация о геноме человека и о правах человека, ЮНЕСКО, 1997.
3. Декларация о клонировании человека, ООН, 2005.
4. Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине (Совет Европы, 1997).
5. Нюрнбергский кодекс (1947).
6. Хельсинкская декларация Всемирной медицинской ассоциации (с последней редакцией).

МЕТОДИКА ВЫПОЛНЕНИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

1. Междисциплинарный комплексный характер проблемы соотношения жизни и смерти.

«Жизнь» и «смерть» являются фундаментальными философскими категориями, которые играют важную роль в построениях современной биологической этики.

Биоэтика подчеркивает междисциплинарный комплексный характер проблемы соотношения жизни и смерти и привлекает для ее исследования разные области человеческого познания: медицину, биологию, экологию, философию, психологию, социологию, культурологию и т.п. Современная биоэтика не признает как отрицательного отношения к смерти и умиранию, так и варианты необоснованного абстрактно–оптимистического отношения к жизни, без учета психологических, телесных, социальных измерений и качеств этих понятий. Большей частью это связано с новым объяснением смерти как биомедицинского феномена.

Известно, что люди боятся смерти. Иногда панически. Понимая ее неизбежность, нельзя не согласиться с философом древности Сенекой, который сказал: «Смерть должна быть всему, она закон, а не наказание». Сенека считал страх смерти оборотной стороной жизни и, по его мнению, лишь человеческое достоинство способно преодолеть этот страх.

Развитие науки обусловило переворот в системе ценностей человека. Результатом изменения сознания в начале Нового времени становится естественнонаучное мышление, которое опирается на материальные, большей частью физические связи в природе. Со временем все больше стираются грани между естественными сферами, между понятиями тела, жизни, души, духа. Но ограничение лишь материальными процессами, на которые традиционно опирается природоведение, не сделало убедительными попытки решения проблемы смерти. Ведь духовно–душевные связи, которые, собственно, и делают для нас смерть проблемой, остаются за пределами анализа этой сложной проблемы.

Довольно продолжительное время (вплоть до середины XIX ст.) констатацией смерти занимались не врачи, а священники или наемные люди. Но со временем представители медицинской профессии получают право, а потом и обязанность констатирования смерти. Одновременно с этим возникает проблема установления собственно момента смерти, которая была довольно сложной во все времена. В течении тысячелетий на практике как критерии смерти использовались: остановка сердечной деятельности, прекращение дыхания, отсутствие чувствительности и т.п. Несовершенство этих представлений относительно природы смерти заключалась в том, что отсутствие функций отдельных органов отождествлялась со смертью всего организма.

В 1965 году участники коллоквиума по вопросам сущности жизни и смерти, который состоялся в Марселе, осуществили попытку внести ясность в вопросы критерия смерти. Ими, в частности, было выделено два состояния умирания: продолжительная кома (coma prolonge) и необратимая кома (coma

depassé). Первая – обозначает такое состояние, при котором вегетативные функции организма сохранены. Продолжительная кома может или регрессировать в необратимую или перейти в процесс нормализации состояния больного. При необратимой коме признается полная потеря высших регулирующих функций мозга, а состояние диагностируется как "смерть мозга", что приравнивается к смерти человека. Новый критерий "смерть мозга" был принят и утвержден на заседании ВОЗ и ЮНЕСКО (Женева, 1968 г.).

Несомненно, появление этого понятия было обусловлено в значительной мере развитием новейших биомедицинских технологий в трансплантологии, реаниматологии, анестезиологии, медицинской диагностике и др. Смерть как медицинский и психологический феномен с учетом особенностей нового критерия возникает как процесс, который состоит из двух стадий: уже осуществленного события – собственно смерти (death) и предшествующей ей, промежуточной между жизнью и смертью стадии умирания (dying).

При всех трудностях и недостатках современной медицинской помощи, люди хотят видеть в докторе, прежде всего, милосердного благодетеля, целителя телесных недугов и утешителя страданий. И если благодаря общим усилиям врача и пациента смерть отодвигается или вообще заменяется выздоровлением, возвращением к жизни, тогда можно поблагодарить врача.

Понадобилось накопление огромного запаса данных в разнообразнейших областях науки, чтобы появилась новая область знания – реаниматология – наука о закономерностях умирания и оживления организма. Реаниматология научилась возвращать к жизни тех, кто "переступил порог". Каждый успех реаниматологии приближает медицину к ее конечной цели, которая была высказана еще древнегреческими врачами в их знаменитом девизе "Исцели!" В этом призыве заложено глубокое философское содержание, которое определяет роль медицины в обществе, которое, в силу своей гуманности, не может оправдать насильственное преждевременное прекращение жизни.

2. Биоэтические проблемы трансплантологии.

Развивается наука трансплантология, в современном мире осуществляется более 40 тыс. операций по пересадке органов ежегодно, а по прогнозам специалистов, в будущем каждая вторая операция будет трансплантацией.

Основоположником экспериментальной трансплантологии жизненно важных органов, в частности сердца, является Алексис Каррель, удостоенный за это в 1912 году Нобелевской премии. Он проводил эксперименты по трансплантации органов на животных, консервации их и технике наложения сосудистых анастомозов. Он разработал основные принципы консервации донорского органа, его перфузии. Первую трансплантацию органа от человека к человеку в 1933 году в Херсоне выполнил Ю. Ю. Вороной. Один из основоположников русской трансплантологии – В. П. Демихов, который в 1951 году детально разработал пересадку донорского сердца собаке. 3 декабря 1967г. хирург из ЮАР Кристиан Барнард, пройдя предварительно стажировку в Демихова, а также в ряде мировых хирургических клиник, впервые в мире осуществил успешную трансплантацию сердца человеку. С тех пор сделано уже более 40 тысяч таких операций. В России первым провел пересадку сердца

выдающийся хирург, академик Российской академии наук Валерий Иванович Шумаков 12 марта 1987г.

В июне 2008 года была проведена первая пересадка человеческого органа, выращенного из стволовых клеток, профессором Паоло Макиарини в клинике Барселоны. Пациентом была взрослая женщина, чья трахея пострадала от туберкулеза. Трахея была создана по сложной технологии: медики использовали трахею недавно умершего человека, и, нейтрализовав в ней химическими препаратами живые клетки, они ввели в волокнистую белковую ткань стволовые клетки, взятые из костного мозга пациентки. Эти клетки развивались четыре дня в специальном биореакторе, после чего трахея была готова для пересадки. Через месяц кровоснабжение пересаженного органа полностью восстановилось.

Рекордсменом по продолжительности жизни с донорским органом (сердцем) стал американец Тони Хьюсман, который прожил после трансплантации 30 лет и умер от рака.

Считается, что трансплантация почки экономически выгоднее, чем диализ. Кроме того, трансплантация почки значительно улучшает качество жизни, по сравнению с диализом, и приводит к полноценной социальной адаптации.

Но существует много проблем, известно, что не все, кто рассчитывают на трансплантацию, умирает, так и не дождавшись необходимого органа. Сегодня лишь в экономически развитых странах не менее 150 тыс. людей нуждаются в пересадке органов и тканей.

По мнению многих экспертов, значительная часть проблем связана с несовершенством законодательства.

Развитие трансплантологии, ее эффективность во многом зависит от законодательного закрепления презумпции согласия или несогласия на изъятие органов после смерти. Презумпция согласия предусматривает, что потенциальный донор еще при жизни соглашается быть донором. Она действует в таких странах, как Финляндия, Швеция, Бельгия, Франция, Италия. Презумпция несогласия заключается в том, что человек не дает согласия на изъятие собственных органов после смерти. Презумпция несогласия действуют в США, Германии, Великобритании и некоторых странах Латинской Америки.

По мнению большинства трансплантологов, наиболее прогрессивной является модель, которая предусматривает возможность для каждого гражданина в письменной форме отказаться от забора его органов после смерти. Такой отказ заносят в базу данных. Если такого отказа не существует, то считается, что человек при жизни не отказывался быть донором. В таком случае мнение родственников, как правило, не принимаются во внимание.

В странах Европы существуют специальные компьютерные центры, где сохраняется информация о тех, кто отказался быть донором, а также параметры реципиентов. Это обеспечивает большую оперативность в экстренных случаях, ведь, например, сердце после забора «живет» максимум пять часов.

В Германии стараются ввести следующую норму: если человек соглашается стать потенциальным донором, то ему выдают соответствующий документ, и, при необходимости, он в свою очередь имеет преобладающее право на получение донорского органа.

И все же успешное лечение не исключает в особенно тяжелых и безнадежных случаях обращения больного к врачу с просьбой, которой выражается малоизвестным, но очень печальным словом «эвтаназия». Проблема эвтаназии уходит своими корнями во времена античной Греции и Рима.

3. Моральная сторона проблемы эвтаназии.

Эвтаназия греч. *eu* – хорошо, *θάνατος* – смерть) – практика прекращения (или сокращения) врачом жизни человека, который страдает неизлечимым заболеванием, переносит невыносимые страдания, на удовлетворение просьбы больного в безболезненной или минимально мучительной форме с целью прекращения страданий.

Термин «эвтаназия» впервые был употреблен Ф. Беконом в XVII ст. для определения «легкой смерти».

Повышенный интерес к ней в современных условиях обусловлен тем, что, вопреки значительному прогрессу медицины, смертность при ряде тяжелых заболеваний остается еще высокой. Поэтому врачи нередко стоят перед необходимостью принятия непростого решения, связанного, прежде всего, с бесперспективностью дальнейшего лечения.

В некоторых странах, например, в Нидерландах эвтаназия разрешена, она трактуется как «намеренное лишение жизни пациента по его просьбе, проведенное врачом». Нидерландские исследователи утверждают, что эвтаназия широко поддерживается общественным мнением страны (70% одобрения), а также большинством врачей и юристов. Однако нидерландскую практику остро критикуют вне страны.

Впервые эвтаназия приобрела законность в 1994 г. в американском штате Орегон. На данное время эвтаназия в форме ассистированного суицида легализована в Нидерландах (2001 г.), в Австралии (1997 г.), в ряде штатов Америки, в Бельгии (2001 г.). В других странах, несмотря на статистические данные о существовании широкой практики нелегальной эвтаназии, любые формы последней официально признаются преступлением, а данный вопрос в юридическом отношении остается открытым. Уголовный кодекс многих стран приравнивает эвтаназию к убийству человека. В некоторых странах, таких как Италия или Украина, несмотря на запрет эвтаназии, жизнеподдерживающее обеспечение больного, который находится в коме, может быть отключено по решению близких родственников или на основании медицинских показаний.

В США, в штате Орегон, согласно закону "Смерть и достоинство", принятого в 1997 г., любой взрослый человек, который находится при ясном уме и имеет заключение нескольких врачей о том, что не проживет больше месяца, может обратиться в медицинское учреждение с просьбой предоставить ему препарат, который позволяет «прекратить мучения и уйти из жизни гуманным и достойным образом». Врач, который выписал такой препарат, не

проводит его введения. Принять «лекарство» пациент должен сам. Однако это не означает, что в США эвтаназия разрешена. В большинстве штатов этой страны законы предусматривают серьезную уголовную ответственность тех, кто помогает другому человеку совершить самоубийство.

Оппоненты эвтаназии убеждены, что человеческая жизнь священна и его конец, даже по просьбе пациента, никогда нельзя будет одобрить. Заграничные авторы обращают внимание на то, что подавляющее большинство пациентов со смертельными заболеваниями (прежде всего на рак), которые желают уйти из жизни, находятся в состоянии депрессии, навязчивой идеи самоубийства. Поэтому важно понимать, что идея суицида не то же самое, что просьба пациента в эвтаназии.

Страдание пациента, который умирает, выходят далеко за рамки физической боли. Иные факторы, такие как потеря мобильности, активности, наряду с ощущением безнадежности, зависимости от окружения, могут вызвать тяжелый стресс.

В 1995 году папа Иоанн-Павел II выступил в Ватикане с одним из сильнейших осуждений аборта и эвтаназии, сказав, что их легализация тождественная легализации преступлений, которые разрушают общество. «Политики и законы, оппозиционно настроенные относительно жизни, ведут общество к вырождению не только моральному, но и к демографическому и экономическому», – сказал он.

В теории рассматривают два вида эвтаназии: пассивная эвтаназия (умышленное прекращение медиками поддерживающей терапии больного) и активная эвтаназия (введение умирающему лекарства или другие действия, которые вызывают быструю смерть). Активной эвтаназией часто считают и самоубийство с врачебной помощью (предоставление больному на его просьбу препаратов, которые укорачивают жизнь).

Как определенную альтернативу эвтаназии можно рассматривать паллиативное лечение, которое используют тогда, когда с терапевтической точки зрения уже ничего нельзя сделать для того, чтобы остановить болезнь. Тогда у врачей остаются средства, которые они могут и должны применять уже не ради выздоровления больного, но из профессиональной этики и уважения к пациенту, ради борьбы за качество оставшейся жизни.

Приверженцы эвтаназии обосновывают свою позицию тем, что: с *философской* точки зрения – переходная стадия от жизни к смерти не должна быть такой страдальческой и унижительной для человеческого достоинства; *правовой* – существования права на жизнь предусматривает право на принятие решения относительно собственного тела, в том числе и права на смерть; *медицинской* – если безнадежного больного ожидает невыносимая, недалекая в конкретно определенном сроке смерть, то не лучше ли такого больного лишить страданий естественного умирания, облегчив ему смерть.

Одновременно эти положения подвергаются серьезной критике противниками эвтаназии, которые доказывают ее недопустимость ни с моральной, ни с юридической точки зрения, так как, во-первых, никто не может лишить человека жизни, которая должна поддерживаться во всех

случаях до естественного конца; во–вторых, всегда не исключена ошибка в прогнозе состояния больного; в-третьих, возможное злоупотребление эвтаназией со стороны врача или других субъектов (хорошо «задокументировать» дело всегда можно); в–четвертых, согласие, или письменное согласие на легкую смерть не имеет никакой силы, поскольку может быть вырвано у человека в несознательном состоянии. Большинство исследователей основывают свое отрицательное отношение к эвтаназии принципами традиционной медицинской практики (в клятве Гиппократата сказано: «Я не дам никому... смертельного средства и не укажу пути к такой цели...»).

Моральная сторона этой проблемы основательно затрагивает еще десятки, а возможно и сотни тысяч людей – политиков и юристов, которые должны принять соответствующие законы, а соответственно им и конкретные юридические решения на эвтаназию конкретного лица; близких и родных этого лица, которые должны согласиться с досрочной смертью своего родственника; и, конечно, же врачей, которые, во-первых, должны принять верное, безошибочно-профессиональное решение относительно состояния больного, а, во-вторых, выполнить процедуру причинения смерти.

Природа не считает целесообразным наделять живых существ инстинктом «помощи» другим живым существам в самоликвидации при определенных условиях. Итак, вопрос причинения досрочной смерти у людей – это сугубо социальное явление. Ни в физическом, ни в биологическом мире оно не наблюдается, причинение досрочной смерти самому себе явление противоестественное. Врачам, между тем, предлагается взять на себя миссию умерщвления. Лечил-лечил, а теперь убей!

Если же общество стремится проявить милосердие, гуманность к тяжело больным гражданам, то пусть оно позаботится, чтобы государство постоянно обеспечивало больницы и врачей наиболее современными средствами поддержания жизни и лишения страданий пациентов.

Противники эвтаназии считают, что при активной социальной позиции общества возможна практически полная реабилитация инвалидов с любой степенью ограничения возможностей, которая дает возможность вернуть человека к жизни как личность.

Создание в последнее время так называемых хосписов – медико-социальных учреждений для безнадежных больных, определенной мерой решает эту проблему. В хосписах отдельные контингенты тяжелобольных под надзором медицинских и социальных работников доживают до своей смерти, но таких хосписов у нас еще очень мало, поэтому далеко не все контингенты больных могут доживать в хосписах.

Право на смерть в контексте современной биоэтики возникает как защита и сохранение достоинства и свободного выявления воли автономной личности, которые с этической точки зрения не менее важны психофизиологического анализа причин смерти. Биоэтика признает за каждым человеком право (и личную ответственность) на уникальность, как своей жизни, так и своей смерти. Вместе с тем главной мировоззренческой предпосылкой биоэтики,

которая совпадает с христианским мировосприятием, до сих пор остается уважение к жизни любого живого существа, сочувствие и милосердное отношение к человеку.

4. Этические проблемы репродуктивных технологий.

Биоэтика - наука о социальной ответственности медиков и биологов за свою профессиональную деятельность перед пациентами и обществом в целом. Это своего рода буфер между традициями общества и его законодательством. Выше были рассмотрены основные принципы, декларируемые биоэтикой: признание права человека самому решать вопросы, касающиеся его собственной жизни, здоровья, целостности (принцип уважения автономии пациента); соблюдение справедливости при распределении общественных благ (в данном контексте - равная доступность медицинской помощи); соблюдение медиками принципа «не навреди», и не только «сотвори благо»; соблюдение конфиденциальности; получение от пациента информированного добровольного осознанного согласия на проведение любой медицинской процедуры; право пациента на любом этапе выполнения любой медицинской процедуры отозвать свое информированное согласие.

Это лишь некоторые из основных принципов биоэтики. Вместе с тем при применении той или иной конкретной биомедицинской технологии, в том числе любой из репродуктивных технологий, возникают, помимо общих, специфические биоэтические проблемы, которые и будут рассмотрены ниже. Репродуктивные технологии предусматривают вмешательство в воспроизводство человека и имеют длинную историю. Возможности в результате достижений в этой области биомедицинских технологий последнего времени весьма значительны. При этом они являются не только одними из самых бурно развивающихся, но и одновременно, болезненных источников проблем биоэтики. Среди таких технологий выделяют: искусственную инсеминацию, экстракорпоральное оплодотворение, суррогатное материнство. В этом же ряду проблем этики биомедицинских исследований, рассматриваются проблемы аборта, фетальной терапии и др.

Во всем мире единая морально-этическая оценка в отношении к новым репродуктивным технологиям не сложилась. Даже в странах, на практике активно использующих эти технологии и нормативно регулирующих их, отношение к ним противоречиво.

Одним из важных этических вопросов в этом контексте, является вопрос о статусе эмбриона, а именно, кто решает судьбу неиспользованных при осуществлении ЭКО эмбрионов человека. В мире допускаются три варианта: передать их (или его) другой женщине, согласиться на разрушение или разрешить проведение исследований с использованием эмбрионов. В соответствии с рядом международных рекомендаций и законодательств, цели

таких исследований, проводимых на эмбрионах человека (ЭЧ), должны быть строго ограничены. (Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины. Овьедо, 1997).

Ключевой, при использовании репродуктивных технологий, является морально-этическая проблема статуса эмбриона человека, т.е. с какого момента его следует рассматривать как личность, имеющую право на жизнь и ее защиту, на защиту его человеческого достоинства в законодательном порядке. Важным правилом, согласно которому должны проводиться искусственная инсеминация и ЭКО, являются медицинские показания. В соответствии с этим правилом использование РТ допустимо только при наличии медицинских показаний, т.е. при бесплодии, которое не излечивается никакими иными подходами, кроме РТ.

Даже в странах, активно использующих на практике эти технологии и регулирующие их нормативно, отношение к ним противоречивое. В специально принятом Заявлении об искусственном оплодотворении и трансплантации эмбрионов (Мадридская декларация, 1987 г.) ВМА были провозглашены следующие рекомендации и этические принципы. Медицинская помощь оправдана при бесплодии, неподдающемся медикаментозному и хирургическому лечению, особенно в случаях иммунологической несовместимости, непреодолимых препятствий для слияния мужской и женской гамет, бесплодия по неизвестным причинам. Действия врача должны осуществляться только на основе добровольного информированного согласия пациентов, соответствовать всем подзаконным и этическим нормам. Пациенты имеют такое же, как и при другом виде лечения, право на соблюдение тайны и невмешательство в личную жизнь.

Определение судьбы яйцеклеток, которые не будут немедленно использованы для лечения бесплодия, а могут быть уничтожены, подвернуты криоконсервации с целью сохранения в замороженном виде, оплодотворены, а затем подвергнуты криоконсервации. Должно быть обеспечено невмешательство в процесс выбора пола зародыша, кроме случаев передачи сцепленных с полом генетических заболеваний. Должен отвергаться любой коммерческий подход, при котором яйцеклетки становятся предметом купли-продажи, оговорена этичность отказа врача от подобных манипуляций в соответствии с его убеждениями.

Особое место занимает проблема выбора донора спермы, его анонимности, прав и обязанностей. Регламентируются следующие условия: донорами могут быть только мужчины, имеющие детей, искусственная инсеминация проводится только по медицинским показаниям и только для гетеросексуальных пар, все доноры исследуются на наличие заболеваний, передающихся половым путем. Наиболее слабо разработана как в юридическом, так и в этическом плане тема «суррогатного материнства».

Актуально звучит требование Совета Европы, который в своей конвенции обязывает правительства стран «позаботиться о том, чтобы фундаментальные проблемы, связанные с прогрессом в области медицины и биологии (в особенности их социально-экономические, этические и юридические аспекты), были подвергнуты широкому общественному обсуждению и стали предметом надлежащих консультаций; то же самое касается и проблем, связанных с практическим использованием достижений биомедицины». Необходимость в такой оценке назрела еще и потому, что согласно рекомендациям ВОЗ, к 2000 году этические соображения должны обязательно учитываться в политике и практике здравоохранения всех государств-членов ВОЗ.

К подходам, позволяющим раньше или позднее решать этико-правовые проблемы РТ, можно отнести: широкое информирование медиков, правоведов и общество в целом об этих проблемах; создание соответствующих подзаконных и правовых актов; создание действенной системы регулирования работы в области РТ через этические комитеты с независимыми экспертами разных специальностей и т.д.

К примеру, медицина и закон концентрируют свое внимание на этических аспектах проблемы, связанных с сохранением конфиденциальности донора и реципиентов. Поскольку семейные отношения являются ответственными и связаны с собственностью, процедуры искусственного оплодотворения регулируются законом. Законы и подзаконные акты во всех странах запрещают родителям дискриминировать своих «искусственных» детей по сравнению с «естественными», защищают их от неравенства. Одновременно закон защищает таких детей от возможных притязаний донора на отцовство. Чтобы затруднить притязания, правила делают донора анонимным, а родителям позволяют выбирать донора по фенотипу. Законы разных стран обычно запрещают искусственное оплодотворение женщин вне брака и в гомосексуальном браке.

Искусственная инсеминация может быть гомологичной - с использованием спермы мужа (ИОМ) и гетерологичной - с использованием спермы донора (ИОД). Донация гамет (спермы, яйцеклеток), которая является одной из форм донации генетического материала, стоит особняком в ряду аналогичных явлений в медицинской практике. Если нравственный характер безвозмездного донорства крови в настоящее время практически ни у кого не вызывает сомнений, то относительно донорства спермы или яйцеклеток имеются противоречивые оценки.

К сожалению, предусмотренные меры защиты родившихся с помощью ИОД детей от возможной в будущем дискриминации чреваты серьезными противоречиями. Существует мнение, что, современная позиция и право усыновленных детей на получение информации о своих биологических родителях должны быть распространены и на детей, рожденных с помощью

ИОД. По крайней мере, супруги-заявители должны быть надлежащим образом проинформированы и подготовлены врачом, проводящим ИОД, к необходимости разрешать в будущем противоречия, содержащиеся в концепции анонимности доноров спермы.

К примеру, в Российской Федерации донорами спермы могут быть как холостые мужчины, так и состоящие в браке. К сожалению, во втором случае позиция жены донора совершенно не принимается во внимание. В некоторых других странах жена донора должна подтвердить, что факт донации спермы ее мужем не будет использован ею как причина будущих семейных разногласий.

Хорошо известно, что коммерциализация трансплантации, торговля органами и тканями повсюду считаются безнравственными. Сама по себе сумма вознаграждения донору спермы может интерпретироваться как компенсация за потраченное время и доставленные неудобства (в том числе морального характера).

Допустимо ли искусственное оплодотворение незамужней женщины? В разных странах этот вопрос решается по-разному. Иногда за одинокими женщинами не признается право на искусственное оплодотворение; в других странах такой нормы нет. В связи с этим Швецию, например, принято называть страной «репродуктивного туризма», в которую с целью пройти ИОД приезжают женщины из стран с более строгими законами.

Экстракорпоральное оплодотворение

Еще одной современной репродуктивной технологией является оплодотворение «в пробирке» (*in vitro fertilisation*), иначе называемое «экстракорпоральным оплодотворением и переносом эмбриона» (ЭКО и ПЭ). Идея оплодотворения вне тела женщины возникла еще в XIX веке, а практически к ее осуществлению приступили в 40-х годах XX в., когда американские ученые осуществили «зачатие в пробирке».

Показанием к применению ЭКО и ПЭ является, прежде всего, абсолютное бесплодие женщины, например, при отсутствии у нее труб или яичников (в последнем случае используются донорские яйцеклетки). Существует практика, когда в матку женщины подсаживаются наиболее жизнеспособные ЭЧ, остальные уничтожаются.

Есть ли здесь, этическая проблема? Да, она связана со статусом эмбриона. Хотя и уничтожаются нежизнеспособные эмбрионы, однако эта селекция эмбрионов, которая происходит при проведении ЭКО, связана с этическими проблемами. Отношение религии к этой проблеме неоднозначное. В исламе полагают, что селекция эмбрионов и уничтожение из них нежизнеспособных, возможны до наступления пятого месяца с начала деления клетки. Потому, что

по истечении 120 дней Господь ниспосылает ангела, который вдыхает душу в формирующегося младенца. На основе этого исламские богословы считают возможным аборт до наступления этого срока — в случае крайней необходимости. Уничтожение же нежизнеспособных эмбрионов производится намного раньше и, с точки зрения морали, является вынужденным, что, в свою очередь, прощаемо Господом.

По мнению богословов-иудаистов, душа вселяется в зародыш на 40-й день после зачатия. До этого эмбрион — не более, чем просто клетка или конгломерат клеток, поэтому речи об убийстве или вообще о посягательстве на человеческую жизнь не идет. Согласно христианскому вероучению, момент зачатия — и есть момент возникновения человеческой души. Поэтому сознательное уничтожение эмбриона, где бы оно ни происходило — в материнской утробе или вне ее, есть грех убийства.

Главной этической проблемой, связанной с репродуктивными технологиями, является вопрос о статусе эмбриона, о том, с какого момента его развития он является личностью, имеющей право на защиту своей жизни и человеческого достоинства. Не обесценивается ли применением в ЭКО селекции «лишних эмбрионов» — и вообще производство избыточных эмбрионов, не подлежащих переносу в полость матки, — само понятие «жизнь» и не снижается ли нравственная планка нашего общества. Православная Церковь допускает экстракорпоральное оплодотворение, но благословляет своих прихожан на такую ситуацию, когда все получившиеся эмбрионы будут подсажены и не будут уничтожены.

Существует также такая практика: через некоторое время после того, как несколько подсаженных эмбрионов имплантируются, приблизительно на 10-12 неделе наступившей в результате ЭКО беременности, проводится так называемая пренатальная диагностика, и плод или плоды, по тем или иным причинам не удовлетворяющие «требованиям» врачей, убиваются. Медики называют это «редукцией эмбрионов». Есть ли в этом этическая проблема?

Качество и судьба эмбриона, на сегодняшний день, скрыты от нас. В Великобритании, например, есть закон, согласно которому можно пересаживать только один эмбрион. В России, если эмбрионы «плохие», подсаживаем больше, чем 2-3. Потому что если эмбрионы плохого качества, то придется пересаживать по одному эмбриону 5-6 раз, а это практически бесперспективный путь.

Наука эмбриология — не только о человеке, она в целом о живых существах. Эмбриологи утверждают, что если в матку подсаживается больше одного эмбриона, они каким-то образом помогают друг другу. Для хранения и последующего использования эмбрионов «хорошего качества», полученных при ЭКО, разработана криогенная программа. При этом эмбрионы замораживают, и

если после первой подсадки беременность не наступает, их можно разморозить и перенести в полость матки без повторения полного цикла ЭКО.

Известно также, что в случае наступления и успешного вынашивания беременности оставшиеся эмбрионы могут использоваться — и используются — для преодоления бесплодия других супружеских пар. Ставятся ли при этом в известность генетические родители? Требуется ли их согласие? Берутся ли деньги с реципиентов и оплачивается ли донорам эмбрионов их — пусть и незапланированное — донорство?

В мусульманстве считается необходимым, чтобы проблема продолжительного отсутствия детей в семье решалась внутри нее, то есть без использования донорской спермы или яйцеклетки. В противном случае происходит нарушение как родословной, так и генетического кода той или иной семьи. Исламские богословы и правоведы сравнивают данную проблему с вопросом об усыновлении. Священный Коран запрещает усыновление, когда приемные дети берут фамилию неродного отца. «Обращайтесь к ним по отцам их. Сие - пред Богом справедливей. А если их отцы вам не известны, зовите их своими братьями по вере» (Св. Коран, 33:5). Донорство в вопросе беременности (использование донорской спермы и яйцеклетки) рассматривается как необычная форма прелюбодеяния, так как в том и другом случае неясно, кто является истинным отцом или матерью будущего ребенка, смешиваются родословные.

Православная Церковь также однозначно отрицательно относится к донорству половых клеток и эмбрионов. Среди этических аспектов проблемы донорства половых клеток выделим следующие: проблема недопустимой коммерциализации донорства половых клеток и эмбрионов; вопрос о том, кто решает судьбу неиспользованных эмбрионов (ее должны решать только биологические родители); анонимность донорства, если оно допускается в стране.

Для повышения вероятности успеха при проведении процедуры ЭКО и ПЭ приходится создавать не один эмбрион, а сразу несколько. С этой целью, как правило, в программе ЭКО и ПЭ применяется лекарственная стимуляция суперовуляции, что обеспечивает множественный рост фолликулов. В результате гормонального «подстегивания» биологических процессов в яичниках женщины удается получить в одном цикле от нескольких до десяти и более яйцеклеток. Наиболее частым осложнением столь «агрессивного» вмешательства в биологию человека является синдром гиперстимуляции яичников, который в ряде случаев (2-9%) характеризуется асцитом, затруднением дыхания, увеличением размеров яичников до 12 см с множеством фолликул и кист. Лечение синдрома иногда требует хирургического вмешательства.

В процессе проведения ЭКО и ПЭ приходится осуществлять целую серию манипуляций с яйцеклетками и сперматозоидами до момента их слияния. Допустимо ли вообще подобное манипулирование с гаметами человека?

Через сутки с небольшим после оплодотворения (образования зиготы) происходит первое, в жизни нового биологического образования, клеточное деление на 2 бластомера, а к концу третьих суток уже образуется 8 бластомеров (клеток). В соответствии с рекомендациями Инструкции по применению метода ЭКО и ПЭ стадии 2-4-8 бластомеров считаются оптимальными для переноса в матку. На этой стадии от манипуляций с гаметами медики переходят к манипуляциям с эмбрионами. При этом приходится сталкиваться с теми же самыми философскими, морально-этическими вопросами, которые имеют давнюю традицию обсуждения в связи с искусственным прерыванием беременности.

Каков онтологический и моральный статус эмбриона? С какой стадии развития зародыша он должен считаться человеческим существом? В каком объеме он обладает правами человека?

В литературе по биоэтике на вопрос о том, с какой стадии развития зародыша он должен считаться человеческим существом, даются различные ответы: с момента зачатия, когда возникла уникальность будущего человека в генетическом плане; с 14-го дня, когда и в условиях естественного развития происходит имплантация зародыша в матку и когда выделяются собственно зародышевые клетки («первичная полоска»); после 30-го дня, когда начинается дифференцировка центральной нервной системы; с 7-8 недель, когда зародыш начинает реагировать на раздражители; после 7 месяцев, когда формируется сосательный рефлекс и плод приобретает способность жить вне тела матери.

Общий взгляд исламской традиции на статус эмбриона выражен в том, что полновесная человеческая жизнь со своими правами, начинается только после свершения «ensoulment»¹, хотя есть некоторая другая форма жизни, которая существует до того, как ангел вдохнул душу в эмбрион. На основе интерпретации подходов в Коране и хадисах Пророка, мусульманские ученые соглашаются, что это понятие ensoulment происходит приблизительно около 120 дней (4 лунных месяца плюс 10 дней) после зачатия.

Другие ученые, возможно, их меньшинство, считают, что это происходит приблизительно после 40 дней. Мусульманские ученые правоведы имеют несколько отличающиеся взгляды относительно аборта. Аборт допускается после имплантации и перед тем как происходит ensoulment эмбриона, в случаях,

¹ Когда ангел вдохнул в эмбрион душу.

которые относятся к юридическим или медицинским причинам. Допустимые причины включают изнасилование.

Тем не менее, многие шииты и некоторые сунниты, обычно запрещают аборты на любом этапе после имплантации, даже перед ensoulment, если материнская жизнь вне опасности. Аборт после ensoulment строго запрещен всеми авторитетными специалистами, но обширное большинство делают исключение, чтобы сохранить материнскую жизнь. Если в дилемме выбор должен быть сделан между сохранением жизни матери или эмбриона, то материнской жизни отдается предпочтение. Она рассматривается как корень, а эмбрион как веточка.

Мусульманская традиция, отмечает в своем исследовании «Аборт, контроль над рождаемостью и суррогатное материнство: в исламской перспективе», профессор теологии исламского университета в Квазулу Наталь Abul Fadl Mohsin Ebrahim, представляет некоторое разнообразие взглядов на проблему аборта и статус эмбриона в различных школах ислама. Он указывает, что наиболее гибкая позиция в отношении аборта среди разнообразных правовых школ ислама (мазхабы)¹ отмечается в школе ханафитов. Здесь до четвертого месяца беременности, аборт может быть произведен, если беременность угрожает жизни матери. Позиция маликитов запрещает аборт после того, как произошла имплантация. Шафииты поддерживают запрет, называют аборт преступлением, если нарушается оплодотворенная зигота. Школа ханбалитов, оговаривая причину выкидыша, считает аборт грехом. После ensoulment, - в котором эмбрион считается имеющим равные права с матерью, дилемма решается общим принципом Шариата: выбором меньшего из двух зол. Не теряя обе жизни, именно жизни следует отдать предпочтение - то есть, материнской жизни. Ссылаясь на кораническую традицию (5:32) защищать святость жизни, А. Ф. Mohsin Ebrahim заключает, что каждый человек имеет право родиться, право жить так долго, как Аллах позволит. Право жизни в исламе абсолютно.

Этические проблемы «сопровожают» почти все стадии ЭКО. Так, стимулируя гиперовуляцию, врачам удается извлечь из организма женщины несколько (иногда до 10 и более) яйцеклеток. В целях повышения вероятности оплодотворения все яйцеклетки подвергаются инсеминации, и большинство из них становятся зиготами. Чтобы повысить вероятность беременности, в полость матки переносят несколько эмбрионов. Чтобы исключить негативные последствия многоплодной беременности, часть эмбрионов абортируется, если после переноса в матку одновременно приживается более трех эмбрионов.

¹ Мазхаб- четыре основные богословско- правовые школы. Ислам энциклопедический словарь. М .Наука.1991.с 152.

Много споров ведется относительно судьбы оставшихся «избыточных» оплодотворенных яйцеклеток (подвергнутые криоконсервации, они могут долго сохраняться). Если беременность не наступает сразу, то они могут быть использованы в последующих циклах. Если же беременность наступает, то «избыточные» оплодотворенные яйцеклетки оказываются буквально «лишними».

Христианская религия относится терпимо к искусственному осеменению и экстракорпоральному оплодотворению спермой мужа, но возражает против использования донорской спермы, поскольку при этом разрушается таинство и интимность брака. Иудаизм запрещает вмешательство в процесс оплодотворения.

Экстракорпоральное оплодотворение возможно при использовании своей и донорской яйцеклетки. Если считать терпимым внесение чужой гаметы так же, как использование чужой спермы, то проблем нет лишь на первый взгляд. Большинство всемирных церквей относится к этому негативно. Не существует и биологической симметрии с мужскими гаметами. В результате процедуры получения яйцеклеток с усиленной гормональной стимуляцией организму донора наносится существенный ущерб. Для того, чтобы процедура имплантации оплодотворенных яйцеклеток была успешной, приходится использовать много яйцеклеток. Из-за этого образуются лишние яйцеклетки, которые потом надо «утилизировать» и резко увеличивается вероятность многоплодной беременности.

На 1996 г. количество беременностей с числом плодов более пяти выросло в США в три раза по сравнению с 1990 г., и весь этот прирост объясняется искусственным оплодотворением. С увеличением числа плодов растет вероятность осложнений беременности и родов, незрелости новорожденных. Акушеры применяют процедуру редукции - умерщвляют часть плодов для того, чтобы дать нормально развиваться оставшимся. Эта процедура вызывает у церкви и общественных организаций возражения. Это ведь не просто аборт. Это беременность, искусственно созданная, и убивать часть плодов, которых могло бы просто не быть, еще хуже, чем делать обычные аборты (если считать аборты неприемлемыми).

Применительно к бесплодным бракам христиане и приверженцы других религий настаивают, что у каждого бесплодного брака есть простой выход - принять в семью сироту и обеспечить его своей заботой.

По мере развития эмбриологии биологи и врачи накопили большой опыт. Но вместе с успехами росла и настороженность общества. Во Франции, например, был принят закон «О целостности эмбриона», не позволяющий делать с эмбрионом что-либо, нарушающее его, вредящее ему.

Существует еще один аспект многогранной проблемы ЭКО. Есть некоторая нестыковка в логике адептов новейших научных репродуктивных методов: при обосновании необходимости вспомогательных репродуктивных технологий они ссылаются на природу, заложившую в женщину мощный материнский инстинкт. Однако, если апеллировать к природе, следует принимать во внимание и тот факт, что именно природа в силу каких-то неведомых нам причин «отказала» некоторым женщинами в способности производить потомство.

ЭКО — метод молодой, и самые старшие из детей, зачатых «в пробирке», лишь вступают или совсем недавно вступили в репродуктивный возраст. Никто из них еще не родил собственных детей. Возможно, просто не успели. Но ведь может быть и другое: не «создаем» ли мы собственными руками бесплодных людей, запуская таким образом как бы «цепную реакцию» бесплодия?

Кроме того, преимплантационная диагностика предполагает изъятие нескольких клеточек из оплодотворенной яйцеклетки на стадии, когда сам эмбрион состоит еще из столь малого числа клеток, что потеря нескольких из них может сказаться на его дальнейшем развитии.

Отличаются ли дети, родившиеся в результате ЭКО, от обычных детей? Замечено, что эти дети развиваются так же, как и все прочие младенцы, процент заболеваемости у них не больше, чем в популяции. Однако, отдаленные последствия РТ для здоровья, в том числе репродуктивного, рожденных с помощью РТ детей еще не определены. Выдвигаются требования установления жестких критериев, ограничивающих применение РТ. Первый ребенок после ЭКО рожден в 1978 году, эти дети уже вступили в детородный период и пока их репродуктивное здоровье неизвестно.

Достижения современной биологической науки открывают широкие возможности для технологического вмешательства в процесс зарождения человеческой жизни. Применение новых биомедицинских методов, с одной стороны, сулит многообещающие возможности, с другой же - представляет вполне реальную угрозу не только для физического здоровья, но и для духовной целостности человека, для сохранения нравственных устоев общества. Подобная опасность нередко сопровождает эпохальные научные открытия: вспомним хотя бы достижения ядерной физики. Сами по себе научные открытия - лишь орудие в руках человека. От того, как мы распорядимся таким могучим средством, как биомедицинские технологии, и в том числе репродуктивные технологии, в значительной степени зависит дальнейшая судьба человечества.

Обсуждения подобных проблем в обществе - вещь исключительно полезная, поскольку помогают каждому взглянуть на проблему под новым для себя углом и сообща выработать взаимоприемлемые решения.

Этическая допустимость суррогатного материнства.

Наиболее слабо разработана как в юридическом, так и в этическом плане проблема «суррогатного материнства». Суррогатное материнство - новый метод «лечения» такого «медицинского отклонения», как бесплодие пары. Хотя суррогатное материнство может принимать различные формы, общая черта всех этих форм заключается в том, что существует договорное соглашение между женщиной, вынашивающей плод, и «нареченными» родителями, согласно которому суррогатная мать донашивает беременность, рождает ребенка, а затем передает новорожденного на усыновление «нареченным» родителям.

«Традиционные» или «частичные» договоренности предполагают использование яйцеклетки суррогатной матери и семени «нареченного» отца. При «гестационном» или «полном» суррогатном материнстве не существует никакого генетического родства между суррогатной матерью и ребенком. В матку суррогатной матери вводят зиготу (оплодотворенную яйцеклетку), которая была оплодотворена в пробирке и состоит из гамет нареченных родителей (яйцеклетки и сперматозоида).

Необходимость контроля, правового и этического регулирования каждого этапа суррогатного материнства продиктована опасностью коммерциализации деторождения. В отечественном законодательстве такая правовая регламентация вопроса о «суррогатном материнстве» отсутствует. ВМА в целом заняла позитивную позицию по отношению к «суррогатному материнству», уточнив в своей Мадридской декларации (1987) необходимость строгих медицинских показаний и некоммерческую его основу, согласие всех участников данного процесса. В то же время международное право подчеркивает, что любая форма посредничества в материнстве должна быть запрещена, оговаривает наличие уголовной ответственности за «коммерческую деятельность по представлению услуг вынашивающей матери» и запрещение торговли эмбрионами и половыми клетками.

Соглашение о суррогатном материнстве может характеризоваться как «коммерческое» или «некоммерческое», то есть «альтруистическое». При коммерческом суррогатном материнстве суррогатная мать получает плату или какую-либо материальную выгоду вследствие оказания данной услуги. Альтруистическое или некоммерческое суррогатное материнство не предполагает оплаты или материальной выгоды помимо оплаты расходов, связанных с беременностью, например, медицинского ухода. Иногда суррогатной матери также могут быть возмещены расходы, связанные с потерей заработной платы, или выплачена компенсация за перенесенную боль и физические страдания.

В случае, если яйцеклетка одной женщины оплодотворяется *in vitro*, а затем эмбрион переносится в матку другой женщины – «матери-носительницы», «женщины-донора», «временной матери» и т.п.; при этом социальной матерью – «арендатором», нанимателем - может быть либо та женщина, которая дала свою яйцеклетку, либо вообще третья женщина. Таким образом, у ребенка, родившегося благодаря подобным манипуляциям, может оказаться пять (!) родителей: 3 биологических (мужчина-донор спермы, женщина-донор яйцеклетки и женщина-донор утробы) и 2 социальных - те, кто выступает в качестве заказчиков.

Привлекательность суррогатного материнства в случаях, когда причиной бесплодия является отсутствие матки у женщины, очевидна. Известны случаи, когда своеобразную донорскую функцию «матери-носительницы» выполняла мать или сестра страдающей бесплодием женщины. Родственные связи при этом оказываются чрезвычайно запутанными – «мать-носительница» оказывается в определенном смысле, как матерью, так и бабушкой родившегося ребенка, а также не только матерью, но и сестрой женщины-«заказчицы».

Вопрос суррогатного материнства вызывает много этических противоречий. Например, феминистки всего мира разделились во взглядах на эту практику. С одной стороны, свободное осознанное решение родить ребенка для кого-либо может рассматриваться как осуществление репродуктивной автономии и самоопределения. С другой стороны, такое решение может рассматриваться как проявление угнетенного положения женщин и как одна из форм сексуальной эксплуатации.

Некоторые эксперты по этике считают, что договорные или коммерческие соглашения между сторонами являются нарушением основных принципов уважения человеческого достоинства, поскольку позволяют рыночным соображениям вторгаться в сферу семейных отношений. При этом альтруистические «подарки», то есть бесплатное предоставление своей репродуктивной способности для использования другими лицами, могут быть допустимы.

У большинства стран отсутствует как законодательство, так и утвержденная политика в отношении суррогатного материнства. Вопрос суррогатного материнства рассматривался в Совете Европы и в некоторых странах - как правило, лишь на уровне отдельного государства. Сложность этических и правовых вопросов, связанных с альтернативной репродуктивной технологией, отражена в многообразии подходов к этой проблеме. Принятые законы и политика варьируют от полного запрета на суррогатное материнство до установления комплексной юридической базы, призванной учесть права и интересы всех сторон.

Более десяти лет назад комитет Совета Европы по биоэтике и искусственным методам деторождения принял ряд рекомендаций относительно суррогатного материнства. Хотя эти рекомендации содержат строгие ограничения, тем не менее, они признают, что при определенных обстоятельствах использование медицинских технологий для осуществления суррогатного материнства может быть допущено. Определение таких обстоятельств отнесено к сфере национального законодательства. В таких случаях суррогатная мать не должна получать никакой материальной выгоды и сохраняет за собой право оставить ребенка себе.

Специальный экспертный комитет Совета Европы по биоэтике и искусственным методам деторождения обращает внимание на то, что ни один медработник или медицинское учреждение не должны использовать искусственные методы деторождения для зачатия ребенка с целью вынашивания суррогатной матерью. Ни один контракт или соглашение между суррогатной матерью и тем лицом или парой, для которых она вынашивает ребенка, не должны иметь законной силы. Всякая посредническая деятельность в пользу лиц, заинтересованных в суррогатном материнстве, а также всякая связанная с этим рекламная деятельность, должны быть запрещены. (Принцип 15, 1989).

Однако государства могут в исключительных случаях, оговоренных в национальном законодательстве, с учетом пункта 2 данного Принципа разрешить медицинскому работнику или учреждению произвести искусственное оплодотворение суррогатной матери при условии, что суррогатная мать не получает материальной выгоды от данной операции и суррогатная мать имеет право после родов оставить ребенка себе.

Вопрос суррогатного материнства, окружен разногласиями, и затрагивает противоречащие друг другу права и интересы. Существуют, по меньшей мере, три различных точки зрения, которые должны быть приняты во внимание при составлении законопроекта о суррогатном материнстве. Это права нанимающей пары (или лица); права женщины, предлагающей свои услуги в качестве суррогатной матери, и права рожденного ребенка. Конкурирующие права при этом могут быть следующими (хотя данный список не полон):

- права нанимающей пары на лечение бесплодия или на создание семьи.
- права женщины, предлагающей свои услуги в качестве суррогатной матери, включая право на самостоятельное принятие решения по такому глубоко личному вопросу, как деторождение.

Проблема аборта и фетальная терапия

С какого момента зародыш считается живым существом? Имеет ли женщина право совершить аборт или нерожденный плод должен

рассматриваться в качестве личности (пусть хотя и потенциальной) и, следовательно, обладать неотъемлемым правом каждого человека на жизнь? Этична ли фетальная терапия?

Прерывание беременности (аборт) - вопрос, который рассматривается в связи с этической ответственностью врачей, политиков, юристов, философов и ученых за принятие таких важных решений.

Следует заметить, что женщина еще в прошлые века убивала своих детей. Такие убийства особенно характерны были для древнего общества (особенно периода матриархата), где они были связаны с тем простым фактом, что женщина была просто физически не в состоянии вырастить и прокормить всех тех детей, которых она могла родить. Древние ритуалы воспроизводили ситуацию очень жесткого обращения с новорожденным, в результате которой выживали только самые сильные. С наступлением патриархата (власти мужчины) глава семьи пытался ограничить права женщины на ребенка.

Этот вопрос на протяжении веков и тысячелетий являлся предметом споров и разногласий. Платон и Аристотель, например, одобряли аборт как средство предотвращения чрезмерного роста населения. А Гиппократ считал его недопустимым, противоречащим главному врачебному принципу «не навреди». Цицерон и Сенека относились к аборту как к опасной для женщины операции.

Христианство рассматривало аборт как убийство. До XIII в. аборт был запрещен под страхом смертной казни. Кое-где запрет действует и сейчас.

В США ежегодно делается 1,5 млн. абортов. Проблема заключается в следующем: если женщины все равно делают аборты (даже в странах, где это запрещено), то есть часто убивают своих здоровых детей, почему нельзя убивать тех, о которых известно, что они будут больными?

Генетика сегодня позволяет определить, здоров ли ребенок, находящийся в материнской утробе. Если мы одобряем аборты, то мы должны одобрять и все те мероприятия, которые связаны с генетическим манипулированием плодом. Таким образом, старая как мир проблема прерывания беременности приобретает сегодня особую остроту и новое звучание. Этические проблемы аборта сегодня смещены в сторону учета прав всех заинтересованных субъектов, а именно- прав плода, прав матери и отца.

В основе фетальной терапии лежит использование тканей плода человека, получаемых в результате аборта или искусственного прерывания беременности на достаточно поздних сроках, в целях лечения ряда заболеваний (сахарного диабета, женских болезней, импотенции, мужского бесплодия, синдрома Дауна и т. д.).

В современной медицине достаточно успешно применяется трансплантация различных органов (почек, печени, сердца, легких). Однако при этом пересаживаются органы умерших в результате болезни или несчастного случая людей или добровольных доноров, дающих на это согласие (чаще всего

родственников больного). В случае с фетальной терапией используются ткани насильственно умерщвленного человеческого существа. При позднем прерывании беременности рождается сформировавшийся человеческий плод, который вскоре погибает (т. е. убивается).

Как известно, православие резко отрицательно относится к аборту, считая его смертным грехом, так же осуждается фетальная терапия. С позиций православия, фетальная терапия, относится к убийству человеческого плода на поздних сроках беременности. Согласие матери на это убийство не меняет дела. Само существование данного вида «лечения» свидетельствует о глубокой духовной поврежденности, моральной деградации общества.

Биоэтика - это процесс осмысления ситуаций двусмысленности в практической медицине, порожденных прогрессом биологической науки и медицинского знания. Врачи, создающие новые технологии и осваивающие новые сферы приложения медицинского знания объективно нуждаются в определенной этико-нормативной системе, содержанием которой является цельная и вполне определенная программа нравственного оправдания нетрадиционного действия врача. В связи с НТР ситуация постоянно усложняется и врачи все чаще попадают в неоднозначные ситуации. Так, первый зачатый «в пробирке» канадский ребенок уже находится в юношеском возрасте. А ведь его «рождение» с юридической точки зрения было незаконным. Только в 1996 году в Канаде подготовили закон, юридически регулирующий искусственное зачатие и «суррогатное» рождение. А необходимость в морально-философском осмыслении искусственного осеменения назрела давно, (юридическое конституирование - завершающий шаг такого осмысления).

В Калифорнийском университете три врача без ведома пациентов провели уникальный эксперимент по обмену эмбрионами; в результате по меньшей мере 10 женщин выносили и родили «не своих» детей. Новый канадский закон запрещает эксперименты над эмбрионами старше двух недель (отсчет с момента зачатия). Канадские законодатели предусмотрели самое невероятное в биомедицине: запрещено изъятие яйцеклеток и спермы из тел умерших; запрещено создание смешанных эмбрионов человека и животного.

Но можно ли законодательно ограничить полет творчества? История показывает, что нельзя. Парадоксально, но факт: во все времена общество затрачивало и затрачивает колоссальную энергию на формирование у членов культуры навыки репродуктивного (исполнительского) поведения, вводя системы запретов (законов, табу) на любой образ действий, кроме должного. Между тем во все времена члены общества нарушали и нарушают эти запреты, причем как безопасными, так и опасными для них и общества в целом способами. Более того, чем большее количество рекомендаций, регулирующих жизнь общества при помощи морали, переводилось в ранг законов (табу), тем большее количество людей и во все большем количестве сфер деятельности, стремятся нарушать (или обходить) границы, устанавливаемые этими законами. Общество стремится ограничить неправомерные действия в медицине не только законодательно, а посредством формирования соответствующей морали.

Биоэтика - предпосылка и результат такого регулирования сферы здравоохранения.

5. Исследование ключевых проблем биоэтики исламе.

Стремительный рост проблем, связанный с прогрессом биомедицинских технологий на Западе привел к появлению биоэтики. Истоки биоэтических учений Западной философии несомненно имеют большое значение в формировании и развитии исламской биоэтики, связанной с многими ее понятиями. Однако, последние 35 лет, в течение которых развивается исламская биоэтика, показали ее особенности и приоритеты. Они касаются не только религиозного сознания, но и социо-культурных, философских, правовых и других аспектов.

Следует отметить огромную роль мусульманской биоэтики в развитии глобальной биоэтики: речь идет о значении в этом процессе великого научного, медицинского и философского наследия, которое оставили арабоязычные ученые Востока и Средней Азии. Несомненным признанием этого исторического факта является учреждение Исполнительным Советом ЮНЕСКО в 2004г. премии Авиценны за исследования в области этики науки, а также провозглашение в 2007 г. Международной исламской организацией по вопросам образования, науки и культуры (ISESCO) города Ташкента одним из центров исламской культуры.

Как известно, три монотеистические религии - иудаизм, христианство и ислам, верят в единого бога, в целостность вселенной. Отсюда их общее название - авраамические религии. Восточная традиция философствования, основанная на исламе – синкретична (неразделенность) в связи с чем, здесь сформировалось учение о должном поведении воспитанного человека – «адабнома».. К древним источникам биоэтики ислама могут быть отнесены: «Канон врачебной науки» Авиценны, «Adab Al-Tabib»- практическая этика врача Ал-Рухави (Ishaq ibn Ali Al-Ruhawi), «Духовная медицина» Ар-Рази и многие другие, которые стали образцом классики в анналах медицинской этики. Эти знания продолжают составлять духовный базис в исламском медицинском кодексе, биоэтике, экологической и биомедицинской этике.

Вооружая врача знаниями о законах и принципах трансформации духовного начала в человеке, Ар-Рази и Ибн Сина создают философскую основу для поведенческих стандартов как врача, так и умирающего больного.

В отличии от христианства, ислам регулирует все сферы жизни, определяет не только культурные, социальные, правовые вопросы, но проникает в межличностные отношения членов мусульманской общины.

Мировая религия ислам имеет единые источники: Коран, Шариат и Хадисы. При этом следует учитывать некоторые имеющиеся внутренние

различия в философии и теории ислама, его правовых школах Следовательно, имеются различия не только внешние, с основными Западными философскими теориями, перспективами по вопросам медицинской этики, но и внутренние, обусловленные различными направлениями в самом исламе.

Исследование ключевых проблем биоэтики в контексте учения Корана, Шариата, Хадисов, (с привлечением большого исторического опыта в области медицины, достигнутого в эпоху мусульманского ренессанса арабскими и Среднеазиатскими учеными), начало трансформироваться в конце XX столетия применительно к деликатным и сложным медико-биологическим проблемам в кодексе исламской медицинской этики и биоэтике. В истории развития исламской биоэтики, как новой формы научного знания в XX века, большое значение имеет создание исламской организации медицинской науки IOMS и проведение первой (1981, Кувейт) и второй конференции исламской организации медицинских наук в Кувейте (1982г), где был принят кодекс исламской медицинской этики. Принятие в 1982г на второй международной конференции исламской организации медицинской науки кодекса стало отправной точкой в развитии исламской биоэтики. Кодекс состоит из тринадцати частей, в которых соединились древнейшие и современные этические учения, традиции Восточной медицины, ислама, философии. В кодексе даны определение медицинской профессии, присяга врача, регламентированы отношения врач-врач, отношения врач-пациент, отношения врач-общество, врач и биотехнологический прогресс, врачебная тайна, обязанности и ответственность врача в военное время. Особое внимание уделено святости человеческой жизни, медицинскому образованию, актуальным проблемам исламской медицины. Приведем некоторые положения присяги врача:

- врач имеет определенные обязательства перед обществом, пациентами и коллегами;
- врач должен блюсти честь медицинской профессии;
- врачу присущи такие качества как, искренность, сострадание и сочувствие, терпение и скромность;
- врач должен получить информированное согласие пациента и женское согласие;
- все время практической деятельности должно сопровождаться непрерывным медицинским образованием.

В сравнении с Западной биоэтикой, в которой сделан сильный акцент на правах человека, исламская биоэтика основывается на обязанностях сохранять жизнь, искать всевозможные способы лечения, а права (Бога, общества, индивида) отражаются в биоэтике в качестве достоинства человека (Ihsan).

Ислам открыт научному познанию, о чем свидетельствуют Коранические стихи и традиции Пророка:

- «...необходимо идти учиться, искать знания как - бы далеко это ни было, даже если надо идти в Китай»;
- «чернила ученого более священны, чем кровь мученика. Приобретение знания обязательно для каждого мусульманина, независимо мужчина это или женщина.»

- Говори: «Мой Господин, увеличь мои знания». (Тааһа 20:114)

Ислам требует от больного вести себя рационально и искать соответствующее лечение, требует от медицинского персонала неукоснительно выполнять свою миссию по охране и спасению жизни:

- «А тот, кто эту душу сохранит, - он как бы всех людей убережет от смерти. (КОРАН. 5:32. Перевод смыслов Валерии Пороховой)

Исламская медицинская этика стала важным компонентом в международных этических дискуссиях и на III Всемирном Конгрессе в 1996 в Сан-Франциско работала секция «Исламская Биоэтика», на которой выступили мусульманские ученые.

Одним из известных исследователей в области исламской биоэтики, труды которого получили мировое признание, является лауреат Премии Авиценны 2005года профессор Абдаллах Даар. Он внес существенный вклад в исследование комплекса вопросов биоэтики в исламе.

Среди важнейших событий, которые имели значение в развитии исламской биоэтики, следует отметить издание «Руководства к международным этическим принципам, включающим биомедицинские исследования человека (в перспективе ислама), Женева, 2004. Руководство подготовлено и издано Советом Международных Организаций Медицинских Наук (CIOMS) в сотрудничестве с ВОЗ и Исламской Организацией Медицинских Наук (IOMS) в Женеве в 2004.

Общие принципы профессиональной этики мусульманского врача предусматривают что, все исследования с людьми должны быть проведены в соответствии с тремя основными этическими принципами, а именно: уважения автономии личности, великодушия и законности. Каждый этический принцип сопровождается комментариями из Корана или принципами, законами исламской юриспруденции, которые подтверждают этот принцип. При привлечении к участию в исследовании представителей уязвимых контингентов (несовершеннолетние, лица с нарушенными психическими возможностями, инвалиды, неизлечимо больные, пациенты в коматозном состоянии и т. д.), им также должна быть предоставлена возможность выбора – участвовать или не участвовать (в той мере, насколько они это могут сделать).

Их возражения не должны игнорироваться, их права должны быть тщательно защищены. Каждая группа таких лиц должна рассматриваться отдельно.

Уважение к индивидуумам включает получение информированного согласия на участие в исследовании от третьих лиц (например, свидетель) с целью усиления защиты прав испытуемых. Согласие на участие должно быть добровольным. Недопустимо насилие или неоправданное давление для получения согласия на участие в исследовании, особенно у представителей уязвимых контингентов. Вот несколько приводимых в Руководстве комментариев из Корана.

В правилах юриспруденции ислама:

- «Любое действие, которое приносит вред или препятствует пользе, должно быть запрещено».
- «Обязательное предотвращение большего зла, когда из двух зол выбирают меньшее».
- Закон Ислама призывает к распознаванию, предотвращению и уменьшению вреда.

Этические требования являются предварительным условием для исследования, они часть научно-исследовательского управления и критерий научно-исследовательского качества, которые, не должны превращаться в препятствие. Это условие требует новых и дополнительных качеств со стороны исследователя, требуется специальное образование (биоэтика, биомедицина) и подготовка исследователей. Поэтому, не все, что может быть осуществлено с точки зрения научно-технических возможностей может быть разрешено этически.

В настоящее время продолжают исследоваться общественные, юридические, экономические аспекты этических вопросов ключевых проблем биоэтики в области здравоохранения, медицины и биомедицинских технологий в контексте исламского вероучения.

Исламская биоэтика развивается динамично, мобильно. Она не замыкается исключительно аспектом вероучения, но интегрирует, трансформирует важнейшие международные документы (Нюрнбергский кодекс, Хельсинская декларация, Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека и др.).

За последние 15-20 лет на повестку дня были поставлены и рассмотрены такие вопросы биоэтики в исламе как: пересадка органов и/или тканей, критерии смерти мозга, принципы помощи и технологии в отделении интенсивной терапии, проблемы репродуктивных технологий, клонирования, генно-инженерных биотехнологий, СПИДа, оказания психиатрической помощи и т.д. Были проведены международные конференции исламской организацией

медицины (IOMS) в Кувейте, Стамбуле, Карачи, Каире и т.д. Рассмотрены различные ключевые проблемы биоэтики, права ребенка, уделено внимание духовному развитию, нравственному компоненту медицинских образовательных программ, чтобы с их помощью подготовить мусульманского врача.

Исламские правоведы регулярно собираются для обсуждения этических проблем, связанных с прогрессом биомедицинских технологий: проблемы трансплантации органов и /или тканей рассматривались на третьем симпозиуме по медицинскому праву (1987), на пятой международной конференции исламской медицины в Каире (1988г.) и т.д.

Современная исламская медицина и биоэтика развивается в рамках просвещенного ислама и медицинской этики. Тем не менее, не смотря на действующую практику исламской биоэтики, существуют проблемы и противоречия, начиная с признания или не признания ее статуса.

Позиция консервативно настроенной части мусульманских ученых (например, Omar Hasan Kasule) заключается в том, что появление биоэтики на Западе, ее понятия, теории, принципы они обосновывают не стремительным развитием биомедицинских технологий, а исключительно секуляризацией.¹ Поэтому, считают они, биоэтика не является ни законом, который бы представлял силу для правительства ни моральную силу - совесть, она не имеет статуса науки. Как полагает Omar Hasan Kasule, ислам смотрит на проблемы эксперимента с человеком как на чисто правовые вопросы, так как законы шариата предусматривают адекватные принципы и гарантии, потому что исламский закон (Шариат), в отличие от западного, включает в свою ткань и право и мораль.

В исламе, все действия распределены на обязательные, рекомендуемые, разрешенные, осужденные и запрещенные. Поэтому, при особых обстоятельствах, особенно, когда вопрос идет о жизни и смерти, даже запрещенное, может быть разрешено.

Медицина ислама эклектична, она выбирает наилучшие, современные, доступные медицинские технологии, совместимые с духом Шариата и исламским обществом. Юристы ищут и находят ответы, чтобы решать проблемы, поставленные современной жизнью. Вспомогательные понятия направлены на совмещение с руководящими принципами Шариата для того, чтобы мусульманские пациенты могли использовать на благо своего здоровья современные медицинские методы и технологии, не нарушая принципы

¹ Omar Hasan Kasule. Medical ethics from maqasid al shari'at.//Jimasa volume12, #3 2005. P 2-4

ислама. Синкретизм восточной традиции выражен еще и в том, что многие мусульмане, в том числе и в светских государствах нашего региона Центральной Азии, стремятся придерживаться своей религии почти во всех сферах жизни. Они упоминают имя Аллаха повседневно, живут согласно предписаниям Корана, наставлениям Пророка и верят в то, что их поступкам ведется счет, что их будут судить на Страшном Суде. Не смотря на то, что индивидам в статусе пациента делаются уступки, тем не менее, многие стараются придерживаться мусульманского стиля жизни. Отсюда актуальность глубокого понимания исламской биоэтики врачами, которая может улучшить качество лечения этой значительной группы населения.

Государства Центральной Азии - светские государства, но здесь проживают верующие различных конфессий. Поэтому очень важен учет социально - культурных реалий собственных исторических и национальных традиций, изучение опыта в принятии решений по ключевым проблемам биоэтики в мировой практике в контексте не только исламского, но и других вероучений.

Биоэтика сегодня - социально-значимая область знания, разрабатывающая стандарты этико-правового обеспечения благополучия человека в сфере здравоохранения, медицинской науки, образования, фармацевтической деятельности и др.

Некоторые проблемы в области трансплантации органов и/ или тканей в исламской биоэтике.

За последние 15-20 лет на повестку исламской биоэтики были поставлены и рассмотрены такие вопросы как: пересадка органов и/ или тканей, смерть головного мозга, принцип помощи, технологии в отделении интенсивной терапии. Проблемы трансплантации органов и /или тканей рассматривались исламскими юристами на Третьем Симпозиуме по медицинскому праву (Апрель 1987). В Иране, на Международном Конгрессе Биоэтики (Март, 2005) говорилось, что решения по ключевым проблемам биоэтики должны приниматься с учетом существующих религиозных норм морали, культурных традиций. Биоэтика рассматривалась как мост в будущее, с помощью которого человечество может и должно научиться защищать права и достоинство человека.

РАЗДАТОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

Раздаточные материалы: ситуационные задачи, тестовые вопросы.

Каждой из 10 малых групп раздается свой вариант ситуационного задания, состоящего из 3 частей

I. Примеры ситуационных задач первого типа направлены на определение типа классических этических теорий, определяющий или определивший моральный выбор Вашего решения и действия: 1) натуралистическо-прагматический тип или 2) идеалистическо-деонтологический тип. **К первой части относится натуралистическо-прагматические** этические теории. Ориентирами поступка для этого типа являются польза, экономическая выгода, материальный интерес действующего человека. Второй тип – это **идеалистическо-деонтологические** теории. В рамках данного типа мы поступаем правильно, если соотносим свой поступок с моральными ценностями, например, с профессиональным долгом, нравственными законами и правилами.

II Во второй части требуется определить принадлежность каждой ситуации к одному из 4-х видов нравственного действия: казусу; дилемме; нравственному поступку, или подвигу; преступлению. Ключом к правильному выбору мы предлагаем следующие определения каждого из этих видов действия. 1. **Казус** (лат.- *сложный, запутанный случай*), (*врачебная ошибка*) – это действие, имеющее внешние признаки правонарушения, но совершённое из положительных морально-этических мотивов. 2. **Дилемма** (греч. – *два предположения*) – положение, из которого надлежит сделать выбор между двумя возможностями (равно несовершенными). 3. **Нравственный поступок, подвиг** – это действие, совершённое в согласии с нравственным законом (или принципом) из признания и уважения к самому закону (или принципу). 4. **Преступление** (нравственное) – действие, противоречащее нравственному закону, принципу, заповедям. **Примеры ситуационных задач второго типа** направлены на определение принадлежности каждой ситуации к одному из 4-х видов нравственного действия: казус; дилемма; нравственный поступок, подвиг; преступление.

III. В третьей части требуется соотнести каждую ситуацию с исполнением или нарушением таких принципов и правил профессиональной биомедицинской этики как: принцип правдивости, принцип конфиденциальности, принцип информированного согласия, принцип справедливости, принцип милосердия. **Ключом к правильному выбору мы предлагаем следующие характеристики этих принципов.** **Принцип правдивости** заключается в том, что врач должен в доступной для него форме дать пациенту имеющуюся информацию о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения. Принцип правдивости относится и к пациенту, который не должен скрывать правду относительно своего заболевания. **Принцип конфиденциальности** гласит, что нельзя передавать медицинскую информацию третьим лицам без согласия пациента. В статье 61 «Основ Законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» говорится: «Информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина диагнозе его заболевания и иные

сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну». **По принципу информированного** согласия любое медицинское вмешательство, в том числе и прежде всего при проведении экспериментов на человеке, должно включать добровольное согласие пациента. Врач обязан информировать пациента о целях, методах, побочных эффектах возможном риске, продолжительности и ожидаемых результатах исследования. Врач призван уважать права и достоинство личности пациента и принимать субъективное решение пациента к исполнению. **Принцип справедливости** означает действие врача исключительно в интересах пациента независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждениям, принадлежности к различным общественным объединениям и политическим партиям. **Принцип милосердия** включает деятельное, отзывчивое участие в беде в разных обстоятельствах, сострадательное, заботливое отношение к пациенту, способность к самоотверженности ради помощи больному. **Примеры ситуационных задач третьего типа** требуют соотнести каждую ситуацию с исполнением или нарушением таких принципов и правил профессиональной биомедицинской этики, как: принцип правдивости, принцип конфиденциальности, принцип информированного согласия, принцип справедливости, принцип милосердия.

Ситуационные задачи первого типа

К первому типу относится **натуралистическо-прагматические** этические теории. Ориентирами поступка для этого типа являются польза, экономическая выгода, материальный интерес действующего человека. Второй тип – это **идеалистическо-деонтологические** теории. В рамках данного типа мы поступаем правильно, если соотносим свой поступок с моральными ценностями, например, с профессиональным долгом, нравственными законами и правилами. Вот несколько примеров

1. На прием к врачу обратился пациент с диагнозом: «гипертоническая болезнь». Были рекомендованы биологически активные добавки, распространением которых занимался врач, хотя он знал об их малой эффективности в данном случае.

2 В палате находится пациент, у которого ясен диагноз и обозначен план лечения. Всё выполняется по канонам медицины, но по техническим причинам обследование его затянулось. Родственники, узнав о данной ситуации, связались с руководителями больницы и предложили им деньги. У пациента появились дорогие современные лекарства, быстро выполнялись необходимые обследования и назначались дорогостоящие (необязательные) обследования; улучшились условия пребывания в отделении. Каковы нравственные мотивы действия администрации больницы?

3. Врач отделения функциональной диагностики проводит пациенту за определенное материальное вознаграждение исследование, преувеличивая его диагностическую информативность и умалчивая при этом о наличии других, не менее информативных методов исследования. Какими интересами определяются действия врача?

4. В травматологическом отделении больницы находилась пятилетняя девочка со сложной травмой нижней конечности. Врачи предприняли все доступные им методы лечения для спасения ноги ребенка, но успеха не достигли. Тогда коллектив больницы обратился в научный центр, специализирующийся на подобной патологии, т.к. операцию такой сложности можно было провести только там. В противном случае речь шла об ампутации ноги. Оценив ситуацию, врачи научного центра отказали в проведении лечения, т. к. шансов на успех было очень мало, и это могло испортить репутацию клиники. Какой тип морального сознания доминировал у врачей института?

5. В отделение поступает одинокая больная 89 лет в плановом порядке, для оперативного лечения по поводу катаракты на единственном глазу, страдающем глаукомой, которая не позволит полностью восстановить зрение. При первичном осмотре больной предложен бесплатный хрусталик по ОМС (который нередко вызывает воспаление в глазу). Однако больная настаивает на имплантации улучшенной модели хрусталика по ДМС (платно). Помимо этого, больная должна самостоятельно приобрести некоторые антибактериальные средства. Учитывая материальное и семейное положение больной, врач вызывает химиотерапевта, который специально для больной выписывает эти препараты из больничной аптеки. Какими нравственными нормами руководствовался врач в данной ситуации?

6. В больнице с инсультом лежит одинокая старушка, которую никто не посещает. Врач из соседнего отделения после дежурств регулярно навещает её и ухаживает за ней. Что целесообразней - ухаживать за старушкой или проводить это время в библиотеке, повышая свою профессиональную квалификацию, чтобы оказывать более квалифицированную помощь пациентам? Какая морально-этическая традиция определила Ваш ответ?

7. Дети, рожденные в состоянии клинической смерти, после проведенных реанимационных мероприятий в большинстве случаев переводятся на искусственную вентиляцию легких и требуют наблюдения и лечения в палате интенсивной терапии родильного дома. В большом проценте случаев такие дети находятся в состоянии глубокой комы и имеют крайне неблагоприятный прогноз заболевания. Несмотря на наличие палаты интенсивной терапии, длительное лечение этих детей в условиях родильного дома не представляется возможным в результате недостатка лекарственных средств, специализированной аппаратуры, высококвалифицированных врачей-реаниматологов. Данные больные должны наблюдаться в специализированных

отделениях реанимации новорожденных. Однако часто врачи реанимации отказываются переводить этих больных к себе в отделение, объясняя это их «бесперспективностью» и нецелесообразностью использования специальной аппаратуры для поддержания жизнеобеспечения данного ребенка, в то время как данная аппаратура может быть использована для спасения жизни другого ребенка, имеющего большие шансы выжить и не остаться при этом глубоким инвалидом. Аргументацию какого типа этических теорий используют врачи при отказе?

8. В реанимационном отделении находился крайне тяжелый больной с инфарктом миокарда после реанимационных мероприятий по поводу фибрилляции желудочков сердца. Реанимационные мероприятия протекали длительно, в результате кора головного мозга по внешним признакам погибла. Больной постоянно находился на ИВЛ. При этом дальнейших перспектив у данного больного не было, тем не менее, на фоне вентиляции легких сохранялась нормальная сердечная деятельность. Аппарат для ИВЛ в отделении только один, поэтому при поступлении другого больного, требующего неотложной вентиляции легких, врач отключил этого безнадежного пациента от ИВЛ. Аргументами каких этических теорий можно объяснить действия врача?

9. Перед проведением оперативного вмешательства по поводу калькулезного холецистита, врач рассказывает о том, что большинству пациентов операцию проводят лапаротомическим доступом, но возможно проведение операции и лапароскопическим методом, что ускоряет сроки восстановления после операции и позволяет достичь лучших косметических результатов. «Выбор метода оперативного вмешательства остается за хирургом» – говорит врач, тем самым, намекая на желательность вознаграждения. В какой нравственной парадигме находится врач?

10. В ЛОР – отделение поступил больной гражданин Молдавии в тяжелом состоянии с диагнозом «Вторичный гнойный менингит. Обострение левостороннего гнойного гемисинусита». По экстренным показаниям произведена saniрующая операция на пазухах. Учитывая отсутствие у пациента страхового полиса, заведующая отделением настаивает на выписке его в течение 5 дней после поступления и стабилизации состояния, объясняя это дороговизной лечения для бюджета больницы. Лечащий врач, в свою очередь, настаивает на продолжении стационарного лечения, хотя понимает, что нахождение пациента в стационаре отрицательно сказывается на заработной плате его и коллег. Какие нравственные представления определяют позицию заведующей отделением и лечащего врача?

Ответы на задачи

НПТ, 2. НПТ, 3. НПТ, 4. НПТ, 5. ИДТ, 6. ИДТ, 7. НПТ, 8. НПТ. 9. НПТ, 10. НПТ/ИДТ

Сокращения: НПТ - Натуралистическо-прагматический тип этических теорий, ИДТ - Идеалистическо-деонтологический тип этических теорий

Ситуационные задачи второго типа

Во втором варианте требуется определить принадлежность каждой ситуации к одному из 4-х видов нравственного действия: казусу; дилемме; нравственному поступку, или подвигу; преступлению.

Ключом к правильному выбору мы предлагаем следующие определения каждого из этих видов действия.

1. **Казус** (лат.- *сложный, запутанный случай*), (*врачебная ошибка*) – это действие, имеющее внешние признаки правонарушения, но совершённое из положительных морально-этических мотивов.

2. **Дилемма** (греч. – *два предположения*) – положение, из которого надлежит сделать выбор между двумя возможностями (равно несовершенными).

3. **Нравственный поступок, подвиг** – это действие, совершённое в согласии с нравственным законом (или принципом) из признания и уважения к самому закону (или принципу).

4. **Преступление** (нравственное) – действие, противоречащее нравственному закону, принципу, заповедям.

1. Истории известно много случаев, когда врачи посвящали свою жизнь помощи населению из неразвитых стран. Альберт Швейцер отказался от карьеры музыканта и теолога и посвятил свою жизнь врачебной деятельности, служению людям. Вместе со своей женой, медицинской сестрой Элен Бреслау, он на собственные средства основал в 1913 году больницу в Ламбарене (Габон), в течение полувека трудился в условиях тропического леса, оказывая медицинскую помощь больным проказой, малярией, дизентерией и другими заболеваниями. Как оценивается в европейской культуре деятельность и жизнь А. Швейцера?

2. Высокая миопия часто служит показанием для проведения лазеркоагуляции сетчатки с целью предупреждения в дальнейшем ее отслойки. Однако эта операция имеет свои показания и не всегда, даже при высокой близорукости, она необходима. Тем не менее, в настоящее время нередко эта операция назначается чуть ли не всем без разбора, особенно в клиниках, где эта операция

платная. Даже если в этом нет особой необходимости, врачу выгоднее немного испугать пациента возможной отслойкой сетчатки, провести лазеркоагуляцию и получить гонорар, не задумываясь об отдаленных последствиях такого вмешательства. А в результате пациент получает в будущем периферические дистрофии сетчатки и выпадения полей зрения. К какому виду нравственного действия относится подобная практика?

3. По скорой медицинской помощи в приемное отделение поступает больной с травмой головы и органа зрения. Он был осмотрен дежурным врачом, который оценил его состояние, как средне тяжелое, и провел больному первичную обработку глаз. Во время процедуры у больного начались судороги, и появилась назальная ликворея. Эти симптомы свидетельствуют о черепно-мозговом повреждении и, соответственно, о крайне тяжелом состоянии больного. В данной ситуации врач недооценил состояние тяжести больного, и это могло привести к его гибели. Как оценить с нравственных позиций действия врача?

4. В процессе диагностики и лечения заболеваний нередко возникает вопрос о применении методов исследования, не предусмотренных в данном лечебном учреждении, обычно это дорогостоящие процедуры (КТ, МРТ и др.). Не все пациенты могут себе это позволить. Может ли врач просить пациента (или его родственников) оплатить такого рода услуги? Ведь диагноз будет более точный, что даст возможность эффективнее лечить больного. Как определить данную нравственную ситуацию?

5. В отделении умер больной. Врач, согласно правилам, позвонил диспетчеру, затем оформил историю болезни, утром позвонил родственникам. Однако родные умершего сказали, что им уже сообщили о смерти сотрудники ритуального агентства. Дело в том, что среди ритуальных агентств существует конкуренция, поэтому агентства платят определенную сумму человеку, сообщившему о летальном исходе. Охрана, перевозящая тела в морг, узнает телефон родственников и паспортные данные пациента, которые записаны на первой странице истории болезни, и сообщает их сотрудникам ритуального агентства. Какова нравственная оценка действий персонала со стороны администрации и родственников?

6. В кардиологическом отделении находилась пациентка 57 лет в связи с подозрением на нестабильную стенокардию, получала стандартную терапию, несмотря на не совсем типичную клинику. На вторые сутки пребывания в стационаре больная скончалась, на вскрытии диагноз ишемической болезни сердца не подтвердился. У пациентки оказалось расслоение аорты – заболевание, требующее срочного оперативного лечения, при котором назначенные препараты ухудшили состояние больной. Данный случай – типичная врачебная ошибка. Назначение препаратов, возможно, ускоривших летальный исход, было вызвано тем, что клиническая картина заболеваний

сходна, и для точной диагностики требуются специальные методы исследования. Может ли моральная оценка произошедшего смягчить юридическую ответственность врача в ходе возможного судебного разбирательства?

7. Ребенок 3-х дней жизни находился в отделении патологии новорожденных в тяжелом состоянии. В связи с необходимостью переливания крови, была определена группа крови. По результатам анализа получилось, что отцом ребенка является другой человек, но чтобы не усугублять тяжелое моральное состояние в семье врач умолчал о данном факте. В какой нравственной ситуации оказался врач?

8. Нередко в дерматологической практике возникает ситуация, когда врач должен решать вопрос о полномочии проведения определенных манипуляций. При подозрении на меланому перед врачом стоит выбор: взять участок кожи для исследования или иссечь весь пораженный участок. В случае забора биопсии врач может спровоцировать более быстрое развитие опухоли, нанеся вред больному, в случае иссечения всего очага поражения и при неподтверждении диагноза больному наносится вред, так как у него остается косметический дефект. Если врачу необходимо сделать выбор, в какой нравственной ситуации он оказывается?

9. Молодая женщина, которую беспокоили периодические боли в пояснице, пришла на обследование в поликлинику. После поверхностного исследования, включающего в себя лишь обзорную рентгенографию брюшной полости, врач безапелляционно поставил диагноз: рак правой почки. Женщина в течение полугода постоянно думала и готовила себя к смерти. В тяжелом состоянии она попала в другую клинику. На обходе заведующий отделением позволил себе усомниться в диагнозе. Проведя кропотливые, сложные исследования, привлекая дополнительных специалистов, проведя немало часов в беседах с больной, доктор убедил её, что первоначальный диагноз в корне неверен и обусловлен недостаточным объёмом исследования и неверной интерпретацией полученных скудных данных, чем вернул больную к полноценному существованию. Имеет ли нравственный смысл (и какой?) профессиональная несостоятельность первого врача и поступок второго?

10. Ночью на дежурстве ко врачу- лаборанту поступила заявка. В связи с тем, что ребенку плохо, его попросили поставить анализ, который он делать не обязан, так как лаборатория не обслуживает отделение, из которого поступил анализ. Лаборатория, которая обслуживает данное отделение, в ночное время суток не работает. Анализ был поставлен. Какое нравственное действие совершил врач?

Ответы на задачи

1 Под., 2 П, 3К, 4. К, 5. П, 6. К, 7. К, 8 Д. 9. П / Нр, 10. Нр

Сокращения: Д – дилемма, К – Казус ,П – Преступление, Нр. – Нравственный поступок, Под. – Подвиг, П / Нр. –Преступление + нравственный поступок.

Ситуационные задачи третьего типа

В третьем варианте требуется соотнести каждую ситуацию с исполнением или нарушением таких принципов и правил профессиональной биомедицинской этики как: принцип правдивости, принцип конфиденциальности, принцип информированного согласия, принцип справедливости, принцип милосердия. Ключом к правильному выбору мы предлагаем следующие характеристики этих принципов.

Принцип правдивости заключается в том, что врач должен в доступной для него форме дать пациенту имеющуюся информацию о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения. Принцип правдивости относится и к пациенту, который не должен скрывать правду относительно своего заболевания.

Принцип конфиденциальности гласит, что нельзя передавать медицинскую информацию третьим лицам без согласия пациента. В статье 61 «Основ Законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» говорится: «Информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну».

По принципу информированного согласия любое медицинское вмешательство, в том числе и прежде всего при проведении экспериментов на человеке, должно включать добровольное согласие пациента. Врач обязан информировать пациента о целях, методах, побочных эффектах возможном риске, продолжительности и ожидаемых результатах исследования. Врач призван уважать права и достоинство личности пациента и принимать субъективное решение пациента к исполнению.

Принцип справедливости означает действие врача исключительно в интересах пациента независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждениям, принадлежности к различным общественным объединениям и политическим партиям.

Принцип милосердия включает деятельное, отзывчивое участие в беде в разных обстоятельствах, сострадательное, заботливое отношение к пациенту, способность к самоотверженности ради помощи больному.

1 Ассистент кафедры кожных болезней, консультируя больного с псориазом, на вопрос пациента: «Сколько времени он будет страдать этим заболеванием?» ответил: «Всю жизнь!» Больной, не ожидавший такого ответа, очень расстроился, так как думал, что его заболевание легко вылечить. Какой нравственный принцип нарушил ассистент, давая категорическое заключение о сроках течения болезни? Был ли он обязан подробно разъяснить больному, что заболевание у него хроническое, трудно излечимое, но при подборе адекватной терапии можно достигнуть стойкой ремиссии?

2. Больной Ф., 56-ти лет, поступил в клинику с ухудшением течения гипертонической болезни II степени. На фоне проведенной терапии в течение недели состояние больного улучшилось, нормализовалось артериальное давление и после выполнения плана обследования планировалась выписка больного. Однако через 8 дней пребывания больной злоупотребил алкоголем, после чего отмечался эпизод неадекватного поведения. Каким принципом руководствовались врачи, когда на следующий день, учитывая достижение клинического эффекта, и не смотря на неоконченный план дообследования, выписали больного за нарушение режима с рекомендациями по амбулаторному дообследованию

3. У женщины произошли преждевременные роды в 28 недель. Настоящая беременность наступила после многих безуспешных лет лечения бесплодия. Шансы, что ребенок выживет, минимальные. Родильница попросила доктора пригласить священника для крещения ребенка. Доктор удовлетворил просьбу женщины. Впоследствии оказал моральную поддержку женщине и по мере возможности ускорил выписку из стационара, так как женщина испытывала страдания, находясь рядом с женщинами со здоровыми новорожденными. Какому принципу биомедицинской этики следовал врач?

4 Ребенок болен острым лейкозом. Для проведения массивной трансфузионной терапии, химиотерапии, показана постановка центрального катетера под наркозом. Родители проинформированы о возможных осложнениях. Какой принцип должен быть выполнен врачами для проведения указанного лечения?

5 В приемное отделение зимой, в сильный мороз поступил пациент БОМЖ. При осмотре окулистом выявлено воспалительное заболевание левого глаза (катаральный увеит), которое не требует госпитализации в отделение, но нуждается в обязательном амбулаторном лечении. Учитывая социальное положение больного, врач приемного отделения переписал диагноз на более опасный и госпитализировал больного в стационар. Какой принцип биомедицинской этики выполнял врач?

6. В рамках научно-исследовательской работы доктор проводит сравнительный анализ двух методов лечебной физкультуры при травмах конечностей у детей. Один из них традиционный, старый, в свете новых представлений в чем-то неправильный. Другой – недавно разработанный и чрезвычайно эффективный. Какие этические правила нарушены по отношению к пациентам в контрольной группе

7. У молодой женщины впервые в 30 лет возникли приступы эпилепсии. Она была обследована стационарно в неврологическом отделении Республиканской больницы, поставлен диагноз: «Эпилепсия». Но при выписке в листке нетрудоспособности был указан другой диагноз: «Вегето-сосудистая дистония». Каким принципом руководствовались врачи?

8. Больной А. поступил в отделение челюстно-лицевой хирургии с диагнозом: перелом скулоорбитального комплекса слева. Результаты анализа на ВИЧ оказались положительные. Врач вынужден был сообщить пациентам в палате о том, что их сосед ВИЧ инфицирован, с тем, чтобы они пользовались средствами личной гигиены индивидуально, не пользовались мазями и каплями этого пациента, так как есть тенденция среди пациентов использовать лекарственные средства друг друга. Какой принцип биомедицинской этики был нарушен врачом, и какой руководил его действиями?

9. Врач акушер-гинеколог, работая в фармацевтической фирме и получая 20% от стоимости препарата в случае его продажи, назначает дорогостоящий поливитаминный комплекс всем беременным на своем участке. При этом «забывает» рассказать о возможных побочных эффектах, таких как частые аллергические реакции разной степени тяжести и раннее закрытие большого родничка у ребенка, и возможных более дешевых, но не менее эффективных аналогов. Какие морально-этические принципы нарушает врач?

10. Больной оперируется по поводу аппендицита. На операции выявлены признаки рака слепой кишки. Выполняется радикальная операция. Метастазы не выявлены. Согласно какому принципу больной после операции был поставлен в известность о причине расширения объема операции?

Ответы на задачи

1 М, 2. С, 3. М, 4. Инф., 5. М, 6 С+М, 7. К, 8. К+П, 9. Инф.+П, 10. П,

Сокращения. Принципы: Инф. – Информированного согласия, К – Конфиденциальности, М – Милосердия, П – Правдивости, С – Справедливости, К+П - Конфиденциальности + Правдивости, С+М - Справедливости + Милосердия, М+С - Милосердия + Справедливости, Инф.+П – Информированного согласия + Правдивости.

ПРИЛОЖЕНИЯ

КЛЯТВА ГИППОКРАТА

Клянусь Аполлоном-врачом, Асклепием, Гигией и Панакеей и всеми богами и богинями, беря их в свидетели, исполнять честно, соответственно моим силам и моему разумению, следующую присягу и письменное обязательство: считать научившего меня врачебному искусству наравне с моими родителями, делиться с ним своими недостатками и в случае надобности помогать в его нуждах; его потомство считать своими братьями, и это искусство, если они захотят его изучать, преподавать им безвозмездно и без всякого договора; наставления, устные уроки и все остальное в учении сообщать своим сыновьям, сыновьям своего учителя и ученикам, связанным обязательством и клятвой по закону медицинскому, но никакому другому. Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости. Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла; точно так же я не вручу никакой женщине абортивного пессария.

Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и свое искусство. Я ни в коем случае не буду делать сечения у страдающих каменной болезнью, предоставив это людям, занимающимся этим делом; В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, неправедного и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами. Что бы при лечении - а также и без лечения - я ни увидел или ни услышал, касательно жизни людской из того, что не следует разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной. Мне, нерушимо выполняющему клятву, да будет дано счастье в жизни и в искусстве и слава у всех людей на вечные времена; преступающему же и дающему ложную клятву да будет обратное этому.

О ВРАЧЕ

ВРАЧУ сообщает авторитет, если он хорошего цвета и хорошо упитан, соответственно своей природе, ибо те, которые сами не имеют хорошего вида в своем теле, у толпы считаются не могущими иметь правильную заботу о других.

Затем, ему прилично держать себя чисто, иметь хорошую одежду и натираться благоухающими мазями, ибо все это обыкновенно приятно для больных. Должно также ему наблюдать все это и в отношении духа; быть благоразумным не только в том, чтобы молчать, но также и в остальной, правильно устроенной жизни. И это наиболее принесет ему помощь для приобретения славы. Пусть он также будет по своему нраву человеком прекрасным и добрым и, как таковой, значительным и человеколюбивым. Ибо поспешность и чрезмерная готовность, даже если бывают весьма полезны, презираются. Но должно наблюдать, когда можно пользоваться всем этим, ибо одни и те же приемы у

одних и тех же (больных) ценятся, когда они редки. Что касается до внешнего вида врача, пусть он будет с лицом, исполненным размышления, но не суровым, потому что это показывает гордость и мизантропию. Тот врач, который изливается в смехе и сверх меры весел, считается тяжелым, и этого должно в особенности избегать. Он должен быть справедливым при всех обстоятельствах, ибо во многих делах нужна бывает помощь справедливости, а у врача с больными немало отношений: ведь они поручают себя в распоряжение врачам, и врачи во всякое время имеют дело с женщинами, с девицами и с имуществом весьма большой цены, следовательно, в отношении всего этого врач должен быть воздержным. Итак, вот этими-то доблестями души и тела он должен отличаться.

МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОДЕКС МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ
ВМА, Венеция, октябрь, 1983

Общие обязанности врачей

ВРАЧ ДОЛЖЕН:

- всегда поддерживать наивысшие профессиональные стандарты;
- не позволять соображениям собственной выгоды оказывать влияние на свободу и независимость профессионального решения, которое должно приниматься исключительно в интересах пациента;
- ставить во главу угла сострадание и уважение к человеческому достоинству пациента и полностью отвечать за все аспекты медицинской помощи, вне зависимости от собственной профессиональной специализации;
- быть честным в отношениях с пациентами и коллегами и бороться с теми из своих коллег, которые проявляют некомпетентность или замечены в обмане.

С нормами медицинской этики несовместимы:

- а) самореклама, если она специально не разрешена законами страны и этическим кодексом национальной медицинской ассоциации;
- б) выплата врачом комиссионных за направление к нему пациента, либо получение платы или иного вознаграждения из любого источника за направление пациента в определенное лечебное учреждение, к определенному специалисту или назначение определенного вида лечения без достаточных медицинских оснований.

ВРАЧ ДОЛЖЕН:- уважать права пациентов, коллег, других медицинских работников, а также хранить врачебную тайну;

- лишь в интересах пациента в процессе оказания медицинской помощи осуществлять вмешательства, способные ухудшить его физическое или психическое состояние;
- быть крайне осторожным, давая информацию об открытиях, новых технологиях и методах лечения через непрофессиональные каналы;
- утверждать лишь то, что проверено им лично.

Обязанности врача по отношению к больному

ВРАЧ ДОЛЖЕН:

- постоянно помнить о своем долге сохранения человеческой жизни;
- обращаться к более компетентным коллегам, если необходимое пациенту обследование или лечение выходят за рамки его собственных профессиональных возможностей;
- хранить врачебную тайну даже после смерти своего пациента;
- всегда оказывать неотложную помощь любому в ней нуждающемуся, за исключением только тех случаев, когда он удостоверился в желании и возможности других лиц сделать все необходимое.

ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ**Медицина и этика****001. Медицина относится к одному из следующих типов знания:**

- 1) естественнонаучному
- 2) гуманитарному
- 3) междисциплинарному

002. Фундаментальным основанием, формирующим медицинскую профессию, является:

- 1) экономическое
- 2) познавательное (гносеологическое)
- 3) моральное

003. Главной целью профессиональной деятельности врача является:

- 1) спасение и сохранение жизни человека
- 2) социальное доверие к профессии врача
- 3) уважение коллег
- 4) материальная выгода

004. Основным отличительным признаком профессиональной этики врача является:

- 1) право на отклоняющееся поведение
- 2) осознанный выбор моральных принципов и правил поведения
- 3) уголовная ответственность за несоблюдение профессиональных этических норм
- 4) безусловная необходимость подчинять личные интересы корпоративным

5) приоритет интересов медицинской науки над интересами конкретного больного

005. Медицину и этику объединяет:

- 1) человек как предмет изучения
- 2) методы исследования
- 3) овладение приемами преодоления конфликтов в человеческих взаимоотношениях
- 4) стремление к знанию механизмов человеческого поведения и к управлению им
- 5) ориентация на достижение финансового благосостояния человека

006. Правильным определением этики как науки является:

- 1) этика - наука об отношении живых существ между собой
- 2) этика - наука о природе и смысле моральных взаимоотношений и нравственных принципов
- 3) этика - наука о минимизировании зла в человеческих отношениях
- 4) этика - наука об умении правильно себя вести в обществе

007. Соотношение общих этических учений и профессиональной биомедицинской этики имеет характер:

- 1) регулятивный
- 2) определяющий
- 3) информативный
- 4) между ними нет связи

Формы регуляции медицинской деятельности

008. К форме социальной регуляции медицинской деятельности не относится:

- 1) этика
- 2) мораль
- 3) этикет
- 4) право
- 5) искусство

009. Нравственность – это понятие, определяющее:

- 1) совокупность субъективных реакций и форм поведения человека

2) склонность к добру и способность стойко переносить тяготы и лишения повседневной жизни

3) часть философии

4) отклассифицированные культурой нравы

5) культурно-исторический феномен, заключающийся в способности человека оказывать помощь другому человеку

010. Этикет - это форма поведения, означающая

1) признание значения особых правил поведения в социальных и профессиональных отношениях

2) обычай

3) особая условная вежливость

4) наука о природе и смысле моральных взаимоотношений и нравственных принципов

5) способность человека к социальной адаптации

6) признание значения социальной субординации

011. Мораль – это:

1) отклассифицированные культурой по критерию “добро-зло” отношения и нравы людей

2) совокупность научных фактов

3) философское учение

4) строгое соблюдение законов и конституции

5) форма «коллективного бессознательного», которая указывает на должное

6) игра ума

7) область научного знания, касающаяся всеобщих законов развития общества

012. Понятие “право” включает все перечисленные смыслы, кроме того, что это:

1) элемент системы государственной власти

2) форма принуждения и наказания человека человеком

3) явление социальной солидарности и связности человека с человеком

4) “духовно воспитанная воля”

5) совокупность законов государства, относящихся к какой-либо форме деятельности(например, медицинское право)

- 6) наука законоведения
- 7) индивидуальная воля карать и наказывать людей

013. Моральное регулирование медицинской деятельности от правового отличает:

- 1) свобода выбора действия
- 2) произвольность мотива деятельности
- 3) уголовная безнаказанность
- 4) социальное одобрение
- 5) наличие денежной заинтересованности

014. Биомедицинская этика и медицинское право должны находиться в состоянии:

- 1) независимости
- 2) медицинское право - приоритетно
- 3) должен быть выдержан приоритет биомедицинской этики
- 4) биомедицинская этика - критерий корректности медицинского права
- 5) медицинское право определяет корректность биомедицинской этики

015. Мораль и право по Канту находятся в соотношении:

- 1) мораль подчиняется праву
- 2) мораль и право не противостоят друг другу, ибо это – родственные сферы духа
- 3) мораль противостоит праву
- 4) право подчинено этике

016. Немецкий психиатр и философ К. Ясперс под феноменом “преступной государственности” понимает:

- 1) выраженные в законе права народа
- 2) узаконенную свободу действия человека
- 3) принятие государством закона, противоречащего моральным нормам
- 4) аппарат, принуждающий человека к соблюдению норм права

Основные понятия общей и профессиональной биомедицинской этики

017. Ценность человеческой жизни в биомедицинской этике определяется:

- 1) возрастом (количество прожитых лет)

- 2) психической и физической полноценностью
- 3) расовой и национальной принадлежностью
- 4) финансовой состоятельностью
- 5) уникальностью и неповторимостью личности

018. Понятие “честь” человека включает в себя все перечисленное, кроме:

- 1) физиологические и психические особенности человека
- 2) следование данному слову
- 3) разумность
- 4) чувство ответственности за совершенный поступок
- 5) социальное происхождение (аристократическое, дворянское)
- 6) внутреннее благородство
- 7) непричастность к греху
- 8) верность избранным принципам

019. Понятие “достоинство” человека включает в себя все перечисленные смыслы, кроме:

а) чистота помыслов и намерений, мотивов поступка; б) образ и подобие Божие; в) здоровье; г) физиологические характеристики человеческого организма; д) свобода; е) экономический и финансовый успех; ж) общественное признание, популярность; з) критическая самооценка, вера в себя; и) наличие способностей и талантов человека; к) осознание особого предназначения человека в жизни.

- 1) б, д, ж, и
- 2) в, г, е
- 3) б, е, и,
- 4) а, б

020. К верному определению справедливости относится:

- 1) справедливость – это преимущественно принцип распределения материальных благ и денежных средств
- 2) справедливость – это равенство
- 3) справедливость – это праведность, исполнение закона и ответ добром на зло
- 4) справедливость – это принцип, регулирующий отношения между людьми
- 5) справедливость - это воздаяние “лучшим” - ”лучшего”

б) справедливость - это ситуационная польза, действие, результат

021. Добро это все перечисленное, кроме:

- 1) умение и готовность помочь ближнему
- 2) благо, которое ценно и значимо само по себе
- 3) индивидуальное здоровье
- 4) то, что противоположно злу
- 5) абсолютная воля
- 6) недостижимый идеал
- 7) имущество и достаток
- 8) то, что приносит пользу
- 9) знание о сущности и существовании добра

022. Зло - это то, что перечислено, кроме:

- 1) того, что отдаляет от идеала нравственного совершенства, библейских заповедей, Бога
- 2) смерть
- 3) преступление и беззаконие
- 4) что вредно для человеческой жизни
- 5) нарушение божественного порядка
- 6) связано с пороком и нравственным растлением
- 7) то, что ведет к несчастью и бедствиям
- 8) что может приносить прибыль и выгоду
- 9) интеллектуальная фикция

023. Соотношение добра и зла заключается в том, что:

- 1) добро самодостаточно и самозначимо
- 2) добро существует независимо и отдельно от зла
- 3) зло самодостаточно
- 4) зло есть отсутствие добра
- 5) добро и зло одно и то же
- 6) добро и зло имеют взаимную обусловленность

024. Долг - это то, что исполняется в силу:

- 1) профессиональных обязанностей
- 2) веления времени
- 3) требования совести и следствия морального идеала
- 4) идеологического обоснования общественного прогресса
- 5) приказа начальника
- 6) обоюдной выгоды
- 7) требования близких людей

025. К совести человека относятся перечисленные свойства, кроме:

- 1) способность переживать неисполненность долга
- 2) внутреннее знание добра и зла
- 3) требование категорического императива
- 4) нравственное чувство, побуждающее к добру и отвращающее от зла
- 5) способность распознавать качество поступка
- 6) вектор нравственной жизни, направленный на должное
- 7) симптом психического расстройства

026. Свобода отличается от произвола:

- 1) осознанием ответственности за совершенный поступок
- 2) оправданием греховности человека
- 2) признанием возможности человека делать все, что он хочет
- 3) неспособностью человека подчинить волю требованию нравственного закона
- 4) индифферентностью к способности человека к нравственному совершенствованию

027. Свобода является:

- 1) способностью человека делать всё, что хочешь
- 2) возможностью творчества
- 3) законом природы
- 4) законом общественной жизни
- 5) осознанной возможностью и способностью к нравственному совершенствованию

- 6) свойством человеческой природы
- 7) полным раскрепощением низменных инстинктов человека
- 8) отрицанием всех морально-этических ограничений
- 9) основанием прав человека

028. Определение понятия “удовольствие” связано со всем перечисленным, кроме:

- 1) удовлетворение потребностей
- 2) избавление от страданий
- 3) биологическая адаптационная функция
- 4) торжество разума
- 5) выражение интереса социальной группы
- 6) болезнь

ОТВЕТЫ

001 – 3,002 – 3,003 – 1,004 – 2,005 – 1,006 – 2,007 – 1,008 – 5,009 – 1,010 – 1,011 – 1,012 – 7,013 – 1,014 – 4,015 – 4,016 – 3,017 – 5,018 – 1,019 – 2,020 – 4,021 – 6,022 – 9,023 – 1,024 – 3,025 – 7,026 – 1,027 – 5,028 - 6

Основные этические теории и история профессиональной биомедицинской этики

034. Профессиональная этика врача относится к одному из следующих типов этических теорий:

- 1) антропоцентристскому (натуралистически-прагматическому)
- 2) онтоцентристскому (идеалистическо-деонтологическому)
- 3) занимает промежуточное положение

035. Согласно этическому антропоцентризму поведение и поступки человека определяются:

- 1) интересами социальной группы
- 2) врожденными биологическими и материальными потребностями человека
- 3) моральным долгом
- 4) профессиональными обязательствами
- 5) национальными интересами
- 6) волей Бога

036. Согласно этическому онтоцентризму поведение и поступки человека определяются:

а) интересами социальной группы; б) материальными потребностями человека; в) врожденными биологическими потребностями; г) моральным долгом; д) профессиональными обязательствами; е) национальными интересами; ж) волей Бога

1) г, д, ж

2) а, д

3) б, в

4) е

037. Консервативную этическую традицию в биомедицинской этике формируют два основных учения: а) гедонизм, б) традиционное христианское мировоззрение, в) прагматизм, г) этика Канта, д) фрейдизм.

1) а

2) б, г

3) в

4) а, д

5) д

038. Либеральная позиция в биомедицинской этике опирается на: а) ветхозаветную мораль, б) учение Ф.Ницше, в) прагматизм, г) стоицизм, д) платонизм.

1) а

2) г

3) б, в

4) а, д

5) д

039. К историческим и логическим моделям биомедицинской этики нельзя отнести одну из перечисленных форм профессионального этического сознания:

1) модель Гиппократ

2) модель Парацельса

3) деонтологическая модель

4) биоэтика

5) фашистская медицина

040. В гиппократовской модели биомедицинской этики основным принципом является:

- 1) не навреди
- 2) не убий
- 3) приоритет интересов науки
- 4) принцип автономии личности

041. Для врачебной этики Парацельса основным принципом является:

- 1) делай добро
- 2) не лжесвидетельствуй
- 3) не укради
- 4) “знание - сила”
- 5) принцип автономии личности

042. Для деонтологической модели отношений врач-пациент основным принципом является:

- 1) исполняй долг
- 2) не прелюбодействуй
- 3) храни врачебную тайну
- 4) помоги коллеге
- 5) принцип невмешательства

043. Для современной модели профессиональной морали - биоэтики, основным принципом является:

- 1) принцип “соблюдения долга”
- 2) принцип “не навреди”
- 3) принцип приоритета науки
- 4) принцип приоритета прав и уважения достоинства пациента
- 5) принцип невмешательства

044. К особенностям отношения к биоэтике в православной нравственной антропологии относятся все перечисленные черты, кроме:

- 1) коммерческие интересы научно-интеллектуальной элиты
- 2) понимание Бога как источника человеческих стремлений к совершенству

3) принцип синергии (возможность соработничества человека и Бога в преобразовании жизни)

4) принцип “святости жизни”

5) понимание призвания человека как “причастника божественного естества”

045. Для исламской морально-религиозной традиции характерно:

1) ориентация на Коран и свод канонических законов ислама

2) приоритет свободной воли человека

3) доминанта социально-политических интересов государства

046. Основанием мусульманского законодательства, регулирующего деятельность в области здравоохранения, является:

1) общие национальные интересы

2) свод канонических законов ислама

3) суждение по аналогии

4) способность и право интерпретации специалиста

5) интересы науки

047. Понятие о человеческой личности в исламе определяется:

1) исходя из положений Корана о вхождении души в зародыш в три месяца и одну неделю, т.е. на сотый день беременности

2) праведностью родителей

3) жизненной активностью человека

4) собственным мнением профессионала

048. Для буддийского этического сознания принципиальным значением обладают

все перечисленные принципы, кроме:

1) просветление и личная ответственность

2) воля Бога

3) внутренняя свобода

4) стремление к освобождению от страданий

5) преодоление неведения и познание природы духа

049. Буддийская этика основывается на понимании человека как:

1) природного существа

2) существа, созданного Богом

3) человек - результат слияния родительских половых клеток и “континуума сознания” (“существа нового рождения”)

ОТВЕТЫ

034 – 2,035 – 2,036 – 1,037 – 1,038 – 3,039 – 5,040 – 1,041 – 1,042 – 1,043 - 4

044 – 1,045 -1,046 – 2,047 – 1,048 – 2,049 - 3

СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ

Автономная модель взаимоотношений врача и больного – исходит из принципа автономности пациента, уважения автономии личности и стремления к обеспечению блага пациента. Предполагает принятие надежного в этическом отношении медицинского решения, основанного на взаимном уважении врача и больного и их активном совместном участии в этом процессе, требующем компетентности, информированности пациента и добровольности принятия решения.¹

Автономность (от греч. *autonomia*: *autos* – сам и *nomos* – закон) – принцип медицинской этики, 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 принципу А. пациент самостоятельно принимает решение в отношении лечения после того, как был *проинформирован* врачом о состоянии его здоровья. Сложные медицинские вмешательства проводятся с письменного согласия пациента, ознакомленного с их целью и возможными результатами. Этическим основанием принципа А. выступает понятие *автономия личности* – ее независимость и право на самоопределение.

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

¹ Здесь и далее термины приведены по « **Биоэтика: междисциплинарные стратегии и приоритеты**» - учеб.-метод. пособие / Я.С.Яскевич, Б.Г. Юдин, С.Д. Денисов [и др.] ; под ред. Я.С. Яскевич. — Минск : БГЭУ, 2007. —225 с. ISBN 978-985-484-469-5.

сложной иерархической самоорганизующейся системы на изменяющиеся условия среды.

Аксиология (от греч. *axios* – ценность и *logos* – слово, понятие) – учение о ценностях, цель которого исследовать высшие смыслообразующие принципы как условие необходимого и общезначимого различения 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.

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.

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.)

Антропоморфизм – наделение человеческими свойствами явлений природы, животных, предметов – их «очеловечение», а также представление богов в человеческом образе.

Антропоцентризм – мировоззрение, согласно которому человек есть центр Вселенной и конечная цель всего мироздания.

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, вожделение, 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.

Атараксия (от греч. *ataraxia* – невозмутимость) – термин античной этики, означающий состояние душевного покоя, безмятежность, невосприимчивость души к аффектам чувств. 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.

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.

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.

Бентам (Bentham) Иеремия (1748–1832) – английский философ и юрист, родоначальник утилитаризма. В сочинении «Деонтология, или Наука о морали» (1834) утверждает руководящим этическим принципом поведения принцип полезности. Нравственный идеал, по Бентаму, – «наибольшее счастье наибольшего числа людей»; критерий морали – «достижение пользы, выгоды, удовольствия, добра и счастья». По его мнению, каждый человек стремится увеличить получаемое им от жизни удовольствие и соответственно – уменьшить страдания. Впервые вводит в этику понятие «деонтология».

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. *eidos* – идея, образ, существующие отдельно от единичных вещей); 2) Б. как воскресение и причастие к благодати Святого Духа – христианская концепция (исходит из смертности человека, воплощающего единство тела и духа); 3) Б. первоначал человеческой природы (атомов, генетического кода и др.) и брэнность (смертность) человеческого существования – натуралистическая концепция; 4) Б. как сохранение достижений человеческой личности в памяти человечества – социокультурная концепция.

Бессознательное – совокупность активных психических образований, состояний, процессов, операций и действий человека, неосознаваемых им, или состояние человека, 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.

Биогенетический закон, или «закон эмбриональной рекапитуляции» – выдвинут в 1868 г. немецким ученым Эрнстом 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.

Биомедицинская этика (БМЭ) – этико-прикладная дисциплина, предметом которой выступает нравственное отношение общества в целом и профессионалов – медиков и биологов в особенности – к человеку, его жизни, здоровью, смерти и которая ставит перед собой задачу сделать их охрану приоритетным правом каждого человека. Если биоэтика акцентирует свое внимание на проблемах жизни любого живого, то БМЭ конкретизирует принципы биоэтики применительно к человеку. В отличие от «традиционной» медицинской этики БМЭ носит интегративный характер, объединяя, связывая, концентрируя в себе общие биоэтические проблемы и требования; одновременно опирается на так называемые медицинские казусы – конкретные ситуации, превращая их в прецеденты, становящиеся основанием для этических обобщений, выводов и последующих рекомендаций. В этом – ситуативный характер БМЭ. Круг основных проблем БМЭ: установление статуса и роли моральных ценностей в профессиональной деятельности медиков и биологов; разрешение нравственных коллизий в конкретных ситуациях, возникающих в процессе биомедицинских исследований и лечения больных; этическая регуляция межличностных отношений в системе вертикальных и горизонтальных связей в сфере медицины. Свои проблемы БМЭ решает не на профессионально-корпоративной, а на более широкой основе, с привлечением представителей других профессий и широкой общественности.

Бионика – прикладная наука о применении в технических устройствах и системах (в частности, в системах искусственного интеллекта) принципов, свойств, функций и структур живой природы.

Биополитика – учение о целостной системе теоретических разработок и практических мер по обеспечению сохранения жизни и ее разнообразия на Земле; обозначает также использование биологических подходов, методов и данных в политике и политологических исследованиях.

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 Узбекистан.

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.

Биота (биос) (от греч. *biotē* – жизнь) – 1) исторически сложившаяся совокупность растений и животных, объединенных общей областью распространения; 2) целостная совокупность живого на Земле.

Биофилософия – междисциплинарное направление, ориентированное на изучение онтологических, гносеологических, методологических, мировоззренческих, аксиологических проблем бытия через призму исследования феномена *жизни*.

Биоэтика (*bioethiks* – англ.) – междисциплинарное направление, ориентирующееся на изучение и разрешение моральных проблем, порожденных новейшими достижениями биомедицинской науки и практики. Высшей моральной ценностью в биоэтике выступает нравственно-понимающее отношение к Жизни и любому Живому, в частности забота о правах *биоса*. Главный принцип биоэтики – *благоговение перед жизнью*. Основоположителем биоэтики считается *В.Р. Поттер*, который в 1969 г. впервые ввел понятие «биоэтика» и дал ему определение. Биоэтику он рассматривает как «мост в будущее», который должен опираться на синтез естественнонаучного и гуманитарного знания. Биоэтика развивается по двум основным направлениям: 1) осмысление и этическая оценка медицинской лечебной практики; 2) обоснование и установление этической экспертизы и контроля над проведением биомедицинских исследований.

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.

Благо – в широком смысле все то, что полезно людям, их здоровью, удовлетворению их потребностей – жизненных, социальных, духовных; соответственно не является благом то, что бесполезно, не нужно или вредно. Б. есть не сама польза, а то, что приносит пользу, как и зло – не сам вред, а то, что наносит вред. В современной биоэтике категория *блага*, традиционно выступающая в формуле «Не навреди», т.е. применяй в медицине те средства, которые не причинят вреда пациенту, расширена до «не только не навреди, но и сотвори *благодеяние*», хотя сама трактовка понятия благодеяния не является однозначной, так как Б. *относительно*: нет ничего такого, что было бы только вредным или только полезным. Поэтому Б. в одном отношении может быть злом в другом; то, что полезно одному человеку, может нанести вред другому. Относительность Блага в биоэтике особенно проявляется при обсуждении

вопросов о поддержании жизни в вегетативном состоянии, клонировании живых существ и человека и др.

Благоговение перед жизнью – принцип гуманистической этики, требующий от личности индивидуального выбора на основе формулы *А. Швейцера*: «Я – жизнь, которая хочет жить... среди жизни, которая хочет жить», согласно которой следует «относиться с благоговением к каждому живому существу и уважать его как собственную жизнь... Сохранять жизнь, двигать ее вперед, доводить развивающуюся жизнь до высшей ступени – значит ... делать добро; уничтожать жизнь, мешать жизни, подавлять развивающуюся жизнь – значит... делать зло. Это необходимый, абсолютный, основной принцип морали... Следовательно, этика благоговения перед жизнью включает в себе все, что можно обозначать как любовь, самопожертвование, сострадание, соучастие в радости и стремлении... Поистине, нравственен человек только тогда, когда он повинуется внутреннему побуждению помогать любой жизни, которой он может помочь и удерживается от того, чтобы причинить живому какой-либо вред». При таком подходе подлинно нравственный человек испытывает побуждение выказывать равное благоговение как по отношению к собственной воле и жизни, так и по отношению к любой другой.

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.

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.

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 расстройства.

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 сколь угодно долго. Но поскольку повреждения мозга необратимы, человек, мозг которого не функционирует, перестает быть личностью (Казус Квинлен).

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.

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, нерасчленимость 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).

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. Свое предназначение видит в том, чтобы предотвратить возникновение в мире ситуации, несовместимой с жизнью, для чего человечество должно перейти к качественно иному способу существования. Преобразование мира через обучение, воспитание и совершенствование человека не считает эффективным средством для улучшения человеческой породы, ибо точкой приложения усилий является здесь сам человек. Свою задачу видит в том, чтобы направить все силы на познание и совершенствование человеческой души, помочь человеку решить эти проблемы и обрести счастье. Основные понятия В. изложены в книге «Семь шагов к Золотому веку».

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».

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 врача 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.

Выбор моральный — форма проявления моральной свободы. Выбор обеспечивается разумом и волей. Любое решение принимается разумом, подготавливающим почву для лечебными факторами или на причины, или на механизм ее развития, а также в мобилизации защитных сил организма.

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 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.

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. до конца жизни был членом московского губернского тюремного комитета и главным врачом московских тюрем. Всю свою жизнь Ф.П. Гааз посвятил заботе о заключенных, осужденных на каторгу, их детях, больных и бездомных бедняках. На собранные Ф.П. 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».

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.

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.).

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.

Генетически модифицированные продукты (GMP) – 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.

Гиппократ (Hippocrates) (ок. 460–ок. 370 до н.э.) – великий древнегреческий врач, реформатор античной медицины, основоположник принципа индивидуального подхода к больному. Разработал систему лечения, в основе которой лежат принципы: 1) приносить пользу и не вредить; 2) противоположное лечат противоположным; 3) помогать природе, сообразовывать свои действия с ее усилиями, чтобы избавиться от болезни; 4) соблюдать осторожность, щадить силы больного; не менять внезапно лекарства, применять более активные средства тогда, когда менее активные не оказывают действие. Выявил основные типы темпераментов (сангвиник, холерик, флегматик, меланхолик) и их предрасположенность к определенным

болезням. С именем Гиппократом связано представление о высоком моральном облике врача и этике его поведения – Клятва Гиппократов.

Гуманизм (от лат. *humanus* – человеческий) – мировоззрение, основанное на принципах равенства, справедливости, человечности отношений между людьми, проникнутое любовью к людям, уважением к человеческому достоинству, заботой о благе людей.

Гуманистическая парадигма в биоэтике – 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.

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, заботящимся 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 *антропоэгоизма*, 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.

Демографической регуляции этические проблемы (демография – наука о народонаселении и закономерностях его развития, в частности его *воспроизводства* вследствие естественных процессов рождаемости и смертности) – проблема Д. р. Возникает во 2-й половине XX в. в связи с «демографическим взрывом» – бурным ростом народонаселения в слаборазвитых странах. Существует несколько моделей Д. р., которые 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.

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 профессиональные достоинство и честь, включает *нормативные принципы поведения*, определяющие характер отношений между врачом и пациентом. Вписывается в структуру *медицинской этики*, воплощается в *деонтологических кодексах*.

Добро и Зло – наиболее общие понятия морального сознания, разграничивающие нравственное и безнравственное; универсальная этическая характеристика всякой человеческой деятельности и отношений. Д. есть все, что направлено на созидание, сохранение и укрепление блага; З. есть уничтожение, разрушение блага. Все профессиональные медицинские кодексы и клятвы, в которых сформулированы основные нравственные принципы, определяющие идеалы, мотивы и действия врача, ориентированы на Д.: в них провозглашаются «Святость жизни», «Благоговение перед жизнью», «Благодарность учителям», «Взаимопомощь коллег», требования «Не навреди», «Не убий». Этими нормами добра должен, прежде всего, руководствоваться врач при определении стратегии и тактики лечения. В медицинской этике проблема Д. и З. в конкретных ситуациях нацеливает на неоднозначные решения, которые осложняются тем обстоятельством, что в реальной жизни нет абсолютного Д. и абсолютного З. Каждое действие может в той или иной степени нести в себе и то и другое. Задача врача – суметь выявить эту степень и минимизировать З., максимально творя Д.

Добровольности принцип – принцип биомедицинской этики, предполагающий автономию пациента, его добровольное (самостоятельное) решение или согласие на медицинские манипуляции или исследования при условии его информированности.

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.

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. Долг врачебный (профессиональный) – ключевое понятие медицинской деонтологии и врачебной этики. Долг врача заключается в выполнении 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.

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, клонирования и др. биомедицинских исследований, требуя учитывать этические и социокультурные факторы вмешательства в наследственные программы, осуществлять их регуляцию и контроль за ними, исходя из блага человеческой популяции. «Живая этика» – учение, созданное Н.К. и Е.И. Рерихами в 1924–1938 гг. и развитое рядом русских представителей буддистской мысли (Е.П. Блаватская и др.). Это этика взаимной солидарности, милосердия и справедливости, основанная на религиозных и философских ценностях буддизма. Согласно ей, наша планета вступила в эпоху Огня, где возрастает роль психических энергий, овладение которыми предполагает нравственное преобразование природы. «Ж. э.» развивает своего рода «этический оккультизм» – укрепление духовности посредством самоотверженного нравственного подвижничества и совершенствования. Представлена серией книг: «Озарение», «Община», «Агни-Йога», «Сердце», «Братство» и др.

Жизнь – форма существования целостных высокомолекулярных систем, отличающаяся обменом веществ и энергии, способностью к размножению, росту, активной регуляции своего состава и функций, раздражимостью, приспособляемостью к среде и т.д. Однако данное определение не может считаться исчерпывающим. В биологии и медицине конкретное различие живого и неживого, особенно в пограничных случаях, встречает затруднения. В

настоящее время *критерием жизни человека* считается функционирование его мозга. Ж. человека рассматривается в этике как естественное, т.е. неотъемлемое, присущее человеку от рождения право, как высшая ценность; в биоэтике – как главная цель врачевания. Выявление критерия и сущности Ж. является центральной биоэтической и профессионально-медицинской проблемой, в частности для определения судьбы эмбриона, в реаниматологии, трансплантологии, терапевтическом клонировании и др. манипуляциях с человеческой Ж.

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).

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.

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.

Ибн Сина Абу Али аль-Хусейн ибн Абдаллах-**Авиценна** (980–1037) – родился в селении Афшона, вблизи от Бухары, философ, врач. Целью этики как одной из практических наук считал благо, стремление к совершенству. Самосовершенствование видел в воспитании в себе таких нравственных качеств, как воздержанность, смелость, мудрость, справедливость, и в подавлении психических сил вожделения и гнева. Высшее счастье связывал с достижением гармонии нравственных добродетелей. Высшую степень нравственности врача усматривал в его готовности совершать благо без всякого расчета, даже расчета на благодарность или хорошее впечатление.

Идентификация (от лат. *identificare* – отождествлять) – психологическая категория, отражающая процесс и результат эмоционального и иного самоотождествления индивида с другим человеком, группой, образцом или идеалом.

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.

Интернет-зависимость (*Internet addiction disorder, IAD* – англ.) – реально существующий феномен психологической зависимости от Интернета. Различают два подхода в интерпретации сетевой зависимости: 1) пристрастие к Сети рассматривается как социальное явление, как феномен массовой культуры, когда человек, работающий в Сети, получает «удовольствие от общения» (*communication pleasure*); 2) интернет-зависимость трактуется как болезнь, результат влияния информационных технологий на человеческое сознание, проявляющийся в особой страсти к Сети, когда человек страдает от такой зависимости, но не может без посторонней помощи прекратить это общение или регулировать его.

Интимность отношений (от лат. *intimus* – глубокий, внутренний) – близость, тесные отношения; в медицине – двусторонние «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.

Информированное согласие – принцип биомедицинской этики, предполагающий соблюдение 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 принцип И.с. – это коммуникативный диалог врача и пациента; здесь И.с. не ставится в зависимость от доброй воли или желания врача, а выступает как его обязанность. И.с. предполагает 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 выбора.

Искусственное (экстракорпоральное) оплодотворение – современный биотехнологический метод преодоления бесплодия – зачатие *in vitro* (в пробирке): внутриматочное оплодотворение яйцеклетки бесплодной.

Казус – сложный, необычный случай в лечебной практике или биомедицинских исследованиях, требующий принятия конкретного неординарного решения.

Клонирования этические проблемы (от греч *klōn* – ветвь, отпрыск). Клонирование – получение генетически однородного потомства путем бесполого размножения. Разработанные методы К. животных пока еще несовершенны; наблюдается высокая смертность плодов и новорожденных; неясны многие теоретические вопросы К. из отдельной соматической клетки. Вместе с тем существует теоретическая возможность создания генетических копий человека из отдельной клетки любого его органа. Однако идея К. человека оценивается специалистами неоднозначно и потому подвергается всесторонней биоэтической экспертизе. Медико-биологическая мотивация запрета на К. человека связана в первую очередь с высоким процентом неудач – повреждений эмбрионов и мертворождений при К. животных, из-за чего недопустимо переносить эксперимент на людей; кроме того, в процессе культивирования клеток в пробирках и получения соматклонов могут возникать различного рода мутации, что может привести к возрастанию в человеческой популяции генетически неполноценных, в том числе психически больных людей. Этические соображения связаны с тем, что результатом К. становится не ребенок своих родителей, а однояйцевый близнец отца или матери, что порождает новые моральные и правовые проблемы; существует также опасность злоупотреблений и спекуляций на несчастьи бездетных людей. Сторонники К. человека видят в нем, прежде всего, способ размножения, которым могут воспользоваться люди, не имеющие возможности по-иному воспроизвести свои гены и получить в результате собственного ребенка. Что же касается опасности использования К. человека в аморальных, безнравственных целях, то необходимо ужесточить постоянный этический контроль над подобными исследованиями. Запретить же клонирование людей и животных – значит остановить целое научное направление и работу человеческой мысли.

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 предлагаемых методов – клонирование и использование эмбриональных стволовых клеток, что возвращает исследователей к этическим проблемам статуса эмбриона.

Клятва Гиппократова – 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.

Кодекс (от лат. *codex* – книга) – свод нравственных норм, предписываемых к исполнению: Кодекс врачебной этики; Клятва Гиппократова; Клятва врача Республики Беларусь.

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 др. исследования, если они проводятся на человеке или на животных. С 1967г. 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.

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.

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).

Манассеин В.А. (1841–1901) – «рыцарь врачебной этики», профессор, редактор русской газеты «Врач». Непримирымый противник частной практики в медицине, требовавший ее достойного государственного обеспечения; стоял за абсолютное сохранение врачебной тайны при любых обстоятельствах. Автор одних из первых в России «Этических правил», опубликованных во «Враче» (1884).

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.

Милосердие – общечеловеческая ценность, проявление человеческого в человеке, наиболее действенная, «практическая» форма сострадания больному, «сердолобие, готовность делать добро всякому, любовь на деле» (Вл. Даль). Особенно велика роль М. в медицинской практике, которая часто имеет дело с инвалидами, тяжелобольными, немощными, стариками. М. легло в основу названия одной из медицинских профессий – сестра милосердия.

Молль Альберт – немецкий врач, автор книги «Врачебная этика» (1902 г.), в которой рассматриваются основные права и обязанности врача; одним из первых применил термин «этика» к врачебной деятельности.

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.

Нейролингвистическое программирование (НЛП) (*neuron linguistic programming* –англ.) – новое междисциплинарное направление, цель которого – формирование модели успешной психотерапии на основе использования методов изменения текста (трансформационной грамматики) и его воздействия на человека. Оформилось благодаря усилиям Дж. Гриндера, который как лингвист проанализировал словесные приемы, используемые при выдаче инструкций другому человеку, и Р. Бендлера, который как математик все это представил в виде технологий, т.е. алгоритмов, процедур. Уникальные возможности НЛП используются в различных сферах человеческой деятельности (терапии, образовании, спорте, коммерческой деятельности, управлении персоналом, бизнесе, для подготовки спецслужб). Методики НЛП позволяют быстрее добиваться взаимопонимания окружающими, активизировать умственные способности (*нейро*); особым образом использовать язык (*лингвистическое*) для достижения своих целей; научиться управлять состоянием своего разума, психики, приводить свои убеждения и ценности в соответствие с желаемыми результатами (*программирование*).

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 в результате преобразующей мир творческой деятельности человека, опирающейся на научную мысль.

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 адапционных реакций, а представление о Н. будет изменяться вместе с обществом и трансформацией модели современной медицины.

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.

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.

«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».

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, применения новых биомедицинских знаний и технологий, новейших достижений биомедицинской науки и практики здравоохранения.

Ошибка врачебная – в медицинской этике тесно связана 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 должно быть непримиримым, поэтому медицинская этика требует давать прямую и нелицеприятную моральную оценку каждой О. в.

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).

Парацельс (Paracelsus: наст. имя Филипп Ауреат Теофраст Бомбаст фон Гогенгейм (Philippus Aureus Theophrastus Bombastus van Hohenheim) (1493–1541) – врач и химик, один из виднейших представителей культуры раннего Возрождения. Родился в Швейцарии в семье врача, образование получил в университете в Италии. Боролся против злоупотреблений и стяжательства аптекарей и связанных с ними врачей. Известны его высказывания об общественном облике и долге врача: «Врач не смеет быть ни мучителем, ни палачом, ни слугой палача».

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.

__Патернализм «ослабленный» (ограниченный) – пограничная модель отношений врача и пациента, допускающая частичное ограничение свободы личности в случае снижения уровня ее автономии, например, когда необходимо удержать индивида с заметно сниженным уровнем личности от нанесения себе или другим существенного ущерба (попытка суицида, наркоманические галлюцинации) и выиграть время, чтобы выяснить серьезность его намерений.

Патология (от греч. *pathos* – страдание и *logos* – учение) – 1) раздел медицины, изучающий болезненные процессы и состояния в живом организме; 2) болезненное отклонение от нормы.

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*.

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*.

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 объектов (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.

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.

Поттер Ван Ранслер – известный американский исследователь–онколог, который в 1969г. впервые ввел понятие «биоэтика» и дал ему определение; считается основоположником биоэтики как нового направления в науке. Автор книги “Bioethics: bridge to the future” (1971) – «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, поэтому новую отрасль знания – биоэтику он рассматривает как «мост в будущее», который должен опираться на синтез естественнонаучного и гуманитарного знания, в котором «этические ценности не должны рассматриваться вне биологических фактов».

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.

Право на достойную жизнь – предполагает реализацию личностью и обществом отношения к жизни как естественному, неотъемлемому праву каждого человека, которое принадлежит ему с момента его зарождения. Поэтому должны пресекаться любые попытки распоряжаться его жизнью и здоровьем, в том числе претензии медицины полноправно решать судьбу пациентов, или претензии государства решать свои проблемы за счет жизни граждан (например, при ведении войн), или стремление общества обеспечивать свою безопасность за счет сохранения смертной казни.

Право на достойную смерть (ПДС) – естественное право каждого человека, такое же, как *право на достойную жизнь*, так как смерть – другая сторона жизнедеятельности человека. В ПДС проявляется родовая сущность человека – естественное стремление к получению удовольствия и избежанию страданий – физических и духовных. ПДС фиксирует в себе моральные аспекты *достоинства*, гармонизирующие жизнь отдельного человека и общества в целом. Не только уход из жизни по личным соображениям, когда человек сам предпочитает достойную смерть недостойной жизни, но и нестандартные ситуации, порождаемые научно-техническим прогрессом в практике медицины (трансплантация органов, поддержание человека в бессознательном – «вегетативном» состоянии, новые подходы к определению критерия смерти и т.д.) заставляют общество пересматривать, углублять отношение к ПДС. Это право предполагает нравственную заботу об автономии и достоинстве умирающего, прежде всего, со стороны медицинских работников, которые должны дать больному правдивую информацию о его диагнозе, лечебных

процедурах и доводах за и против них, чтобы пациент сам смог сделать выбор. ПДС включает понятие «умирание с достоинством».

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.

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.

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 абортов. Однако возможности П. д., позволяющей выявить различные хромосомные заболевания, заболевания, связанные с полом ребенка, врожденные дефекты и др., 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 аборта в случае выявления у плода заболевания, которое поддается лекарственной терапии или не обязательно отрицательно скажется на здоровье ребенка.

Принципализм – концепция, отдающая предпочтение теоретической разработке основополагающих принципов биоэтики. Предложена американскими биоэтиками Т. Бичампом и Дж. Чилдресом в книге «Принципы биомедицинской этики» (1979). В настоящее время П. более характерен для Западной Европы.

Принципы биоэтики – наиболее фундаментальные понятия биомедицинской этики, на базе которых вырабатываются конкретные моральные нормы поведения врача и медика-исследователя. Основными П.б. признаются, прежде всего, *уважение автономии личности* (ее права на самоопределение) и *стремление к обеспечению блага пациента*, базирующиеся на фундаментальных демократических ценностях, которыми выступают, в частности, солидарность, соучастие, сострадание (Б. Дженнингс). «Классические» принципы биоэтики (Т. Бичамп, Дж. Чилдрес) включают в себя: *уважение автономии личности, справедливость, непричинение зла (nonmalificence), благотворительность (делай добро)*. Хельсинская декларация включает в число основных П.б. принципы *автономии личности, информированного согласия и конфиденциальности*. Западноевропейский подход – «принципы Кемпа» (2000) – в качестве основополагающих выдвигает *автономию личности, человеческое достоинство, целостность и уязвимость человека*

Прогноз (от греч. *prognōsis* – 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.

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.

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*.

Реанимации 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. 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 опыта 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.

Самосознание – осознание индивидом своей физической, интеллектуальной,

нравственной, личностной специфики, национальной и профессиональной принадлежности, места в системе общественных отношений.

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.

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 *инесвободен*, когда место разума занимают чувства страха или долга, вызванные внешним принуждением или произволом, а волеизъявление личности затруднено противоречиями между *хочу, могу и надо*.

Синергетика (от греч. *synergos* – вместе действующий) – междисциплинарнонаправление 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.

Смерть – прекращение жизнедеятельности организма и вследствие этого – гибель индивида как обособленной живой системы; процесс *перехода живого в мертвое*. Определение философско-онтологического *статуса смерти* предполагает решение проблемы *существования* и *сущности* смерти: если смерть (в строгом смысле слова) существует, то она представляет собой *процесс умирания*, переход одного качества в другое, одной формы бытия в другую.

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.

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 F3м именно в этом случае утрачивается автономность и индивидуальность личности. боль не обязательно влечет за собой С.; С. человек может испытывать и без боли; боль сопровождается С., когда она невыносима, не прекращается, внушает страх или отвращение; боль преодолима, если она имеет смысл; испытывает С. не только тот, кто испытывает боль, но и сопереживающие ему.

Сострадание – жалость, сочувствие, вызываемые несчастьем, горем, страданием другого человека, соединенное с желанием помочь ему. С. – способность страдать вместе с другим, сочувствовать, сопереживать, соболезновать ему – неотъемлемое качество врача, в основе которого лежит высокоразвитая эмоционально-чувственная сторона личности. Для врача С. – элемент его профессионализма. Моральная ценность С. определяется степенью его действительности. Формы проявления С.: поддержка другим словом и делом; благотворительность; умение прощать; милосердие (например, сестра милосердия).

Субординация медицинская (от лат. *sub* – под и *ordinatio* – приведение в порядок) – система служебного подчинения младшего медицинского персонала среднему и старшему, основанная на правилах служебной дисциплины.

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.

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.

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*).

Телемедицина (от греч. *tēle* – вдалеке) – «отдаленная», дистантная медицина, оказание медицинской помощи с использованием новейших компьютерных технологий и средств удаленной радио- и телесвязи.

Тело – понятие, имеющее несколько значений: 1) живой организм в его соотношении 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.

Толерантность (от лат. *tolerantia* – терпение) – терпимость к иным взглядам, мнениям, нормам поведения, общения и деятельности, отличным 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.

Трансплантации этические проблемы (от лат. *transplantare* – пересаживать) – пересадка органов с последующим их приживлением в пределах одного организма (ауто трансплантация), или от одного организма другому того же вида (гомотрансплантация), или другого вида (гетеротрансплантация), или даже в пределах разных классов и отрядов (ксенотрансплантация). К основным этическим проблемам Т. относится, прежде всего, проблема донора и реципиента. Теоретически, при условии соблюдения врачом высоких нравственных принципов, донорами необходимого органа могут быть: 1) родственники больного, добровольно жертвующие один из своих органов; 2) посторонний человек, давший добровольное и сознательное согласие на взятие у него органов или тканей; 3) труп только что умершего человека. Вместе с тем по закону посторонний человек не может при своей жизни продать или подарить свой орган (даже парный). Это значит, что при отсутствии родственников или их согласия на операцию необходимый больному орган может быть взят только у трупа, причем чем раньше, тем лучше. Возникает серьезное этическое противоречие между реаниматорами, пытающимися спасти жизнь умирающего человека (даже безнадежного больного), и трансплантологами, которые «ждут» его смерти, так как она даст им возможность спасти жизнь другого. Во многих странах проблема использования органов трупа для Т. уже получила правовое решение, возможное в двух вариантах: 1) юридическое оформление передачи своих

органов другим лицам – с целью их последующего использования после смерти; 2) предоставление врачу юридического права «отбирать» необходимые для целей Т. органы умершего пациента. Другие этико-философские проблемы Т. связаны с опасностью превращения донорства в коммерческую операцию (покупка, продажа органов человека или приоритетного права в списке очередников, ожидающих донорский орган), поэтому при Т. органов и тканей должен быть соблюден деонтологический принцип коллегиальности при принятии решения.

«Умирание с достоинством» – предполагает нравственную заботу об умирающем больном, проявляющуюся в уважительном отношении как к его телесному, так и духовному достоинству. Включает в себя психологическое и эстетическое измерения: уважение личной уникальности пациента, его мировоззренческих, религиозных взглядов и убеждений, его национальной принадлежности; заботу о гигиеническом и эстетическом состоянии тела умирающего. «Умирание с достоинством» предполагает также хорошо обдуманное решение уйти из жизни самого больного, которое следует рассматривать как проявление самоуважения личности, так как оно связано с ценностным подходом к жизни.

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*.

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, тмиодистрофия, несовершенный остеогенез. Биоэтическая проблема состоит в допустимости использования эмбриональных клеток и материала, остающегося после аборта. возраста, расовой и национальной принадлежности, социального и материального положения, политических убеждений и вероисповедания.

Трансплантации этические проблемы (от лат. *transplantare* – пересаживать) – пересадка органов с последующим их приживлением в пределах одного организма (ауто трансплантация), или от одного организма другому того же

вида (гомотрансплантация), или другого вида (гетеротрансплантация), или даже в пределах разных классов и отрядов (ксенотрансплантация). К основным этическим проблемам Т. относится, прежде всего, проблема донора и реципиента. Теоретически, при условии соблюдения врачом высоких нравственных принципов, донорами необходимого органа могут быть: 1) родственники больного, добровольно жертвующие один из своих органов; 2) посторонний человек, давший добровольное и сознательное согласие на взятие у него органов или тканей; 3) труп только что умершего человека. Вместе с тем по закону посторонний человек не может при своей жизни продать или подарить свой орган (даже парный). Это значит, что при отсутствии родственников или их согласия на операцию необходимый больному орган может быть взят только у трупа, причем чем раньше, тем лучше. Возникает серьезное этическое противоречие между реаниматорами, пытающимися спасти жизнь умирающего человека (даже безнадежного больного), и трансплантологами, которые «ждут» его смерти, так как она даст им возможность спасти жизнь другого. Во многих странах проблема использования органов трупа для Т. уже получила правовое решение, возможное в двух вариантах: 1) юридическое оформление передачи своих органов другим лицам – с целью их последующего использования после смерти; 2) предоставление врачу юридического права «отбирать» необходимые для целей Т. органы умершего пациента. Другие этико-философские проблемы Т. связаны с опасностью превращения донорства в коммерческую операцию (покупка, продажа органов человека или приоритетного права в списке очередников, ожидающих донорский орган), поэтому при Т. органов и тканей должен быть соблюден деонтологический принцип коллегиальности при принятии решения.

«Умирание с достоинством» – предполагает нравственную заботу об умирающем больном, проявляющуюся в уважительном отношении как к его телесному, так и духовному достоинству. Включает в себя психологическое и эстетическое измерения: уважение личной уникальности пациента, его мировоззренческих, религиозных взглядов и убеждений, его национальной принадлежности; заботу о гигиеническом и эстетическом состоянии тела умирающего. «Умирание с достоинством» предполагает также хорошо обдуманное решение уйти из жизни самого больного, которое следует рассматривать как проявление самоуважения личности, так как оно связано с ценностным подходом к жизни.

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*.

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.

Хосписы – специальные организации помощи умирающим, особые медико-социальные институты, в которых безнадежно больные люди получают возможность достойно завершить свою жизнь. Обстановка и деятельность персонала нацелены в Х. на создание человеческих условий для *умирания с достоинством*. Их отличие от других лечебных учреждений для безнадежных больных заключается в ином техническом и медикаментозном оснащении и иной *философии врачевания*, согласно которой пациенту создается необходимое в его состоянии особое «жизненное пространство». Философия Х. базируется на том, что смерть, как и рождение, – естественный процесс, и умирающему нужно помочь перейти границу между жизнью и смертью. Х. – не дом для смерти, а дом для качественной жизни до конца, в котором взаимоотношения пациентов и медицинского персонала складываются на основе *принципов хосписного движения*: 1) контроль за болевыми синдромами, позволяющий качественно улучшить жизнь больного; 2) заключительный этап жизни человека, сознающего, что он умирает, должен стать для него этапом интенсивной духовной работы, исполненным глубокого смысла; 3) особый *стиль поведения* медиков и особый такт в обращении с обреченными больными; 4) медицинский персонал ни в коем случае не должен требовать или соглашаться брать деньги с пациентов и их родственников; 5) широко распространена гражданская инициатива *волонтеров* – добровольцев, которые бескорыстно помогают умирающим; 6) психологическая помощь и поддержка близких умирающего; 7) отрицание тактики «святой лжи». Выполнение этих принципов зависит от подготовки и личных качеств медицинского персонала. Для службы Х. формируется новая медицинская специальность, изучающая *процесс завершения жизни* – врач паллиативной помощи.

Целостность – принцип биоэтики, выдвинутый европейскими учеными для обозначения того, что обеспечивает как физическую, так и психическую тождественность личности самой себе, ее самоидентификацию, и поэтому не должно подвергаться манипуляциям или разрушению. Ц. связана с «жизненной историей» индивида, которая создается памятью о наиболее важных событиях собственной жизни, интерпретацией жизненного опыта и самоидентификацией

индивида. Некоторые медицинские вмешательства, направленные на восстановление здоровья, улучшение состояния человека, часто бывают связаны с нарушением Ц. Необходимость защищать психофизическую Ц., минимизировать ее нарушения требуют разработки этических и правовых норм, относящихся, в частности, к генетическим манипуляциям и вмешательствам в генетическую структуру индивида, к проблеме использования частей человеческого тела – органов и тканей и др.

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.

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.

Честь и достоинство – этические оценочные категории, отражают *моральную ценность* личности и представляют собой общественную и индивидуальную *оценку* нравственных качеств и поступков человека, выступают необходимым условием выполнения врачом своего профессионального долга. Ч. как моральный феномен есть внешнее общественное признание поступков человека, его заслуг, проявляющееся в почитании, авторитете, славе. Поэтому *чувство Ч.*, внутренне присущее врачу как личности, связано со стремлением добиться высокой оценки и1089 со стороны окружающих, похвалы, известности. Ч. – это то, что человек должен завоевывать, добиваться в процессе своей жизнедеятельности. *Профессиональная Ч.* воздается врачу в соответствии с оценкой, которую получают его качества как человека и как представителя медицинской профессии, выполняющего свой долг. Д. – это, прежде всего, внутренняя уверенность в собственной ценности, чувство самоуважения, проявляющиеся в сопротивлении попыткам посягнуть на свою индивидуальность и определенную независимость. Это объективная ценность личности, которая принадлежит человеку по праву рождения, потому что он человек (*человеческое Д.*). Поэтому все пациенты, независимо от их социального статуса, психического и физического состояния и поведения имеют равные права на признание своего Д.

Швейцер (Schweitzer) 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 Ш., 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.

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*. *Пассивная Э.* – решение о прекращении лечения ввиду безнадежного состояния больного; *активная Э.* – введение высоких доз наркотиков, прекращающее страдания и жизнь безнадежных больных. 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 обладает всеми правами, свойственными человеку, поэтому, лишая жизни эмбрион, мы убиваем то, что может стать личностью – «*консервативная позиция*». Отрицание Э. п. – «*либеральная позиция*», отказывающая плоду в самостоятельном статусе даже на самых поздних стадиях беременности и предоставляющая право выбора судьбы эмбриона матери или медикам. «*Умеренная позиция*» основывается на точке зрения современной биологии и эмбриологии, согласно которой человек как биологический индивидуум формируется сразу после слияния родительских половых клеток, когда образуется неповторимый набор генов, и требует ответственного отношения к принятию решения.

Эмбриональных стволовых клеток (ЭСК) использования этические проблемы. ЭСК – клетки, выделенные из ранних эмбрионов, которые могут самостоятельно существовать в недифференцированном состоянии, сохраняя возможность дифференцироваться в любую ткань, благодаря чему они являются потенциальными поставщиками тканей для трансплантации и лечения многих болезней. Основная этическая проблема состоит в том, что ЭСК получают из эмбрионов, культивированных *in vitro* для искусственного оплодотворения, использование же человеческих эмбрионов для целей биотехнологий недопустимо с точки зрения биоэтики и запрещено в большинстве стран. Сторонники использования ЭСК ссылаются на то обстоятельство, что исследования проводятся на «обреченных» эмбрионах, из которых никогда не возникнет человеческая жизнь («лишние» при искусственном оплодотворении или полученные в результате аборта).

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 высоким уровнем профессионализма врача. Чем выше профессиональный уровень врача, тем больше надежд и доверия он внушает пациенту.

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. **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.

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). Требует 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.

Этика гуманистическая (ЭГ) – 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. Основным методом 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.

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 альтруизма* (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*).

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 противься злему» (Мат. 5: 39). Религиозно-нравственное учение непротивления злу отстаивал Л. Толстой, считавший непротивление 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 н. опасность *безнаказанности зла*. Противостояние рассматриваемых позиций проявляется в настоящее время в решении многих актуальных вопросов: при рассмотрении эффективности и моральной дозволенности различных 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 частности при решении проблем эвтаназии, проблемы прав эмбриона и др.

Этика прикладная (ЭП)– 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. ЭП 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 ЭП 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 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*.

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

Ятрогении (от греч. *iatros* – врач и *gennaō* – 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.

| | |
|--|------------|
| СОДЕРЖАНИЕ: | |
| ВВЕДЕНИЕ | 5 |
| ТЕМА №1. | |
| БИМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА КАК ОБЛАСТЬ МЕДИЦИНЫ | 7 |
| МЕТОДИКА ВЫПОЛНЕНИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ | |
| 1.Биоэтика как прикладная этика | 8 |
| 2.Проблемы традиционной этики | 11 |
| 3.Содержание биоэтики. Биоэтика- новое мировоззрение, новая наука о милосердии. | 14 |
| 4.Основные принципы и модели биоэтики. | 27 |
| 5.Этические проблема фармакологического надзора. | 45 |
| ТЕМА №2. | |
| МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ КОМПЛЕКСНЫЙ ХАРАКТЕР КЛЮЧЕВЫХ ПРОБЛЕМ БИОЭТИКИ | 47 |
| МЕТОДИКА ВЫПОЛНЕНИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ | |
| 1. Междисциплинарный комплексный характер проблемы соотношения жизни и смерти. | 48 |
| 2.Биоэтические проблемы трансплантологии. | 49 |
| 3.Моральная сторона проблемы эвтаназии. | 51 |
| 4.Этические проблемы репродуктивных технологий. | 54 |
| 5.Исследование ключевых проблем биоэтики исламе | 69 |
| РАЗДАТОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ | 74 |
| ПРИЛОЖЕНИЯ | 85 |
| ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ | 87 |
| СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ | 98 |
| СОДЕРЖАНИЕ | 135 |