

**УДК 614.253 (07)**  
**ББК 87.751.1я7**  
**Б 63**

**Биоэтика:** Учебное пособие. – Ставрополь: СтГМУ, 2014. – 146 с.

**Составители:** к.ф.н., доцент С.Р. Агирбов,  
к.ф.н., старший преподаватель П.А. Гончаров

Пособие включает учебные материалы для семинарских занятий: пояснительную записку, содержание компетенций, перечень необходимых навыков и умений, содержание разделов. Планы и содержание семинарских занятий, основные понятия, темы докладов и проектных работ, основную и дополнительную литературу.

Пособие предназначено для студентов и преподавателей.

**Рецензенты:** зав.кафедрой философии и этнологии СКФУ,  
д.ф.н., профессор С.Ю. Иванова

зав.кафедрой педагогики, психологии и специальных  
дисциплин СтГМУ,  
д.п.н., профессор М.И. Плугина

**УДК 614.253 (07)**  
**ББК 87.751.1я7**  
**Б 63**

**Рекомендовано к печати редакционно-издательским советом СтГМУ**

Курс «Биоэтика», являясь важной частью гуманитарной подготовки студентов, наряду с другими курсами призван обеспечить полноту базовых гуманитарных знаний, а также восполнить нравственно-мировоззренческий вакуум современного образования.

Основополагающие положения биоэтики составили основание для сформировавшегося в последние годы нового международно-признанного этического стандарта медицинской науки и практики, нашедшего свое выражение в документах международного права, многих национальных законодательствах (включая российское законодательство в области совершенствования здравоохранения), этических кодексах и декларациях международных и национальных медицинских ассоциаций.

В основных разделах современной биоэтики, философских проблемах и методах их исследования – овладение базовыми принципами и приемами научного познания; введение в круг философских проблем биоэтики, связанных с областью будущей профессиональной деятельности медиков, выработка навыков работы с оригинальными и адаптированными текстами по этике и биоэтике. Изучение дисциплины направлено на развитие навыков морально-нравственного восприятия и аксиологической оценки источников информации, умения логично формулировать, излагать и аргументировано отстаивать своё собственное видение биоэтических проблем и способов их разрешения.

Основная концепция преподавания **биоэтики** предполагает последовательное движение от общих философских понятий этики, истории медицинской этики к практическим этическим проблемам, которые ставит перед врачом современная медицина. Особое внимание уделяется профилизации проблем биоэтики в педиатрии.

Представление учебной дисциплины «Биоэтика» в виде логически завершенных элементов содержания дает основание для определения темы курса. Структурирование содержания этой учебной дисциплины является также необходимым условием для функционирования рейтинговой системы.

Наличие компьютерной контрольной тестовой программы, соответствующей выделяемым модулям, способствуют повышению и унифицированию контроля знаний. Оценка качества освоения дисциплины включает в себя текущий контроль знаний и промежуточную аттестацию (зачёт). Посещение занятий и лекций, указанных в расписании, является обязательным для студентов всех курсов. К зачету допускаются студенты, выполнившие полностью учебную программу.

Самостоятельная работа студентов включает изучение методических пособий, материалов, работу в Интернете с нормативно-правовыми актами, что, в конечном итоге, дает возможность формировать соответствующие умения и навыки и в дальнейшем является фундаментом для принятия нормированных решений в правовом поле здравоохранения. Активное использование в учебном процессе компьютерных обучающих и контролирующих технологий способствуют формированию умений обучающихся использовать современные инновационные образовательные программы.

## **1. Цели и задачи освоения дисциплины:**

**Цель** – формирование у студента представления о специфике биоэтики как философии и науки выживания человечества.

### **Задачи:**

- повысить восприимчивость студентов к этической проблематике; обучить искусству этического анализа;
- ознакомить студентов с возрастающим потоком литературы по предмету;
- помочь студентам лучше понять моральные ценности (профессиональные, личные, своих пациентов);
- научить регулировать и разрешать этические конфликты. Сформировать представление о методах и способах урегулирования, разрешения и предупреждения этических конфликтов.

## **2. Место дисциплины в структуре ООП:**

Дисциплина «Биоэтика» относится к циклу **гуманитарных, социальных и экономических** дисциплин.

– специальные требования к входным знаниям, умениям и компетенциям студента не предусматриваются;

– является предшествующей для изучения дисциплин: правоведение; педагогика, психология и дисциплин профессионального цикла.

## **3. Требования к результатам освоения дисциплины:**

Процесс изучения дисциплины направлен на формирование у выпускника следующих компетенций:

способности и готовности анализировать социально-значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной и социальной деятельности (ОК-1);

способности и готовности к анализу мировоззренческих, социально и личностно значимых философских проблем, основных философских категорий, самосовершенствованию (ОК-2);

способности и готовности к анализу значимых политических событий и тенденций, ответственному участию в политической жизни, овладению основными понятиями и закономерностями мирового исторического процесса, уважительному и бережному отношению к историческому наследию и традициям, оценке политики государства; знать историко-медицинскую терминологию (ОК-3);

способности и готовности к логическому и аргументированному анализу, публичной речи, ведению дискуссии и полемики, редактированию текстов профессионального содержания, осуществлению воспитательной и педагогической деятельности, сотрудничеству и разрешению конфликтов; толерантности (ОК-5);

способности и готовности осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну (ОК-8).

способности и готовности реализовать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами, средним и младшим медицинским персоналом, взрослым населением и подростками, их родителями и родственниками (ПК-1).

В результате изучения дисциплины студент должен

### ***Знать:***

- основные идеи, принципы и требования биоэтики; философские основания биоэтики и биомедицинской этики;
- права и моральные обязательства современного врача;
- юридические и моральные права пациентов;
- ключевые направления, проблемы, теории и методы использования знаний по биоэтике в медицинской практике;
- содержание современных морально-этических дискуссий по проблемам развития здравоохранения.

### ***Уметь:***

- формировать и аргументированно отстаивать свою собственную позицию по различным проблемам биоэтики;
- использовать положения и категории этики и биоэтики для оценивания и анализа различных тенденций, фактов и явлений в системе здравоохранения.

### ***Владеть:***

- навыками восприятия и анализа специальных текстов, имеющих этико-правовое

содержание,

- приемами ведения дискуссии и полемики,

- навыками публичной речи и письменного аргументированного изложения своей собственной точки зрения по актуальным биоэтическим проблемам.

***Демонстрировать:***

- способность и готовность к диалогу и восприятию альтернатив, участию в научных дискуссиях по проблемам культурно-общественного и философско-мировоззренческого характера.

## **I. СОДЕРЖАНИЕ КУРСА**

### **РАЗДЕЛ 1. ФИЛОСОФСКИЕ ОСНОВАНИЯ ЭТИКИ И БИОЭТИКИ**

Биоэтика как философская парадигма выживания. Гуманизм – субстанция традиционной этики и биоэтики. Этика цивилизованного человечества. Гуманистическая специфика медицинской науки и врачебной практики. Профессионализм и морально-нравственная ответственность медиков перед людьми. Социально-философское осмысление проблемы смысла жизни и смерти человека. Понятие «биоэтики» в концепции В.Р. Поттера и его эволюция в современной медицине. Философия благоговения перед жизнью. Основные аспекты биомедицинской этики как междисциплинарной области.

Основные правила и принципы биоэтики. Признание неприкосновенности частной жизни как основа уважения человеческого достоинства пациентов и испытуемых медико-биологических экспериментов.

Основополагающие документы биомедицинской этики. Конвенция Совета Европы «О правах человека и биомедицине» 1996 года. Биоэтическая инфраструктура.

### **СЕМИНАР № 1. БИОЭТИКА КАК ФИЛОСОФСКАЯ ПАРАДИГМА ВЫЖИВАНИЯ**

#### **План семинарского занятия:**

1. Гуманизм – субстанция традиционной этики и биоэтики;
2. Этика цивилизованного человечества;
3. Гуманистическая специфика медицинской науки и врачебной практики;
4. Профессионализм и морально-нравственная ответственность медиков перед людьми.

#### **Темы докладов:**

1. Гуманность как историко-философская категория;
2. Цивилизация – «смерть культуры» или основа существования современного общества;
3. Морально-этические проблемы современной науки;
4. Профессиональная этика и медицинская практика.

#### **Основные понятия темы (выписать определения в тетрадь):**

мораль, нравственность, этика, потребности, мотивы, интересы, ценности, нравственная культура, гуманизм, профессионализм, наука, философия, врачебная практика, вежливость.

#### **Пояснительная записка к семинару № 1**

Необходимость решения проблемы выживания человечества, возникшей на пересечении XX и XXI веков, предполагает принятие радикальных и срочных мер, относящихся к разным аспектам жизни мирового сообщества. В этом контексте важная роль принадлежит совокупности научных и общественно-политических идей, получивших название *концепции устойчивого развития* человечества. Эта концепция введена в научный обиход в конце 80-х годов после конференции ООН в Рио де Жанейро (1992), посвященной проблемам окружающей среды и безопасности социального развития. Позже была создана специальная комиссия ООН по проблемам устойчивого развития. В июне 1997 года состоялась специальная сессия Генеральной Ассамблеи ООН (на уровне руководителей государств) по проблемам окружающей среды и устойчивого развития общества.

*Устойчивое развитие* есть такое развитие, которое обеспечивает экологическую безопасность, экономическую эффективность, общественный порядок и социальную

справедливость нынешним и будущим поколениям. За этот период принят и узаконен ряд национальных и региональных концепций устойчивого развития.

Сегодня консолидируется тенденция, новый феномен общественного сознания. Это явление можно обозначить как ноосферное сознание. Биоэтика в этом плане может способствовать становлению ноосферного интеллекта. Реальность такова, что в условиях существующих технологий и актуальной человеческой деятельности цивилизация не может обеспечить нормальный уровень жизни. Человек – биосоциальное существо, и он не может жить вне биосферы. Занимая определенное место в системе живых форм, он зависит от них. Благо человека связано с жизненными процессами земли. Поэтому *современная философия должна быть философией выживания*.

Проблеме выживания и её различным аспектам были посвящены шесть международных конференций, организованных кафедрой философии и биоэтики Государственного университета медицины и фармации им. Николая Тестемицана. Участники этих научных форумов единодушно согласны, что современная цивилизация «катится» к антропо-экологической глобальной катастрофе. Человечество может существовать не иначе, как в рамках достаточно узкого диапазона параметров его физической среды, биологической и социосферы. Общество как в физическом, так и в биологическом и социальном смысле «держится на острие». Человечество как часть ноосферы вступило в эпоху необратимого развития. Последнее обстоятельство связано с различного рода катаклизмами глобального характера. Поэтому актуальнейшей задачей становится разработка стратегии развития человека, согласованной со стратегией природы.

*Под стратегией человечества понимается характер совокупных действий различных цивилизаций, способных обеспечить совместную эволюцию (коэволюцию) человека и окружающей среды.* Стратегия человечества должна принять и новые модернизации, поэтому она должна иметь и новую философию – философию выживания. Биоэтика, которая занимается человеком и оптимизацией социальных и природных условий, может способствовать выработке стратегии человечества, решению глобальных проблем, выработке новых ценностных ориентаций, новых парадигм выживания, которые регламентировали бы использование биотехнологий.

Современная техногенная цивилизация с её потребительской индустрией должна быть заменена новой цивилизацией – информационно-экологической (ноосферной) с её общечеловеческими ценностями, которые обеспечивали бы достойное существование человечества. Речь идет о формировании и обосновании новых принципов человеческого бытия, новых идеалов человеческой деятельности, перспектив развития человека и общества. В реализации этих императивов исключительная роль принадлежит философии, биоэтике и медицинской этике.

Ноосферное общество должно обеспечить подлинную коэволюцию природы и общества, выживание человека и биосферы. *Ноосферная парадигма предполагает преобладание и главенство интеллекта не отдельной личности, а социального интеллекта. Становление ноосферы и ноосферной картины мира возможно благодаря применению нетрадиционных методов и признания важности учета таких аспектов как интеллектуализация, гуманизация, информатизация, экологизация и аксиологизация социального прогресса.*

### **1. Гуманизм – субстанция традиционной этики и биоэтики**

Гуманизм (лат. homo – человек, humanus – человеческий, humanitas - человечность) – это философия и идеология, прославляющие человеколюбие, утверждающие приоритет человека в мире природы и общества людей. Это система взглядов и позиций, согласно которой человек признаётся высшей ценностью как личность, демиург (греч. demiurgos - мастер) мира культуры. Ещё Цицерон (106-43 гг. до н.э.) справедливо называл гуманизм высшим проявлением культурного и нравственного развития людей. Наиболее широкую известность и распространение он получил в эпоху Возрождения и эпоху Нового времени,

когда философская мысль повернулась лицом к познанию феномена человека и его творческой роли в жизни и деятельности людей. И сегодня философия гуманизма остаётся наиболее «продвинутой» идеей во всех сферах человеческого бытия. Она выступает в научной этике философской субстанцией (лат. substantia - сущность, лежащее в основе), указывающей на смысловой оттенок всех форм и видов осознанных человеческих действий как поступков, нацеленных на становление и сохранение в человеке интеллектуально-нравственных качеств и его духовное возвышение.

*Этика* в её традиционном понимании есть самобытное учение об идеях, принципах, нормах и правилах функционирования морали и нравственности в различных сферах и областях общественной жизни людей. Поэтому предметом этики было и остаётся философское осмысление морально-нравственной мысли и практики поведения человека. Понятие «этика» происходит от древнегреческого слова *etos*, которое означало совместное жилище и одновременно всеобщие правила, порождённые совместным проживанием и деятельностью. Этимология самого термина «этика» показывает, что её предметом является общественное практическое поведение людей, а также нормы, обеспечивающие условия сплочения людей, преодоления врождённого животного индивидуализма и агрессии. По мере духовного развития людей к этому первоначальному смыслу добавляется много нового. Люди стремились создать гуманную этику жизни, чтобы использовать все проявления человечности в образе их жизни, такие как: муки совести, сострадание, сочувствие, и при этом: стремление к человеческому достоинству, чести и готовности жертвовать собой во имя сохранения рода.

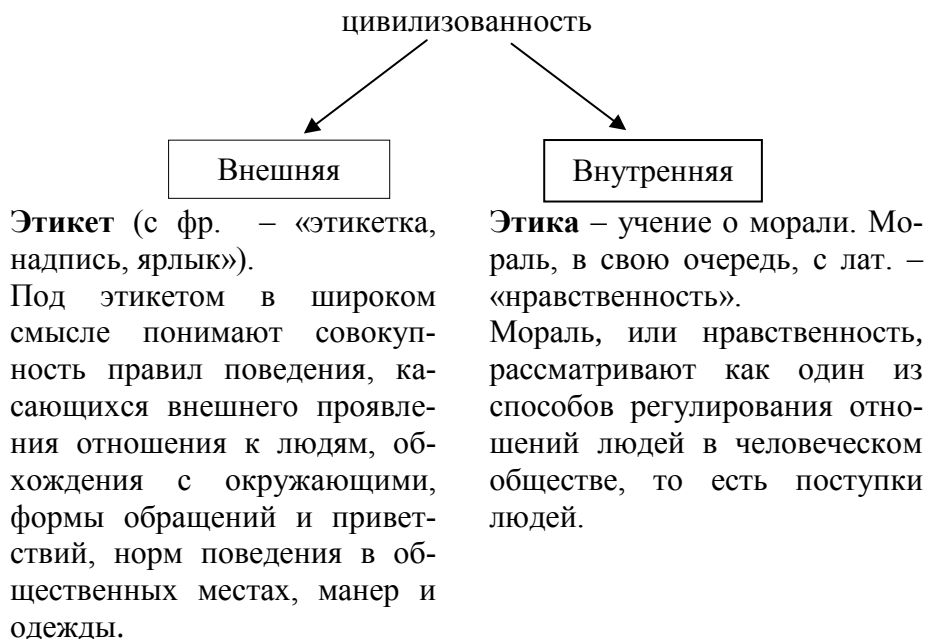
Гуманные идеи и принципы этики всегда, начиная с античности и до наших дней, интересовали философов, учёных и медиков. Гуманность морали и нравственности рассматривалась ими через призму смысловых и сущностных проблем жизни, через осознание метафизической уникальности человеческого бытия, где он «в известном смысле всё» (М. Шелер). Человек – это самое удивительное природно-социальное явление на Земле. Он разумен, обладает творческим потенциалом, силой воли, чувством любви и совестью. По мнению философов человек живёт не только в мире естественной природы, а и в мире искусственно сотворённой культуры, организованном в соответствии с идеями и принципами гуманной философии жизни. Он социально-культурно деятелен и, в принципе, нравственно ответственен за всё им содеянное. Уникальные свойства человека заложены в нём самой природой. Однако они проявляются только в результате активного общественного воздействия на мир и себя. Человека ведь надо всему научить: ходить, есть, пить, по-человечески говорить, слушать и слышать других людей, логично думать и критично мыслить.

Древнегреческий философ Платон (427- 347 гг. до н.э.) считал, что поистине человеком может быть только тот, кто в мыслях и чувствах своих, и в поведении своём следует повелению совести и идеи принесения людям блага и направляется ими. В современном русском языке под этикой понимают философскую науку о поведении, морали и нравственности. Этика изучает их место и роль в системе различных форм и видов общественного сознания. Она осмысливает природу и моральное состояние общения людей в конкретном обществе. Этика изучает и развитие нравственности как особой внутренней установки самой личности на общественные и индивидуальные формы бытия. Она философски оценивает и конструирует гуманную идеологию морально-нравственного поведения людей и, прежде всего, молодёжи. Тем самым этика как философская дисциплина формулирует гуманные парадигмы и принципы и предлагает морально-нравственные идеалы для прикладной этики.

Гуманизм как субстанция морали и нравственности должен служить не только благограживанию общественного общения между людьми, но и созданию всех необходимых условий для обеспечения безопасности людей и их счастливой жизни. Для этого есть всё необходимое. Но, пожалуй, самое главное, что появилось сегодня – это более свободный выбор личного образа жизни и деятельности. Но это обстоятельство требует более щепе-

тильного отношения и к себе, и к людям. Современный человек имеет полное право радоваться жизни и не мешать деятельности других людей. И именно на это нацелена современная гуманная этическая школа и её новое направление – *биоэтика*. Она учит всех людей, особенно специалистов, жить и радоваться жизни и при этом ни в коем случае не поступаться совестью как нравственным критерием человеческой гуманистической составляющей личности. Поэтому в центре внимания государств, всех общественных организаций и, прежде всего медиков, постоянно будут священные гуманистические параметры – совесть, долг, ответственность, честь и многое другое.

## 2. Этика цивилизованного человечества



**Этическое общение** (формирование внутренней культуры) происходит с помощью исторически сформировавшихся *неписаных норм и правил*, относительно которых поведение людей оценивается как доброе и злое, честное и бесчестное, созидающее или разрушающее, в отличие от этикета, который включает в себя определенный свод правил.

Нормы морали, в отличие от норм права, официально нигде не зафиксированы и в течение столетий передавались из уст в уста, от отца к сыну, от старшего поколения к младшему.

В отличие от правового регулирования, где за соблюдением закона надзирают государственные органы и выносят наказание за нарушение закона, контроль выполнения моральных норм осуществляется (как вы думаете, кем?) исключительно *совестью* каждого конкретного человека и *общественным мнением*. Именно поэтому быть или не быть моральным (честным, порядочным, добрым) – почти полностью зависит (от чего?) от личного выбора каждого.

А вот правила и нормы этикета носят формальный характер, то есть не вынуждают человека выбирать между добром и злом, правдой и ложью, как это требуют моральные заповеди. Предписания этикета диктуют требования общечеловеческой культуры: вежливость, обходительность, учтивость, приветливость, но при этом они регламентируют иерархию возрастных, статусных, половых различий людей. В правилах этикета заранее предусматриваются ситуации и даются готовые модели конкретных решений, в отличие от этики.

Этикет подразумевает благожелательное отношение ко всем людям, безотносительно к их должностному и социальному положению, учтивое обращение с женщинами, почита-

ние старших. Он включает формы обращений, приветствий, правила ведения беседы, спора, поведения за столом, обхождения с гостями, требования, предъявляемые к одежде человека в зависимости от обстоятельств.

### **Вежливость**

*Вежливость* – это моральное качество человека, для которого уважение к людям является повседневной нормой поведения и привычным способом обращения с окружающими. Она включает: внимательность, проявление доброжелательности ко всем, готовность оказать услугу каждому, кто в этом нуждается, приветливость, деликатность, тактичность, скромность. Следовать этикету и быть вежливым – значит содействовать счастью ближнего и ни в коем случае не задевать чужое достоинство.

Соблюдение правил этикета должно осуществляться сознательно и в то же время непринужденно, то есть стать привычкой.

Этикетные нормы призваны облегчать контакты между людьми и предоставлять им наиболее удобные пути для их установления.

*Вежа – ведать, знать.* Вежа – человек, который знает, как вести себя в той или иной ситуации, обстановке: наблюдает за собой со стороны глазами другого человека. Надо не только следить за собой, но и давать себе честную, без всяких скидок оценку, то есть я себя изучаю, познаю – *самопознание*.

Вежливость – форма проявления уважения к людям.

Важным инструментом самовоспитания могут стать собственная наблюдательность человека и анализ окружающей действительности. Здоровое нравственное чутье помогает ориентироваться в потоке человеческих отношений на те, которые строятся по законам красоты.

## **3. Гуманистическая специфика медицинской науки и врачебной практики**

Специфика медицинской науки и врачебной практики обуславливается тем, что работники здравоохранения при исполнении своих профессиональных обязанностей имеют дело с жизнью, здоровьем пациента, его страданием и болью. Именно с этим связано гуманистическое содержание норм и принципов медицинской этики. Вместе с тем, они носят исторический характер. Так, в Древней Индии рекомендовалось браться за лечение только такого человека, болезнь которого излечима; от лечения неизлечимых болезней следовало отказаться, так же как и от пациента, не выздоровевшего в течение года. Однако общая тенденция развития норм этики исторически менялась в сторону гуманизации.

По своему содержанию медицинская этика включает ряд основополагающих принципов: гуманизм, справедливость, конфиденциальность, «не вреди», коллективизм (приоритетный в советском здравоохранении). Наряду с принципами в специальной литературе выделяют ряд добродетелей, необходимых для любого медицинского работника. Условно эти добродетели можно распределить на четыре группы: добродетели характера (мужество, самостоятельность, надежность, честность); добродетели компетентности (владение медицинскими знаниями и методами в той или иной области, способность разумно рассуждать); добродетели совести (самоотверженность, самокритика, чувство ответственности, честь); общие моральные качества (порядочность, уважение к пациенту, коллегам, личное достоинство, скромность, благожелательность). Все вышеперечисленные добродетели имеют место и в других формах человеческой деятельности (педагогика, управление, научная и др.), но в медицине их взаимосвязь и значимость многократно усиливаются спецификой самой деятельности, высшей ценностью которой выступают жизнь и здоровье человека.

## **4. Профессионализм и морально-нравственная ответственность медиков перед людьми**

Профессионально-нравственная культура в сфере здравоохранения проявляется в новом смысловом содержании сознания специалистов-медиков, их социальном, психиче-

ском и физическом действии. Новое содержание в сознании врача сопрягается с профессионально-медицинским знанием и его умением как основой современной медицинской реальности. В современной системе здравоохранения эта интеллектуально-нравственная интенция формируется новыми, биоэтическими принципами в деятельности не только врачей, других медицинских работников, но и широкой общественности в связи революционными преобразованиями в мире природы и общества. От принятия компетентного и нравственного медицинского решения по неоднозначным проблемам, которые постоянно возникают в лечебном деле, во многом зависит судьба отдельных людей и даже человечества в целом.

Главная и основная задача современного медицинского работника – это овладение принципами биоэтики, которая позволит развить и полнее раскрыть способности компетентно и ответственно выполнять все профессиональные обязанности, опирающиеся на морально-правовые нормы регулирования медицинского деяния. Это, прежде всего, оказание высококвалифицированной медицинской помощи населению, охрана здоровья всех людей, но особенно материнства и детства. Это – пропаганда правильного образа жизни людей, гигиенические и санитарно-профилактические мероприятия для населения и т.д.

Осознание чувства долга – первая социально-культурная акция любой нравственной личности и тем более медицинского работника. Выполнение профессионального долга медиком неразрывно связано и с его мировоззренческими и духовно-культурными позициями, уровнем осознания общественной ответственности. Именно они-то и требуют от медицинского работника бескорыстно оказывать помощь всем, кто в ней нуждается.

Причем профессиональный долг требует от медика никогда не участвовать в мероприятиях, направленных против физического и психического здоровья людей. Медицинский работник ни под каким предлогом не должен ускорять наступление смерти даже у безнадежного больного. Он по своим нравственным убеждениям должен всеми возможными и невозможными действиями и способами уменьшать страдания больного и бороться за каждые день и час его жизни. Задача медиков – продлевать активную жизнь человека. Нравственный и профессиональный долг врачей и всех других медицинских работников требует вести еще и эффективную научно-пропагандистскую деятельность по выведению пациентов из состояния их душевного кризиса. Способствовать преодолению душевного кризиса у пациентов могут, например, такие действия медиков, как их пропаганда правильного образа жизни, воспитание целомудрия у молодежи, укрепление семьи, восстановление в коллективе традиционных нравственных идеалов, борьба на медико-профессиональном уровне с такими явлениями, как алкоголизм, курение, наркомания и т.д. и т.п. Такие пропагандистские действия, утверждающие в сознании их пациентов, особенно молодых, гуманно-нравственные ориентиры, могут значительно ослабить воздействие наиболее значимых вредных факторов на физическое, умственное, психическое и нравственное здоровье.

Деятельность современного медицинского работника требует от него высокого уровня личной профессиональной ответственности, включающей в себя моральную, административную, правовую и другие виды ответственности. Ответственность является фундаментальным нравственным качеством личности, которое проявляется в умении отвечать перед самим собой (своей совестью), другими людьми и Богом (для верующих) за свои поступки, наличие и проявление в деятельности тех или иных умений, знаний, личностных качеств. Степень соответствия действий человека существующим в обществе моральным нормам определяет степень ответственности личности. Моральная ответственность — это форма деятельности совести человека, которая включает в себя анализ собственного поведения (поступков, чувств, отношений и т. д.) и соотнесения его с этически должным. Применительно к профессиональной медицинской деятельности моральная ответственность представляет собой соотнесение реального поведения с эталоном, задаваемым требованиями профессиональной этики и деонтологии.

Медицинский работник несет моральную ответственность перед пациентами и их родственниками, коллегами, медицинским сообществом, обществом в целом, перед самим собой. Особое значение приобретает ответственность за информацию, которую медицинский работник предоставляет другим людям в ходе своей профессиональной деятельности.

Ответственность как этико-деонтологическое понятие выражает соответствие моральной деятельности личности ее долгу с точки зрения ее возможностей. Нравственный долг представляет собой индивидуально осознаваемую необходимость выполнения определенных требований, в т. ч. и добросовестного выполнения своих профессиональных обязанностей. Несоответствие между реальным и должным поведением оценивается как невыполнение профессионального долга. В зависимости от степени несоответствия и уровня развития морального самосознания медработника следуют угрызения совести, действия, направленные на устранение этого несоответствия, бездействие и т. п. В случаях значительных нарушений профессионального долга может последовать наказание в виде моральных, административных или правовых санкций. Результатом нарушения профессионального долга всегда является вред, виды которого многообразны, и за который человек всегда несет ответственность (моральную, административную, уголовную, финансово-экономическую, социально-политическую и т. д.). Принцип «не навреди» стал для медиков основополагающим этическим требованием в их профессиональной деятельности. Но парадоксальность медицинской деятельности заключается в том, что достижение блага больного идет через причинение ему определенной (в каждом случае своей) степени вреда. «Есть больные, которым нельзя помочь, но нет больных, которым нельзя навредить». «Primum non nocere!» — это моральный принцип, который позволяет в реальной практической деятельности медицинских работников выбирать варианты действий, в которых присутствовала бы наибольшая степень блага и наименьшая степень вреда для пациента. Таким образом, моральная ответственность медработника в самом широком смысле сводится к деятельности, в результате которой пациент получает наибольшее количество блага и наименьшее количество вреда, причем блага в самом широком смысле слова — как восстановления и сохранения здоровья во всей полноте составляющих его компонентов (физического, социального, психологического).

### **Литература:**

#### **Основная:**

1. Сергеев В.В. Биоэтика: Учебное пособие. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 240 с.
2. Лопатин П.В. Биоэтика: учебник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 272 с.
3. Хрусталеv Ю.М. От этики до биоэтики. – Ростов н/Дону: Феникс, 2010. – 446 с.
4. Силуянова И.В. Руководство по этико-правовым основам медицинской деятельности: уч. пос. – М., 2008. – 238 с.

#### **Дополнительная:**

1. Лопатин П.В. Биоэтика: рабочая тетрадь. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 272 с.
2. Силуянова И.В. Биоэтика в России: ценности и законы. – М.: Грантъ, 2001. – 192 с.
3. Уильмс Дж. Р. Руководство по медицинской этике: уч. пос. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 128 с.
4. Кэмпбелл А. Медицинская этика / под ред. Ю.М. Лопухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 400 с.
5. Кэмпбелл А. Медицинская этика / под ред. Ю.М. Лопухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 400 с.

## **СЕМИНАР № 2. БИОМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА КАК МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ НАУКА**

### **План семинарского занятия:**

1. Основные аспекты биомедицинской этики как междисциплинарной науки
2. Понятие «биоэтики» в концепции В.Р. Поттера
3. Эволюция биоэтики в современной медицине
4. Философия «Благоговения перед жизнью» (А. Швейцер)

### **Темы докладов:**

1. Причины становления биомедицинской этики как науки
2. Междисциплинарный подход как метод современной науки
3. «Болезни цивилизации» и современная наука
4. Биоэтические проблемы в философии А. Швейцера

### **Основные понятия темы (выписать определения в тетрадь):**

добро, зло, должное, сущее, моральный выбор, моральный авторитет, междисциплинарный подход

### **Пояснительная записка к семинару № 2**

**Биомедицинская этика** – новое междисциплинарное научное направление, объединяющее медико-биологическое знание и общечеловеческие моральные ценности.

**Междисциплинарность** БМЭ проявляется в постоянном расширении ее проблемного поля благодаря включению в нее нравственных, философских, правовых компонентов. БМЭ объединяет самые различные системы ценностей: биологические (физическое существование, здоровье, свобода от боли), социальные (равные возможности на получение всех видов медицинских услуг), экологические (осознание самоценности природы, ее уникальности), личностные (безопасность, самоуважение) и др. Особый статус БМЭ определяется «открытым», «пограничным» характером ее проблем. С одной стороны, это требует каждый раз частных, ситуативных решений и, соответственно, индивидуального морального выбора и личной ответственности. С другой – создает определенный прецедент, обеспечивающий БМЭ – этике прикладной – возможность перехода и единения с универсальной и глобальной биоэтикой. На изучении этих особенностей и механизма их практического применения базируется концептуальная модель биомедицинской этики.

#### **1. Основные аспекты биомедицинской этики как междисциплинарной науки**

Содержание концептуальной модели БМЭ определяют следующие этические аспекты:

- *нормативный*, в рамках которого исследуются специфика и «работоспособность» общечеловеческих моральных ценностей в медицине;
- *ситуативный*, обосновывающий необходимость морального выбора и принятия решений в различных биомедицинских ситуациях и казусах;
- *экспериментальный*, предполагающий распространение моральных принципов на биомедицинские исследования и их этическую экспертизу;
- *деонтологический*, регулирующий функции и принципы поведения врача во взаимоотношениях по вертикали (в системе «врач-больной») и по горизонтали (в системе «врач-врач»);
- *институциональный*, связанный с необходимостью решения социальных и профессиональных проблем здравоохранения и ролью биоэтических комитетов как специальных институтов в этом процессе.

Определение этих аспектов позволило очертить контуры проблемного поля и выявить круг нормативно-этических проблем БМЭ, причем не один, а несколько «кругов»,

которые, переплетаясь и взаимодополняя друг друга, определяют содержание БМЭ. Основными проблемными кругами БМЭ являются следующие:

- модификация традиционных моральных принципов и ценностей в профессиональной деятельности медицинских работников и биологов – нормативно-этический круг;
- нравственные коллизии в конкретных ситуациях – казусы, возникающие в процессе биомедицинских исследований и лечения больных – ситуативный круг;
- «новые» межличностные отношения в системе вертикальных и горизонтальных связей в сфере современной медицины – деонтологический круг.

В чем заключаются основные проблемы первого круга БМЭ?

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

1. Однозначная экспликация сущности и критериев Жизни и Смерти человека как высших базовых ценностей. До сегодняшнего дня нет единства в их понимании, что трагически сказывается на судьбах людей, ждущих, например, пересадки донорских органов от умерших людей. Решение этой задачи, которое должно стать делом совокупных усилий медиков, философов, этиков, юристов, представителей религиозных конфессий, даст возможность определиться в решении вопроса о праве человека на достойную жизнь и праве на достойную смерть. А это, в свою очередь, выступает необходимым основанием деятельности трансплантологов, реаниматологов, акушеров-гинекологов и других специалистов. Особенно актуальной является проблема границы жизни и смерти. Сегодня огромное количество философских, юридических, медицинских работ посвящается так называемому праву человека на смерть, связанному с «пограничными ситуациями» его жизни.

2. Проблема активного включения в лечебную практику в качестве руководства к действию таких высших общечеловеческих моральных ценностей, как Добро и Зло, Страдание и Сострадание, Долг и Совесть, Честь и Достоинство, Свобода и Ответственность. С одной стороны, у современных медиков, особенно молодых, они стали терять свой престиж и значимость, которые им необходимо вернуть. С другой – преломленные сквозь призму профессиональной деятельности, эти ценности обретают особую специфику, что зачастую приводит к кардинальному рассогласованию их восприятия и оценки «обычными» людьми и профессиональными медиками. Сложность заключается в том, что здесь мы сталкиваемся с феноменом, который не привычен для мышления «естественника», но является атрибутом морально-этических суждений: это их субъективность и относительность. Особенно наглядно это видно на примерах добра и зла, проявляющих в сфере медицины свою не расторжимую связь; страдания и сострадания, демонстрирующих иногда неизбежность и даже полезность первого и сомнительное значение и опасность второго; свободы, дающей медику и биологу исследователю право на риск, а по этому и на ошибку, но и налагающей на них высокую ответственность.

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

Второй круг проблем БМЭ – *ситуативный* – связан со спецификой, развитием и современными достижениями медицины, которые проявляются каждый раз в конкретных, неповторимых случаях и сказываются на определенной, нередко уникальной, человеческой судьбе. Одной из особенностей БМЭ как отрасли прикладной этики как раз и является

ся то, что она сконцентрирована преимущественно на анализе этих отдельных случаев – медицинских казусов, затрагивающих жизнь и здоровье человека, и призвана выявить и проанализировать моральные стороны конкретных ситуаций. Многочисленность и вариативность подобных ситуаций и порождает так называемые «открытые» вопросы. К их числу относятся:

- проблема эвтаназии, ставшая столь актуальной в результате небывалых достижений медицины по продлению жизни человека, а значит, и его страданий;
- проблемы трансплантации и связанные с ними проблемы реанимирования;
- нравственно-правовые проблемы искусственного оплодотворения и прерывания беременности, установления критериев нормы и патологии человеческого зародыша;
- проблема предвидения и предотвращения негативных последствий медико-биологических, особенно генетических, исследований и экспериментов на человеке; определение меры ответственности исследователя и степени риска испытуемого. Решение этих и других ситуативных проблем биомедицины во многом зависит от этической компетентности и этической позиции специалиста – гуманистической или авторитарной. Поэтому сегодня БМЭ рассматривается не только как новая отрасль теоретического и прикладного знания, но и как научная и учебная дисциплина, овладение которой необходимо профессионалу.

Третий круг проблем БМЭ – деонтологический: к нему относится определение современного характера деонтологических отношений в системе вертикальных и горизонтальных связей в сфере медицины. Вторгаясь в область медицинской деонтологии, а точнее, включая ее в себя, БМЭ вырабатывает рекомендации по моральному регулированию человеческих отношений как в системе «врач – больной», так и в медицинском коллективе. Решение практических задач в этом направлении во многом зависит от моделей отношений между медиками-профессионалами и их пациентами. Актуальными являются две: традиционная патерналистская и новая, автономная модели. Тенденцией современной деонтологии выступает переход от патерналистской модели к признанию автономности личности пациента.

## 2. Понятие «биоэтики» в концепции В.Р. Поттера

*Человечество нуждается в соединении биологии и  
гуманистического знания, из которого  
предстоит выковать науку выживания и  
с ее помощью установить  
систему приоритетов.  
В.Р. Поттер*

Биоэтика (от греч. *bios* – жизнь и *ethos* – нрав, обычай) – междисциплинарное научное направление, находящееся на стыке философии, этики, биологии, экологии, медицины и других наук. Термин «биоэтика» был впервые использован в 1970 американским медиком Ван Ренсселером Поттером, который под биоэтикой понимал область исследований, призванную соединить биологические науки с этикой во имя решения в длительной перспективе задачи выживания человека как биологического вида при обеспечении достойного качества его жизни. В то же время в США возникают две структуры – Гастингский центр (The Hastings Center) и Институт этики им. Кеннеди (The Kennedy Institute for Ethics) Джорджтаунского университета, деятельность которых была направлена на изучение проблем биоэтики, которая, однако, понималась при этом существенно иначе, чем у Поттера, соотносясь не столько с биологией, сколько с биомедицинскими науками и практикой здравоохранения. Первое десятилетие своего существования биоэтика развивалась в основном в США, затем постепенно стала укореняться также в Западной Европе и других регионах мира. Ныне стремительно развивающаяся биоэтика стала явлением глобального

масштаба, о чем, в частности, свидетельствует создание в 1992 Международной ассоциации биоэтики, которая каждые два года организует Всемирные конгрессы по биоэтике.

Биоэтика возникла как ответная реакция на новые проблемы относительно жизни, здоровья и смерти, на возрастающий интерес людей по поводу их прав, включительно и право на их собственное телесное и духовное бытие, на позицию общества относительно живой природы, угрожающей опасности жизни на земле в результате обострения глобальных проблем.

Биоэтика – не просто новое название старых проблем. Она представляет собой синтез многих медико-биологических и философско-гуманистических наук, имеющий цель познание и защиту жизни (живого) с позиций традиционной этики. Сегодня как никогда актуальна проблема основных принципов и нравственных ценностей относительно не только жизни, смерти, здоровья человека, но и существования животных и растений. В.Р. Поттер утверждает, что нормы и ценности биоэтики не могут быть отделены от других наук, и аргументирует необходимость специализации этики (как, например, этика природы, этика пожилых людей, этика городской жизни и т.д.). Следовательно, стало неизбежным возникновение новой этики, более широкой, предметом которой являлось бы выживание человека посредством защиты биосферы.

Поттер Ван Ранслер – известный американский исследователь, хирург-онколог, который в 1969 г. 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».

### **3. Эволюция биоэтики в современной медицине**

В известном смысле биоэтика может пониматься как продолжение и современная форма традиционной медицинской (или врачебной) этики, восходящей к Гиппократу; основное ее отличие от последней, однако, состоит в том, что традиционная медицинская этика носила корпоративный характер (так, в знаменитой клятве Гиппократа на первом месте стоят обязательства врача по отношению к своему учителю и своей профессии, и лишь затем говорится об обязательствах по отношению к пациентам) и исходила из того, что во взаимодействии врача и пациента морально ответственным агентом, по сути дела, является только врач. Для биоэтики же, напротив, характерна установка на то, что в принятии морально значимых и жизненно важных решений участвуют как врач, так и пациент, а значит, и бремя ответственности распределяется между обоими партнерами. Более того, во многих случаях в выработке таких решений участвует и третья сторона. Так, некоторые специалисты считают, что истоком биоэтики явилось событие, происшедшее в одной из больниц Сиэтла (штат Вашингтон) в начале 1970-х гг. Когда в больнице появился первый аппарат “искусственная почка”, встал вопрос о том, кому из пациентов он должен быть подключен в первую очередь, т. е. кому следует спасти жизнь, а кто будет обречен. Врачи больницы сочли, что они не вправе брать на себя ответственность за эти решения, и предложили для установления очередности создать комитет из уважаемых граждан соответствующего округа. Этот пример демонстрирует и еще одно важное отличие биоэтики от традиционной медицинской этики: многие проблемы биоэтики возникают как рефлексия относительно моральных дилемм, порождаемых научно-техническими достижениями биомедицины. К примеру, исторически одной из первых проблем биоэтики стал, в связи с появлением эффективных жизнеподдерживающих технологий (аппараты “искус-

ственные легкие”, “искусственное сердце” и т. п.), вопрос о том, до каких пор следует продлевать жизнь пациента, в частности, если его сознание безвозвратно утеряно. Эта ситуация нередко порождает конфликт интересов между врачами, с одной стороны, и больными или их родственниками – с другой. В отдельных случаях представители пациента могут настаивать на продолжении жизнеподдерживающего лечения, которое, по мнению врачей, является бесполезным; в иных же случаях, напротив, пациенты (их представители) требуют прекращения медицинских манипуляций, которые они считают унижающими достоинство умирающего. Это поставило вопрос о модификации принятых ранее критериев, которыми следует руководствоваться при определении момента смерти. Помимо традиционных критериев – необратимой остановки дыхания или кровообращения (которые теперь могут поддерживаться искусственно) – стал применяться критерий смерти мозга.

Острота этой проблемы усилилась с успехами трансплантологии: пересадка таких органов, как сердце, печень, легкие, предполагает их изъятие у донора, у которого констатируется смерть мозга; в то же время вероятность успешной трансплантации тем выше, чем меньше времени прошло после момента смерти. В обществе стали возникать опасения, что продление жизни реципиента может обеспечиваться ценой ускорения (или поспешной констатации) смерти донора. Как реакция на эти опасения была принята норма, согласно которой смерть мозга должна констатироваться бригадой медиков, независимой от тех, кто занимается заготовкой и пересадкой органов. Еще одним источником трудных моральных дилемм стало развитие, начиная с середины 1970-х гг, технологий искусственной репродукции человека. Эти технологии, с одной стороны, вызывают сложности в установлении родственных отношений – вплоть до того, что у одного ребенка может быть пять родителей, а женщина, выносившая его («суррогатная мать»), может быть одновременно и его же бабушкой, если ребенок был зачат яйцеклеткой ее дочери. С другой стороны, технологии искусственного оплодотворения нередко включают манипуляции с человеческими эмбрионами, вплоть до так называемой редукции эмбрионов, когда часть развивающихся (и жизнеспособных) эмбрионов приходится умерщвлять в пробирке либо даже в утробе матери. В результате актуальной становится и проблема установления критериев для точного определения момента начала человеческой жизни, что налагает определенные моральные обязательства на окружающих. Основная сфера интересов биоэтики – моральное содержание взаимоотношений между врачом и пациентом либо, в контексте биомедицинских исследований, проводимых на людях, между исследователем и испытуемым. При этом признается, что интересы (а в современном плюралистическом обществе – и ценности) сторон далеко не всегда и не во всем совпадают. Более того, это несовпадение вовсе не обязательно определяется злой волей участников взаимодействия. Так, конфликт интересов между исследователем и испытуемым носит институциональный характер: для первого важно, прежде всего, получение новых научных знаний, тогда как для второго – улучшение или сохранение собственного здоровья. Отношения сторон при этом существенно несимметричны: врач или исследователь обладает специальными знаниями и умениями, которых обычно нет у пациента (испытуемого); вместе с тем именно на долю последнего приходится тот риск, с которым неизбежно связано любое (а особенно экспериментальное) медицинское вмешательство.

Бурное развитие и беспрецедентное могущество биомедицинских технологий в последние десятилетия ведут к тому, что естественный жизненный процесс индивида от рождения (и даже от зачатия) до самой смерти становится все более опосредуемым и контролируемым, т. е. организуемым и управляемым социально и технологически. При этом по отношению к пациенту (испытуемому) медицинские вмешательства приобретают все более инвазивный, глубокий, а нередко и агрессивный характер, а их стоимость, как и совокупные затраты индивида и общества на поддержание и улучшение здоровья, неуклонно возрастают. В этих условиях задачей биоэтики является защита жизни, здоровья, телесной и личностной целостности, прав и достоинства пациента (испытуемого). Иными словами, вся сфера медицинской практики и биомедицинских исследований рассматрива-

ется в биоэтике как одна из областей, в которой реализуются (или нарушаются) в буквальном смысле слова жизненно важные права человека – вплоть до вызывающего особенно острые дискуссии права самостоятельно принимать решение об уходе из жизни, когда болезнь неизлечима и сопряжена с тяжелыми физическими и душевными страданиями (см. Эвтаназия).

Наиболее разработанный механизм защиты прав и достоинства пациента представляет собой концепция информированного согласия, в соответствии с которой всякое медицинское вмешательство должно осуществляться только на основе компетентного, добровольного, осознанного и явно выраженного согласия пациента (испытуемого); последнему должна быть в понятной для него форме представлена вся необходимая информация о целях вмешательства, связанном с ним риске и возможных альтернативах. Первоначально норма информированного согласия применялась в практике биомедицинского эксперимента; в настоящее время в большинстве стран, включая Россию, эта норма институционализирована, т. е. закреплена не только этически, но и юридически как для исследовательских, так и для терапевтических вмешательств. Все отступления от этой нормы (согласие не самого пациента, а его представителей, когда пациент некомпетентен; вмешательство без согласия в чрезвычайной ситуации и пр.) также закрепляются юридически.

Еще один институциональный механизм, развитый и обоснованный в рамках биоэтики, предназначен для защиты испытуемых – участников биомедицинских исследований. Суть его состоит в обязательной этической экспертизе каждой заявки на биомедицинское исследование, предполагающее проведение экспериментов на людях. Такую экспертизу проводит этический комитет, статус которого должен гарантировать ее независимость от администрации лаборатории, в которой будет проводиться исследование, от самих исследователей и от тех, кто финансирует исследовательский проект. Проведение исследования без одобрения этического комитета не допускается; дополнением этого механизма является политика большинства ведущих биомедицинских журналов, не принимающих к публикации статьи об исследованиях, не прошедших этическую экспертизу. Характерно, что в ходе экспертизы оценивается не только собственно этическая сторона проекта (напр., соразмерность риска, которому подвергаются испытуемые, ожидаемым для них выгодам), но и его научная обоснованность – поскольку считается недопустимым подвергать испытуемых какому бы то ни было риску, коль скоро реализация проекта не даст значимого научного результата. Стоит также отметить, что система этической экспертизы, действующая в США, распространяется не только на биомедицинские, но и вообще на любые исследования (социологические, антропологические, психологические и пр.) с участием человека.

В целом биоэтика в настоящее время существует и функционирует скорее в качестве непрестанно расширяющегося и усложняющегося поля проблем, как когнитивного и технического, так и этического и ценностного содержания, а потому, как правило, не имеющих простых и однозначных решений, чем в качестве научной дисциплины со строгим и общепринятым концептуальным аппаратом. Существует множество версий биоэтики, принципиально отличающихся друг от друга по самым существенным моментам. В этом смысле биоэтика сходна с целым рядом других современных областей знания, для которых интерес к строгому теоретическому обоснованию и оформлению массива вырабатываемых и используемых в их рамках знаний не является первостепенным.

Из числа теоретических концепций биоэтики наибольшую популярность (а вместе с тем и наиболее острую критику) получила схема, предложенная американскими философами Т. Бичампом и Дж. Чилдрессом. Она включает четыре принципа и ряд правил, обосновываемых с помощью принципов. Правила, в свою очередь, служат для морального обоснования решений и действий в конкретных ситуациях. Основные принципы биоэтики, согласно Бичампу и Чилдрессу, – это принцип уважения автономии пациента, которым обосновывается, в частности, концепция информированного согласия; восходящий к Гиппократу принцип “не навреди”, который требует минимизации ущерба, наносимого паци-

енту при медицинском вмешательстве; принцип “делай благо” (beneficence), подчеркивающий обязанность врача предпринимать позитивные шаги для улучшения состояния пациента; наконец, принцип справедливости, подчеркивающий необходимость как справедливого и равного отношения к пациентам, так и справедливого распределения ресурсов (которые всегда ограничены) при оказании медицинской помощи.

При обосновании морального выбора в конкретных ситуациях требования, вытекающие из этих принципов, могут вступать в противоречие друг с другом. Так, принцип уважения автономии требует правдивого информирования пациента о диагнозе и прогнозе заболевания, даже если этот прогноз крайне неблагоприятен. Однако сообщение ему такой информации может повлечь тяжелейший психологический стресс, подорвать сопротивляемость организма болезни, что будет нарушением принципа “не навреди”. В подобных случаях приходится идти на нарушение одного из принципов; поэтому говорится, что принципы действенны не в абсолютном смысле, но только *prima facie*: от них приходится отступать в конкретных ситуациях, осознавая, однако, моральную ущербность такого поступка; иными словами, отступление от принципа оставляет моральный след.

Предметом острых дискуссий в биоэтике является вопрос о том, какая из этических теорий является наиболее приемлемой при поисках ответов на моральные дилеммы, возникающие в современной биомедицине. В традиционной медицинской этике неизменно подчеркивалось значение индивидуальных моральных качеств врача (так называемая этика добродетели). Этика принципов в известной степени противостоит ей.

По мере глобализации биоэтики начинает ставиться под сомнение универсальность того акцента на автономию и самоопределение индивида, который характерен для биоэтики в западных странах, особенно в США. Утверждается, что он отражает те традиции индивидуализма, которые присущи культуре этих стран, и не уделяет достаточного внимания ценностям совместной жизни, началам солидарности. Подчеркивание именно этих ценностей особенно характерно для биоэтики, развивающейся в странах Востока.

#### **4. Философия «Благоговения перед жизнью» (А. Швейцер)**

Главенствующим принципом биомедицинской этики и биоэтики стал принцип А. Швейцера (1875-1965) благоговения перед жизнью. Этот гуманный принцип требует, по сути, от каждого человека «относиться с благоговением к каждому живому существу и уважать его как собственную жизнь». Он предполагает осознание людьми необходимости самопожертвования во имя сохранения жизни, воспитание чувства личной ответственности и сострадания. Гуманный человек, по А. Швейцеру, «повинуется внутреннему побуждению помогать любой жизни, которой он может помочь, и удерживаться от того, чтобы подчинить живому какой-либо вред». Со временем идеи биомедицинской этики станут моральным и правовым стимулом справедливой жизни всех людей, сохранения ими жизни как высшей космической ценности и, конечно, сбережения и укрепления физического и духовного здоровья людей.

Благоговение перед жизнью (Ehrfurcht vor dem Leben) – основной принцип этического учения А. Швейцера, сформулированный им в 1915 и изложенный в книге «Культура и этика» и ряде других работ («Проблема этического в развитии человеческого мышления», «Гуманность», «Учение о Благоговении перед жизнью» и др.). Он состоит в том, чтобы «высказывать равное благоговение перед жизнью как по отношению к моей воле к жизни, так и по отношению к любой другой... Добро – то, что служит сохранению и развитию жизни, зло есть то, что уничтожает жизнь или препятствует ей». Принцип благоговения перед жизнью, по мысли автора, передает сущность этического точнее, чем сострадание или даже любовь, т. к. соединяет самосовершенствование с самоотречением и утверждает беспокойство постоянной ответственности. Швейцер исходит из воли к жизни как элементарного, первичного и постоянно пребывающего факта сознания: когда человек мыслит, он находит в себе не мысль, как считал Декарт, а волю к жизни, выраженную в мысли. Своеобразие сознательной воли к жизни состоит в том, что она реализуется не в качестве

некоторой индивидуализации, проживания самой себя, она стремится соединиться с другой волей к жизни, преодолевая тем самым драму раздвоения воли к жизни в мире. На вопрос о том, почему воля к жизни осознает себя только в человеке, нельзя дать ответа, в этом смысле этика рождается из мистики. Но это не отменяет и даже не ослабляет категорического требования «ликвидировать раздвоенность воли к жизни в той мере, в какой это подвластно влиянию моего бытия». Благоговение перед жизнью – принцип индивидуально ответственного поведения, в нем самоотречение мотивировано благоговением перед собственной жизнью. Оно страхует человека от самообольщения: так как человек не может жить, не нанося вреда другим живым существам, то он обречен на то, чтобы жить с нечистой совестью. Этика противостоит необходимости. Благоговение перед жизнью имеет еще ряд других преимуществ, позволяющих, по мнению Швейцера, считать его тем основным принципом нравственного, на поиски которого была направлена вся этическая мысль. Этот принцип элементарен и исключает морализирующую софистику, позволяющую прикрывать реальное зло видимым добром; тяжесть этического решения он взваливает на индивида, обязывая его каждый раз ставить на кон самого себя, ибо «истинная этика начинается там, где перестают пользоваться словами»; он является источником настороженного отношения к обществу, государству, безличным институтам, берущим на себя нравственные функции. Благоговение перед жизнью – больше, чем основной принцип нравственности, он по сути дела является ее единственным принципом, т. к. задает программу жизни индивидов в форме прямых действий, не требующих никаких конкретизирующих норм и промежуточных этических инстанций.

Высшей нравственной ценностью ученые, медики и философы вслед за А. Швейцером (1875-1965) стали называть сохранение жизни и сбережение здоровья людей, а не абстрактное всеобщее благоговение перед ней. Врач, философ-гуманист развил новую систему этических принципов, которую он назвал «Почтением к жизни». Согласно учению А. Швейцера, человек, как только стал мыслящим существом, почувствовал внутреннюю потребность относиться ко всему живому на Земле с особым благоговением и при этом ценить жизнь всех земных существ как собственную жизнь. Став лауреатом Нобелевской премии, он заявил, что человечество должно отказаться от войн по этическим причинам, так как «война делает нас виновными в преступлении бесчеловечности». Сохранять жизнь, качественно улучшать ее, способствовать саморазвитию – это и значит делать доброе, а уничтожать жизнь или мешать расцвету жизни, тем более подавлять развивающуюся жизнь – это значит приносить на Землю зло. Вот такое благоговейное отношение к жизни и ответственное содействие сбережению ее различных видов и форм стало исходной основой для новой этики – биоэтики.

### **Литература:**

#### **Основная:**

1. Сергеев В.В. Биоэтика: Учебное пособие. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 240 с.
2. Лопатин П.В. Биоэтика: учебник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 272 с.
3. Хрусталеv Ю.М. От этики до биоэтики. – Ростов н/Дону: Феникс, 2010. – 446 с.
4. Силуянова И.В. Руководство по этико-правовым основам медицинской деятельности: уч. пос. – М., 2008. – 238 с.

#### **Дополнительная:**

1. Лопатин П.В. Биоэтика: рабочая тетрадь. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 272 с.
2. Силуянова И.В. Биоэтика в России: ценности и законы. – М.: Грантъ, 2001. – 192 с.
3. Уильмс Дж. Р. Руководство по медицинской этике: уч. пос. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 128 с.
4. Кэмпбелл А. Медицинская этика / под ред. Ю.М. Лопухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 400 с.

- 5 Кэмпбелл А. Медицинская этика / под ред. Ю.М. Лопухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 400 с.

### **СЕМИНАР № 3. ОСНОВНЫЕ ПРАВИЛА БИОЭТИКИ**

#### **План семинарского занятия:**

1. Правило добровольного информированного согласия
2. Право пациента на отказ от медицинского вмешательства
3. Правило конфиденциальности
4. Правило правдивости
5. Правило неприкосновенности частной жизни

#### **Темы докладов:**

1. Моральные и правовые основы правила информированного согласия
2. Интересы общества и личности. Врачебная тайна
3. Правило правдивости: отечественная и зарубежная традиции
4. Необходимые условия медицинского эксперимента

#### **Основные понятия темы (выписать определения в тетрадь):**

информированное согласие, добровольность, врачебная тайна, правдивость, права личности, конфиденциальность, неприкосновенность частной жизни

#### **Пояснительная записка к семинару № 3**

##### **1. Правило добровольного информированного согласия**

Под информированным согласием понимается добровольное принятие пациентом курса лечения или терапевтической процедуры после предоставления врачом адекватной информации.

Информированное согласие можно условно разделить на два этапа:

1. Предоставление информации.
2. Получения согласия.

Первый этап «Предоставление информации» включает в себя понятия добровольности и компетентности.

Врачу вменяется в обязанность информировать пациента о характере и целях предлагаемого лечения, связанном с ним существенном риске, здесь врач должен затронуть четыре аспекта риска: его характер, серьезность, вероятность его материализации и внезапности его материализации. А также и о возможных альтернативных методах данному виду лечения (врач дает совет о наиболее приемлемом, с медицинской точки зрения, варианте, но окончательное решение принимает пациент).

Под компетентностью в биоэтике понимается способность принимать решения. Выделяют стандарты определения компетентности: способность принять решение, основываясь на рациональных мотивах; способность прийти в результате решения к разумным целям.

Второй этап «Получение согласия». Добровольность информированного согласия подразумевает неприменение со стороны врачей принуждения, обмана, угроз и тому подобного при принятии пациентом решений.

В теоретическом плане задачей медицинской биоэтики становится выявление этической оправданности и обоснованности моральных норм.

Права пациентов при медицинских вмешательствах защищаются не только исполнением правила правдивости и правила конфиденциальности, но и правилом добровольного информированного согласия. По этому правилу любое вмешательство, в том числе при

проведении экспериментов на человеке, должно включать добровольное согласие пациента. В свою очередь, врач должен информировать пациента о целях, методах, побочных эффектах, возможном риске, продолжительности и ожидаемых результатах исследования. *Впервые правило «добровольного согласия» формулируется в Нюрнбергском Кодексе (1947 год) – первом «Своде правил о проведении экспериментов на людях».* Затем принцип «добровольного согласия» стали учитывать в США при разбирательстве судебных дел о возмещении вреда при небрежном лечении. Термин «информированное согласие» закрепился в Европе спустя 10 лет. В практике действительно между врачом и пациентом складывается ситуация естественного неравенства. Больной, не обладая специальными медицинскими знаниями, доверяет врачу свою жизнь. Но врач сам не застрахован от медицинских ошибок. Правовая защита пациента нивелирует это неравенство, и принцип добровольного информированного согласия закрепляет новые нормы взаимоотношений между врачом и пациентом. *В Российском законодательстве это отражено в Конституции РФ статье 21 «...Никто не может без добровольного согласия быть подвергнут медицинским, научным или другим испытаниям»,* а также в «Основах Законодательства РФ об охране здоровья граждан в ст. 20. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства - «Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина». Понятие добровольного информированного согласия закрепляет обязанность врача информировать пациента, а также уважать неприкосновенность частной жизни пациента, быть правдивым и хранить врачебную тайну с одной стороны, но с другой стороны этот принцип обязывает врача принять субъективное решение пациента к исполнению. Некомпетентность больного может сделать такую модель взаимоотношения между врачом и пациентом бесплодной и даже вредной для самого пациента, а также вызвать отчуждение между больным и врачом. Положительная особенность добровольного информированного согласия в том, что она направлена на защиту пациента от экспериментальных и испытательных намерений врача и исследователя, на снижение риска нанесения морального или материального ущерба. В то же время в ситуации, когда наступил вред, хотя было оформлено добровольное информированное согласие между врачом и пациентом, оно является формой защиты врача, ослабляя правовые позиции пациента.

## **2. Право пациента на отказ от медицинского вмешательства**

Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (далее – Основы) содержат ст. 19 «Право на медицинскую помощь» пункт 5, подпункт 8, а так же ст. 20, устанавливающую право пациента на отказ от медицинской помощи или ее прекращение, а также регламентирующую порядок отказа.

При отказе от медицинского вмешательства гражданину или его законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается гражданином или его законным представителем, а также медицинским работником. При отказе родителей или иных законных представителей лица, не достигшего 15-летнего возраста, либо законных представителей лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, от медицинской помощи, необходимой для спасения жизни указанных лиц, медицинское учреждение имеет право обратиться в суд для защиты интересов этих лиц. Следует подчеркнуть, что отказ от медицинского вмешательства должен быть осознанным и добровольным, поэтому законодатель исходит из основополагающего принципа – каждый здравомыслящий человек имеет неотъемлемое право по своему усмотрению (самостоятельно) распоряжаться своей жизнью и здоровьем. И никто – ни врач, ни медицинское учреждение – не может принуждать гражданина к лечению или обследованию.

Кроме того, законодательством регламентированы частные случаи отказа от медицинского вмешательства и в некоторых случаях – последствия подобного отказа.

Гражданин имеет право на соблюдение конфиденциальности информации о факте отказа от медицинского вмешательства. Данное право оговорено Методическими рекомендациями «Обеспечение права граждан на соблюдение конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью и связанных с этим сведений, информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от него», утв. ФФОМС 27.10.1999. Право граждан на подобную конфиденциальность порождает ответственность медицинских работников за ее разглашение.

В соответствии со ст. 20 п. 9 «Основ» право пациента на отказ от медицинской помощи соблюдается не во всех случаях. Это право утрачивают лица, страдающие заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, тяжелыми психическими расстройствами или совершившие особо опасное деяние. Решение о проведении медицинского вмешательства без согласия пациента или его представителя принимается врачом или консилиумом. Если речь идет о вынужденной госпитализации – решение принимает суд.

Разрабатываются различные формы отказа от медицинской помощи. К примеру, приказом ФМБА от 30.03.2007 № 88 «О добровольном информированном согласии на медицинское вмешательство» (приложение 4 Приказа) для подведомственных Федеральных государственных учреждений здравоохранения и клиник научно-исследовательских институтов был утвержден бланк отказа от медицинского вмешательства.

### **3. Правило конфиденциальности**

Правило правдивости тесно связано с проблемой конфиденциальности. Правило конфиденциальности гласит: «Нельзя передавать медицинскую информацию третьим лицам без согласия пациента». Гарантия конфиденциальности провозглашается в «Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан». В статье 13-ой о врачебной тайне 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. Гражданину должна быть подтверждена гарантия конфиденциальности передаваемых им сведений».

Врачебная тайна защищает частную жизнь пациента, его социальный статус и экономические интересы. Это имеет первостепенное значение при психических, злокачественных, венерических и других заболеваниях. Конфиденциальность медицинской информации охраняет право пациента на автономию, т.е. право на свободу распоряжаться своей собственной жизнью. Сохранение врачебной тайны способствует правдивости и открытости во взаимоотношениях врача и пациента, защищает имидж самого врача и укрепляет доверие пациента к медицинским работникам. С одной стороны, конфиденциальность является правилом поведения врача. С другой стороны, врач должен хорошо представлять себе ситуации, когда сохранение врачебной тайны не является благом для пациента или представляет угрозу для окружающих. В статье 13-ой о врачебной тайне «Основ законодательства Российской Федерации об охране Здоровья граждан» об этом говорится следующее:

«С согласия гражданина или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения пациента, для проведения научных исследований, публикаций в научной литературе, использования этих сведений в учебном процессе и в иных целях.

Представление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается:

в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;

- при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;
- по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;
- в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет для информирования его родителей или законных представителей;
- при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий».

#### **4. Правило правдивости**

Правдивая информация о реальном состоянии здоровья пациента является непременным условием получения согласия пациента на медицинское вмешательство. Право граждан на информацию о состоянии здоровья провозглашается в статье 22 «Основ Законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»: «Каждый гражданин имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведённого лечения». Раньше чаще господствовал подход скрывать правду о неизлечимом заболевании, в особенности больного раком. Сейчас всё больше врачей признают пациента равноправным партнёром и говорят правду. Споры и дискуссии ведутся по вопросу «о праве пациента на правду о последнем диагнозе». Моральная атмосфера, которая складывается вокруг больного в ситуации лжи, унижает и пациента и врача и негативно влияет на состояние пациента. «Правда остается основным условием, при соблюдении которого моральный акт может считаться объективно позитивным, поэтому следует избегать лжи, часто возводимой в систематический принцип родственниками и медицинским персоналом. ...Литература подтверждает, что, когда больному в нужный момент открывают правду, и он принимает её, она оказывает положительное психологическое и духовное воздействие, как на самого больного, так и на его близких». (Сгречча Элио, Тамбоне Виктор. Биоэтика. Учебник. М., 2002, с.362-363). Конечно, надо учиться тому, как говорить правду, как подготовить к этому больного, с тем, чтобы не причинить ему вреда. «Хотя ложь нельзя принимать в качестве линии поведения, и сообщение правды остаётся целью, к которой надо стремиться, следует, однако, помнить, что эта правда должна быть соразмерна способности человека, чтобы надлежащим образом принять её. ...Никогда не следует полностью отказывать больному в надежде, поскольку в медицине и на самом деле не существует абсолютно точных предсказаний» (там же).

*Существуют и другие ситуации, когда необходимо выполнение правила правдивости. Например, внутри лечебного коллектива также должна быть доступна информация о состоянии больного. Этические нормы предписывают в интересах больного не только лечащему врачу, но и всем специалистам знать правду о состоянии здоровья больного.*

*Правило правдивости относится и к самому пациенту. Недопустимо сокрытие правды относительно самого заболевания, особенно, если это заболевания, передаваемые половым путём. Сокрытие правды при СПИДе, сифилисе и тому подобных заболеваниях является угрозой распространения инфекции в обществе.*

В клинических исследованиях лекарственных средств возникает вопрос о сокрытии правды от пациента при применении в качестве контроля таблетки пустышки – плацебо, но даже и в таких случаях иногда наблюдался положительный результат. Многие специалисты рассматривают вопрос о плацебо скорее как исследовательский метод, не рассматривая его в контексте этического правила правдивости.

#### **5. Правило неприкосновенности частной жизни**

Для определения частной жизни и неприкосновенности частной жизни используют термины «приватность» и «прайвеси». В европейских странах широко употребляются понятия и слова, производные от латинского «privatus», - а оно соответствует русскому «частное». В английском языке есть слово «privacy» («прайвеси»), согласно Вебстеровскому словарю английского языка, оно обозначает некое качество жизни, определяемое реальной возможностью человека осуществлять автономию и свободу в той сфере жизни, которая может быть названа «частной». В буквальном смысле «прайвеси» означает уединение, уединенность, тайну. Это слово-термин употребляется и для выражения права человека на автономию и свободу в частной жизни, права на защиту от вторжения в нее других людей, органов власти или каких-либо общественных организаций и государственных институтов.

Право на неприкосновенность частной жизни относится к числу основных прав человека. Как и другие права человека, право на приватность опирается не только на нормы права, но и представляет собой совокупность моральных представлений, имеющих высший гуманитарный смысл, главное предназначение которых - защита человеческого достоинства и свободы. Право на приватность призвано ограничивать власть для защиты человеческого достоинства и побуждать органы власти к его защите.

Физическая неприкосновенность граничит с правом на личную неприкосновенность и во многом пересекается с ним, но в большей степени включает право самостоятельно принимать решения по поводу себя, не подвергаться принудительному медицинскому вмешательству, прохождению принудительных процедур сбора данных о физических, психических и биометрических характеристиках (генетического тестирования, тестирования на употребление наркотиков), использования детектора лжи и прочих процедур вмешательства в психические процессы. Психическая и моральная неприкосновенность охраняет от различных видов психического вмешательства и воздействия на личность, а также от унижительного обращения, в том числе от неоправданного прохождения процедур и обследований, унижающих человеческое достоинство.

В России это право провозглашается статьями 23, 24 и 25 Конституции Российской Федерации. К нормативным актам, регулирующим защиту права на неприкосновенность частной жизни, также относятся Федеральный закон «О персональных данных», Гражданский кодекс, а также ряд международных договоров, прежде всего Всеобщая декларация прав человека, Европейская конвенция о защите прав человека и основных свобод, Международный пакт о гражданских и политических правах. Неприкосновенность частной жизни поставлена под охрану ст. 137 Уголовного кодекса Российской Федерации («Неприкосновенность частной жизни»).

### **Литература:**

#### **Основная:**

1. Сергеев В.В. Биоэтика: Учебное пособие. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 240 с.
2. Лопатин П.В. Биоэтика: учебник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 272 с.
3. Хрусталеv Ю.М. От этики до биоэтики. – Ростов н/Дону: Феникс, 2010. – 446 с.
4. Силуянова И.В. Руководство по этико-правовым основам медицинской деятельности: уч. пос. – М., 2008. – 238 с.

#### **Дополнительная:**

1. Лопатин П.В. Биоэтика: рабочая тетрадь. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 272 с.
2. Силуянова И.В. Биоэтика в России: ценности и законы. – М.: Грантъ, 2001. – 192 с.
3. Уильмс Дж. Р. Руководство по медицинской этике: уч. пос. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 128 с.
4. Кэмпбелл А. Медицинская этика / под ред. Ю.М. Лопухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 400 с.

5. Кэмпбелл А. Медицинская этика / под ред. Ю.М. Лопухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 400 с.

## **СЕМИНАР № 4. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ БИОЭТИКИ**

### **План семинарского занятия:**

1. Принцип «Делай благо»
2. Принцип «Не навреди»
3. Принцип уважения автономии личности
4. Принцип справедливости

### **Темы докладов:**

1. Понятие «вреда» с точки зрения врача и пациента
2. «Благо» общества и «благо» пациента
3. Границы действия принципа невмешательства в планы и поступки пациента
4. Экономические, юридические, моральные критерии понятия «социальная справедливость»

### **Основные понятия темы (выписать определения в тетрадь):**

благо, вред, польза, риск, диалектика целей и средств, автономия личности, справедливость.

### **Пояснительная записка к семинару № 4**

#### **1. Принцип «Делай благо»**

Второй принцип биомедицинской этики сложился в Средние века, наиболее последовательным ее выразителем считают Парацельса (1493-1541). Он подчеркивал глубину духовного общения врача и пациента, настаивал на необходимости познания психических особенностей личности больного и использования этих знаний в лечении. Он понимал целебность самого общения пациента с врачом, обусловленную стремлением врача творить добро больному человеку. Основным принцип биоэтики, восходящий к этическому учению Парацельса, звучит как «делай благо».

Принцип «делай благо» акцентирует необходимость не просто избегания вреда, но активных действий по его предотвращению и исправлению, но если эти действия не влекут существенного риска, затрат или потерь для оказывающего помощь. При этом имеется в виду не только и не столько тот вред, который вольно или невольно причинен медицинским работником, а, вообще говоря, любой вред, который он в состоянии предотвратить либо исправить, будь это боль, страдание, недееспособность, наконец, смерть пациента.

В целом то благо, которое обязаны преследовать врачи и другие медицинские профессионалы, – обеспечение здоровья пациентов. Соответственно, задача здравоохранения – не только вылечить больного, но и предупредить потерю здоровья, если это возможно, восстановить утраченное здоровье пациента, если 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.

#### **2. Принцип «Не навреди»**

Принцип «не навреди» связывают с именем Гиппократ (460-377 гг. до н.э.). В его работах: «Клятва», «Закон», «О враче», «О благоприличном поведении», «Наставления» и других впервые были последовательно изложены моральные основы врачевания обязательства перед учителями, коллегами, учениками, проявление уважения и гарантии оказа-

ния помощи любому страждущему, не причинение вреда, неприятие эвтаназии, отрицательное отношение к абортam, всемерная забота о пользе больного, сохранение врачебной тайны. Среди перечисленных основополагающим считается принцип «не навреди» – исходная этическая позиция отношения медицинского работника и пациента. Как утверждал Гиппократ в «Клятве»: «Я направляю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости». Современная биоэтика лишь слегка модифицировала этот принцип.

Различают такие формы вреда:

- вред, вызванный бездействием, неоказанием помощи тому, кто в ней нуждается;
- вред, вызванный небрежностью либо злым умыслом, например, корыстной целью;
- вред, вызванный неверными, необдуманными или неквалифицированными действиями.

В этих случаях медицинский работник несет не только моральную, но и, в первую очередь, уголовную ответственность (см. статью 124 «Уголовного Кодекса РФ»).

- вред, вызванный объективно необходимыми в данной ситуации действиями.

Такой вред может быть вызван несколькими причинами:

Если лечение включает болезненные или неприятные процедуры, причиняет физические страдания.

Если при информировании пациента о состоянии его здоровья, диагнозе и прогнозе заболевания врач утаил часть информации или обманул пациента. В этом случае введенный в заблуждение пациент может причинить вред и себе, и окружающим. Кроме того, обман свидетельствует о неуважении врачом своего пациента. С другой стороны, правдивая информация, данная без необходимой подготовки, без учета состояния пациента, может причинить ему не меньший вред.

Если медицинский работник раскрывает информацию о пациенте третьим лицам, то он может нанести ему и моральный, и материальный ущерб.

Само обращение к врачу может повлечь финансовые расходы, потерю времени, ограничение свободы для пациента.

Если вред вызван дефицитом лекарственных средств, недостатком необходимой аппаратуры, приборов, технических устройств.

Таким образом, принцип не нанесения вреда можно сформулировать так: медицинский работник в ходе общения с пациентом не должен причинять ему ни моральный, ни физический вред. Если вред объективно неизбежен, он должен быть по возможности минимальным. Необходимо, чтобы ожидаемое в результате медицинского вмешательства благо превышало причиняемый вред.

### **3. Принцип уважения автономии личности**

Принцип уважения автономии пациента, в отличие от принципов «не навреди» и «делай благо», входит в биоэтику лишь в последние десятилетия. Он связан с изменением взаимоотношений врача и пациента, с осознанием, что представление о благе могут не совпадать у врача и пациента, или у врача и родственников пациента. Безусловная и исключительная компетентность врача в определении этого блага ставится под сомнение. Более того, выбор пациента, если он расходится с позицией медицинского работника, должен быть определяющим.

Предполагается, что решение относительно своего собственного здоровья может принять автономная личность. Действие можно считать автономным лишь в том случае, если оно осуществляется:

- 1) преднамеренно, то есть в соответствии с некоторым собственным замыслом, планом;
- 2) с пониманием того, что именно он делает;
- 3) без таких внешних влияний, которые определяли бы ход и результат действия.

Личность не является автономной, если она не была свободна в принятии решения и, следовательно, не несет ответственности за свои поступки. Автономной личностью не считается ребенок до 14 лет, пациент, признанный судом недееспособным, тот, кто находится в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, или личность, сделавшая выбор под давлением, недобровольно.

Принцип автономии утверждает право личности на невмешательство в ее планы и поступки и, соответственно, обязанность других не ограничивать автономные действия. Из этого, конечно, не следует, что окружающие никогда не вправе препятствовать автономным действиям. Существенно здесь то, что в каждом случае ограничение автономии должно специально обосновываться другими принципами. В подобных случаях обнаруживается, что данный принцип не является абсолютным – он действует лишь по факту. Иначе говоря, дело не в том, что этот принцип ни при каких условиях не должен нарушаться – существенно, чтобы мы сами отдавали себе отчет в том, что нам приходится, мы вынуждены идти на нарушение. И если в той или иной конкретной ситуации требования принципа автономии вступают в противоречие с требованиями какого-либо другого принципа, например, принципа «не навреди», то возникает необходимость нарушить один из них.

#### **4. Принцип справедливости**

Принцип справедливости, как он понимается в биоэтике, в первом приближении можно сформулировать так: каждый должен получать то, что ему причитается. «Каждый» при этом может относиться либо к отдельному человеку, либо к группе людей, выделяемых по тому или иному основанию. Будет, например, справедливым распределять социальное пособие среди членов такой социальной группы, как малообеспеченные граждане, и будет несправедливым раздавать его всем подряд. В отличие от рассмотренных ранее принцип справедливости предназначен для ориентировки в таких ситуациях, когда наши оценки, решения и действия затрагивают не кого-то одного, а разных людей или разные социальные группы.

Такой подход у Аристотеля получил название «распределительной справедливости», то есть справедливое распределение либо некоторого ресурса (а им могут быть, например, финансы, квалифицированные специалисты, медицинские установки и препараты и пр.) между теми, кто в нем нуждается, либо бремени затрат, расходов, возникающих при осуществлении каких-либо социально необходимых мероприятий. Основная проблема, возникающая при этом, – каковы те характеристики и качества нуждающихся (или, наоборот, несущих затраты), которые необходимо принимать в расчет, иными словами, каким должен быть критерий распределения. Естественно, эта проблема возникает лишь тогда, когда данный ресурс количественно ограничен. Основная трудность, с которой приходится иметь дело при распределении ограниченного ресурса, состоит в определении того, какая его доля должна по справедливости причитаться каждому, кто в нем заинтересован. Для решения этой задачи приходится обращаться к тем или иным критериям справедливости.

Известен восходящий к Аристотелю критерий справедливости, который можно сформулировать так: равные должны рассматриваться равно, а неравные должны рассматриваться неравно. Этот критерий, против которого было бы трудно что-либо возразить, называют элементарным, минимальным или формальным. Элементарен и минимален он в том смысле, что все другие являются более сложными и более развернутыми. Формальным же его считают постольку, поскольку он не задает никаких уточнений или пояснений, которые позволяли бы установить, в каком именно отношении сравниваемые объекты (либо сравниваемых людей) следует рассматривать как равные.

Поэтому, не отрицая логической обоснованности, убедительности и значимости обозначенного критерия, как и того, что он не должен нарушаться (будет, безусловно, несправедливо, если равные получают неравные доли, либо если неравные получают поров-

ну), следует, тем не менее, иметь в виду, что в реальных ситуациях его бывает недостаточно, так что возникает необходимость прибегать к более содержательным критериям.

Понятие социальной справедливости, столь широко используемое всеми нами, на первый взгляд, представляется столь же самоочевидным, как очевидны для всех бывают вопиющие нарушения этой справедливости, с которыми довольно часто нам приходится сталкиваться. Оказывается, однако, что содержательных или, как их еще называют, «материальных критериев справедливости» существует не один, а множество. И разные люди пользуются разными критериями, так что представляющееся справедливым для одного отнюдь не будет таковым для другого. Поэтому часто действительной причиной разногласий и конфликтов между людьми при распределении тех или иных ресурсов или издержек бывает не столько преднамеренное нарушение справедливости, сколько различия в ее понимании. Вполне может так оказаться, что понятие справедливости будет различным у медицинского работника и пациента.

Каковы же материальные критерии справедливости? Первым и, видимо, наиболее простым для понимания является критерий равенства: «каждый должен получить по равной доле». Проблема, однако, в том, что часто кому-то распределяемый ресурс (пусть это будет, скажем, некоторое лекарство или место в специализированной больнице) может быть вовсе не нужен, тогда как другому он жизненно необходим, а доля, получаемая им при равном распределении, для него недостаточна. Значит, такое распределение не принесет блага ни первому, ни второму.

Учитывая это, будет целесообразным обратиться к другому критерию – критерию потребности. Здесь, однако, в несколько измененном виде возникает та же проблема, с которой мы сталкивались и предыдущем случае, – одна и та же потребность у одного будет диктоваться, скажем, капризом или завистью, тогда как для другого она будет жизненно необходимой. Проблема распределения, соразмерения остается нерешенной.

Поэтому приходится вводить дополнительное условие. Им может стать, к примеру, удовлетворение не всяких, а только разумных потребностей. Но кто и как будет отграничивать разумные потребности от неразумных? Возможен и другой подход, когда говорят об удовлетворении в первую очередь фундаментальных, жизненно важных потребностей. Но есть и еще одна проблема – очень часто того или иного ресурса не хватает для удовлетворения даже фундаментальной потребности всех тех, кто в нем нуждается. Так бывает, например, с очень дорогостоящим либо совершенно новым, уникальным медицинским оборудованием. И здесь приходится обращаться к каким-то другим критериям распределения.

Следующий критерий основан на том, что доля каждого определяется его заслугами, некими достоинствами или отличиями, дающими известные преимущества. В лучшем случае таким преимуществом может быть то, что данный пациент, ожидающий, когда ему будет пересажен донорский орган, оказывается первым в очереди. Во многих случаях, однако, определить те качества претендентов, которые позволяют считать их наиболее достойными, бывает затруднительно. Действительно, если, скажем, хирургу надо выбирать, кому делать срочную операцию – маленькому ребенку либо знаменитому артисту, то выбрать в этой ситуации достойного будет очень непросто. Если, к примеру, в той же ситуации с пересадкой донорского органа окажется, что пациент, занимающий более далекое место на листе ожидания, находится в критической ситуации, то врач может поступиться обязательствами, вытекающими из принципа справедливости, и руководствоваться принципом «не навреди». Впрочем, отказ от соблюдения очереди в этом случае можно интерпретировать и в том смысле, что врач ориентируется на принцип справедливости, но обращается к другому критерию – критерию потребности и исходит из степени ее остроты.

Наконец, последний из рассматриваемых критериев распределения заключается в том, что доля каждого определяется механизмами рыночного обмена. Скажем, какой-то ресурс будет доставаться тем, кто в состоянии больше за него заплатить. Здесь может возникнуть вопрос: а разве такое решение можно считать справедливым? Конечно, очень ча-

сто подобный подход вызывает возражения. Однако современные медицинские технологии или операции могут быть объективно очень дорогими, что заставляет медицину прибегать к платным услугам. Главное, какая из ценностей медицинского работника возьмет верх в рыночных условиях: добросовестное выполнение своего долга или желание заработать за счет здоровья пациента.

Принцип справедливости в общем виде звучит так: каждый пациент должен получать медицинскую помощь в том объеме, который ему необходим, и настолько срочно, насколько он нуждается в этом, независимо от расы, вероисповедания, положения в обществе, материального благосостояния.

### **Литература:**

#### **Основная:**

1. Сергеев В.В. Биоэтика: Учебное пособие. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 240 с.
2. Лопатин П.В. Биоэтика: учебник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 272 с.
3. Хрусталеv Ю.М. От этики до биоэтики. – Ростов н/Дону: Феникс, 2010. – 446 с.
4. Силуянова И.В. Руководство по этико-правовым основам медицинской деятельности: уч. пос. – М., 2008. – 238 с.

#### **Дополнительная:**

1. Лопатин П.В. Биоэтика: рабочая тетрадь. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 272 с.
2. Силуянова И.В. Биоэтика в России: ценности и законы. – М.: Грантъ, 2001. – 192 с.
3. Уильмс Дж. Р. Руководство по медицинской этике: уч. пос. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 128 с.
4. Кэмпбелл А. Медицинская этика / под ред. Ю.М. Лопухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 400 с.
5. Кэмпбелл А. Медицинская этика / под ред. Ю.М. Лопухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 400 с.

## **РАЗДЕЛ 2. ИСТОРИЯ И ФИЛОСОФИЯ ЭТИКИ**

Зарождение этики как науки о морали и нравственности. Смысловые матрицы этического сознания в разное историческое время и у разных народов. Специфика религиозно-этической мысли. Сопряжение научного познания мира и общества людей с этикой поведения. Этические идеи и моральные принципы общественной жизни людей. История формирования этических отношений в медицине. Этика Гиппократa (V-IV вв. до н.э.): гуманность (филантропия); заповеди благодетания и не причинения вреда; врачебная тайна, социальное доверие к профессии; моральные добродетели врача и т.д.

## **СЕМИНАР № 5. ЭТИКА КАК НАУКА О МОРАЛИ И НРАВСТВЕННОСТИ**

### **План семинарского занятия:**

1. Мораль, нравственность, этика: природа, сущность, социальные функции
2. Основные принципы, правила и категории этики
3. Мораль и право
4. Научное познание и этика поведения

### **Темы докладов:**

1. Генезис морали
2. Нравственные потребности личности
3. Моральные и правовые основы понятий «долг» и «обязанность»
4. Этика ученого

## **Основные понятия темы (выписать определения в тетрадь):**

социальные функции, принципы, правила, право, познание, категории, понятия

### **Пояснительная записка к семинару № 5**

#### **1. Мораль, нравственность, этика: природа, сущность, социальные функции**

Слово «мораль» означает в современном языке примерно то же самое, что и нравственность. Поэтому большинство специалистов не проводит строгого разграничения между моралью и нравственностью, и считает эти слова синонимами. Понятие «мораль» чрезвычайно многозначно. Существует несколько десятков определенной морали. Чаще всего под моралью понимают один из основных способов нормативной регуляции действий человека в обществе, а также особую форму общественного сознания и вид общественных отношений. Мораль по большому счету это система ценностей характерная определенному человеку и обществу в определенный момент времени. Мораль, регулируя человеческие отношения, опирается не на силу государственной власти, а на силу сознания, на убеждение. Можно сказать, что мораль держится на трех важнейших основаниях.

Во-первых, это традиции обычаи, нравы, которые сложились в данном обществе, в среде данного класса, социальной группы. Человек усваивает эти нравы, традиционные нормы поведения, которые входят в привычку, становятся достоянием духовного мира личности. Они реализуются в его поведении, мотивы которого при этом формулируются следующим образом: «так принято» или «так не принято», «так все делают», «как люди, так и я», «так исстари велось», «наши отцы и деды так поступали, и мы будем так же». Важность подобных мотивов несомненна. Ведь без усвоения того, что принято или не принято в данном обществе, нельзя понять, «что такое хорошо и что такое плохо».

Во-вторых, мораль опирается на силу общественного мнения, которое с помощью одобрения одних поступков и осуждения других регулирует поведение личности, приучает ее соблюдать моральные нормы. Орудиями общественного мнения являются, с одной стороны, честь, доброе имя, общественное признание, которые становятся следствием добросовестного выполнения человеком своих обязанностей, неуклонного соблюдения им моральных норм данного общества; с другой стороны, стыд, пристыжение человека, нарушившего нормы морали.

В-третьих, мораль основывается на сознательности каждой отдельной личности, на понимании ею необходимости согласования личных и общественных интересов. Этим определяется добровольный выбор, добровольность поведения, что имеет место тогда, когда прочной основой морального поведения личности становится совесть. О реальности названия трех обоснований морали говорит вся ее история. Зафиксировано это и народной мудростью. Ведь недаром говорят об очень плохом, аморальном человеке: «Ни стыда, ни совести». Значит, общественное мнение на него не действует, а совесть неразвита. Такого человека моралью не проймешь, приходится применять более жесткие средства воздействия, рассчитанные на низкий уровень сознательности. («Кого честь не берет, того палка проймет», - говорит одна из пословиц).

#### **2. Основные принципы, правила и категории этики**

Обсуждение проблем этики, современных нравов сейчас актуально и популярно как никогда. Настало время анализа итогов ушедшего XX столетия. Человечество стало мыслить более философски, ибо мир стал напряженно противоречив. Ядерные и экологические катастрофы, пестрота образов жизни, целей, стилей, красота тела на конкурсах и олимпиадах и смерть наркоманов и алкоголиков, самоотверженность спасателей и безрассудство террористов, миллиарды бит информации, входящей в уши и глаза через телеканалы, ошеломляют, но и заставляют думать. Уходящий век перестал смеяться над философскими вопросами о сущности человека, смысле жизни, так важными мыслителям прошлого. Они вновь значимы. Динамизм жизни, глобальные проблемы современности,

глубокие изменения в международных отношениях – все это усиливает внимание к духовным ценностям, ибо они вечны.

И решающий принцип был найден великим гуманистом нашего времени А. Швейцером. Он писал: «За работой я уяснил для себя связь между культурой и мировоззрением. Я понял, что катастрофа культуры – следствие катастрофы мировоззрения. Культура – это духовный и материальный прогресс во всех областях, которому сопутствует нравственное развитие человека и человечества... Для поколения, которое уверовало в некий...закономерно совершающийся прогресс и решило, что в связи с этим...уже не нуждается в нравственных идеалах, для этого поколения само положение, в котором оно вследствие этого очутилось, явилось доказательством его ошибки».

Философ утверждает: «Человек, отныне ставший мыслящим, испытывает потребность относиться к любой воле к жизни с тем же благоговением, что и к своей собственной. Он ощущает чужую жизнь как часть своей. Благом считает он сохранять жизнь, помогать ей; поднимать до высшего уровня жизнь, способную к развитию. Это и есть абсолютный принцип этики»...Этика благоговения перед жизнью, таким образом, объемлет все, что можно назвать любовью, преданностью, сопереживанием в горе и в радости и сопричастностью. Лозунгом такой этики может быть фраза: «Я – жизнь, которая хочет жить, я – жизнь среди жизни, которая хочет жить».

Идеи Швейцера продолжает современник, проф. А.Печчеи. По его мнению, «сложилась ситуация, когда опьяненные собственной мощью, мы делаем то, что можем делать, а не то, что должны, мы ломимся вперед, не признавая не только практических «нет», но также и морально-этических ограничений, которые должны рассматриваться в качестве безусловных предпосылок любых практических действий». Выходом из создавшегося положения является развитие самого человека, его внутреннего духовного мира, пересмотр всей системы социально-политических ценностей современной цивилизации. Необходим новый способ мышления, указывает он в своей работе «Сто страниц для будущего», такой способ мышления, который способен спасти человечество от жестокости и агрессивности технологической эры, господствующей на Земле в настоящее время. И может быть, только новому мышлению, возможно, сделать каждого способным противостоять происходящим внутри нас изменениям. «Этот способ мышления должен быть возвышенно гуманистичен, - считает А.Печчеи. – И только новый гуманизм способен исполнить ту роль, которая призвана воплотить всю силу и ответственность человека в этом мире». Единственным способом подлинного решения проблем, стоящих перед человечеством, ученый считает «этическую революцию», призванную «преобразовать самого человека изнутри, создать «новую этику жизни».

Итак, потребностью жизни становится гуманизм. Гуманизм – это мировоззрение, утверждающее каждого отдельного человека высшей ценностью и самоцелью общественного развития. Гуманизм предполагает приоритет отдельного человека в обществе, удовлетворение его интересов и потребностей.

Необходимым условием определения человеком собственных целей, ценностей и средств их достижения является свобода их ставить и действовать в соответствии с ними. Свобода в общем виде – это реальная возможность поступать в соответствии с собственными целями, свобода выбора. Поскольку речь идет о каждом отдельном индивиде, неограниченная свобода действий индивида кончается там, где начинается свобода действий другого индивида. Свобода предполагает выбор, по крайней мере, из двух возможных действий. Но чтобы выбрать, надо знать, разбираться, быть информированным. Исходя из этого, все виды просвещения и образования необходимы. Образование, информированность – вообще необходимая предпосылка реальной свободы индивида.

Из утверждения свободы каждого отдельного человека с необходимостью вытекает проблема равенства, или равного деления свобод. Равенство – это одинаковая норма индивидуальной свободы для каждого отдельного человека. Соотнесение равенства и неравенства – основа справедливости. Справедливость как раз и есть мера равенства и нера-

венства в социальном положении индивида. Благодаря справедливости свобода становится практически осуществимой в индивидуальном поведении.

Под равенством и справедливостью по отношению к здоровью ВОЗ понимает, что «каждый должен иметь достаточные возможности достичь своего полного потенциала здоровья, и никто не должен быть лишен возможности достижения этого потенциала». Это включает и справедливое распределение ресурсов, необходимых для здравоохранения, и равенство возможностей получения поддержки заболевших граждан со стороны общества.

### **3. Мораль и право**

Правовые идеи тесно соприкасаются, в известной мере переплетаются с моралью. Мораль, согласно общепринятому пониманию, - это представления людей о добре и зле. На их основе формируются нормы морали, нормы общепринятого поведения. Эти нормы - один из социальных регуляторов, что сближает их с правовыми нормами. В то же время право - это система порядка в обществе, наделенная государством принудительной силой, а мораль - система представлений о поведении в обществе, не обладающая такой силой. Сопоставление права и морали позволяет глубже раскрыть содержание этих феноменов.

По сфере действия мораль и право не совпадают. Мораль охватывает все сферы человеческого поведения, а право - только те сферы, где есть необходимость потенциально-го принуждения. В этом смысле сфера морального воздействия в обществе шире, чем сфера воздействия правового. Сфера морального (нравственного) регулирования не требует установления каких-либо границ, все области поведения людей входят в эту сферу. Сфера же правового регулирования, наоборот, ограничена определенными границами.

По объекту действия мораль и право в целом совпадают. И мораль и право охватывают все общество, все группы и слои общества, ориентирующиеся на те или иные моральные и правовые представления. В то же время различные слои и группы общества, как мы знаем, могут руководствоваться разными представлениями о морали. Точно так же в своих действиях они могут опираться на разные правовые идеи. В основе представлений о морали и праве лежат интересы людей. Та или иная группа людей в соответствии со своими интересами формирует собственное понимание морали и права. Более того, совсем не обязательно, чтобы внутри той или иной группы существовали тождественные представления. Например, сторонники той или иной религии, как правило, руководствуются одними и теми же представлениями о морали. Но в зависимости от имущественного положения, их представления, скажем, о собственности (а это уже область правовых идей) могут быть различными.

По содержанию нормы морали и права чаще всего совпадают, поскольку те и другие обусловлены интересами людей. Это совпадение хорошо согласуется с представлением о праве как нормативно закрепленной и реализованной в законе справедливости (представление о справедливости и есть, в конечном счете, представление о добре и зле). С этой точки зрения известный тезис о том, что право - это часть морали, обладающая потенциальной принудительной силой, в целом верен. Верны и другие интерпретации этого тезиса: право всегда морально (особенно если право понимается как общественный компромисс), но мораль не всегда есть право (та часть морали, которая не может быть подкреплена принуждением). Правда, истории известны случаи, когда законодательные установления расходятся с общепринятыми нормами морали (например, расистские законы фашизма, акты о депортации народов в нашей стране). Но в этих случаях такие законодательные установления расходятся и с правом, понимаемым как воплощение общечеловеческих идей справедливости, равенства, свободы. Правовые же нормы, которые выражают эти идеи, всегда моральны.

По форме выражения нормы морали и права также могут существенно различаться. Моральные нормы чаще всего определяются уровнем сознания людей. И если они получают конкретное воплощение в обществе, то, как правило, не в государственных докумен-

тах. Правовые же нормы проводятся через решения и акты государственных органов (органы власти, управления, суды). Государственное оформление - обязательный признак правовых норм, это качество придает им потенциальную возможность принудительного проведения в жизнь.

#### **4. Научное познание и этика поведения**

Управление социальными процессами в любом обществе осуществляется как посредством прямых решений соответствующих органов управления, так и через обычаи, традиции, привычки. Взаимодействие этих двух форм управления обуславливает, в свою очередь, весьма сложные и противоречивые воздействия на социальные процессы. Причем результаты оказываются нередко совсем не такими, которые ожидал управляющий орган. Естественно, что в этом случае успех в огромной степени зависит от того, насколько глубоко изучены и учитываются социальные, автоматически действующие формы управления сами по себе, и насколько серьезно исследованы последствия комбинированного воздействия этих двух различных форм управления. С этой точки зрения изучение данных проблем социологами является важным условием повышения уровня управления.

Не следует думать, что эта схема связана только с математическим моделированием. По существу она просто отражает то, что всегда происходило в обществе, ибо общество всегда управлялось. Жизнь в нем всегда была связана с определенными ограничениями. Общество, организации, группы, манипулируя этими ограничениями, целями, идеями, всегда управляли поведением людей. Вместе с тем было бы неверно не видеть возрастания возможностей средств и методов влияния на поведение людей в современных условиях.

Общественное поведение людей и сейчас в значительной степени определяется теми нормами, ограничениями, обычаями, которые выработало человечество, и которым оно сознательно или автоматически подчиняется. Поэтому соотношение между реальными факторами и операционной моделью по существу характеризует процесс познания, который, разумеется, в свою очередь определяется в конечном счете условиями материальной жизни. И этот процесс идет как по линии все более глубокого понимания специфики личности, так и по линии осознания роли внешнего давления, различных норм, институтов в формировании поведения социальных групп.

Как прежде, так и теперь представления — пусть полуфантастические, но отображающие реальные факторы — становились и становятся, с одной стороны, личными целями, планами, стремлениями, а с другой — ограничениями, нормами поведения. В этом смысле операционную модель мы вправе рассматривать просто как представление о социальной действительности, которое имеет на данном этапе развития общество, класс или группа, а планы — как цели, стремления, которые вырабатывались на основе этих представлений, и под влиянием которых формировалось поведение тех или иных социальных групп. В таком «повороте» можно сказать, что общество не только всегда управлялось, но и всегда планировалось, хотя это и были индивидуальные планы, а ход истории, как уже отмечалось, определялся результирующей линией.

Таким образом, управление поведением социальных групп достигается в результате комплексного воздействия саморегулируемых и внешних факторов, через всю систему социальных отношений и институтов, т.е. через изменение экономических отношений, безличных и личных общественных связей. При этом команды «сверху», планы, директивы, предполагающие изменения (или напротив, стабилизацию) поведения социальной группы, реализуются так, как намечалось тогда, когда они подтверждаются командами соответствующих организаций, слоев и групп. А это происходит в том случае, когда команды сверху учитывают интересы этих классов, слоев, организаций и групп.

#### **Литература:**

##### **Основная:**

1. Сергеев В.В. Биоэтика: Учебное пособие. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 240 с.
2. Лопатин П.В. Биоэтика: учебник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 272 с.
3. Хрусталеv Ю.М. От этики до биоэтики. – Ростов н/Дону: Феникс, 2010. – 446 с.
4. Силуянова И.В. Руководство по этико-правовым основам медицинской деятельности: уч. пос. – М., 2008. – 238 с.

#### **Дополнительная:**

1. Лопатин П.В. Биоэтика: рабочая тетрадь. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 272 с.
2. Силуянова И.В. Биоэтика в России: ценности и законы. – М.: Грантъ, 2001. – 192 с.
3. Уильмс Дж. Р. Руководство по медицинской этике: уч. пос. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 128 с.
4. Кэмпбелл А. Медицинская этика / под ред. Ю.М. Лопухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 400 с.
5. Кэмпбелл А. Медицинская этика / под ред. Ю.М. Лопухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 400 с.

## **СЕМИНАР № 6. СМЫСЛОВЫЕ МАТРИЦЫ ЭТИЧЕСКОГО СОЗНАНИЯ В ИСТОРИИ ЧЕЛОВЕЧЕСТВА**

### **План семинарского занятия:**

1. Формирование этических норм в процессе антропогенеза
2. Специфика религиозно-этической мысли
3. Христианская биоэтика в католицизме и протестантизме
4. Биоэтика и Православие
5. Биоэтика и Ислам

### **Темы докладов:**

1. Становление морали в процессе антропосоциогенеза
2. Религия как специфический тип мировоззрения
3. Христианская мораль и медицина
4. Нравственные аспекты мусульманской медицины

### **Основные понятия темы (выписать определения в тетрадь):**

«Билль о правах пациентов», воля к жизни, христианская биоэтика, антропология человеческого достоинства, моральная автономия, православная нравственность «сердца», католицизм, протестантизм, Православие, Ислам

### **Пояснительная записка к семинару № 6**

#### **1. Формирование этических норм в процессе антропогенеза**

Этические системы Древнего мира сформулировали базовые парадигмы в осмыслении этической проблематики.

#### ***Социокультурные предпосылки древнеиндийской этики***

Общим литературным источником для культуры Древней Индии были Ведаы: сборник религиозных текстов, гимнов, ритуальных формул. В связи с этим этическая традиция в целом оформилась как религиозная.

Древнеиндийское общество представляло собой образец традиционного общества с варновой (кастовой) социальной структурой. Поскольку прижизненное изменение варнового статуса было для индивида неосуществимым, «учение о правильной жизни» предписывало ему в социальном плане – тщательное исполнение обычаев и традиций своей касты, а в духовном – стремление за пределы материально-чувственной реальности. Реинкарнация (перерождение в новом теле) считалась способом преодоления кастовой ограни-

ченности.

Особенности древнеиндийской этики, обусловленные указанными выше социокультурными предпосылками:

- 1) традиционализм, т.е. непрерывность этической традиции, сохранение на протяжении столетий категориального аппарата и общей системы мировосприятия;
- 2) религиозный характер подавляющего большинства этических учений;
- 3) аскетическая жизнь, т.е. воздержание от чувственных удовольствий считалось наиболее предпочтительным «путем правильной жизни»;
- 4) неиндивидуалистическая ценностная ориентация индивида, согласно которой задача личности - раствориться в духовном первоначале.

*Основные учения в этике Древней Индии.*

**Буддизм.** Этическая доктрина буддизма базируется на «четырёх благородных истинах»:

- жизнь есть зло и страдание;
- причиной страданий являются наши желания и жажда жизни;
- чтобы избавиться от страданий, надо избавиться от желаний;
- к избавлению от желаний ведет «восьмеричный путь спасения», который уже на первой ступени предполагает: воздержание ото лжи, от причинения зла живому, от воровства, от чувственных удовольствий, эгоистических мотивов и концентрации на собственной личности. Буддизм не предполагает жесткого аскетизма, предпочитая «срединный путь».

**Джайнизм** отличался чрезвычайным фанатизмом в исполнении аскетических предписаний. Предполагалось буквально следовать требованию «не причинять зло живому», не только избегать чувственных наслаждений, но и постоянно изнурять тело аскетическими упражнениями с целью разорвать всякую связь с материальной действительностью.

**Йога** сделала акцент на психофизических методах очищения души с целью достижения полного самоконтроля. На первой ступени йоги предполагалась реализация 5 принципов: ненасилия, правдивости, целомудрия, запрета на воровство и собственность. Второй уровень самосовершенствования требовал выполнения 5 правил: чистоты, удовлетворенности, аскетизма, изучения Вед и преданности Богу.

***Социокультурные предпосылки древнекитайской этики***

Базовый текст древнекитайской культуры – «Книга перемен» («И-цзин»), согласно которой мироздание зиждется на двух равноправных первоначалах (ян и инь), которые сочетаются различными способами, образуя 64 комбинации состояний мира. В результате китайская традиция тяготела не к определению минимума этических принципов, а к созданию многообразных конкретных рекомендаций на все случаи жизни.

Рано сформировавшееся в Древнем Китае государство представляло собой бюрократическую пирамиду из чиновников, сама принадлежность к которой придавала индивиду моральный статус. Приобретение и повышение социального (и морального) статуса человека было возможно благодаря сдаче государственных экзаменов. Таким образом, выходцы из низших слоев общества получали потенциальную возможность для социального и духовного продвижения. Закономерно, что «правильный путь жизни» в этой традиции ассоциировался с приобретением социальных знаний и социальными успехами индивида.

*Особенности древнекитайской этики:*

- 1) чрезвычайное почитание традиции и почтение к старшим как главные нравственные заповеди;
- 2) этика представляет собой не систему теоретических принципов, а набор конкретных рецептов поведения, оформленных в ритуале;
- 3) социально-политический характер этики, основной проблемой которой были отношения человека и общества.

*Основные учения в этике Древнего Китая.*

**Конфуцианство.** Основатель – Кун Фу-цзы (V в. до н. э.). Главный текст – «Лунь юй»

(«Беседы и высказывания»).

Центральное понятие конфуцианства – жэнь («гуманность»). Жэнь предполагает шу – «взаимность». Взаимная гуманность воплощена в «золотом правиле нравственности»: чего себе не хочешь, того другим не делай, - и реализуется в ли («ритуале»). Однако взаимная гуманность предполагает не равенство между людьми, а справедливую иерархию. Критерием возвышения в ней является знание (конфуцианских канонов, древних текстов и, конечно, ритуала). Идеалом конфуцианства выступает «благородный муж», который заботится о соблюдении социальных правил и ритуалов; он противопоставляется «низкому человеку», думающему лишь о личной выгоде. Благородные люди должны подавать народу нравственный пример, что гораздо эффективнее, чем правовое принуждение, будет способствовать действенности государственного управления.

*Даосизм* (VI-III вв. до н. э). Легендарный основатель - Лао-цзы. Главный текст – «Дао дэ цзин» («Книга о дао и дэ»).

Центральное понятие даосизма – дао («путь») - безличный мировой закон, по которому движутся все вещи, и должен двигаться человек. Жить, по дао, означает «следовать естественности», не искажать своими действиями порядок вещей в мире, следовать принципу недеяния (у-вэй). Недеяние подразумевает не ничегонеделание, а особые гармоничные действия, абсолютно адекватные многообразным проявлениям дао в конкретной ситуации. Не следует активно «творить добро», а тем более делать зло, так как и то, и другое искажает естественный порядок вещей. Следующий дао не «делает добро», но естественно излучает добро, подобно тому, как солнце излучает свет, не ставя это себе целью.

*Легизм*, или школа «законников» (IV-III вв. до н. э). Основной представитель - Хань Фэй-цзы.

Легизм считал мораль, основанную на «ли», ненадежным средством государственного управления и предпочитал в качестве такового закон («фа»). Соблюдение закона зиждется на принуждении и наказании. Абсолютизация роли права в обществе может трактоваться и как тоталитарное подавление личности государственной машиной, и как идеология правового государства, где перед законом все равны.

### ***Социокультурные предпосылки этики Древней Греции***

Создание основ научного знания можно назвать специфической чертой древнегреческой культуры. Другой ее особенностью было формирование рабовладельческой демократии как формы социальной жизни. Эти предпосылки обусловили:

*Особенности древнегреческой этики:*

- 1) светская, нерелигиозная этика, опирающаяся в своих построениях на идеалы естествознания;
- 2) рационалистическая этика, которая считает разум лучшим руководителем нравственной жизни;
- 3) нравственным идеалом является мудрец, т.е. человек, обладающий полнотой разума;
- 4) индивидуалистическая этика, согласно которой задача личности состоит в максимальном самораскрытии своих возможностей. В большинстве этических учений подразумевалось, что такое самораскрытие идет на благо полиса, индивидуальная этика находилась в гармонии с социальной.

*Основные проблемы древнегреческой этики:*

- 1) проблема истинного блага: как составить иерархию благ в жизни человека, чтобы она соответствовала нравственным критериям;
- 2) проблема отношения к наслаждениям: выделение предпочтительных в нравственном отношении наслаждений, определение статуса наслаждений при построении нравственной жизни;
- 3) проблема приобретения добродетелей, т.е. положительных нравственных качеств, приближающих человека к истинному благу. Наиболее почитаемыми добродетелями были мудрость, мужество, умеренность и справедливость.

### *Основные учения древнегреческой этики.*

*Софисты*, начали этические размышления с того, что усомнились в существовании общезначимой морали. Относительность человеческих суждений о благе, счастье и смысле жизни побудила их перейти к анализу моральных явлений в противовес обыденному некритическому усвоению нравственности как неких очевидных правил. Релятивизм софистов, их рассуждения об относительности нравственных норм, разрушали догматические представления о морали, однако не содержали положительной моральной программы.

Сократ в противовес софистам считал, что мнения разных людей о добре относительно в сравнении с истинным понятием добра. Задача личности – «познать самого себя», т.е. перейти от «мнений о добре» к знанию добра, которое приобретается благодаря разуму. Знаменитые «сократические диалоги» показывают, каким образом разум может проясниться до понимания истинной, а потому единственной и всеобщей нравственности. Разве, зная истинный путь жизни, кто-нибудь пойдет безнравственным? Таким образом, для Сократа быть мудрым и быть нравственным – одно и то же. Безнравственность же – разновидность безумия. Все люди желают блага, значит, никто не делает зла по своей воле, зло – это ошибка в суждении, ведущая, как и всякая ошибка к несчастью.

Сократические школы унаследовали от рационалистической этики Сократа идею достижения счастья через мудрость, однако разошлись в конкретной интерпретации данной моральной программы. Киренаики считали высшим благом удовольствие и чувственные удовольствия предпочитали духовным. Разум при этом служит тому, чтобы избегать страданий, связанных с избытком наслаждений. Киники же (самым знаменитым из которых был Диоген Синопский) отождествляли высшее благо с внутренней свободой, в том числе свободой от удовольствий. Аскетический образ жизни Диогена стал способом его индивидуалистического самовыражения, чем отличался по смыслу от религиозного аскетизма.

Платон – ученик Сократа, развивший идею своего учителя о существовании абсолютного добра. Согласно Платону, подлинное добро как идеальный образец существует в «мире идей», на земле же – его бледные подобию, копии, тени. Задача личности – познать идею добра с помощью разумной части души, которая припоминает тот образец добра, что когда-то созерцала в «мире идей», когда сама была идеей. Чувственные удовольствия затемняют разумную часть души, поэтому злоупотреблять ими не следует. Индивидуальная этика у Платона дополняется социальной: теорией идеального государства, устройство которого укрепляет добродетель граждан.

Аристотель – ученик Платона – конституировал этику как философскую дисциплину. В отличие от Платона, Аристотель считает, что этика – это не наука, постигаемая лишь с помощью разумной части души, а практическое знание о том, как стать счастливым благодаря добродетели. Добродетель достигается с помощью разумной части души, которая управляет страстями (подобно тому, как возница управляет горячими конями), правильно направленные страсти не вредят нравственности, но являются ее необходимым элементом. Быть добродетельным – значит знать «золотую середину» между крайностями, одна из которых состоит в недостатке какого-либо качества, а другая – в избытке того же самого качества (так мужество является серединой между трусостью и безумной отвагой). Главная же добродетель разумной части души – это мудрость, а интеллектуально-созерцательный образ жизни, жизнь мудреца, представляет собой нравственный идеал.

## **2. Специфика религиозно-этической мысли**

Мировые религии привнесли в нравственную жизнь человечества новые моменты:

- монотеизм предполагает единственность Бога, перед которым все люди предстают как равные (архаические же сообщества построены иерархически: старшие – младшие, мужчины – женщины);

- бог мировых религий - духовный Бог (в отличие от архаических антропоморфных божеств или божеств, сливавшихся с природными стихиями), что способствует выдвиганию моральных духовных ценностей на передний план системы регуляции;
- бог в монотеизме предстает как личность, соответственно и верующий должен быть личностью, обладателем души с развитым внутренним миром;
- человек в мировых религиях трактуется как «венец творения», нравственные нормы диктуют гуманное отношение к другому человеку, который понимается как «ближний». В традиционной культуре, как уже отмечалось, главные ценности были сакральными, а в социальной практике ценностью обладал коллектив, а не индивид. Гуманизм не входил в число принципов традиционной нравственности;
- появилось Священное Писание с четкой фиксацией норм, что позволяет предъявлять их индивиду, требовать их осознания и самостоятельного выполнения в разнообразных ситуациях.

Мировые религии преобразовали традиционную нравственность. Изменилась категориальная и мотивационная структура морального сознания. Традиционные поступки осмысляются в новых категориях (например, традиционная взаимопомощь между людьми осмысляется в терминах «милосердия» к «ближнему»). Традиционные поступки получают новые мотивы (любовь, милосердие, очищение души от греха). Религиозная идеология углубляет содержание традиционных норм, делает акцент на их мотивации (требует не только «не убивай», «не кради», но и «не гневайся», «не желай...»). Традиционные нормы сортируются, исходя из положений религиозной доктрины, наиболее жестокие отвергаются, нравы смягчаются. В целом регуляция поднимается на новый, более сложный уровень, предполагающий мотивацию поведения духовными ценностями, рассчитанный на личность, а не на общину, выдвигающий единые, нравственные требования, по крайней мере, к едиנוверцам.

Однако потенциальные возможности религиозной морали исторически остались мало реализованными. Традиционная нравственность ассимилировала религиозные ценности и интерпретировала их в традиционном ключе. Под влиянием традиционных представлений содержание религиозной морали существенно изменилось, что и демонстрируют средневековые нравы.

### **3. Христианская биоэтика в католицизме и протестантизме**

Христианская биоэтика является признанным субъектом общественных дискуссий по этическим проблемам биомедицинской практики. Что же отличает католическую Церковь в этих дискуссиях?

Представители католической христианской биоэтики отмечают, что либеральная биоэтика разрешает и оправдывает все, что происходит в биомедицине. Этот «касса накоплений» «пользы», или «банк выгод», имеет свой фундамент в том, что можно назвать «эволюционистским образом человека» или «эволюционистской антропологией».

Католическая христианская биоэтика включает развернутую и аргументированную критику «эволюционистской антропологии». Так, например, Рейнхард Лов, директор Ганноверского исследовательского института философии, прежде всего различает «теорию эволюции» и «эволюционизм». Теория эволюции оценивается им как «местами гениальная теория о развитии и изменении форм и видов жизненных образований на протяжении долгого периода времени». «Эволюционизм» же — это мировоззрение, для которого высшей ценностью оказывается сама «эволюция». Более того, это не просто мировоззрение, но мировоззрение с признаками фанатической веры в «справедливость», «истинность», «прогрессивность» и «непогрешимость» эволюции. Из такого подхода вытекает возможность и даже необходимость устранения нежелательных для эволюции явлений. Во главу угла ставятся интересы эволюции, которая выступает в обличье таких понятий, как «здоровье народа», интересы экономики и т.п. Кредо эволюционизма — право эволюции — высшее право. Говорят католики и о вопиющем противоречии эволюционизма. С одной

стороны, теоретики эволюционизма «притязают на истину» своего мировоззрения. С другой, они же отрицают возможность существования «истины» как таковой.

Принципиальную роль именно для биоэтики играет такой принцип католической антропологии, как понимание человека как «субъекта и объекта (познания) одновременно», связанный с утверждением достоинства и богоподобия человека. Исследуя человеческие гены, эмбрионы и т.п., ставя эксперименты, медицинские или психологические на человеке, исследователи рассматривают человека исключительно как объект для получения знания. При этом у людей, участвующих в исследованиях, меняется самосознание. Человек противопоставляет себя другому человеку. Особенно тогда, когда «объект» исследования или не знает, или не хочет быть подобным объектом, когда человек не знает или не согласен с тем, что с ним делают.

Постоянно совершая скрытое исключение для себя, «знающие ученые» добиваются признания своей деятельности. Справедливо ли, законно ли это? Соответствует ли это интересам человека, превращенного в объект любознательности «знающего ученого»? Вряд ли.

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

Учение о личности – это ведущая часть католической антропологии. Один из подходов к пониманию личности Иоанн Павел II определял так: «...Никак нельзя согласиться называть человека особью вида *Homo sapiens*». Слово «личность» обозначает, что он содержит в себе нечто большее, некую особую полноту и совершенство существования, и чтобы подчеркнуть это, необходимо употребить слово «личность».

Для раскрытия содержания слова «личность» католики используют понятие «субстанциальный образ человека». Субстанциальное понимание человека предполагает, что человеку свойственны свобода действия, способность к познанию и отношение к трансценденции. Отношение к трансценденции проявляется, прежде всего, в самопознании человека, в его познании свободы, нравственности, Бога, любви и красоты.

Принцип моральной автономии является основополагающим для протестантской этики. Моральная автономия человека поднимается здесь до уровня самостоятельной силы, параллельной и равномошной природе. Эта равномошность фиксируется Кантом в его известном заключении «Критики практического разума»: «Две вещи наполняют мою душу все возрастающим удивлением и благоговением, чем больше я вдумываюсь в них: звездное небо надо мной и моральный закон во мне». Человек не растворяется в природе как одно из ее образований, в известном смысле он противостоит ей именно потому и в силу того, что обладает моральным сознанием. В идее моральной автономии утверждаются право и ценность духовной свободы человека.

Нельзя недооценивать потенциал идей независимости и автономии и для современного общества. Несмотря на любую возможную «деспотическую ситуацию» современный человек уже ориентирован на возможность автономного поведения. Социокультурное признание за каждым человеком его нравственной и интеллектуальной независимости страхует людей от обращения с ними как безвольными объектами «научных» исследований или социально-политических манипуляций. Принцип моральной автономии пресекает любое посягательство на личность, независимо от того, продиктовано ли оно эгоистическими интересами интеллектуальной элиты, или «альтруистскими» мотивами «всеобщего счастья» и «всеобщего блага», «здоровья нации», «интересов народа», «интересов науки» или «логики прогресса» и т.п. Неудивительно поэтому, что пройдя соответствующее осмысление и толкование, протестантская идея моральной автономии превращается в современной биомедицинской этике в два основополагающих и работающих принципа -

принцип уважения автономии пациента и принцип профессиональной ответственности врача.

#### **4. Биоэтика и Православие**

Нельзя не отметить, что Русская Православная Церковь не стремится создать специальную концепцию «христианской биоэтики». Создание подобной концепции предполагало бы, прежде всего, своеобразное «просеивание» современной медицинской практики через «сито» библейских законов и заповедей. Что неизбежно сбивало бы нас на путь суда и осуждения людей. Но, согласно православной традиции, Воля Божия не в том, чтобы судить человека по предписанным инструкциям, а в том, «чтобы человек был совершен». Существо христианства не должно подменяться формальным морализмом.

Нравственность Православия - это нравственность «человеколюбивого сердца».

Нельзя не обратить внимание на существование определенных отличий в нравственном богословии православия и в католицизма, что проявляется, например, в подходе к проблеме искусственного аборта.

Нельзя не согласиться с католиками, что оценка аборта как нарушения ветхозаветной заповеди «не убий» - одно из оснований его христианского осуждения. Но для православной традиции характерно внимание к еще одному основанию. Св. Иоанн Златоуст пишет, что плодоизгнание «нечто хуже убийства», так как здесь не умерщвляется рожденное, но самому рождению полагается препятствие».

Аборт – это «препятствие рождению». Но рождение - это «выход из материнской утробы», которая в христианской семантике является не просто анатомическим термином. Смысл этого слова в христианской традиции, как полагает С. Аверинцев, чрезвычайно широк и значим: это и «милосердие», и «милость», и «жалость», и «сострадание», и «все-прощающая любовь». С. Аверинцев считает, что символика «чревной» и «теплой» материнской любви особенно характерна для греко-славянского православия в отличие от смыслов этого понятия в античности и сохраняется «в образе девственного материнства Богородицы» до сих пор.

Каждое название иконы Богоматери – это буква в алфавите православной нравственности, первой заповедью которой является «заповедь любви». Не случайно поэтому, что нравственность в Православии, в первую очередь, нравственность «сердца» («блюде-ние сердца» и «сведение ума в сердце»). Для нее характерно длительное, устойчивое поведение, определяемое не столько советами, расчетами, планами и доводами, сколько естественными склонностями души – стыдом, жалостью, совестью, любовью, благоговением.

Свое отношение к проблемам биоэтики Православие основывает на следующих нравственных и духовных принципах:

1) священном характере человеческой жизни, который должен быть признан и сохранен от зачатия до могилы и даже за нею;

2) освящающей любви Бога как первоисточка и основы каждого человеческого отношения;

3) на призыве к святости и к обожению: участию в божественной жизни, которая одна придает предельную, подлинную значимость человеческому существованию и служит воистину его предельным завершением.

Призыв к святости и к обожению в православной антропологии основан на таком фундаментальном понятии как «тайна человеческого существа».

Тайна же человеческого существа заключается в том, что человек является «причастником Божеского естества» (ср.: 2 Пет. 1, 4). Догмат о Богочеловечестве Христа является той единственной исходной «вершиной», с которой только и возможно «увидеть» сущность человеческой личности. «Личность есть несводимость человека к природе.... Личность человека, содержа в себе свою природу, природу и превосходит». Это превос-

ходство создает и гарантирует «тайну личности». Это превосходство и обнаруживает возможность для человека быть причастным Высшему Бытию — Богу.

Более того, мы должны осознавать то, что отрицание христианского понимания личности, изменение исходных посылок, отрыв врачевания от христианского контекста, может привести к потере достоинства, свободы и милосердия в делах медицины, которая традиционно из века в век вместе с религией отсчитывает пульс жизни и смерти.

Поэтому осмысливая «новую реальность» биомедицинских технологий Православие бережно охраняет свои вероучительные принципы. Ибо они — есть верная ориентация в сложных условиях современной жизни.

Это ориентация на богоподобное достоинство человеческой личности, призванной к любви, милосердию и состраданию, к чему равно призваны все, в том числе и в равной степени и врачи, и пациенты.

## **5. Биоэтика и Ислам**

Ислам (арабск. — ал-Ислам — «предание себя богу», «покорность») — одна из мировых религий, возникшая в начале VII века н.э. среди арабских племен. Основными источниками веры выступают Коран («слово божие») и сунны («арабское предание» о жизни и деяниях пророка Мухаммада).

В исламе отсутствует институт священнослужителей. Поэтому на возникшие у мусульманина вопросы находить ответы приходится ему самому. Ответственность за принятое решение несет сам верующий. Осмыслить проблему и выработать отношение к ней помогает верующему мусульманину «Иджтихад», один из источников мусульманского права.

Среди биоэтических проблем важнейшими для ислама являются: контроль рождаемости, управление наследственностью и нервной системой.

Позиция ислама относительно конкретных биоэтических проблем (эвтаназия, искусственное оплодотворение и др.) представлена и в других статьях «Словаря». Здесь же излагаются основные положения ислама относительно ключевых проблем биоэтики.

Ислам запрещает посягательство на свою собственную жизнь и на жизнь другого человека. Подвижнический долг врача состоит в спасении человеческой жизни, а не в ее укорачивании.

Ислам запрещает любое посягательство на физическую или психическую целостность человека. Где бы врач ни находился, он должен заниматься своей профессиональной деятельностью, т.е. лечить больных и облегчать их страдания.

Врач обязан предоставить больному всеобъемлющую информацию и сообщить обо всех возможных последствиях лечения или хирургического вмешательства. Добровольное согласие больного или его семьи является важным элементом, но превыше всего — его жизнь.

Профессиональная врачебная тайна — принцип и норма медицинского работника. Но она имеет свои пределы. Она может быть нарушена, если сохранение тайны чревато нанесением физического ущерба третьему лицу.

## **Литература:**

### **Основная:**

1. Сергеев В.В. Биоэтика: Учебное пособие. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 240 с.
2. Лопатин П.В. Биоэтика: учебник. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 272 с.
3. Хрусталеv Ю.М. От этики до биоэтики. — Ростов н/Дону: Феникс, 2010. — 446 с.
4. Силуянова И.В. Руководство по этико-правовым основам медицинской деятельности: уч. пос. — М., 2008. — 238 с.

### **Дополнительная:**

1. Лопатин П.В. Биоэтика: рабочая тетрадь. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 272 с.

2. Силуянова И.В. Биоэтика в России: ценности и законы. – М.: Грантъ, 2001. – 192 с.
3. Уильмс Дж. Р. Руководство по медицинской этике: уч. пос. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 128 с.
4. Кэмпбелл А. Медицинская этика / под ред. Ю.М. Лопухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 400 с.
5. Кэмпбелл А. Медицинская этика / под ред. Ю.М. Лопухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 400 с.

## **СЕМИНАР № 7. ИСТОРИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЭТИЧЕСКИХ ОТНОШЕНИЙ В МЕДИЦИНЕ**

### **План семинарского занятия:**

1. Античность. Модель Гиппократ
2. Средние века и Возрождение. Модель Парацельса
3. Новое время. Корпоративно-сословная медицинская этика XVIII в.
4. Этические учения XIX – XX вв. и медицина

### **Темы докладов:**

1. «Клятва» Гиппократ и современная медицина
2. Этические проблемы в «Каноне медицинской науки» Авиценны
3. Философия человека эпохи Возрождения и медицина
4. «Медицинская этика» Персиваля об этике взаимоотношений между врачами

### **Основные понятия темы (выписать определения в тетрадь):**

традиционная медицинская этика (деонтология), биомедицинская этика, задачи и роль биоэтики в обществе.

### **Пояснительная записка к семинару № 7**

#### **1. Античность. Модель Гиппократ**

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

Гиппократ называют «отцом медицины». Эта характеристика не случайна. Она фиксирует рождение профессиональной врачебной этики.

В древних культурах – вавилонской, египетской, иудейской, персидской, индийской, греческой – способность врачевать свидетельствовала о «божественной» избранности человека и определяла его элитное, как правило, жреческое положение в обществе. Например, первые вавилонские врачи были жрецами, и основными средствами лечения были обряды и магия. Первый египетский целитель Имхотеп – жрец, который в последствии был обожествлен (около 2850 г. до н.э.) и храм в его честь в Мемфисе был одновременно и госпиталем и медицинской школой. Медицинская практика была исключительным правом магов Персии и брахманов Древней Индии. Исследователи предполагают, что отец Гиппократ был одним из жрецов Асклепия – бога врачевания у древних греков.

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

своими коллегами по ремеслу.

Нормы и принципы поведения врача, определенные Гиппократом, являются не просто отражением специфических отношений в конкретно-исторической эпохе. Они наполнены содержанием, обусловленным целями и задачами врачевания, независимо от места и времени их реализации. В силу этого, несколько изменяясь, они соблюдаются и сегодня, приобретая в том или ином этическом документе, будь то «Декларация», «Присяга» и т.п., свой стиль, особую форму выражения.

## **2. Средние века и Возрождение. Модель Парацельса**

Второй исторической формой врачебной этики стало понимание взаимоотношения врача и пациента, сложившееся в средние века, т.е. на протяжении длительного исторического периода с I века нашей эры вплоть до XVIII века. Данный период человеческой истории - это время распространения и безусловного влияния и авторитета христианства.

То, что было признано античной культурой в качестве основной черты профессиональной врачебной этики – а именно то, что практическое отношение врача к больному изначально должно быть ориентированно на заботу, помощь, поддержку человека, удивительным образом совпадает с христианской нормой отношения человека к человеку – «люби ближнего своего как самого себя», «любите врагов ваших». Именно эта норма в профессиональной врачебной этике становится реальным критерием и для выбора профессии, и для определения меры врачебного искусства.

Именно Парацельсу (1493-1541 гг.) – родоначальнику в области создания химических лекарств, удалось выразить эту норму особенно четко. Парацельс учил своих учеников: «Сила врача – в его сердце, работа его должна руководствоваться Богом и освещаться естественным светом и опытом; важнейшая основа лекарства – любовь».

«Модель Парацельса» - это такая форма врачебной этики, в рамках которой нравственное отношение с пациентом понимается как одна из важнейших составляющих стратегии терапевтического поведения врача. Если в гиппократовской модели медицинской этики, прежде всего, завоевывается социальное доверие личности пациента, то в «модели Парацельса» делается акцент на учете эмоционально-психических особенностей личности, на признании важности душевных контактов с врачом и включенности таких контактов в лечебный процесс.

В границах «модели Парацельса» в полной мере развивается патернализм как тип взаимосвязи врача и пациента. Медицинская культура использует латинское слово *pater* – «отец», которым в христианстве именуют не только священника, но и Бога. Подлинный смысл патерналистского подхода заключается в том, что связь между врачом и пациентом воспроизводит не только лучшие образцы кровно-родственных отношений, для которых характерны положительные психоэмоциональные привязанности и социально-моральная ответственность, но и «целебность», «божественность» самого отношения врача к больному.

Эта «целебность» и «божественность» определена, задана добродетелью врача, направленностью его воли к благу больного. Неудивительно, что основным моральным принципом, формирующимся в границах данной модели, является принцип «делай добро», благо, или «твори любовь», благодеяние, милосердие. Врачевание — это организованное осуществление добра. Добро же по сути своей имеет божественное происхождение. «Всякое даяние доброе... нисходит свыше, от Отца светов» (Иак. 1,17). Максим Исповедник писал: «Всякая добродетель безначальна, и время не предшествует ей, поскольку она имеет от вечности своим Родителем единственного Бога».

В средние века характер и уровень развития медицинских знаний находились в гармоничной связи с христианской антропологией, в частности с постановкой и решением проблемы взаимоотношения души и тела. Патологические процессы в организме человека принято было фиксировать в опыте и медицинском знании только на уровне болевых ощущений. Средневековое понимание болезни — это, прежде всего, состояние пережива-

ния боли. Но боль, так же как и радость, благодарность – это человеческое чувство. «А чувство, - учил Блаженный Августин (354-430 гг.), – есть то, благодаря чему душа осведомлена о том, что испытывает тело». Чувство боли, например, от ножевой раны испытывает душа, «боль не содержится в ножевой ране, т.к. чисто механическое повреждение, не заключает в себе боли». Именно душа является для тела деятельным и управляющим принципом.

Десять веков спустя христианский философ Иоанн Жоденский так сформулирует этот принцип христианской антропологии: «Я верю и тверд в убеждении, что субстанция души наделена естественными способностями, чья деятельность независима от каких бы то ни было телесных органов... Такие способности относятся к более высокому уровню, чем телесность, и намного превосходят ее возможности». Несомненно, под влиянием христианской антропологии Парацельс рассматривал физическое тело человека «лишь как дом, в котором обитает истинный человек, строитель этого дома; поэтому, рассматривая и изучая этот дом, нельзя забывать главного строителя и истинного хозяина – духовного человека и его душу».

Считается, и не без достаточных оснований, что христианское понимание души способствовало становлению суггестивной терапии (терапии внушения), которую активно применял выдающийся врач XVI столетия Джероламо Кардано, рассматривая ее как необходимую и эффективную составляющую любого терапевтического воздействия. Кардано понял роль фактора доверия и утверждал, что успешность лечения во многом определяется верой пациента во врача: «Тот, кто больше верит, излечивается лучше».

В терминологии современной психоаналитической медицины пациент, который верит, т.е. всецело расположен к своему терапевту, готов поделиться с ним своими секретами, находится в состоянии «позитивной трансференции».

Христианские идеи милосердия и любви к ближнему продолжают оставаться основополагающими моральными принципами для медицины. В 1617 г. во Франции священник Викентий Поль организовал первую общину сестер милосердия. Он написал устав общины, в котором было сказано: «Милосердие к ближнему есть вернейший признак христианина, и одним из главных дел милосердия является посещение бедных, больных и всякого рода помощь им». В. Поль впервые предложил словосочетания «сестра милосердия» и «старшая сестра» для обозначения деятельности по уходу за больными и оказанию им душевной поддержки.

Члены этого общества оказывали не только помощь по уходу за больными, но и старались научить больных лучше жить и достойно умирать, поэтому они совмещали свои посещения с религиозными беседами, чтением и наставлениями. С 1633 г. общество возглавила высокообразованная Луиза де Мариллак. В своей деятельности она убедилась, что уход за больными требует основательной теоретической подготовки и организовала в 1641 г. специальную школу по обучению сестер милосердия.

Сострадание и милосердие к ближнему как нормы христианской морали и медицинской этики находят новые формы выражения в деятельном участии и помощи больным, инвалидам, немощным. Сестры милосердия оказывают помощь не только в мирное, но и в военное время. Наполеон I во время своих военных походов обратился к служителям церкви с просьбой о помощи по уходу за ранеными. В период сражений сестры милосердия оказывали помощь раненым. Особую известность получила сестра Марта, которую наполеоновские солдаты считали святой.

### **3. Новое время. Корпоративно-сословная медицинская этика XVIII века**

В Германии общины сестер милосердия были созданы в 1808 г., в Италии – в 1821 г., в Австрии – в 1834 г., в Чехии – в 1837. В 1884 г. в мире насчитывалось всего 56 общин сестер милосердия.

В XVIII-XIX веках появляется ряд этических и этико-философских концепций, оказавших значительное влияние на развитие медицинской этики, особенно в ее новых фор-

мах – биомедицинской этике и биоэтике.

Одной из таких этических концепций стал утилитаризм, основоположником которого является Иероним Бентам (1748-1832) – философ, правовед, общественный деятель. Главной моральной ценностью и основой нравственности в утилитаризме признается польза, а главным этическим принципом – принцип полезности, согласно которому любые действия следует поощрять или порицать в зависимости от их тенденции усиливать или ослаблять пользу для отдельного индивида или группы лиц. Бентам называл этот принцип «принципом наибольшего счастья», считая, что все законы и деятельность общественных институтов следует оценивать в соответствии с тем, в какой степени они способствуют наибольшему счастью наибольшего количества людей. Принцип полезности действует в четырех областях жизнедеятельности людей: физической, политической, моральной и религиозной.

И. Бентам определял мораль как искусство регулировать человеческие поступки таким образом, чтобы они приносили как можно больше счастья. По словам И. Бентама, смысл этических норм и принципов состоит в том, чтобы содействовать наибольшему счастью для наибольшего числа людей.

В 1803 г. Персиваль опубликовал трактат «Медицинская этика», идеи которого во многом предопределили последующее развитие этой области знания в англоязычных странах. В трактате были выдвинуты такие моральные стандарты поведения врача, которые резко контрастировали с атмосферой взаимных нападков, ссор и свар, характерной для взаимоотношений врачей того времени.

Опираясь в целом на гиппократовскую традицию, Персиваль уделял особое внимание требованиям этикета во взаимоотношениях между врачами: «Медики любого благотворительного учреждения являются в какой-то степени... хранителями чести друг друга. Поэтому ни один врач или хирург не должен открыто говорить о происшествиях в больнице, что может нанести вред репутации кого-нибудь из его коллег; ...Следует избегать непрошеного вмешательства в лечение больного, находящегося на попечении другого врача. Не следует задавать никаких назойливых вопросов относительно пациента.., нельзя вести себя эгоистично, стараясь прямо или косвенно уронить доверие пациента к другому врачу или хирургу». Следует отметить, что этический кодекс Т. Персиваля был обращен не только к собственно врачам, но и к фармацевтам, больничному персоналу. Таким образом, прежде всего с именем Персиваля следует связывать расширение предмета врачебной этики и её превращение в медицинскую этику.

Что касается отношения к пациентам, то врач у Персиваля выступает как филантроп, несущий им благо и получающий от них соответствующую признательность. Врач должен вести себя с пациентами «деликатно, уравновешенно, снисходительно и авторитетно». Персиваль был первым, кто начал признавать обязательства врача по отношению не только к пациентам, но и к обществу.

В 1847 году на общенациональном съезде врачей США была создана Американская медицинская ассоциация (АМА). Среди провозглашенных Ассоциацией целей были не только «достижение прогресса медицинской науки, повышение уровня медицинского образования», но и «защита чести и интересов медицинских кругов, просвещение и информирование общественного мнения об обязанностях, возможностях и требованиях врачей, содействие совместным действиям медиков и установление дружественных отношений между ними». Принятый АМА профессиональный «Этический кодекс врача» основывался именно на работах Персиваля.

#### **4. Этические учения XIX – XX вв. и медицина**

Ко второй половине XIX века относится деятельность Флоренс Найтингейл (1820 – 1910), которая считается основоположницей организации современной формы сестринского дела. Движимая состраданием, Ф. Найтингейл сама как медсестра оказывала помощь раненым английским солдатам во время военных действий Крымской войны, орга-

низовала систему сестринской помощи в английских госпиталях. В 1860 г. Флоренс Найтингейл организовала в Лондоне в госпитале Св. Томаса первую в мире школу медсестер, в которой преподавание сочетало в себе научный подход с идеей помощи больному. Она обобщила свой опыт и подготовила статистически обоснованную работу «Заметки по вопросам, касающимся охраны здоровья, эффективных мер и управления госпиталями в Английской армии», в которой показала эффективность улучшения санитарных условий при оказании медицинской помощи больным и раненым во время военных действий. Работа Ф. Найтингейл «Записки об уходе» (1859) получила мировую известность и на многие годы стала учебником по сестринскому делу.

Опыт оказания медицинской помощи английскими и российскими сестрами милосердия лег в основу организации Международного комитета Красного Креста. Он был создан в 1863 г. по инициативе Анри Дюнан (1828 – 1910), которому в 1901 г. была присуждена Нобелевская премия.

На рубеже XIX–XX веков в области общегуманитарного, философского и этико-медицинского знания происходит значительное событие – появляется концепция «благоговения перед жизнью», создателем которой стал Альберт Швейцер (врач, теолог, музыкант, общественный деятель, философ, лауреат Нобелевской премии мира, 1875 – 1965).

В своей концепции А. Швейцер провозгласил жизнь высшей, абсолютной ценностью. Он понимал мораль как благоговение перед жизнью во всех ее формах.

«Этика благоговения перед жизнью – это этика Любви, расширенной до всемирных пределов». Это этика Любви к Жизни в ее высшем проявлении – благоговении. А. Швейцер утверждал, что первичной, исходной мыслью человека является мысль о жизни, а воля к жизни является элементарным, непосредственным, постоянно пребывающим фактом. Он считал, что высшим проявлением воли к жизни на основе благоговения перед ней является посвящение собственной жизни облегчению чужих страданий. «Добро – то, что служит сохранению и развитию жизни, зло есть то, что уничтожает жизнь или препятствует ей».

А. Швейцер писал: «Фундаментальный принцип морали – это уважение к жизни. Добро – это знать жалость, помогать другим сохранять свою жизнь и оберегать их от страданий. Зло – это не проявлять сострадание, не сочувствовать всем тварям, причинять им боль и вызывать их смерть».

Этика Швейцера не содержит системы норм, она предлагает и предписывает единственное правило – благоговейное отношение к жизни всюду и всегда, когда индивид встречается с другими проявлениями воли к жизни.

Швейцер считал, что проявлением благоговения перед жизнью должно быть деятельное милосердие и сострадание. По его мнению, служение людям имеет деятельный характер и выражается в совершенно очевидных, однозначных в своей гуманности действиях. Он считал, что оказание медицинской помощи больному, спасение ему жизни – это однозначное, лишенное двусмысленности добро.

Швейцер рассматривает сострадание как подлинно человеческое качество. «В природе одно создание может причинить боль другому и даже инстинктивно вести себя самым безжалостным образом по отношению к другому... Тот, кто привыкает к этому и перестает всякий раз испытывать страдания, в действительности уже не является человеком».

А. Швейцер обращал внимание на то, что человек, «начав однажды думать о тайне своей жизни и о связях, соединяющих его с жизнью, которая наполняет мир, человек уже не может относиться к своей собственной жизни и ко всей остальной жизни, которая находится в сфере его влияния, иначе, как в соответствии с принципом благоговения перед жизнью, и этот принцип не может не проявиться в этическом миро- и жизнеутверждении, которое выражается в его действиях. Его жизнь вследствие этого будет во всех отношениях труднее, чем была раньше, когда он жил для себя, но в то же время она станет более богатой, более прекрасной и более счастливой».

Идеи А. Швейцера приобретают все большее значение в биоэтике при попытках выработать наиболее гуманные решения биоэтических проблем.

В начале XX века развитие медико-биологических наук, появление новых медицинских технологий, включающих методы анестезии, использование антибиотиков вакцинацию и другие методы борьбы с инфекционными и заразными заболеваниями открыло большие перспективы для активного вмешательства и преобразования жизни человека. Это время, когда провозглашается и претворяется в жизнь идея о возможности целенаправленного вмешательства не только в патологические процессы, но и коррекции нормальной жизнедеятельности человека, причем на всех уровнях – биологическом, социальном, психическом. Все большее внимание уделяется идее совершенствования человеческого рода по различным параметрам и при помощи самых разных биомедицинских, психофизиологических, социально-медицинских и других технологий.

В это время в области медицинской этики сохраняются многовековые традиции, идущие от Гиппократов. В то же время исследования в области медицинской генетики приводят к возникновению и необходимости осмысления проблем возможной модификации человека не только на органо-тканном, но и генетическом уровне. Идеи модификации человека, отбора «наиболее ценных» представителей общества для создания нового типа общества, членами которого будут здоровые, талантливые, работоспособные люди, достигают своего наибольшего выражения в теориях евгеники и эвтаназии.

XX век стал временем в истории медицинской этики, как никакое другое наполненным идеями конструирования, видоизменения, модификации человека. Это время предельного обострения проблемы причинения вреда человеку, риска негативных последствий от применения биомедицинских технологий не только на уровне одного человека, но и на уровне больших человеческих общностей, человечества в целом. Примерами таких негативных последствий стала практика эвтаназии в нацистской Германии, исследования на людях с нарушением норм медицинской этики и ряд других.

К концу XX – началу XXI веков, в связи с бурными социальными потрясениями, появлением возможности самоуничтожения человечества на первый план вышли общечеловеческие проблемы, связанные с признанием абсолютной ценности самой жизни человека и необходимости сохранить среду его обитания. В 70-х годах 20 в. начинает формироваться новая форма медицинской этики – биоэтика (биомедицинская этика).

### **Литература:**

#### **Основная:**

1. Сергеев В.В. Биоэтика: Учебное пособие. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 240 с.
2. Лопатин П.В. Биоэтика: учебник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 272 с.
3. Хрусталева Ю.М. От этики до биоэтики. – Ростов н/Дону: Феникс, 2010. – 446 с.
4. Силуянова И.В. Руководство по этико-правовым основам медицинской деятельности: уч. пос. – М., 2008. – 238 с.

#### **Дополнительная:**

5. Лопатин П.В. Биоэтика: рабочая тетрадь. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 272 с.
6. Силуянова И.В. Биоэтика в России: ценности и законы. – М.: Грантъ, 2001. – 192 с.
7. Уильямс Дж. Р. Руководство по медицинской этике: уч. пос. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 128 с.
8. Кэмпбелл А. Медицинская этика / под ред. Ю.М. Лопухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 400 с.
9. Кэмпбелл А. Медицинская этика / под ред. Ю.М. Лопухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 400 с.

### **План семинарского занятия:**

1. Формирование медицинской этики в России XIX в.
2. Медицинская этика в СССР
3. Медицина в условиях авторитаризма и тоталитаризма
4. Медицинская этика в современной России

### **Темы докладов:**

1. Этические воззрения Н.И. Пирогова
2. Проблемы медицинской этики в публицистике В.А. Манассеина
3. Этика врача в советском здравоохранении
4. Основные биомедицинские проблемы современного российского здравоохранения

### **Основные понятия темы (выписать определения в тетрадь):**

милосердие, эвтаназия, этикет, филантропия, альтруизм, авторитаризм, тоталитаризм, медицинский эксперимент.

### **Пояснительная записка к семинару № 8**

#### **1. Формирование медицинской этики в России XIX века**

Первые переводы на русский язык отдельных произведений Гиппократов («Клятва», «Закон», «Афоризмы») появились в печатном виде лишь в 1840 г. Однако несколькими десятилетиями ранее Гиппократ настойчиво пропагандировал на медицинском факультете Московского университета М.Я. Мудров (1776-1831).

Врачебная этика, по М.Я. Мудрову, предваряет всю медицину: изложение «обязанностей» врачей и «прочных правил, служащих основанием деятельному врачебному искусству», он начинает с этических наставлений. Положение этики Гиппократов об уважении к больному в устах М.Я. Мудрова звучит так: «Начав с любви к ближнему, я должен бы внушить вам всё прочее, проистекающее из одной врачебной добродетели, а именно услужливость, готовность к помощи во всякое время, и днем и ночью, приветливость, привлекающую к себе и робких и смелых, милосердие к чувствительным и бедным; ... снисхождение к погрешностям больных; кроткую строгость к их непослушанию... Наряд твой должен быть таков: что встал, то готов. Не только в бодрственном состоянии, но и в самом сне изнеможенного тела твоего при одре болящего ты бодрствуй духом, слыши дыхание его, внимай его требованиям, стенанию, кашлю, бреду, икоте; и воспряни от твоего бодрственного сна».

М. Я. Мудров подчеркивает элементы филантропии в профессиональной деятельности врача, считая, что выбравшему эту профессию должно быть присуще бескорыстие. Соответствующее место книги Гиппократов «Наставления» в переводе М.Я. Мудрова звучит так: «...Иногда лечи даром на счет будущей благодарности, или, как говорится: не из барыша, была бы слава хороша...»

В нескольких местах своего «Слова о способе учить и учиться медицине практической» М. Я. Мудров говорит о врачебной тайне: «Хранение тайны и скрытность при болезнях предосудительных; молчание о виденных или слышанных семейных беспорядках... Язык твой, сей малый, но дерзкий уд, обуздай на глаголы неподобные и на словеса лукавствия».

Отношение к безнадежным умирающим больным рассматривается у М.Я. Мудрова в разных аспектах. Тема умирающего больного является частью его клинико-теоретических представлений: «Мы видим четыре рода болезней: одни излечимы, другие неизлечимы; одни полезны для поддержания общего здоровья, другие угрожают здоровью и жизни». Диагностика неизлечимой болезни, определение фатального прогноза, когда врачу встречается такой случай – это тоже профессиональный долг врача: «Будь готов ещё отвечать на

самые трудные вопросы, с которыми тебя ожидают родные его в другой комнате, на вопросы: об исходе болезни, о близкой опасности, или о предстоящей смерти». Близким больного это нужно, «дабы при предстоящей опасности исподволь готовились и думали о будущем своем жребии». А врача правильное предсказание спасает от «семейственных упреков» и всегда содействует упрочению его авторитета.

Относительно информирования обреченных больных у М.Я. Мудрова имеются противоречивые рекомендации. В «Слове о благочестии и нравственных качествах гиппократа врача» говорится: «Многое от больного надобно скрывать, всегда входить к нему с веселым, внушительным лицом... но не открывать настоящего положения болезни и будущего оной исхода...». В «Слове о способе учить и учиться медицине практической...» (преимущественно содержащем собственные медико-теоретические и этические суждения автора) мы читаем: «Обещать исцеление в болезни неизлечимой есть знак или незнающего или бесчестного врача». В этом противоречии зафиксирована одна из этических дилемм (имеющих особую актуальность в современной медицине): уважение моральной автономии личности (включающее право любого больного на информацию), с одной стороны, и гуманный характер уважения (врача, окружающих) к страху смерти в душе практически каждого человека, с другой. В самом общем виде у М.Я. Мудрова имеется идея паллиативной помощи безнадежным больным: «Облегчение болезни неизлечимой и продолжение жизни больного». В конечном счёте решение всех вопросов, возникающих во взаимоотношениях врача и больного, М.Я. Мудров как бы сводит к общему знаменателю – завоеванию доверия больного: «Теперь ты испытал болезнь и знаешь больного; но ведай, что и больной тебя испытал и знает, каков ты. Из сего ты заключить можешь, какое нужно терпение, благоразумие и напряжение ума при постели больного, дабы выиграть всю его доверенность и любовь к себе, а сие для врача всего важнее».

Много внимания в своих этических наставлениях М.Я. Мудров уделяет теме отношения врача к своей профессии. Хорошо известный афоризм М.Я. Мудрова – «Во врачебном искусстве нет врача, окончившего свою науку» содержит в себе и идею непрерывного профессионального образования специалистов-медиков, и вполне осознанную только в будущем проблему их постдипломной подготовки.

Истинный врач не может быть посредственным врачом: «... врач посредственный более вреден, нежели полезен. Больные, оставленные натуре, выздоровеют, а тобою пользованные умрут». А отсюда следует его совет студенту, если тот окажется не готов к постижению огромного массива медицинских знаний, к освоению труднейших секретов врачебного искусства: «Кто не хочет идти к совершенству сим многотрудным путем, кто звания не хочет нести с прилежностью до конца дней своих, кто не призван к оному, но упал в оное препнувшись, тот оставь заблаговременно священные места сии и возвратись восвояси».

Обсуждая вопросы межколлегальных отношений врачей, М.Я. Мудров говорит, что всякий честный врач в случае профессионального затруднения обратится за помощью к товарищу-врачу, а умный и благожелательный врач не будет из зависти поносить коллег.

Прямо следуя Гиппократу, М.Я. Мудров говорит о своих учителях: «За добрые советы и мудрые наставления врачам Фрезу, Зыбелину, Керестурию, Скиадану, Политковскому, Миндереру и приношу здесь достождный фимиам».

В некотором смысле вся жизнь и в особенности смерть М.Я. Мудрова «имеет достоинство этического аргумента» (как сказал А.А. Гусейнов о жизни самого знаменитого врача XX в. А. Швейцера). М.Я. Мудров умер летом 1831 года во время эпидемии холеры. Он заразился после многомесячной работы, занимаясь лечением холерных больных и организуя мероприятия по борьбе с эпидемией сначала в Поволжье, а потом в Петербурге. Надпись на его могильной плите, в частности, гласит: «Под сим камнем погребено тело Матвея Яковлевича Мудрова ...окончившего земное поприще свое после долговременного служения человечеству на христианском подвиге подавания помощи заражённым холерою в Петербурге и павшего от оной жертвой своего усердия».

Ярчайшую страницу в истории отечественной медицины представляет врачебная и общественная деятельность Ф.П. Гааза (1780-1853), известного своим афоризмом: «Спешите делать добро!» Молодой немецкий врач, доктор медицины Фридрих Йозеф Гааз прибыл в Россию в качестве домашнего врача княгини Репниной в 1806 г., затем он военным врачом прошёл с русской армией от Москвы до Парижа, вернулся в Москву, где в 1825-1826 гг. был назначен штатт-физикусом (главным врачом) Москвы, а с 1829 г. до самой смерти в 1853 г. был секретарем Комитета попечительства о тюрьмах и главным врачом московских тюрем.

Полувековая врачебная деятельность Гааза в России, которого привыкли называть здесь Федором Петровичем, снискала ему славу «святого доктора». Свою легендарную славу Ф.П. Гааз обрел благодаря подвижнической деятельности в Комитете попечительства о тюрьмах. Этот замечательный врач, у которого охотно лечилась знать, все свои силы отдавал самым обездоленным - ссыльным, каторжанам и т.д.; в условиях тогдашней социально-политической организации и при тогдашнем состоянии медицинских служб в России он стремился охранять особые права заключенных на защиту, охрану их здоровья и медицинскую помощь; его усилиями была построена «Полицейская больница» для больных бродяг и арестантов (в конце века ей присвоили имя Александра III, но в Москве все ее называли Гаазовской); везде он неустанно вводил устройство ванн и отдельных для мужчин и женщин ретирад (туалетов); десять лет длилась его борьба с министерством внутренних дел за отмену так называемого «прута» (шедшие по этапу ссыльные попарно приковывались к длинной железной палке – попеременно мужчины и женщины); он сконструировал облегченные кандалы, проведя на себе эксперимент – можно ли, будучи законным по ногам и рукам, пройти 5-6 верст, и т.д. и т.п.

Необходимо подчеркнуть, что деятельность Ф.П. Гааза осуществлялась за несколько десятилетий до возникновения в 1859-1863 гг. Международного движения Красного Креста, поставившего задачей помощь всем раненым во время боевых действий - независимо от гражданства, национальности и т.д. И тем более Ф.П. Гааз предвосхитил принятие множества современных документов международного права, запрещающих любые формы жестокого, бесчеловечного обращения с людьми и в особенности выделяющих роль врачей, медицинского персонала при этом.

Приведем хотя бы несколько примеров, основанных на документах, характеризующих высочайший уровень врачебной этики Ф.П. Гааза. Осенью 1830 г. в Москве началась эпидемия холеры (той самой, что унесла жизнь М.Я. Мудрова): «В госпиталь принесли первого холерного... Вот, коллеги, - сказал Гааз, - наш первый больной... Здравствуй, голубчик, мы тебя будем лечить, и ты с Божьей помощью будешь здоров. Наклонившись к дрожащему от озноба и судорог больному, он поцеловал его».

Кроме так нужного врачу терапевтического оптимизма, кроме внушения так нужной больному веры в выздоровление, здесь есть еще один важный момент: долгом врача является борьба с паническими настроениями, преодоление в массе населения ужаса, фобий перед эпидемией.

Еще один пример. В 1891 г. профессор Новицкий рассказал про случай, свидетелем которого он был в молодости. Это была 11-летняя крестьянская девочка, лицо которой было поражено так называемым «водяным раком» (в течение 4-5 дней уничтожившем половину лица вместе со скелетом носа и одним глазом). Разрушенные, омертвевшие ткани распространяли такое зловоние, что не только медицинский персонал, но и мать не могли сколько-нибудь долго находиться в палате. «Один Федор Петрович, приведенный мною к больной девочке, пробыл при ней более трех часов кряду и потом, сидя на ее кровати, обнимал ее, целуя и благославляя. Такие посещения повторялись и в следующие дни, а на третий - девочка скончалась...». В контексте собственно медицинской этики следует обратить внимание на религиозные истоки мировоззрения Ф.П. Гааза: «Я прежде всего христианин, а потом уже врач». С нашей точки зрения, особенность духовного строя личности Ф.П. Гааза была в том, что для него как бы не существовало феномена удвоения морали -

имеющегося в любом обществе разрыва между нравственным идеалом (должным) и реальными нравами (сущим). Ф.П. Гааз не оставил трудов по медицинской этике, но сама его жизнь есть олицетворение врачебного долга.

Младшим современником М.Я. Мудрова и Ф.П. Гааза был Н.И. Пирогов (1811-1881). Вскоре после окончания Московского университета, а именно в 1836 г., Н.И. Пирогов приступает к работе профессора и заведующего хирургической клиникой Дерптского (Тартуского) университета. Его отчет за первый год работы в Дерпте исключительно важен в контексте истории медицинской этики. В отчете рассматривается одна из самых острых проблем профессиональной этики врача – проблема врачебных ошибок. В предисловии к первому выпуску «Анналов хирургического отделения клиники императорского Дерптского университета» (1837) Н.И. Пирогов пишет: «Я считал... своим священным долгом откровенно рассказать читателям о своей врачебной деятельности и ее результатах, так как каждый добросовестный человек, особенно преподаватель, должен иметь своего рода внутреннюю потребность возможно скорее обнародовать свои ошибки, чтобы предостеречь от них других людей, менее сведущих».

Перед входом в старинные анатомические театры еще и сегодня можно прочесть афоризм «Здесь мертвые учат живых». Отношение Н.И. Пирогова к врачебным ошибкам побуждает нас углубить смысл этой сентенции в нравственно-этическом плане. Да, врачебные ошибки – это зло. Но тот, кто останавливается на пессимистичной и апатичной констатации «врачебные ошибки неизбежны», находится на позиции этической капитуляции, что безнравственно и недостойно звания врача. Согласно «Анналам» Н.И. Пирогова, врачи должны извлекать максимум поучительного из своих профессиональных ошибок, обогащая как свой собственный опыт, так и совокупный опыт медицины. Н.И. Пирогов считал, что такая моральная позиция может возместить (искупить) «зло врачебных ошибок».

Знаменательно, что в качестве эпиграфа к «Анналам» автор приводит цитату из «Исповеди» Руссо. «Анналы» Н.И. Пирогова – тоже исповедь. Однако то, что для Руссо было духовным подвигом философа, Н.И. Пирогов делает профессиональной этической нормой врача. То есть у Н.И. Пирогова искупление «зла врачебных ошибок» дополняется ещё одним условием – беспощадной самокритикой, абсолютной честностью перед самим собой. Получается, что речь идет о следовании моральной норме, которая требует от врача духовного подвига. И.П. Павлов о самом факте издания Н.И. Пироговым «Анналов» писал: «Такая беспощадная, откровенная критика к себе и к своей деятельности едва ли встречается где-нибудь еще в медицинской литературе. И это - огромная заслуга! В качестве врача около больного, который отдает судьбу в ваши руки, и перед учеником, которого вы учите в виду почти всегда непосильной, но, однако, обязательной задачи – у вас одно спасение, одно достоинство – это правда, одна неприкрытая правда».

В свете тенденций развития медицинской этики в конце XX в. необходимо обратить внимание на этическое содержание принципов «сортировки» раненых, предложенных Н.И. Пироговым во время Крымской войны 1853 - 1856 гг. Вспоминая в 1876 г. о зарождении и организации движения русских сестер милосердия, Н.И. Пирогов, в частности, говорит, что помощь раненым в осажденном Севастополе осуществлялась таким образом, что все они при поступлении «сортировались по роду и градусу болезни» на: 1) требующих срочных операций; 2) легкораненных, получающих медицинскую помощь и сразу переправляемых в лазареты для долечивания; 3) нуждающихся в операциях, которые, однако, можно произвести через день или даже позднее; 4) безнадежно больных и умирающих, помощь которым («последний уход и предсмертные утешения») осуществляли только сестры милосердия и священник. Мы находим здесь предвосхищение идей современной медицинской этики отказа при фатальном прогнозе от экстраординарной терапии (пассивной эвтаназии) и права безнадежно больного на смерть с достоинством.

Признанным лидером клинической медицины в России был С.П. Боткин (1832-1889), возглавлявший почти 30 лет кафедру терапевтической клиники в Военно-

хирургической академии, а с 1878 г. и до конца жизни - Общество русских врачей им. Н.И. Пирогова. С.П. Боткин - участник двух войн: в Крымскую войну он работал под руководством Н.И. Пирогова, в русско-турецкой войне 1877-1878 гг. участвовал в качестве лейб-медика при царской ставке. Его «Письма из Болгарии» (к жене) представляют собой интересный и важный исторический документ. В одном из писем С.П. Боткин, отметив «хороший нравственный уровень, на котором стояли наши врачи в этой кампании», далее пишет: «Врачи-практики, стоящие на виду у общества, влияют на него не столько своими проповедями, сколько своей жизнью». В своих «Клинических лекциях» (1885-1890 гг.) С.П. Боткин затрагивает различные вопросы врачебной этики. Например, его решение проблемы информирования безнадежных больных дается здесь в духе ортодоксального врачебного патернализма: «Я считаю непозволительным врачу высказать больному сомнения о возможности неблагоприятного исхода болезни... Лучший тот врач, который умеет внушить больному надежду: во многих случаях это является наиболее действенным лекарством».

Другим выдающимся отечественным клиницистом последней трети XIX в. был Г.А. Захарьин (1827-1897), более 30 лет возглавлявший факультетскую терапевтическую клинику Московского университета. О Г.А. Захарьине – враче и диагносте складывались легенды. Г.А. Захарьин лечил Л.Н. Толстого и его домашних, при этом между врачом и его пациентом установились дружественные отношения. Клинический метод Г.А. Захарьина, в котором исключительное внимание уделялось сбору анамнеза, врачебной наблюдательности, индивидуальному, а не шаблонному подходу к больному, с необходимостью всегда включал в себя психотерапевтический элемент. Один из биографов знаменитого врача Н.Ф. Голубов отмечает, что на распутывание сложных случаев тот тратил 1,5 - 2 и более часов. В контексте медицинской этики врачебная деятельность Г.А. Захарьина представляет интерес по крайней мере в двух отношениях. Во-первых, доверие к нему больных было обратной стороной его огромного врачебного авторитета, того достоинства личности, которое современники отмечают во всех его поступках. Ежедневно он посещал клинику (изменив этой привычке лишь в последние годы) – не исключая праздников. Он говорил своим помощникам: в страданиях больного перерывов нет. Примечательно, что однажды, консультируя с молодым врачом пациентку, Г.А. Захарьин не согласился с лечащим врачом и отменил все его назначения. Наблюдая, однако, за течением болезни, профессор убедился в своей неправоте и признался в ошибке перед родственниками больной, изъясняя готовность письменно объяснить в связи с этим с лечащим врачом. Во-вторых, поучительны противоречия этического характера (иногда доходившие до состояния острого социального конфликта), имевшие место во врачебной деятельности Г.А. Захарьина. Известно, что как прославленный клиницист Захарьин был приглашен лечить императора Александра III, страдавшего тяжелым заболеванием почек. В последние месяцы жизни император находился в Крыму под наблюдением Захарьина и приглашенного из Берлина доктора Лейдена. Из психотерапевтических соображений лейб-медикам приходилось сочинять бюллетени, обнадеживающие больного, который до последнего дня читал эти сообщения в русской и иностранной прессе. После смерти императора в придворных кругах стали говорить, что Захарьин допустил грубые ошибки и неправильно лечил больного, а в народе распространились слухи, что он даже отравил императора. Захарьин вынужден был дать публичное разъяснение, какие врачебные назначения делались покойному императору. Вообще же об отношении к тяжелым больным Захарьин говорил: «Для самого успеха лечения врач должен ободрить больного, обнадежить выздоровлением или по крайней мере, смотря по случаю, поправлением здоровья, указывая на те хорошие стороны состояния больного, которых последний в своем мрачном настроении не ценит...» Большой резонанс во врачебной среде имел конфликт Захарьина с врачом Боевым. Сравнительно недавно начавший практиковать Боев привел на консультацию к Захарьину своего пациента. Профессор, убедившись, что в данном случае лечащий врач не обеспечил больного квалифицированной медицинской помощью, посоветовал последнему обра-

таться к другому врачу - известному специалисту. После этого 70 московских врачей подписали письмо, опубликованное в медицинской печати, квалифицирующее поступок Захарьина как неколлегиальный. Думается, что здесь по-своему были правы обе стороны, и потому правильнее было бы разрешить этот конфликт компромиссно.

Наиболее тяжкие обвинения предъявлялись Захарьину в последний период жизни – в связи с его частной практикой. Профессиональный революционер С.И.Мицкевич, учившийся в начале 90-х годов на медицинском факультете Московского университета, вспоминая о своих профессорах, в частности, подчеркивает, что к тому времени Захарьин имел крупное состояние, приобретенное врачебной практикой. «Стяжательские приемы захарьинцев» (имелись в виду также его ассистенты) подверглись критике в общей и медицинской печати. В 1896 году, за год до смерти, Г.А. Захарьин вынужден был подать в отставку.

## **2. Медицинская этика в СССР**

Новый режим, открывший советский период отечественной истории, пришел к власти на гребне тяжелой и разрушительной для России мировой войны, и он сразу же столкнулся с серьезнейшими проблемами. Разруха и голод в условиях низкой санитарной культуры населения спровоцировали мощные эпидемии холеры, тифа и оспы, так что первые шаги правительства в области здравоохранения вынужденно носили чрезвычайный характер. В частности, были предприняты меры по координации деятельности разрозненных и существенно ослабленных служб здравоохранения, что привело к их жесткой централизации. В июле 1918 г. был учрежден Народный комиссариат здравоохранения Российской Республики - первое в мире общенациональное министерство здравоохранения. Под руководством первого советского Комиссара здравоохранения *Н.А. Семашко* (1874-1949), врача, лично близкого к Ленину, были объединены все сферы правительства, так или иначе ответственные за оказание медицинской помощи. В последующие годы, впрочем, постепенно были воссозданы автономные от комиссариата, но централизованные структуры здравоохранения на железнодорожном транспорте, в армии, в спецслужбах и т.п.

Меры новой власти вызвали резкую критику со стороны врачей, входивших в пироговское общество, которые считали, что введение советской властью бесплатного здравоохранения лишит врачей независимости и инициативности, завоеванных ими в ходе земских реформ. Режим, однако, не был склонен мириться с критикой и противодействием, как и вообще с существованием сколько-нибудь организованной оппозиции. Сначала в противовес пироговскому обществу была создана Всероссийская федерация медицинских работников (Медсантруд), а в 1922 г. общество и вовсе было ликвидировано. Впрочем, и Медсантруд, поскольку он стремился сохранить остатки демократического самоуправления в среде медицинских работников, навлек на себя немилость властей. Так, один из организаторов советского здравоохранения, заместитель народного комиссара здравоохранения *З.П. Соловьев* (1876-1928) в 1923 г. писал: «Что же это за общественность, и о какой вообще общественности можно говорить в условиях Советского государства? На этот вопрос двух ответов быть не должно. Наша общественность - это работа на всех поприщах советской жизни на основе самостоятельности революционного класса, носителя пролетарской диктатуры - пролетариата и его союзника, бедняцкого и середняцкого крестьянства. ...Иной общественности, кроме пролетарской, в области нашего строительства мы не мыслим. И только тот врач, который откажется от противопоставления этой общественности какой-то своей «демократической», врачебной, сумеет найти дорогу в эту общественную среду, сможет в этой среде развернуть свои силы и применить свои знания и специальную компетенцию; только такой врач имеет право назвать себя сейчас общественным врачом». Режим, таким образом, существенно по-новому определял социальную роль врача. Врач мыслился как представитель враждебного, буржуазного класса, которого приходится терпеть как специалиста, но которому дозволяется работать лишь под строгим контролем со стороны пролетариата. На деле, впрочем, этот контроль осуществлялся государственным

чиновником. Отсюда - и обретавшие временами чрезвычайную остроту дискуссии по поводу врачебных ошибок, за которыми многие склонны были видеть лишь злой умысел классового врага. Отсюда - и неоднократные волны репрессий против врачей, которые обвинялись в отравлениях и убийствах как населения, так и высших партийных и государственных лиц. Между тем революция и гражданская война привели к резкому сокращению количества врачей в стране. По некоторым данным, в первые годы после революции из России эмигрировало около восьми тысяч врачей. Много врачей умерло от голода и болезней. Это заставило власти заняться ускоренной подготовкой врачей, которая осуществлялась своеобразными методами. В медицинские институты стали принимать даже тех, кто не получил среднего образования, и кто подчас не умел ни читать, ни писать; были ликвидированы выпускные экзамены; была введена система бригадного обучения, при которой знания группы студентов оценивались путем опроса одного из них - предполагалось, что более сильные студенты будут помогать более слабым. Подобные меры позволили достаточно быстро увеличить количество врачей, хотя, неизбежно, ценой резкого снижения профессиональных стандартов.

Вообще такой упор на коллективизм был не случайным. Медицина, как и все другое, рассматривается с классовой точки зрения; при этом индивидуалистической буржуазной медицине противопоставляется коллективистская пролетарская. Предназначение новой медицины понимается так: «Сохранение живых сил пролетариата и строительство социализма, само собой разумеется, для нас должны быть основным компасом при постановке вопроса о задачах нашей современной медицины» (З.П. Соловьев). В соответствии с этим, считал Соловьев, должна быть переосмыслена и вся практика медицины: «Характерной для современной клиники чертой является то, что она сложилась и существует по сегодняшний день как дисциплина строго индивидуалистическая. Строй современного капиталистического общества налагает в этом отношении свою руку и на медицину как в области теории, так и в особенности в области практики. Индивидуалистический спрос на обслуживание отдельного человека, а не человеческого коллектива создает и соответствующие методы мышления и практики».

Приведенные высказывания одного из лидеров советской медицины на этапе ее становления в высшей степени показательны как образец свойственного большевизму отрицания самооценности человеческой личности, низведения человека до роли винтика в системе производства, безусловного подчинения его социальной целесообразности. Соображениями классовой целесообразности определялись и непосредственно сами воззрения большевиков в области морали и этики. Вот характерный пример: «Хваленый теоретик мелкобуржуазной морали Эммануил Кант выдвинул в свое время моральное требование: никогда не смотри на другого человека как на средство к цели, а всегда - как на самоцель... Можно себе представить, как далеко ушел бы пролетариат в своей борьбе, если бы руководствовался этим, а не совсем противоположным требованием в своих классовых интересах. ...Высшая мудрость пролетарской борьбы состоит не в том, чтобы каждый ковырялся внутри собственной личности и декламировал насчет ее прав, а в том, чтобы каждый умел беззаветно, почти стихийно, без фраз и излишних жестов, не требуя ничего лично для себя, влить всю свою энергию и энтузиазм в общий поток и пробиться к цели со своим классом, может быть, свалившись первым по дороге» - писал в 1923 г. философ Е.А. Преображенский.

Что касается систематической разработки медицинской этики, которая соответствовала бы идейным установкам нового режима и новой системы здравоохранения, то такая задача - быть может, к счастью, - не ставилась. В той мере, в какой социальная роль врача считалась не столько самостоятельной, сколько чисто служебной, лишалась смысла сама постановка вопроса о какой-то особой этике врача. Тем не менее некоторые проблемы, имеющие отчетливо выраженное морально-этическое звучание, становились предметом дискуссий, подчас весьма ожесточенных, (например, проблемы аборта, врачебной тайны, врачебной ошибки).

В 20-е годы острые дискуссии развернулись вокруг проблемы *врачебной тайны*. Нарком здравоохранения Н.А. Семашко провозгласил «твердый курс на уничтожение врачебной тайны», которая понималась как пережиток буржуазной медицины. Обосновывалась эта позиция тем, что единственный смысл сохранения врачебной тайны - уберечь пациента от негативного отношения к нему со стороны окружающих; если же все поймут, что болезнь является не позором, а несчастьем, то врачебная тайна станет ненужной. Предполагалось, впрочем, что полная отмена врачебной тайны произойдет тогда, когда данную мысль воспримет все население. До тех же пор необходимость сохранения врачебной тайны связывалась с опасением, что отказ от нее стал бы препятствием для обращения к врачу. И хотя сам Н.А. Семашко в 1945 г., будучи уже не Наркомом, а врачом, стал выступать в защиту врачебной тайны, его прежние воззрения еще долго оказывались влиятельными, так что и до сих пор медицинские работники нередко не понимают смысл требования конфиденциальности. Лишь в 1970 г. это требование было закреплено законом.

Вообще медицинская или, как тогда предпочитали говорить, врачебная этика понималась как обоснование и утверждение корпоративно-сословной морали, чуждой классовым интересам пролетариата. Достаточно распространенной была точка зрения, согласно которой все советские люди, независимо от пола и профессии, руководствуются едиными нравственными нормами коммунистической морали, и существование каких бы то ни было специфических норм профессиональной морали будет ограничивать действие общих норм. Что касается медицинского образования, то систематического курса медицинской этики не было ни в дореволюционной России, ни в условиях нового режима. Более того, после революции было упразднено принятие начинающими врачами «Факультетского обещания» российского врача - адаптированного к тогдашним условиям варианта «Клятвы Гиппократата», принятие которого было обязательным с начала XX века. Гуманитарная подготовка студентов сводилась в основном к изучению курса марксизма-ленинизма. На этом фоне свойственного большевизму отрицания вечных моральных ценностей продолжала, однако, воспроизводиться и предшествующая традиция медицинской этики.

Среди тех, кто получал медицинское образование, достаточно многие воодушевлялись идеалом бескорыстного и самоотверженного служения, восходящим к моральным установкам земской медицины; поприще врача привлекало людей интеллектуальной направленности и тем, что в сфере их деятельности все-таки не было особенно жесткого идеологического контроля. Нормы и ценности врачебной этики передавались при этом по каналам неформального общения, в ходе повседневных контактов профессоров со студентами и опытных врачей - с начинающими.

С конца 20-х - начала 30-х годов правящий режим консолидируется. Во все поры общественной жизни проникали и становились господствующими начала административно-бюрократического планирования и управления. Планируемым становится и здравоохранение - планируется и число врачей различных специальностей, и количество больничных коек, больниц и поликлиник в городской и сельской местности, тематика медицинских исследований, развитие санаторно-курортного лечения и т.д.

Планирование предполагает количественные оценки и измерения, и с этой точки зрения советская медицина добилась впечатляющих результатов: число врачей давно уже превысило миллион, и на одного врача приходится примерно в два раза меньше пациентов, чем в США. Довольно долго улучшались и показатели более качественного характера: были практически ликвидированы многие инфекционные заболевания, значительно снизилась детская смертность, шел рост средней продолжительности жизни. По этим и некоторым другим показателям страна приблизилась к уровню наиболее развитых стран либо сравнялась с ним. Благодаря этому опыт советской организации здравоохранения привлекал и привлекает многих и на Западе, и особенно в развивающихся странах. В советский период политика в области здравоохранения всегда рассматривалась как подчиненная по отношению к экономической политике. Так, когда коммунистическая партия

выдвинула в качестве приоритетной задачу индустриализации страны, центральной задачей системы здравоохранения было объявлено улучшение медицинского обслуживания рабочих в индустриальных центрах, особенно шахтеров и металлургов (1929 г.).

Сформировавшаяся в итоге система здравоохранения, оставшаяся относительно стабильной на протяжении многих десятилетий, была во многом беспрецедентной. Врач стал государственным служащим, деятельность которого регламентировалась множеством ведомственных инструкций и в значительной степени сводилась к составлению отчетности, отражавшей то, как он выполняет эти инструкции. По отношению к вышестоящей медицинской (и партийной) бюрократии он был почти бесправен; всякое проявление личной инициативы было опасным. Что касается социальной роли пациента, то она характеризовалась парадоксальным сочетанием двух взаимоисключающих установок. С одной стороны, господствовавший и ранее во всем обществе, а не только в здравоохранении, патернализм еще более упрочился, вплоть до того, что и сам человек, и его окружение видели в здоровье некий вид государственной, а стало быть, ничейной собственности, которую можно безответственно транжирить. С другой стороны, однако, здоровье воспринималось и как высшая ценность, причем настолько высокая, что было бы просто неприлично подыскивать ей какой-либо материальный эквивалент. В ценностном плане этому соответствуют такие моральные категории, как «самоотверженность», «жертвенность» и т.п. - эти свойства необходимо проявлять тем, кто борется за сохранение здоровья, причем особо не претендуя на высокий уровень оплаты своего труда. Обе установки, между прочим, совпадали в том, что позволяли довольствоваться скромным финансированием здравоохранения, коль скоро обеспечивалось воспроизводство рабочей силы.

В 1939 г. прославленный хирург-онколог *Н.Н.Петров* (1876 - 1964) публикует в журнале «Вестник хирургии» статью «Вопросы хирургической деонтологии», а в 1945 г. - небольшую книгу с таким же названием. Эти публикации стали по сути первыми шагами в *реабилитации медицинской этики*. Характерно, что Н.Н. Петров обосновывал использование термина «медицинская деонтология» тем, что понятие «врачебная этика» более узко - оно относится только к корпоративной морали, отражающей научно-карьерные и служебно-карьерные интересы врачей. Сейчас трудно сказать, то ли это была сознательная уловка, направленная на то, чтобы обойти идеологические табу, то ли такой выбор был вполне искренним; важно то, что проблематика медицинской этики, хотя бы и понятая лишь в аспекте долга врача, была легитимизирована. Показательно и то, что такую попытку предпринял врач, получивший подготовку и сформировавшийся как личность еще до 1917 г. Широкое же обсуждение проблем деонтологии началось много позже, в середине и конце 60-х годов, в обстановке некоторой демократизации режима, когда стали появляться написанные на эту тему работы многих медиков и философов. Заметную роль сыграло проведение в 1969 г. в Москве первой Всесоюзной конференции по проблемам медицинской деонтологии. Вскоре после нее, в 1971 г., высшим государственным руководством был утвержден текст «Присяги врача Советского Союза». «Присягу» должны были принимать все выпускники медицинских институтов, приступающие к самостоятельной профессиональной деятельности. Текст «Присяги», впрочем, больше говорил об ответственности перед народом и советским государством, чем перед пациентом. Одновременно с этим в учебные программы медицинских институтов было введено преподавание медицинской деонтологии. Однако единого курса деонтологии не было - деонтологическая тематика была рассеяна по курсам отдельных медицинских специальностей.

После 1971 г. поток деонтологической литературы резко усилился. Что же касается ее содержания, то оно, к сожалению, нередко сводилось к критике «антигуманной западной медицины», утверждениям о неоспоримом моральном превосходстве советской «бесплатной» медицины и советского бескорыстного врача, морализаторству и нравоучительным рассуждениям. Нередким было и обращение к конкретным ситуациям, например, из личной практики автора; при этом, однако, старательно обходились действительно сложные ситуации, которые не допускают однозначного морального выбора. Помимо того, что

эта литература хотя бы обозначала наличие морально-этических проблем в медицине, интересной ее чертой были все более усиливающиеся с течением времени апелляции к моральному авторитету русской дореволюционной медицины и стремление представить советскую медицину как прямое и непрерывное продолжение лучших традиций прошлого. Оживление интереса к медицинской деонтологии совпало по времени с периодом, когда все более явственно стали обнаруживаться признаки кризиса в советской медицине.

Обращение к деонтологии, таким образом, в какой-то мере диктовалось стремлением мобилизовать игнорировавшийся прежде моральный фактор перед лицом нарастания кризисных явлений. Однако сама эта попытка, в той мере, в какой она апеллировала лишь к ценностям хотя бы и славного, но безвозвратно ушедшего прошлого, не могла быть успешной. Тем не менее следует отметить, что обсуждение проблем медицинской деонтологии стало у нас в стране одной из предпосылок возникновения и упрочения интереса к биоэтике.

### **3. Медицина в условиях авторитаризма и тоталитаризма**

Существенные признаки тоталитаризма выявляются при сравнении его с авторитарным режимом. Не может служить достаточным критерием однопартийность, поскольку она встречается и при авторитаризме. Суть различий, прежде всего, – в отношениях государства с обществом. Если при авторитаризме сохраняется определенная автономность общества по отношению к государству, то в условиях тоталитаризма она игнорируется, отвергается. Государство стремится к глобальному господству над всеми сферами общественной жизни. Устраняется из социально-политической жизни плюрализм. Насильственно демонстрируются социально-классовые барьеры. Власть претендует представлять некий всеобщий “сверхинтерес” населения, в котором исчезают, обезличиваются социально-групповые, классовые, этнические, профессиональные и региональные интересы. Утверждается тотальное отчуждение индивида от власти.

Следовательно, тоталитаризм принудительным образом снимает проблемы: гражданское общество – государство, народ – политическая власть. Государство полностью идентифицирует себя с обществом, лишая его своих социальных функций саморегуляции и саморазвития. Отсюда особенности организации тоталитарной системы государственной власти:

- глобальная централизация публичной власти во главе с диктатором;
- господство репрессивных аппаратов;
- упразднение представительных органов власти;
- монополия правящей партии и интеграция ее и всех других общественно-политических организаций непосредственно в систему государственной власти.

«Легитимация власти основывается на прямом насилии, государственной идеологии и личной приверженности граждан вождю, политическому лидеру (харизме). Правда и свобода личности фактически отсутствуют. Весьма важным признаком тоталитаризма является его социальная база и обусловленная ею специфика властвующих элит. По мнению многих исследователей марксистской и иных ориентаций, тоталитарные режимы возникают на базе антагонизма средних классов и даже широких масс по отношению к господствующей ранее олигархии».

Центром тоталитарной системы является вождь. Его фактическое положение сакрализуется. Он объявляется самым мудрым, непогрешимым, справедливым, неустанно думающим о благе народа. Какое-либо критическое отношение к нему пресекается. Обычно на эту роль выдвигаются харизматические личности.

В соответствии с установками тоталитарных режимов все граждане призваны были выражать поддержку официальной государственной идеологии, тратить время на ее изучение. Инакомыслие и выход научной мысли официальной идеологии преследовались.

Особую роль при тоталитарном режиме играет его политическая партия. Только одна партия имеет пожизненный статус правящей, выступает либо в единственном числе,

либо “возглавляет” блок партий или иных политических сил, существование которых разрешено режимом. Такая партия, как правило, создается до возникновения самого режима и играет решающую роль в его установлении – тем, что однажды приходит к власти. При этом приход ее к власти происходит не обязательно насильственными мерами. Правящая партия объявляется ведущей силой общества, ее установки рассматриваются как священные догмы. Конкурирующие идеи о социальном переустройстве общества объявляются антинародными, направленными на подрыв устоев общества, на разжигание социальной вражды. Правящая партия захватывает бразды государственного управления: происходит сращивание партийного и государственного аппаратов. В результате этого становится массовым явлением одновременное занятие партийной и государственной должности, а там, где этого не происходит, государственными должностными лицами выполняются прямые указания лиц, занимающих партийные посты.

#### **4. Медицинская этика в современной России**

Авторитаризм (от лат. *auctoritas* – власть) – система власти, характерная для антидемократических политических режимов. В зависимости от сочетания методов правления может варьироваться от умеренно-авторитарного режима с формальным сохранением атрибутов демократии до классической фашистской диктатуры. Крайняя форма авторитаризма – тоталитаризм. По своим характерным чертам он занимает как бы промежуточное положение между тоталитаризмом и демократией. С тоталитаризмом его роднит обычно автократический, не ограниченный законами характер власти, с демократией – наличие автономных, не регулируемых государством общественных сфер, особенно экономики и частной жизни, сохранение элементов гражданского общества. В целом же авторитарной политической системе присущи следующие черты:

Автократизм (самовластие) или небольшое число носителей власти. Ими может быть один человек (монарх, тиран) или группа лиц (военная хунта, олигархическая группа и т.д.)

Неограниченность власти, её неподконтрольность гражданам. При этом власть может править с помощью законов, но она их принимает по своему усмотрению. «Народ в таких режимах фактически отстраняется от формирования государственной власти и контроля над её деятельностью».

Опора (реальная или потенциальная) на силу. Авторитарный режим может не прибегать к массовым репрессиям и пользоваться популярностью среди широких слоёв населения. Однако он обладает достаточной силой для того, чтобы в случае необходимости по своему усмотрению использовать силу и принудить граждан к повиновению.

Монополизация власти и политики, недопущение политической оппозиции и конкуренции. Присущее этому режиму определённое политико-институциональное – однообразие не всегда результат законодательных запретов и противодействия со стороны властей. Нередко оно объясняется неготовностью общества к созданию политических организаций, отсутствием у населения потребности к этому, как это было, например, в течение многих веков в монархических государствах. При авторитаризме возможно существование ограниченного числа партий, профсоюзов и других организаций близких по духу, но при условии их неподконтрольности властям.

Отказ от тотального контроля над обществом, невмешательство или ограниченное вмешательство во внеполитические сферы и, прежде всего, в экономику. Власть занимается, главным образом, вопросами собственной безопасности, общественного порядка, обороны, внешней политикой, хотя она может влиять и на стратегию развития, проводить достаточно активную социальную политику, не разрушая при этом механизмы рыночного саморегулирования.

Рекрутирование политической элиты путём кооптации, назначения сверху, а не конкурентной электоральной борьбы.

Общесовиализационные предпосылки биоэтического знания в полной мере проявляются в России в начале 90-х годов. Однако это не означает, что биомедицинские технологии начали осваиваться в России лишь к этому времени. Напротив, именно России принадлежит «пальма первенства» по созданию большинства из них. В 1926 году С. С. Брюхоненко строит первый в мире аппарат искусственного кровообращения; в 1926 г. был открыт первый в мире Институт переливания крови; в 1931 г. Ю.Ю. Вороной осуществляет аллотрансплантацию почки в клинику; 1937 г. – дата первого в мире эксперимента по имплантированию искусственного сердца. У В. П. Демикова, руководившего этим экспериментом, учился и проходил стажировку Кристиан Бернар. В 1920 году Россия стала первой страной мира, в которой были сняты все законодательные ограничения с искусственного прерывания беременности. В 20-х годах российские ученые школы А. С. Серебровского провели ряд принципиальных для становления генетики экспериментов, доказавших сложное строение гена. В 1925 году на VI съезде Всесоюзного общества гинекологов и акушеров в Ташкенте доктор А. А. Шорохова сообщила о 88 операциях по искусственному оплодотворению с 33 положительными результатами. Работа по всем направлениям современных медицинских технологий велась в бывшем СССР постоянно и успешно. Но в 60-70-е годы – годы выхода экспериментальной медицины в практику и возникновения биоэтики в США – биоэтика в России не сформировалась и не могла быть сформирована. Одна из причин этого – оценка науки в государственной идеологии СССР. Социализм трактовался как «общество, опирающееся на науку в своем развитии». «Речь идет о «научности», о «научной рациональности» как одном из ведущих принципов социалистической культуры, что выражалось в распространении научного стиля мышления, в научном характере социалистической идеологии, господстве научного мировоззрения и атеистическом характере культуры». Наука в государственной идеологии оценивалась не только как «непосредственная производительная сила общества», т. е. по производственно-экономическим параметрам. Из «непосредственно производительной силы» она была превращена в непосредственную и высшую «человекообразующую» ценность культуры. «Наука в условиях социализма становится средством преобразования не только материально-технической базы общественного производства, но и общества в целом».

В то же время, несмотря на господствующие идеологические принципы, среди специалистов начинало формироваться и другое отношение к проблеме соотношения науки и культуры, науки и нравственности. И. Т. Фролов, один из первых советских философов, именно в связи с достижениями в биомедицине ставил вопрос «не только о ценности научной истины, но и о ее цене, причем «точкой отсчета» выступает здесь человек, его благо». В 1995 году были опубликованы рукописи российского методолога науки М. К. Петрова, который в 60-е годы обосновывал абсолютно несовместимую с советской идеологией идею о том, что «наука по канону слепа к человеческому, не видит и не в состоянии видеть человеческого, даже если бы захотела». А. П. Огурцов в исследовании «История естествознания, идеалы научности и ценности культуры» показывает, что расширение социокультурного контекста исследования науки приводит к проблеме социального признания и социализации научных открытий. Такой подход к проблемам научного знания означал наметившийся в российской философии переход от стандартного сциентистского «образа науки» к осознанию существования широкого круга нестандартных для советской сциентистской идеологии аксиологических и этических проблем науки. Демократизация в России, которая коснулась мировоззренческой культуры, стала основной предпосылкой весьма интенсивного развития биоэтического знания в стране. За последние годы социальная матрица как формальное условие разворачивания и существования знания была заполнена и на научно-организационном, и на учебно-образовательном, и на издательском, и на теоретическом уровнях. Научно-организационному уровню соответствует существование специальных структурных единиц в организационной системе науки в России. Это, прежде всего, сектор «Биоэтики» в Институте человека РАН, Российский национальный комитет по биоэтике при Президиуме РАН, Отдел биоэтики в НИИ социальной гигиены,

экономики и управления здравоохранением им. Н. А. Семашко, лаборатория «Аксиология познания и этика науки» Института философии РАН. Учебно-образовательный уровень представлен дисциплиной «биоэтика», которая стала обязательным элементом гуманитарной подготовки врача в медицинских вузах России, согласно Государственному образовательному стандарту 2000 года. Начало этому было положено Учебно-методической конференцией по гуманитарному образованию в высших медицинских и фармацевтических учебных заведениях Российской Федерации, которая состоялась в 1995 году в Санкт-Петербурге и приняла решение рекомендовать введение биомедицинской этики в качестве самостоятельного курса в систему гуманитарной подготовки студентов старших курсов.

В 1995 году в Институте переподготовки и повышения квалификации преподавателей гуманитарных и социальных наук при МГУ им. М. В. Ломоносова была создана программа подготовки преподавателей по специальности «Биомедицинская этика» и анализировался опыт преподавания биоэтики в МГУ им. М. В. Ломоносова (философский, психологический факультеты), в Российском государственном медицинском университете, в Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова, в ММСИ им. Н. А. Семашко и других медицинских вузах страны. Первыми российскими вузами, в которых были созданы кафедры биомедицинской этики, стали Казанский государственный медицинский университет (зав. кафедрой профессор В. Ю. Альбицкий) и Российский государственный медицинский университет (зав. кафедрой профессор И. В. Силуянова). Издательский уровень представлен журналом «Человек» (гл. редактор Б. Г. Юдин), «Медицинское право и этика» (гл. редактор И. С. Мыльникова). Перечисленные формы воспроизводят структурно-организационные способы существования биоэтического знания в России, которые в принципе стандартны для любого знания в любой стране. Но именно на теоретическом уровне возможна постановка вопроса не только об особенностях биоэтики как формы знания, но и о специфике российской биоэтики. Биоэтика – это способ осмысления важных, касающихся здоровья и болезни, жизни и смерти человека, ситуаций и поиск достойных моральных путей выхода из них в условиях сосуществования альтернативных возможных решений. Логика поиска и принятия решения в первую очередь определяется распространенными в обществе ценностями и поддерживаемыми традициями. Есть ли такие в России? В последние годы Россия переживает уникальное состояние. Сквозь величайшее духовно-мировоззренческое опустошение пробиваются ростки понимания того, что мы обладаем богатейшим культурным наследием. Глубокая бытийственность, жизненность принципов христианской нравственности, их детерминированность «сопротивлению смерти» побуждает нас вновь «учиться традиции», видеть в ней не косное, чуждое, далекое образование, но «первичную реальность человека». Полнота культурно-исторической реальности России немыслима без учета религиозно-нравственных традиций Православия. При этом путь к определению особенности этих традиций лежит через сравнительный анализ подходов к проблемам биоэтики в католицизме и протестантизме.

### **Литература:**

#### **Основная:**

1. Сергеев В.В. Биоэтика: Учебное пособие. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 240 с.
2. Лопатин П.В. Биоэтика: учебник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 272 с.
3. Хрусталеv Ю.М. От этики до биоэтики. – Ростов н/Дону: Феникс, 2010. – 446 с.
4. Силуянова И.В. Руководство по этико-правовым основам медицинской деятельности: уч. пос. – М., 2008. – 238 с.

#### **Дополнительная:**

1. Лопатин П.В. Биоэтика: рабочая тетрадь. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 272 с.
2. Силуянова И.В. Биоэтика в России: ценности и законы. – М.: Грантъ, 2001. – 192 с.
3. Уильмс Дж. Р. Руководство по медицинской этике: уч. пос. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 128 с.

4. Кэмпбелл А. Медицинская этика / под ред. Ю.М. Лопухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 400 с.
5. Кэмпбелл А. Медицинская этика / под ред. Ю.М. Лопухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 400 с.

### **РАЗДЕЛ 3. БИОЭТИКА КАК ФИЛОСОФИЯ И НАУКА ВЫЖИВАНИЯ ЧЕЛОВЕЧЕСТВА**

Философия обновления отношения к жизни. Высшие моральные и нравственные ценности в биоэтике. Становление биоэтической парадигмы выживания. Техногенная культура и проблема защиты жизни и достоинства человека. Биоэтика – учение о сохранении жизни и обеспечении гарантий сбережения здоровья людей. Моральные и правовые проблемы сбережения здоровья людей. Морально-правовые факторы при лечении инфекционных болезней как потенциального источника создания социальной опасности.

СПИД как глобальная проблема современности. Добровольность и обязательность тестирования на зараженность ВИЧ. Отказ от медицинской помощи больным СПИДом в свете истории и современных требований этики. Врачебная тайна, гарантии, защита конфиденциальной информации. Недопущение дискриминации и стигматизации. Социальная защита ВИЧ-инфицированных. Феномен спидофобии. Этические проблемы ВИЧ-инфицированных в педиатрии.

Роль личности в ситуации нравственного выбора. Свобода воли, совести и творчества.

### **СЕМИНАР № 9. ФИЛОСОФИЯ ОБНОВЛЕНИЯ ОТНОШЕНИЯ К ЖИЗНИ**

#### **План семинарского занятия:**

1. Высшие моральные и нравственные ценности в биоэтике
2. Становление биоэтической парадигмы выживания
3. Техногенная культура и проблема защиты жизни и достоинства человека
4. Роль личности в ситуации нравственного выбора.

#### **Темы докладов:**

1. Философия обновления отношения к жизни
2. Техногенная культура и проблема защиты жизни и достоинства человека
3. Моральные и правовые проблемы сбережения здоровья людей
4. Биоэтика – учение о сохранении жизни и обеспечении гарантий сбережения здоровья людей.

#### **Основные понятия темы (выписать определения в тетрадь):**

патернализм, антипатернализм, либерализм, врачебная ошибка, корпоративная этика, моральная ответственность.

#### **Пояснительная записка к семинару № 9**

##### **1. Высшие моральные и нравственные ценности в биоэтике**

К числу высших морально-нравственных ценностей, особо значимых в медицинской науке и клинической практике, а ныне получивших закрепление в биоэтике, относятся: долг и честь ученого и врача, сохранение достоинства пациента, страдание и сострадание, свобода выбора и ответственность. С ними сегодня связывают право на риск и на возможность медицинской ошибки. Поэтому, отступая в некоторых случаях от заповеди «Не навреди», биоэтика подтверждает особое значение ее духа и противостоит повышенной рискованности методов научного исследования на человеке и врачевания на современном

этапе развития медицины. Проблема риска в медицине тесно связана с проблемой новаторства врача, когда трудно рассчитать возможные негативные последствия.

Научное дерзание, предпочтение большего риска во имя достижения блага, т.е. обретения пациентом утраченного здоровья, без него не может быть научного творчества и прогресса в здравоохранении. Однако врачу-новатору каждый его смелый шаг, связанный с первым применением принципиально нового медицинского средства или иного метода лечения, дается нелегко и сопровождается мучительными раздумьями, которые никто не может облегчить или взять на себя. Неслучайно после неудачи одной из новаторских операций и смерти пациентки на операционном столе герой повести известного хирурга Н.М. Амосова говорит себе: «Все. В последний раз, больше не буду. Пусть они умирают без меня». Но проходит время, и врач осознает, что он обязан бороться с болезнями. Его биоэтическое сознание каждый раз требует давать оценку его врачебной новации, даже если она не влечет за собой уголовной ответственности. Врач не освобождает себя от нравственной ответственности. При этом наличие в клинической практике врачебных просчетов и несчастных случаев как неизбежных явлений, сопутствующих лечению неординарных заболеваний, ни в коей мере не должно означать права врача на ошибку.

Творческие инновации и нравственная ответственность врача самым тесным образом связаны с его нравственным отношением к своему врачебному долгу, обусловленному ценностью сохранения жизни людей и укрепления их здоровья для достижения всеобщего счастья. Врачебный долг заключается в выполнении всех профессиональных требований, связанных с его клинической работой и достижением главной врачебной цели - выздоровления пациента, вне зависимости от условий и времени оказания медицинской помощи, от состояния врача и его отношения к личности больного. Высшим проявлением профессионального долга врача является соблюдение им принципа гуманизма - «благоговения перед жизнью» (А. Швейцер) – и добросовестного выполнения им всех своих обязанностей по отношению к заболевшим людям. Руководствуясь принципами биоэтики, врач призван уважительно относиться к достоинству каждого своего пациента, независимо от его социокультурного положения, личностных качеств, состояния здоровья. Святость жизни и ценность личности - главное, что лежит в основе морально-нравственных требований биоэтики.

Ведь во все времена и у всех народов мира сохранение и сбережение здоровья человека по праву считалось наивысшей ценностью. На осмысление и выработку действенных путей, средств и методов обеспечения естественного права людей на достойную и счастливую человеческую жизнь была направлена деятельность философов, ученых, медиков и т.д. Им действительно удалось достигнуть поистине грандиозных успехов в сфере науки и медицины, техники и педагогики, но особенно в области философии сбережения и укрепления здоровья людей. Проблема сбережения и укрепления здоровья человека всегда была актуальной и рассматривалась в разных содержательных аспектах: в биологическом, физиологическом, психическом, интеллектуальном, нравственном, культурно-гуманистическом и т.д. Ныне эта тема, к чести ученых, философов, политиков и медиков, как об этом не раз сказано, философски осмысливается в ключе интегрированной междисциплинарной дисциплины - биоэтики, ищущей новые образовательно-воспитательные пути, методы и средства для сохранения жизни, сбережения и укрепления здоровья людей, повышения их личной ответственности.

Биоэтика, учитывая сказанное, рассматривается в медицинских кругах в основном в трех аспектах. Первоначально ее основной задачей считается сбережение здоровья людей как необходимое условие для их благополучной физической, психической и социально-культурной жизни. Затем создание социально-культурных условий для творческо-созидательной деятельности человека. И, наконец, задачу успешной реализации каждым человеком его природных биофизиопсихических, интеллектуально-нравственных и иных скрытых качеств в целях компетентного участия в общественных делах. Залогом создания благоприятных условий для реализации идеалов и принципов биоэтики как принципиаль-

но новой этики, направленной на сохранение жизни на Земле и сбережение здоровья всех людей, должно стать морально-правовое воспитание, особенно молодежи. Со времен Ф. Бэкона (1561-1626), а может быть и раньше, мыслящие люди осознали, что истинное познание человека и его смысла жизни получается методом «чтения книги жизни» (Ф. Бэкон). Именно этим методом и должны овладеть все молодые люди, входящие в сложный и противоречивый природный и общественный мир.

Биоэтика сегодня призвана способствовать радикальной модификации системы воспитания и взрослых, и молодых людей. В связи с этим большая ответственность возлагается на систему высшего образования, которая должна вырабатывать новые методы эффективного исследования жизни и философско-методологические стимулы ее улучшения и поддержания нравственного здоровья студентов и аспирантов всех учебных заведений, граждан России и в будущем ответственных специалистов. В связи с этим в учебный процесс образовательного учреждения необходимо вводить биоэтику как целостный комплекс философско-психологических и этико-правовых учебных курсов, специальных тренингов сообразно специфике студенческого коллектива, региона, национальных традиций и т.д. Эти курсы и тренинги должны быть направлены на формирование ответственного нравственного отношения к сбережению собственного здоровья. Для этого и преподавателям, и студентам надо глубоко переосмыслить идеи традиционной этики, выработанные мыслителями прошлого, а также усвоить философию и методологию биоэтики в деле сбережения жизни на Земле и здоровья людей.

С позиции философско-психологической методологии и идей биоэтики в учебных заведениях необходимо изменить прежний системно-педагогический стиль этического воспитания и образования студентов для создания творческой интеллектуально-нравственной атмосферы. Такая учебная программа должна стать философией сбережения здоровья всех граждан России.

Закрепление в индивидуальном сознании современного специалиста высоких нравственных идеалов позволит успешно разрешать сложнейшие жизненные демографические проблемы, связанные с непродуманными действиями ученых, технологов, а также политиков, социологов, экономистов. Они своими не всегда безупречными в нравственном отношении действиями ставят человеческую жизнь под угрозу. Философы и ученые считают, что сегодня необходимо подвергать стратегические исследования морально-правовой оценке и ограничивать бесконтрольное экспериментирование на живых организмах. Человек от науки, да и вообще любой специалист, имеющий дело с людьми, должен содействовать тому, чтобы современное общество поднялось на новую ступень в своем интеллектуальном и нравственном саморазвитии.

Сегодня, в эпоху техногенной цивилизации и глобализации жизненных сфер развития, нельзя забывать о необходимости создания в обществе творческой интеллектуально-нравственной атмосферы. На ее создание настроены лучшие специалисты: философы и ученые, инженеры и техники, наконец, медики и психологи. Ими достигнуты уже поистине грандиозные успехи. Все это не может не радовать, но не может и не тревожить. Человечество почувствовало реальную угрозу физическому, умственному, психическому и нравственному здоровью и даже собственному существованию. Можно сказать, что наука подвела человечество к краю пропасти, за которой возможно и его самоуничтожение. Интенсивное вмешательство человека в естественно-природные и социально-культурные процессы на Земле ставит острые вопросы о нравственности и ответственности за хищническую эксплуатацию природных ресурсов, которая может привести к экологической катастрофе.

В биоэтике определился и новый нравственный подход к разрешению труднейших проблем человечества в улучшении взаимоотношения человека с живой и неживой природой, в создании на планете условий для нормальной естественной жизни. Именно биоэтика стала определять качественно иные моральные и правовые координаты в деятельности ученых, медиков, да практически всех специалистов, от которых зависят приоритеты в

деле сохранения жизни и сбережения здоровья всех людей на Земле. Кстати, философия сбережения жизни, по мнению авторитетных ученых и философов, зарождалась на той же проблемной почве, что и медицина, на познании сути жизни и ее сбережении.

Традиционные моральные идеалы, принципы и установки как высшие общественные духовные ценности стали утрачиваться и попросту игнорироваться многими людьми. Значит, жизнь современных людей стала особо нуждаться в новом философско-этическом переосмыслении. Ведь философско-этическая мысль с момента своего зарождения еще в середине I тысячелетия до новой эры была рефлексией на духовный мир человека. Начиная с середины XX в. и до наших дней в мире социально-культурной и духовной жизни происходят радикальные трансформации и серьезные новации в философии и философствовании о человеке и его судьбе. Теперь философская рефлексия черпает свою духовную энергию из новых социально-культурных, научно-образовательных ситуаций, в которых заложен гуманный смысл человеческого существования, его интеллектуального и нравственного самосовершенствования. Эти, по сути, самые актуальные и в то же время самые сложные проблемы жизни и деятельности современного человека становятся предметом пристального внимания философов, ученых, медиков. Ныне остро встала проблема сохранения жизни и сбережения здоровья людей.

Для того чтобы сегодня судить о жизни и ее сбережении в естественном виде, необходимы научное познание и понимание совокупности ее ценностных признаков, относительно которых сегодня все ученые едины как на уровне естествознания, так и на уровнях нравственности и юриспруденции. Не случайно, что именно в наше время возникла потребность в биоэтике, которая основывается на идеалах и принципах сохранения природных свойств и качеств всех живых существ на Земле и человека в их естественном симбиозе. Многие мыслители глубокой древности, обращаясь к феномену жизни, размышляли о человеке, его жизни и деятельности, о способе его познания как судьбоносном факторе в развитии человечества. Достаточно вспомнить имена таких выдающихся философов, как Сократ, Платон, Аристотель, Эпикур, Лукреций, Сенека, и др. По Аристотелю, жизнь предполагает особую материю и форму. Материей является тело, а формой - душа, названная им энтелехией.

Ныне жизнь как системно развивающийся органический мир живых существ на Земле и духовно-культурный мир человека исследуется рядом естественно-научных, исторических, культурологических, социальных и гуманитарных дисциплин. С позиции современных философов, совпадающей с точкой зрения ученых-биологов, жизнь - это процесс постоянной эволюции существ, обладающих свойствами самоорганизации и самоуправления. Согласно работам многих отечественных ученых и философов (В.И. Вернадский, А.Л. Чижевский, Н.Н. Моисеев, В.Н. Казначеев, А.А. Яшин), жизнь рассматривается так же, как и Космос (греч. *kosmos* - порядок, упорядоченное устройство, красота). Она становится предметом особого интереса философии, науки, религии, искусства и, конечно, биомедицины.

Естественно-научные дисциплины (биология, экология и биомедицина) исследуют жизнь как универсальный предмет эволюционного саморазвития мира. При этом одной из наиболее важных задач в познании жизни является осознание объективной логики ее происхождения и саморазвития. Наибольшее распространение в общественном сознании ныне получили следующие модели возникновения и развития жизни на Земле: креационизм, или божественное сотворение мира, а затем и жизни из ничего, панспермизм, или внеземное происхождение животного мира. Согласно этому учению, жизнь, как и весь мир, вечна и в своем развитии бесконечна. Это постоянный процесс естественной физико-химической эволюции. Ученые полагают, что первые признаки жизни на Земле зародились примерно 4-5 млрд. лет назад. За это время различные виды и формы жизни сильно эволюционировали. Наряду с простейшими организмами, теперь в мире сосуществуют и очень сложные существа и, конечно, их высшая форма - человек.

В связи с этим значительно возросли социальные и морально-правовые требования к модификации всей системы здравоохранения и путей сбережения людьми собственного здоровья как источника творческой и созидательной деятельности. На первый план выдвигается принцип защиты прав человека, а в медицине - принцип достижения информированного согласия пациента на лечение, согласно которому любое врачебное вмешательство в жизнь человека, диагностического, профилактического, лечебного или исследовательского характера, проводилось бы только на основе осознанного и добровольного согласия пациента. При принятии врачебного решения сегодня недостаточно практического опыта, знаний и компетенции специалиста-медика, необходима еще и нравственная составляющая, заложенная в интегративной дисциплине сбережения жизни - биоэтике. Это принципиально новая междисциплинарная наука о жизни и ее сохранении, которая опирается на современные достижения естествознания, техники и технологии биомедицины. Биоэтика не повторяет прошлое традиционной этики. Это по-настоящему новое интеллектуально-нравственное и правовое явление. Оно открывает перед людьми огромные возможности, которых не было и в помине лет тридцать или пятьдесят назад.

## **2. Становление биоэтической парадигмы выживания**

Становлению биоэтики как новой научной парадигмы предшествовали общеметодологические, аксиологические и естественно-научные повороты в познании жизни и заботе о ее сохранении. Биоэтика, объединяя биологические, медицинские знания и человеческие ценности, связанные с необходимостью защиты прав личности, представляет собой систематическое исследование в области наук о жизни, человеке в той мере, в какой концептуальные основания традиционной этики уже не могут сегодня ориентировать ученых, медиков, других специалистов в их исследовательской и практической деятельности. В новом этическом ракурсе формулируются научные цели и задачи расширенной трактовки биомедицинских исследований и актуализируются проблемы прав и свобод личности. С особой остротой звучат в биоэтике проблемы рациональной и нравственной аргументации сбережения жизни, затрагивающие интересы всех людей на Земле и будущего человечества. Речь идет о путях сохранения естественной жизни и, конечно, сбережении здоровья людей: физического, психического, ментального и нравственного в условиях техногенной эпохи.

Рационально-логическое обоснование и нравственное осознание новых ценностей в современной жизни, органично включающиеся в биоэтику и в научно-медицинское знание, должны транслироваться во все образовательные технологии и усваиваться студентами и молодыми исследователями в процессе обучения. Стратегическая задача, стоящая сегодня перед современной наукой и медициной, - не только включение в структуру познавательной деятельности проблем рационально-философского направления, но и нравственных смыслов и правовых подходов в самых различных областях исследования жизни. Биоэтика как разумно-нравственная парадигма, как своеобразный мост в будущее человечества олицетворяет собой логическое единство научного рационализма и общественной морали, идеалы гармонии защиты жизни на Земле и сбережения человеческой личности: ее естественных прав и гуманистической ответственности за все творческо-инновационные деяния в природе, общественной жизни людей.

Разумеется, в век небывалого научно-технического и технологического прогресса проповедь так называемого «морального рационализма» звучит эффектно (у кого возникнет мысль поставить под сомнение значение «светлого разума»), а если принять во внимание то реальное обстоятельство, что дело биоэтического образования поставлено пока не лучшим образом, то весьма убедительно. Было бы сегодня неразумно недооценивать значение биоэтики, которая, как всякое научное знание, освещает путь практике, помогает медикам, всем специалистам действовать «с пониманием». Важно, однако, чтобы знание биоэтических идей и принципов, моральных норм современного общежития людей превратилось во внутренние нравственные убеждения специалистов, вылилось в их глубокое

осознание своей личной ответственности. Знание же как таковое ни в коей мере не может заменить или восполнить недостаток развитого нравственного сознания, неразбуженность совести. Прогресс нравственности, как свидетельствует об этом история, не находится в прямой зависимости от прогресса науки и техники. Торжество гуманности и высокой нравственности обеспечивается не победой «светлого разума» над «темным чувством в людях», а установлением таких общественных отношений, которые бы, в конечном счете, определяли моральное состояние общества.

В условиях пропаганды современной гуманистической парадигмы общественного развития, характеризующей суть, смысл и цели воздействия техногенной цивилизации на судьбы людей, именно биоэтика может и должна обеспечить разрешение глобального противоречия между революционными достижениями научно-технического и научно-технологического прогресса и естественными интересами людей. Сегодня в рамках биоэтической парадигмы уже происходит принципиальное изменение в морально-правовом отношении к обеспечению здоровой жизни людей, к сохранению живой природы. Оно состоит в том, что гуманизация сознания каждого отдельного человека должна проявляться в гуманном отношении к живой природе в той же мере, как и в межличностных отношениях, и в отношении его к самому себе. Биоэтика как совокупность гуманистических, морально-правовых принципов и правил в жизни и деятельности современных людей ориентирует их на выработку и следование новым требованиям к проведению современных биомедицинских исследований. Речь идет о бережном отношении к любому живому существу, о правах биоса на основе швейцеровского принципа благоговения перед жизнью.

Дальнейшее прогрессивное развитие человеческой цивилизации ныне можно представить только с позиции коэволюции живой природы и человека, но не подчинения одного другому, а при гармоничном процессе совместного развития. Раскрывая суть и смысл принципа коэволюции, Н.Н. Моисеев резонно отмечает, что на определенной стадии развития человечества уже нельзя изучать и понимать его независимо, вне связи с эволюцией природных процессов, так же, как и человека, - вне общества и его культуры. Во имя выживания и благополучного развития современного человечества возникает необходимость в согласованности эволюционного характера взаимосвязи общества людей и живой природы. И если коэволюция как характерная черта естественно-исторического процесса саморазвития природы и человечества реализуется на других уровнях механизмами естественной самоорганизации, то согласованность всех параметров саморазвития природы и общества может осуществляться только благодаря человеческим разуму, воле и совести.

Высокие научные технологии требуют биоэтического диалога между учеными, медиками и общественностью в деле сбережения жизни на Земле и здоровья всех людей. Биоэтика - это не только принципиально новая область этического знания, но и особая мировоззренческая дисциплина, дополняющая философию жизни. Последняя в ряде современных научных исследований жизни, особенно в биомедицине, сама начинает активно опираться на биоэтические принципы. На основе идей биоэтики сегодня происходит переосмысление и синтез естественно-научных, гуманитарных, морально-правовых знаний, т.е. биоэтика выступает как новое философское основание для всех наук о жизни. Именно биоэтика, наряду с традиционными этическими учениями, позволяет понять и выработать оптимальные решения глобальных проблем сбережения жизни, с которыми столкнулась современная цивилизация.

Результатом этих непростых размышлений и стало создание биоэтики - сложного феномена в современной научно-исследовательской и медицинской культуре, философии и юриспруденции. Термин «биоэтика» впервые появился в научной, медицинской и философской литературе в середине прошлого столетия. Его ввел в широкий научно-философский и медицинский оборот в 1969 г. американский биолог, врач-онколог Ван Ренсселер Поттер (1911-2001), вкладывающий в содержание этого междисциплинарного термина, прежде всего, установление тесной взаимосвязи традиционного этического учения с биологической наукой и современной медициной. Это было, образно говоря, некое

интеллектуально-нравственное наведение мостов между естествознанием в целом, биологией, медициной, этикой, философией, правом.

Наведение вообще каких-либо мостов исстари рассматривалось как создание прочной взаимосвязи между разными сторонами некоей целостности во имя ее укрепления. И в деле создания синтетической дисциплины биоэтики «мост» стал служить своеобразным символом упрочения единства различных сфер науки, медицины философии, права в целях сохранения жизни и сбережения здоровья людей. Взаимосвязь эта рассматривается весьма многопланово, но для В.Р. Поттера главной была задача сформировать в сознании людей новую, эпохальную, ответственность, которая бы нацеливала всех ученых, медиков, всех специалистов, исследователей и хранителей жизни, на разумное использование новейших открытий в науке вообще, в биологии и биомедицине в особенности. «Человечество, – убеждал В.Р. Поттер, – нуждается в соединении биологии и гуманитарного знания, из которого предстоит выковать науку выживания и с ее помощью установить систему приоритетов».

На формирование биоэтики значительное влияние оказала современная биософия – раздел философии, занимающийся анализом и осмыслением новейших достижений различных наук в выявлении закономерностей саморазвития всего живого на Земле. Большой вклад в гуманизацию наук о жизни вообще и человеческой в особенности вносят философские воззрения, связанные со всеобщей экологией, которая несет в себе как естественно-природное или материальное, так и социально-культурное содержание. Чтобы познать, понять и оценить уникальность бытия жизни, нужно интегрировать биологическое знание и философское восприятие жизни, которое необходимо для установления морально-правовых связей и отношений в мире природы и обществе. И в этом может помочь биоэтика, которая опирается на качественно иные философские основания, связанные с новыми естественно-научными знаниями в области биологии и современными метафизическими изысканиями. Это принципиально новое интеллектуально-нравственное учение и получило название биософии.

Биософия как учение о мудрости жизни вбирает в себя широкий круг понятий, характеризующих земной биос, биосферу, их эволюцию и организацию. К ним относятся «специфика живого», «единство живого», «разнообразие живого», «организация живого», «адаптация», «жизненная среда», «биосфера», «биогеоценоз», «биохимические круговороты» и многие другие. Они лежат в основе биологического знания, на них базируется теоретическое мышление в области биологии, биомедицины, без которого невозможно развитие биоэтического сознания людей. Биософия учит землян бережно относиться к природе, призывает стремиться к сохранению жизни, сбережению своего здоровья. «Функционирование идей и принципов биософии в самом «теле» науки и медицины создает новые акценты в содержании целей и мотивов научного исследования». Таким образом, люди становятся свидетелями формирования новых революционных парадигм в биософии – биоэтики и биомедицинской этики.

Биоэтика руководствуется биософскими идеями, идеалами и принципами, а также правовыми требованиями к ученым, медикам, ко всем специалистам, имеющим то или иное отношение к жизни вообще, нацеливает их на ее защиту и сбережение здоровья людей. В то же время биоэтика сама в современной системе здравоохранения имеет и особую профессиональную составляющую. Она выдвигает на первый план задачи сбережения жизни вообще (в земной биосфере) и человеческой жизни, в частности, укрепления физического, психического и умственного здоровья людей. В этих целях устанавливаются качественно иные морально-правовые отношения во всей системе здравоохранения между взаимодействующими субъектами – учеными, врачами, медсестрами и пациентами. Эта принципиально иная научная и межпрофессиональная разновидность отношений в науке и медицине получила воплощение в биомедицинской этике.

Главенствующим принципом биомедицинской этики и биоэтики стал принцип А. Швейцера (1875-1965) благоговения перед жизнью. Этот гуманный принцип требует,

по сути, от каждого человека «относиться с благоговением к каждому живому существу и уважать его как собственную жизнь». Он предполагает осознание людьми необходимости самопожертвования во имя сохранения жизни, воспитание чувства личной ответственности и сострадания. Гуманный человек, по А. Швейцеру, «повинуется внутреннему побуждению помогать любой жизни, которой он может помочь, и удерживаться от того, чтобы подчинить живому какой-либо вред». Со временем идеи биомедицинской этики станут моральным и правовым стимулом справедливой жизни всех людей, сохранения ими жизни как высшей космической ценности и, конечно, сбережения и укрепления физического и духовного здоровья людей.

Древние идеалы гуманности и моральные принципы, воплощенные в биомедицинской этике, сегодня в обобщенной форме изложены в «Конвенции о защите прав и достоинств человека в связи с использованием достижений биологии и медицины». Эта Конвенция принята Парламентской ассамблеей Совета Европы в 1996 г. На первом месте – защита интересов отдельного человека, прежде всего пациента. Эти идеалы должны превалировать над интересами государства. Все правительства, указывается в Конвенции, обязуются обеспечивать равную доступность медицинской помощи надлежащего качества всем членам общества. Причем, любое вмешательство в сферу сбережения здоровья людей должно отныне осуществляться в полном соответствии с профессиональными знаниями и умениями, а также гуманными идеалами.

С учётом гуманных идеалов и принципов, изложенных во «Всеобщей декларации прав человека», этико-правовых норм, провозглашенных ранее в международных документах: конвенциях и резолюциях, рекомендациях Организации Объединенных Наций, Совета Европы, Всемирной организации здравоохранения и Всемирной медицинской ассоциации, создаются и российские этические кодексы медицинских работников. Уже разработаны и функционируют: «Кодекс врачебной этики», «Этический кодекс фармацевтического работника», «Этический кодекс медицинской сестры», «Российская декларация в защиту прав пациента» и др. Важнейшая задача этих морально-правовых документов – ограждение человека от возможных негативных последствий внедрения в медицинскую клиническую практику качественно иных, пока еще недостаточно проверенных медико-биологических достижений и новейших медицинских технологий.

В научной и практической работе по внедрению идей и принципов биоэтики в сознание и деятельность ученых, медиков, всех специалистов, имеющих отношение к проблемам сбережения здоровья людей, в связи с современной ситуацией, требующей минимизации финансово-экономических и материальных затрат, в российской системе здравоохранения стало, к сожалению, много формальностей. Действительность показывает, что гипертрофированная коммерциализация медицины в России практически отрывает врачей, медсестер, фармацевтов от их лечебной деятельности, а, значит, и от гуманистической составляющей здравоохранения народа. Дело в том, что последнее не всегда совпадает с экономической выгодой в медицине. Коммерческий подход к проблемам сохранения жизни людей и тем более сбережения их здоровья находится в противоречии с нравственными принципами и правовыми обязанностями медиков, которые положены в основу международных конвенций, деклараций и медицинских кодексов.

На этом фоне зарождается и укрепляется сама философия биоэтики. На медиков она возлагает большую личную ответственность за сбережение здоровой творческой жизни людей, что позволит им осознать свою особую уникальность и роль в мире. Конечно, для нормального функционирования творческой жизни необходимо удовлетворять естественные потребности людей. Что касается медицины, то она теперь призвана не только избавлять людей от болезней, но и содействовать раскрытию их духовных творческих начал как естественной потребности жизни и деятельности. Ведь с самого детства у человека проявляется естественная потребность в своем жизнеобеспечении, и формируются новые духовные интересы и материальные потребности. Все это обуславливает осмысленную жизнь людей. Естественные потребности – это все, что необходимо для естественного су-

ществования. Это потребность в воде, пище, жилище и т.д. Но люди нуждаются еще и в удовлетворении постоянно возрастающих социально-культурных потребностей, связанных с научной, моральной, эстетической, религиозной и иной деятельностью.

Признавая исключительно большое значение биоэтики в сохранении различных видов и форм жизни как принципиально нового научного учения о современном бытии живых существ на Земле, необходимо помнить о научной роли и значении дарвинизма, учении об эволюции. Дарвинизм оказал огромное влияние на развитие естествознания. Однако традиционная биология, изучающая жизнь, какой она реально предстает на данный момент, шире теории эволюции, освещающей пусть важнейшей, но все же только один из аспектов понимания жизни. Расшифровка в 1953 г. строения молекулы ДНК позволила сформировать современную модель жизни. Это по научному значению сравнимо с мировоззренческой революцией Н. Коперника на заре эпохи Нового времени. Жизнь теперь понимается в науке как объективное сосуществование и саморазвитие всех земных организмов (будь то растения, животные, люди), выражающееся в обмене веществом и энергией с окружающей средой, а также в воспроизведении себя и себе подобных.

Жизнь на Земле – это форма и способ бытия, а для человека еще и биопсихосоциально-культурная творческо-созидательная и преобразовательная деятельность. Жизнь и деятельность человека интегративны в самом широком смысле этого слова. На фоне естественно-природной и социально-культурной среды обитания человек осуществляет специальные или специализированные формы творческой деятельности, такие, как общение с людьми, познание мира и общества, научно-практическая работа по его преобразованию, культурный отдых, и т.д. Эти и некоторые другие формы человеческой жизни и его творческо-созидательной деятельности существуют и развиваются в общем контексте бытия общественного субъекта. Они проявляются во множестве различных естественно-природных, общественных и культурных видах бытия.

Проблема жизни в силу своей сложности и многогранности по сей день не перестает оставаться в центре внимания не только ученых-естественников, но и ученых-гуманитариев. Так, выдающийся писатель и мыслитель Л.Н. Толстой (1828-1910) в своем философском трактате «О жизни» писал, что «жизнь определять нечего: всякий ее знает, вот и все, и давайте просто жить, так говорят в своем заблуждении люди, поддерживаемые ложными учениями. И не зная, что такое жизнь и ее благо, им кажется, что они живут, как может казаться человеку, несомому по волнам без всякого направления, что он плывет туда, куда ему надобно и хочется».

Согласно работам выдающихся русских ученых В.И. Вернадского, А.А. Яшина, Н.В. Тимофеева-Ресовского, К.Э. Циолковского, А.Л. Чижевского, жизнь – это результат сложнейшего взаимодействия ряда космических и земных факторов. Размышление о симбиозе материальных и духовных сущностей жизни, единении Космоса, Земли и человека были свойственны представителям и философской, и религиозной мысли: В.С. Соловьеву, Н.А. Бердяеву, П.А. Флоренскому. Философы ищут источник или, иначе говоря, субстанцию этого удивительного и уникального симбиоза в движении (развитии) материи и духа как некоего «жизненного порыва». (А. Бергсон). Они рассматривают этот «жизненный порыв» в космической целостности, т.е. в единстве множества объективных условий и субъективных факторов развития, но всегда как биологические и социально-культурные процессы эволюции бытия мира.

Человечество сегодня подошло к осознанию того факта, что жизненно необходимо развивать новое как мировоззренческое, так и нравственно-правовое отношение людей к сбережению жизни вообще и человеческой особенно. Мудрость современных людей состоит в понимании и создании принципиально новых морально-правовых принципов и требований к жизни и деятельности человека. Сегодня моральные идеи и идеалы, принципы и правовые требования заложены в новом интеграционном междисциплинарном концепте, получившем название биоэтики. Революционные прорывы в науке, технике, технологии нацелили философов, ученых и медиков на выработку иной системы морально-

правовых требований, принципов и правил для тех, кто занимается наукой о жизни, прежде всего медициной. Новый морально-правовой концепт должен быть гуманным по сути, жестким и категоричным по способу претворения в жизнь.

Задача состоит в том, чтобы сформировать новое морально-правовое сознание и самосознание – биоэтическое. Науке и философии предстоит решать непростые теоретические и практические проблемы биоэтического свойства: искусственное оплодотворение, трансплантация органов, генные операции и т.д. Причем эти проблемы считаются обыденными и малоинтересными, однако решать их намного труднее, чем, например, проблему клонирования. Академик РАМН Ю.Л. Шевченко заявил: «Общественный смысл биоэтики заключается в том, что она является конкретным проявлением гуманизма в медицине. Данный критерий является основным в научных исследованиях биологии и медицины. Какие бы цели ни ставились исследователями, гуманизм и безвредность для человека всегда должны стоять на первом месте». В этом и состоит нравственная ответственность ученого и медика.

### **3. Техногенная культура и проблема защиты жизни достоинства человека**

Что касается человеческой жизни, то в большинстве учений она считается уникальной и отдельной от всех остальных живых организмов. Наряду с этим существует универсальный взгляд о конечности всех форм жизни на планете. Данный взгляд выражается в имплицитной идее о том, что у каждой жизни есть начало и конец, который обычно определяется как некая форма смерти. Это вне сомнения относится и к жизни каждого отдельного человека. Но в современную техногенную эпоху проблема жизни и смерти приобрела принципиально иной смысл. Дело в том, что человечество в целом оказалось на грани исчезновения в результате нарушения естественных жизненных форм существования людей. Выживание человечества в XXI веке стало актуальнейшей задачей. Оно зависит от того, сумеет ли оно обрести ценностное самосознание прежде, чем эгоизм людей и творческий фанатизм учёных смогут привести к гибели земную цивилизацию, а вместе с ней и первозданную жизнь на планете.

В обыденно-практическом сознании людей существует понимание этой опасности, которое неотрывно от осознания ими ценностно-ориентационной ответственности за всё происходящее. Морально-ценностное отношение людей к миру и жизни на Земле, будучи осмыслением человеком смысла своего бытия в его духовном и практическом преобразовании мира, становится этико-правовой ориентацией в практической жизнедеятельности: общественном поведении и научно-познавательной, и творческо-преобразовательной работе. Сказанное, в первую очередь, означает, что формирование современного морально-правового сознания необходимо для осознания всеми людьми ответственности за результаты творческо-преобразовательной деятельности, которая стало предметом специального внимания так называемой этики сохранения жизни на Земле и сбережения здоровья людей – биоэтики.

Бытующее ныне в обществе представление о биоэтике сохранения жизни на Земле носит нередко обывательский характер, который в большей или меньшей степени связан с эмоциональным настроением или некачественным воспитанием субъекта преобразования и поведения. Ориентация традиционной этики на достижение блага человека во имя обеспечения счастливой жизни человека, его относительной свободы в жизни воспринимается чаще всего как естественная потребность личности, а не её обязанность. И в этом моральном сознании многих людей не ассоциируется с судьбой общества, а тем более – человечества. Однако человечество, борясь за своё существование и развитие, как бы прозревает, т.е. оно начинает понимать, что смертен не только каждый человеческий индивид, но и всё человечество в целом тоже может погибнуть. Если учёные и медики, политики и социологи, воздействующие на изменение общественного сознания, не будут руководствоваться этическим принципом ответственности за сохранение жизни как таковой в своей

исследовательской и преобразовательной деятельности, всё человечество может оказаться в трагическом положении.

Человечество сегодня стоит перед двумя возможными сценариями своего будущего состояния: трагического или оптимистического. Согласно первому, если следовать целям достижения наслаждения людьми, бездумно и порой безмерно используя феноменальные результаты научно-технического и технологического прогресса, то в итоге можно потерять все человеческие качества: разум, честь, совесть, достоинство и т.д. Противостоит же этому пессимистическому сценарию будущей безрадостной судьбы человечества жизнеутверждающая современная гуманистическая этика – биоэтика, которая призывает к разуму и совести всех творческих, создающих лучшие условия для счастливой жизни людей. Они хорошо сознают, что многие общества погрязли уже в острых политических и экономических конфликтах, и что невежество и взаимное недоверие создают очаги социальной напряжённости, которые уже грозят людям и всему человечеству гибелью.

Только при новом этическом разрешении современных политических, экономических, национальных, религиозных конфликтов и других глобальных проблем в жизни каждого человека, так и всего человечества, сегодня на первый план следует выдвигать задачи нравственного воспитания гражданской, личной, персональной ответственности. Так, для современного учёного, врача, философа, социолога, политика, юриста и других специалистов, отвечающих за создание и сохранение здоровой, творческо-созидательной ситуации в трудовом коллективе и обществе, а также в судьбе каждого индивида, важна всеобщая нравственная ответственность при использовании новых социально-культурных и научно-технических достижений в целях сохранения жизни на Земле и сбережения интеллектуального и нравственного здоровья людей и всего человечества. Для этого им предстоит обеспечить на Земле доступность получения хорошего образования для всех людей нашей планеты, широко распространить в мире идеи гуманизма и демократии, защитить права человека и повысить его нравственную ответственность за создание благоприятных условий для здоровой и счастливой жизни людей.

Отношение к человеку как уникальному биологическому, духовному, социально-культурному живому существу становится особо приоритетной ценностью. Именно поэтому биоэтика требует от всех, кто так или иначе связан с жизненными процессами или модифицирует отдельные виды живых существ, соблюдать нравственные и правовые идеалы и принципы. Это обстоятельство и объясняет истоки и причины её возникновения как интегральной науки именно в конце XX - начале XXI вв., когда стали реально ощущаться радикальные изменения по отношению к результатам преобразующей жизнедеятельности в науке в целом и в медицине в частности. Современные исследователи природы вообще и особенно живой природы на Земле уже не ставят под сомнение нравственную нейтральность естественной науки. Это обуславливает рост нравственных требований к учёным и специалистам с тем, чтобы они осознанно использовали идеалы и принципы гуманизма, ориентированного на отстаивание высших ценностей общественной и личной жизни человека.

Так, современные исследования в области получения дешёвой атомной энергии, сохранении первозданной экологии, использования методов генной инженерии и многих других инновационных достижений обустройства жизни современных людей не могут делать учёных и особенно медиков «этически безучастными», так как достигнутые ими результаты в науке и медицине могут небезопасно использоваться политиками или другими авантюристами. Поэтому сегодня нелишне новейшие достижения учёных и медиков держать под строгим этическим надзором широкой общественности. Всепроникающий и всеобъемлющий этический надзор за научно-творческой деятельностью людей свидетельствует не только о том, что это касается только учёных и медиков, а и нравственной ответственности всех людей за все их поступки и дела. Всё это вместе взятое способно будет обеспечить создание нормального, спокойного, т.е. поистине здорового образа жизни людей, проявляющегося во всех сферах их общественной и личной жизни и деятельно-

сти. К сожалению, образ жизни и деятельности не всегда нацелен на сохранение жизни и здоровья людей. Ещё до новой эры римский поэт Овидий (43 г. до н.э. - 18 г.) признавался: «Благое вижу, хвалю, но к дурному влекусь» (П.Н. Овидий «Метаморфозы», М., 1977 г., стр. 106).

В своё время выдающийся учёный-психолог и философ-гуманист Э. Фромм (1900-1980) в своей работе «Здоровое общество» в качестве главного принципа, определяющего степень здоровья общества, использовал кантовский категорический императив: ни один человек не может являться средством для достижения целей другого, а всегда является целью сам по себе, о котором мы упоминали ранее. В здоровом обществе в центре внимания находится человек, который осознанно творит и духовные, и материальные ценности, опираясь на свои интересы и потребности. Поэтому здоровое общество в большей степени нуждается не только в человеке трудящемся, производящем буквально всё, но и в человеке, исследующем мир и себя в нем. В соответствии с уникальным феноменом осознанного изучения и качественного преобразования человеком мира, последний должен быть в этом преобразовательном деле предельно осторожным. Он должен стремиться лучше познать предмет преобразования, умело овладеть методами и средствами его преобразования или обновления.

Но и этого сегодня мало, он должен быть также высоконравственным, т.е. сознающим все возможные последствия научного исследования (особенно жизни) и производства всего нового. А это значит, что современный человек, будь то учёный, медик или любой другой специалист, имеющий какое-либо отношение к сохранению первозданной жизни, призван сознательно брать на себя личную ответственность за всё, что сотворили, и что они преобразуют. Поэтому современная философско-этическая мысль констатирует болезненную симптоматику в довольно многих формах и видах цивилизованного развития человечества, активной творческой жизни и деятельности людей, поскольку в обществе полностью не удовлетворялись интересы каждой личности. С этим трудно не согласиться, так как глобальное формирование полноценных гуманных общественных взаимосвязей и отношений пока практически недостижимо. По мере того, как развиваются наша цивилизация и вместе с ней человек, меняются многие планы и стратегии его действия. И зачастую их ход определяется адекватным видением реальности.

Философско-этическая культура современных людей позволяет понять, в чём же заключается высшее благо каждого человека и человеческого общества в целом. Если экологическое движение в защиту природы возникло в ответ на угрозу для физического уничтожения человечества, то биоэтика начала бурно развиваться в результате осознания учёными реальной угрозы для сохранения идентичности человека. Дело в том, что человек в современной цивилизации выступает и как главная цель, и как неизбежное «средство» научного изучения и преобразования мира. Для учёного-врача каждый человек существует как бы в двух, и не всегда связанных друг с другом, обликах. С одной стороны, перед ним человек – представитель «человечества в целом», а с другой – конкретный индивид со своими собственными интересами, которые не всегда сопрягаются с общечеловеческими. Долгое время научное сообщество придерживалось той точки зрения, что во имя блага человечества можно пожертвовать благом отдельного человека. Сегодня проблема обеспечения благополучия отдельного человека стало идентична благу для всего человечества.

Реальное следование идеалам биоэтики, в частности принцип милосердия в социальной жизни, несомненно, весьма затруднительно и с психологической, и с практической точки зрения. Во-первых, милосердие может привести к неравенству и спровоцировать социальные конфликты, так как оказание помощи нуждающемуся ставит его в положение, которое можно трактовать как ущемление нравственного достоинства. Во-вторых, осознание личного благополучия может отличаться от понимания благотворителя, в соответствии с чем непозволительно навязывание блага другому человеку. В-третьих, само милосердие совершается в несовершенном, немилосердном мире. С точки зрения нормативных

правил, милосердие связано с требованиями морали прощения обид, непротивления злу насилием и любви к врагам. Несмотря на ригоризм, учение И. Канта звучит сегодня как предостережение современному человеку – никак нельзя уступать безнравственности. Нельзя быть «этически нейтральным» при разрешении и природных, и социальных катаклизмов; выход не в отказе от гуманного долга, а в соединении с любовью к жизни, совестью, доброжелательностью, личной ответственностью в поиске гуманистической планетарной этики во имя того, чтобы человечество сохранило себя и высокие нравственные ценности.

Мучительный поиск ответа на вопрос, поставленный С.Л. Франком (1877-1950) ещё в начале XX в.: «Что делать мне и другим, чтобы спасти мир и впервые оправдать свою жизнь?» – продолжается и сегодня. Более пятидесяти лет назад, 23 декабря 1954 г., знаменитый британский философ, математик, лауреат Нобелевской премии Б. Рассел (1872-1970), который активно боролся за мир и запрещение ядерного оружия, используя свой огромный авторитет и публицистический талант, обратился с заявлением о необходимости борьбы за сохранение жизни на Земле. Между тем, общечеловеческая культура, нравственность и гуманные представления о разумной жизнедеятельности человека основываются на родовой человеческой телесности с присущими ей возможностями и ограничениями. В наше время особо заинтересованным стало отношение людей к жизни: своей и чужой, её сохранению. В этом выражается новое понимание уникальности и хрупкости феномена жизни вообще.

Современный биолог и философ науки Р.С. Карпинская (1928-1993) в своём категорическом утверждении заявила, что сегодня «сохранение жизни на Земле, как человеческой, так и любой другой, всё более осознаётся не только как социально-культурная, практически-политическая, но и как научная задача. Более того, сама проблема выживания всего живого на Земле заслуживает как никогда прежде самого пристального внимания и со стороны философии» (Карпинская Р.С. «Философия биологии: вчера, сегодня, завтра», М., 1996 г., стр. 15). Основы такого понимания и отношения к жизни вообще закладывает новая этика активной жизнедеятельности человека. Именно она, по сути, заставляет его задуматься над смыслом и ценностями своего существования. Именно она очерчивает для него основные контуры мира культуры, в который вписываются философия и наука, искусство и литература, история и медицина. Именно она говорит людям о том, что их честь, добро, красота и справедливость не менее важны для жизни и деятельности, чем истина.

Повышенный интерес к проблематике сохранения жизни и сбережения здоровья людей в последние годы развития России вызван, с одной стороны, стремлением преодолеть некоторые противоречия в мыслях и личной жизни отдельных граждан и даже групп населения (между знанием и нравственным сознанием, проявления потребительской психологии, низкой культуры в сфере общения и т.п.), а с другой – возросшими требованиями морально-правового сознания к современной социально-экономической и культурно-политической действительности. Велика потребность в критическом осмыслении изменений, происшедших в нравственном сознании и общественном поведении людей в современных условиях. Иными словами, остро встаёт вопрос о нравственной и моральной норме подлинно человеческого образа жизни и о пределах, до которых человек может возвышаться или опускаться, оставаясь человеком (согласно принятым в данную эпоху и в данном обществе представлением).

Если специальные науки делают студентов специалистами, то этика и все гуманитарные дисциплины формируют в них личностное начало – умного, критично мыслящего и ответственного творца новых знаний, вещей и на этой базе – сути и смысла собственной жизни личности, специалиста, гражданина своей страны. Человек же, не приобщённый к пониманию этического смысла жизни, оказывается не более, чем социальным роботом, действующим по вложенной в него кем-то программе и покорно подчиняющимся указаниям власти, рекламы и средств массовой информации. При такой жизни людей пугает не

обречённость их на естественную смерть, а бессмыслица жизни. К сожалению, на сегодня Россия является одной из быстро вымирающих стран мира из-за безответственности самих людей. Сокращение населения в последние десятилетия составляет в среднем около одного миллиона человек в год. Для преодоления демографического кризиса нужно в числе других мер радикально изменить образ жизни людей. Взять хотя бы для примера алкоголизм, бессмысленное массовое пьянство. Душевое потребление алкоголя в расчёте на чистый спирт достигает уже 18 литров в год. Пьянство в России приобрело характер нашествия, эпидемии, опустошая людей духовно, уничтожая их физически. Надо решительно менять образ жизни.

#### **4. Роль личности в ситуации нравственного выбора**

Моральный выбор личности – это ключевой акт всей нравственной деятельности человека. Поступок, по словам Аристотеля, возможен тогда, когда есть варианты выбора, когда их нет – говорить о добродетели совершенно бессмысленно, так как человек не осуществляет выбор между добром и злом.

Ситуация морального выбора создаётся только тогда, когда речь идёт о вариантах действия поступка. Эти варианты предоставляют человеку объективные обстоятельства. Объектом морального выбора может быть индивид, коллектив людей, формирующий нормы взаимоотношений своих членов, социальная группа и класс.

Для того, чтобы выбор состоялся, необходимо соблюдать условия морального выбора:

1. Первая часть условий: диапазон объективных возможностей поступка, с другой стороны – субъективная возможность выбирать.

Если нет возможности сравнивать последствия тех или иных вариантов поведения, сознательно определить позицию и воплотить её в действие, то говорить о свободе выбора не приходится. Человек должен знать обо всех возможных вариантах. Однако диапазон возможностей выбора не безграничен, он может ограничиваться, например, физическими возможностями человека, уровнем полученного предшествующего образования и т.д.

2. Социальная обусловленность морального выбора выражается в возможности поступить так или иначе. В конечном счете, человек всегда выбирает между вещами, входящими в круг его жизни. Формальное множество вариантов выбора ограничивается социальными обстоятельствами, местом человека в системе общественных отношений. В качестве таких обстоятельств может служить неосведомлённость о вариантах выбора, уровень материальной обеспеченности, физическое здоровье, принадлежность к определённым социальным группам и т.д. По мере развития человечества диапазон выбора непрерывно расширялся, кроме того, современный уровень развития общества, возросший интеллектуальный уровень людей увеличили долю рациональных, логических выборов. Социальная обусловленность обстоятельств, сложившихся в ситуации морального выбора, неразрывно связана с морально – мировоззренческой определённой человека. Как бы ни были разнообразны варианты выбора, они всегда отражают ценностные ориентации человека.

3. Моральный выбор не может осуществляться вне пределов добра и зла. Учёт нравственной допустимости выбора обуславливает выбор человека не меньше, чем осознание объективно невозможных вариантов выбора. Обусловленность морального выбора только внешними обстоятельствами называется моральный фатализм – поступай так, а не иначе, ибо обстоятельства так сложились. Если же считается, что выбор обусловлен только волей человека, эта точка зрения называется моральный волюнтаризм. И та, и другая точки зрения выводят моральный выбор личности за пределы добра и зла. На самом деле, в ситуации морального выбора объективные обстоятельства и личное решение взаимообусловлены, и являются системой объективных и субъективных сторон свободы. Требование следовать в своём решении нравственной необходимости выражается не только в единоличном поступке; единичный выбор обнаруживает ориентации в предшествующих

выборах и во многом определяет последующую нравственную деятельность. Поэтому часто случается ситуация, когда выбор, обусловленный предшествующими поступками и обстоятельствами, будет только один. Решение «Не могу иначе» не допускает других, формально возможных, вариантов.

4. Познание нравственной необходимости – это не призыв следовать сложившимся обстоятельствам. Наличие объективной возможности выбора поступить так или иначе (возможность выбирать), субъективное знание альтернатив поступка и возможность следовать нравственному идеалу – это способность выбирать.

В ситуации морального выбора возникает проблема активности субъекта, которая соответствовала бы определённым обстоятельствам – это задача поиска поступка, который соответствовал бы этим обстоятельствам.

Очень часто человек обнаруживает, что осуществление поступка по законам добра, следуя одной ценности, приводит к тому, что этот поступок противоречит пониманию добра в другой ценности. Ситуация, при которой в результате выбора не может быть прямого добра, а выбор осуществляется между большим и меньшим злом приводит к моральному конфликту личности. Выбор в ситуации морального конфликта в наибольшей степени зависит от системы моральных ценностей самого человека, который осуществляет выбор и от степени зрелости самой личности. Иногда структура ценностей человека так жёстко закреплена, что выбор в ситуациях морального конфликта становится однотипным, а человек – предсказуемым. В таких ситуациях закрепляется одна форма поведения в ситуации выбора, и формируется линия поведения личности.

Большую роль в ситуации морального выбора занимают моральные понятия, представляющие собой высший уровень обобщения, к которым относятся добро и зло, справедливость, счастье, смысл жизни и др. Рассматриваемые понятия вырабатывались веками в совместной жизни людей как проявление определенных сторон моральных отношений, поэтому они являются общеупотребительными и распространенными. Одними из первых сформированных теоретических понятий общественного морального сознания стали добро и зло. Эти ценностные понятия нравственного сознания представляют собой форму отражения взаимодействия и взаимоотношений между людьми и носят исторически изменчивый характер. Через понятие «добро» может раскрываться ценность поступка; «добро» может рассматриваться как нравственная цель поведения, и в таком случае оно выступает как мотив поступка; наконец, «добро» (добродетель) может быть и моральным качеством личности.

Добро и зло тесно связаны с другими моральными понятиями – счастье, совесть, долг не могут быть адекватно поняты и тем более не могут стать актуальными принципами поведения, если у личности не сформировано правильное понимание добра и зла. Несмотря на исторически изменчивый характер понятий добра, и зла, суть их заключается в том, что под «добром» в любые времена и эпохи понимали то, что считается нравственным, достойным подражания, а под «злом» – противоположное значение: безнравственное, достойное осуждения. Поступки людей оцениваются как добро, если они находятся в соответствии с моральными нормами общества, и как зло, если противоречат этим нормам.

Другим ценностным понятием, носящим общий характер, является справедливость. В данном понятии, по очень точному замечанию М.Н. Руткевича, «фиксируется нравственное представление о том, что соответствует и что не соответствует господствующей в обществе морали, что заслуживает нравственного признания, а что нет». Определение понятия «справедливость» З.А. Бербешкиной: «Это понятие морального сознания, характеризующее меру воздействия и требования прав и благ личности или социальной общности, меру требовательности к личности, обществу, правомерность оценки экономических, политических, нравственных явлений действительности и поступков людей с позиции определенного класса или общества». В этом определении автор выделяет императивную направленность понятия «справедливость», которая в целом характерна для морального

сознания. Посредством данного понятия люди определяют ценность тех или иных явлений общественной жизни, принятых решений, затрагивающих их коренные интересы. Факты социальной несправедливости, если они повторяются часто, ведут к разочарованию, утрате веры в разумность существующей действительности. С понятием «справедливость» люди связывают такое устройство общества, где утверждается равноправие наций, равенство граждан перед законом, создаются условия для гармоничного развития личности, обеспечиваются ей широкие социальные гарантии. В данном понятии заключен ярко выраженный ценностный аспект, и большое значение для процесса морального выбора как такового.

Развитие нравственной активности личности формируется длительно и поэтапно: в дошкольном и младшем школьном возрасте закладывается фундамент нравственности, усваивается общечеловеческий минимум моральных норм. Это также сензитивный период для формирования нравственных чувств. И именно сила и глубина этих чувств, их влияние на поведение ребенка, на его отношение к людям, к природе, к результатам человеческого труда определяют меру нравственной активности.

Подростки поднимаются уже на уровень осознания моральных требований, формирования представлений о нравственных ценностях, развития способности к нравственной оценке. Интенсивное общение выступает основой для «тренировки» нравственного поведения.

В ранней юности у человека формируются нравственные представления мировоззренческого уровня: о смысле жизни, о счастье, о человеке как высшей ценности, индивид становится способным самостоятельно осуществлять нравственный выбор.

Нравственную активность можно рассматривать в качестве одного из ведущих критериев уровня развития нравственного сознания личности. Нравственную активность можно определить как такое деятельное нравственное отношение человека к миру, к другим людям, в котором субъект выступает как активный носитель и «проводник» нравственных ценностей (норм, принципов, идеалов), способный к устойчивому нравственному поведению и самосовершенствованию, ответственно подходящий к принятию моральных решений, непримиримо относящийся к аморальным проявлениям, открыто выражающий свою нравственную позицию.

В ситуации морального выбора, личности необходимо произвести следующие важные оценочные действия, такие как:

- а) объяснить моральную ситуацию;
- б) дать критическую оценку поведения других людей;
- в) осуществить выбор своего поведения;
- г) дать критическую оценку своего решения, принятого в ситуации морального выбора.

Правильно проанализировать ситуацию, объяснить те или иные поступки ее участников, сделать выводы и мотивировать свое поведение могут лишь те, у кого высокий уровень морально-этического мышления. Высокий уровень этического мышления характеризуется четким представлением о нравственных нормах и устойчивостью их реализации в нравственных поступках. Средний уровень морально-этического мышления характеризуется знанием нравственных норм, но эти знания не стали мотивами поведения индивида. Люди с низким уровнем этического мышления ориентируются на внешние формы поведения. Отличительными чертами низкого уровня являются конформизм, ссылка на других.

Рассмотрение нравственной активности позволяет наиболее полно раскрыть поведенческий элемент в структуре морального выбора и влиянии развития личности на сам моральный выбор. Нравственное развитие личности определяет ее направленность, содержание, формы выражения, цели и средства в ситуации выбора решения для личности.

Особенности морального сознания является то, что в ней отражается не только нынешнее состояние общества, но и прошлое, и желаемое будущее его состояния. Целевые

ценности, идеалы проецируются на эту иерархию, вследствие чего происходит ее корректировка. Под воздействием конкретных исторических условий перестраивается система, иерархия ценностей и определяет степень выбора.

### **Литература:**

#### **Основная:**

1. Сергеев В.В. Биоэтика: Учебное пособие. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 240 с.
2. Лопатин П.В. Биоэтика: учебник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 272 с.
3. Хрусталеv Ю.М. От этики до биоэтики. – Ростов н/Дону: Феникс, 2010. – 446 с.
4. Силуянова И.В. Руководство по этико-правовым основам медицинской деятельности: уч. пос. – М., 2008. – 238 с.

#### **Дополнительная:**

1. Лопатин П.В. Биоэтика: рабочая тетрадь. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 272 с.
2. Силуянова И.В. Биоэтика в России: ценности и законы. – М.: Грантъ, 2001. – 192 с.
3. Уильмс Дж. Р. Руководство по медицинской этике: уч. пос. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 128 с.
4. Кэмпбелл А. Медицинская этика / под ред. Ю.М. Лопухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 400 с.
5. Кэмпбелл А. Медицинская этика / под ред. Ю.М. Лопухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 400 с.

## **СЕМИНАР № 10. МОРАЛЬНЫЕ И ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ СБЕРЕЖЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЛЮДЕЙ**

### **План семинарского занятия:**

1. Морально-правовые факторы при лечении инфекционных болезней
2. СПИД как глобальная проблема современности
3. Феномен спидофобии
4. Этические проблемы ВИЧ-инфицированных

### **Темы докладов:**

1. Социокультурный контекст истории иммунопрофилактики
2. Эпидемиология и права человека
3. Социальная защита ВИЧ-инфицированных
4. Инфекционные болезни как источник социальной опасности

### **Основные понятия темы (выписать определения в тетрадь):**

спидофобия, социальный остракизм, эпидемиологическая информация и дезинформация.

### **Пояснительная записка к семинару № 10**

Глобальное распространение ВИЧ-инфекции и СПИДа определило целый ряд проблем, возможность решения которых может быть достигнута только посредством проведения биомедицинских исследований с участием человека, что в свою очередь требует квалифицированной и независимой экспертизы Протоколов (Программ) исследования, основанной на знании законодательных норм и следовании этическим принципам защиты прав и достоинства человека в отношении контингента ВИЧ/СПИДа. Предложенные и рассмотренные в данной главе вопросы могут служить основой для совершенствования

этических подходов во всех сферах экспертизы, проводимой КЭ по отношению к контингенту ВИЧ/СПИДа.

## **1. Морально-правовые факторы при лечении инфекционных болезней**

Общей тенденцией проведения биомедицинских исследований с участием человека является совершенствование уровня знаний в области исследовательской этики и достижение открытости информации по этической экспертизе. Этот процесс способствует росту доверия к Комитетам по этике (КЭ) со стороны потенциальных участников исследования и общества в целом. Особое значение приобретает этическая экспертиза при исследованиях, связанных с заболеваниями, вызывающими высокую социальную и медицинскую напряженность обществе. К числу таких состояний относятся исследования в области ВИЧ/СПИДа. Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) - это патогенный ретровирус, вызывающий у людей синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) и связанные с ним заболевания. Из-за высокого уровня летальных исходов СПИД оказался в центре внимания исследователей всего мирового сообщества. В настоящее время приоритетными направлениями общественного здравоохранения стран мира являются исследования по разработке новых технологий с целью создания безопасных и надёжных средств и методов терапии и профилактики этой смертельной болезни. Исследования по тематике ВИЧ/СПИДа сосредоточены на биомедицинских и поведенческих вопросах.

Биомедицинские исследования, посвященные данной проблеме, можно отнести к одной из пяти категорий:

- 1) исследование распространения ВИЧ-инфекции и СПИДа среди населения (эпидемиология) и схема развития заболевания;
- 2) идентификация и характеристика вируса, вызывающего СПИД (этиологический агент);
- 3) объяснение механизмов разрушения вирусом иммунной системы и поражения различных органов и систем организма (патогенез);
- 4) создание и тестирование потенциальных видов лечения от ВИЧ-инфекции и вызываемых ею осложнений;
- 5) создание и оценка эффективных вакцин от СПИДа.

Исследования поведения ВИЧ-инфицированных сосредоточены на выявлении социальных, психологических и поведенческих условий передачи болезни и роли психологической помощи в облегчении стресса, переживаемого людьми, поражёнными ВИЧ-инфекцией (включая их семью, друзей и персоны риска).

Определяющей особенностью исследований в области ВИЧ-инфекции и СПИДа является факт взаимодействия всего мирового сообщества, опирающегося на многовековой опыт борьбы со смертоносными эпидемиями, включающий профессиональные, социальные, экономические, законодательные и нравственные усилия.

## **2. СПИД как глобальная проблема современности.**

СПИД (по-английски AIDS) – это новая, первая в истории действительно глобальная смертельная инфекция, которую человечество пока не в силах остановить. В самом названии болезни (синдром приобретенного иммунодефицита) лежит ее расшифровка. Иммунодефицит – это, как известно, недостаточность иммунитета, т. е. невосприимчивость к бактериям, вирусам и любым инфекционным агентам и чужеродным веществам. Если, например, человек умирает от туберкулеза, его убивает «палочка Коха». Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) обнаружен и описан в 1983 – 1988 гг. американцем Робертом Галлом и французом Люком Монтанье. Вирус СПИДа никого не убивает, он лишь полностью «разрушает» организм и позволяет убить его другим бактериями и вирусам: гриппу, ангине, нарыву на пальце и т. д.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в середине 90-х годов число инфицированных ВИЧ во всем мире составляло около 15 млн. человек, при этом

эпицентр опасности находился в Африке (примерно половина инфицированных). Но прогноз той же организации на 2000 г. куда более мрачен – в мире будут инфицированы уже 40 млн. человек, а ученые Гарвардского университета в США дают еще более страшный прогноз – до 120 млн. человек.

В литературе указывается на существование двух вирусов СПИДа. Один из них, обнаруженный совсем недавно (в 1986 г.), оказался очень похожим на вирус зеленой обезьяны, живущей в некоторых странах Африки. Это обстоятельство послужило основанием для утверждения об «африканском следе» СПИДа. Скорее всего, это преждевременный вывод. Во-первых, среди больных и инфицированных СПИДом этот вирус крайне редок. А во-вторых, происхождение самого распространенного вируса, который ныне «покоряет» Америку, Европу и другие регионы мира, установить по существу не удастся и по сей день. Анализ крови, законсервированные десятки лет назад, свидетельствуют об отсутствии в Африке этого страшного вируса в прошлом.

СПИД стремительно распространяется по миру, «игнорируя» национальные границы. Эпидемия охватила уже 1/10 стран мира, а общее количество инфицированных и больных продолжает расти. При этом больных больше всего в Африке, затем следуют Северная Америка, Азия, Латинская Америка и т. д.

До последнего времени считалось, что главные факторы пространственной «экспансии» СПИДа – это половая распущенность, наркомания и т. д. Однако специалистами установлено, что, начиная с 1991 г., около 80% новых случаев заражения идет за счет людей, не имеющих к «группам риска» никакого отношения. Безнравственность и бездуховность уже сыграли свою зловещую роль на первом этапе распространения болезни, сегодня просматриваются и другие источники заболевания. Один из них — сама медицина, ее масштабность: «цистерны» донорской крови, недобросовестность медперсонала (особенно в слаборазвитых странах), допускаемая при стерилизации предметов в зубо врачебных и гинекологических кабинетах, в лабораториях и пунктах переливания крови. Вторая — всеобщее невежество в соблюдении личной гигиены и в вопросах половой жизни.

Существует мнение, что СПИД – это не только болезнь, но и отражение определенного этапа развития человеческого общества. Миграция населения, разрушение патриархальных семейных устоев, «сексуальная революция», превращение человеческого тела современной медициной в источник сырья (кожа, кровь, роговица и т. д.) для производства медикаментов — все это нарушило, казалось бы, бесспорный постулат: «Человек смертен, но человечество бессмертно». В результате человечество превратилось как бы в единый сложный организм, который тоже может оказаться смертным...

Россия, как и остальные страны, входившие в единый Союз, до начала 90-х годов характеризовалась ничтожными масштабами распространения СПИДа. Однако расширение международных контактов, особенно развитие туризма, не делают ее сегодня «заповедной зоной» — число больных и инфицированных вирусом СПИДа растет с каждым годом. Болезнь пришла к нам в то время, когда страна ослаблена социальноэкономическим кризисом, когда здравоохранение — эта иммунная система государства — оказалось без многих лекарств, без соответствующего оборудования и специализированных клиник. Очень слабо ведется антиспидовая пропаганда. Еще совсем недавно руководители нашего здравоохранения боялись даже произнести вслух иностранное слово «гомосексуализм», без анализа причин и масштабов распространения которого невозможна любая антиспидовая пропаганда.

В большинстве развитых стран мира действуют общенациональные программы борьбы со СПИДом, у нас она только создается. Необходим целый комплекс срочных мер, включающий воспитание у молодежи высоких нравственных устоев, здорового образа жизни. Разумеется, усиление антиспидовой пропаганды предполагает решение насущных проблем материального обеспечения.

### **3. Феномен спидофобии**

Спидофобия – это одна из форм расстройства, называемого ипохондрией. На Западе людей, подверженных такому расстройству, называют «озабоченными здоровыми». Реальная проблема таких «озабоченных здоровых» обычно не медицинского, а психологического характера.

Обычно у ипохондриков есть одна характерная особенность - повышенная чувствительность ко всему, что происходит в их организме. Ощущения, на которые остальные люди даже не обратят внимания, при ипохондрии переживаются как сильная боль и крайне плохое самочувствие. Большинство людей даже не задумается о легком покалывании в боку, ипохондрик заподозрит как минимум рак. Кроме того, при ипохондрии человек постоянно находится в состоянии стресса. Однако у хронического стресса тоже могут быть симптомы: головная боль, кожные высыпания, сердцебиение, боли в животе, бессонница и т. д. Да и «симптомы ВИЧ» найти у себя проще простого. У любого человека могут быть симптомы простуды, хроническая усталость, увеличение лимфоузлов, либо какая-нибудь сыпь. Естественно, в случае со спидофобией человек твердо уверен, что это симптомы ВИЧ. Что, в свою очередь, увеличивает стресс. В результате, усиливаются симптомы. И так до бесконечности.

Люди с ипохондрией - это не «сумасшедшие». Обычно им самим кажется, что их переживания «ненормальны», и в большинстве случаев, человек готов признать, что он действительно «спидофоб». Проблема в том, что признают они это или нет, ситуация остается прежней. И даже если весь мир начнет уверять, что у человека нет никакой ВИЧ-инфекции, паника и страх могут остаться, и человек ничего не сможет с ними сделать.

Плюс большую роль тут играет доступность Интернета, в котором так легко найти «симптомы СПИДа» и вообще все-все об этой болезни, а потом перенести это на себя.

Спидофобия сегодня не редкость, если раньше существовало мнение, что с ипохондрией бороться бесполезно, сейчас медики более оптимистично настроены. Наиболее действенные способы борьбы со спидофобией – это владение достоверной информацией, которую можно получить у специалистов в этой области (но никак не в популярных передачах по ТВ или на сайтах с неграмотными информаторами), и понимание того, что ВИЧ - это не рак, который может появиться неожиданно, и что мы САМИ можем себя защитить от него, не вступая в опасные половые связи, не прокалывая уши и не делая татуировки в сомнительных салонах, ну и, если все-таки есть недоверие к врачам, нося с собой одноразовые шприцы для инъекций или взятия анализов. Кроме того, до и после сдачи анализа вам должны оказать консультационную медико-психологическую помощь.

#### **4. Этические проблемы ВИЧ-инфицированных**

Исследование, целью которого является работа с разнообразными биомедицинскими вопросами в области ВИЧ, сопряжено с многочисленными этическими проблемами. Главными из них являются соображения конфиденциальности и справедливости (справедливого распределения благ и рисков исследования), специфика информации и процесса получения информированного согласия и процедура проведения заседаний Комитета по Этике. Испытуемые, участвующие в ВИЧ-исследовании, ВИЧ-инфицированные лица и лица с риском ВИЧ-инфекции особенно уязвимы как из-за статуса их болезни, так и в силу того обстоятельства, что заболевание в основном поражает определённые группы населения: мужчин-гомосексуалистов, наркоманов, использующих шприцы, национальные меньшинства и т.д.

Испытуемые, участвующие в исследованиях, связанных с ВИЧ, естественным образом беспокоятся о конфиденциальности получаемых сведений, поскольку нарушение конфиденциальности может привести к серьёзным негативным последствиям (потере работы, проблемам в окружении, уголовному делу).

Этические нормы гласят: там, где идентифицирующие признаки не требуются формой проведения исследования, они не должны включаться в записи. Если они включаются в записи, то должны быть по возможности изолированы от остальных данных и храниться

в надёжном месте, причём восстановление их связи с данными исследования возможно только в случае необходимости для проведения контроля исследования. Списки лиц, отказавшихся от участия в исследовании, не подлежат сохранению. Участникам исследования должны быть даны чёткие и правдивые объяснения о порядке хранения и использования, касающейся их персональной информации.

Общий принцип: информация не должна раскрываться без согласия испытуемого. В Протоколе исследования должно быть чётко указано, кто имеет право знакомиться с записями идентифицирующих признаков в рамках проекта и вне этих рамок

Также КЭ должен быть рассмотрен вопрос: «Каким образом информация, касающаяся ВИЧ-исследования, будет записываться в Индивидуальных Регистрационных Картах (ИРК) испытуемых?» КЭ может предусмотреть специальные ограничения на характер этих записей. Прежде, чем дать согласие на участие в ВИЧ-исследовании, испытуемые должны получить точную информацию, что именно будет записываться, и имеются ли в существующем законодательстве требования извещать о случаях ВИЧ-инфекции или другим образом раскрывать эту информацию. Протокол исследований также должен учитывать возможность попыток принудительного раскрытия записей в установленном законом порядке. В Протоколе должно быть указано, как конкретно отвечать на запросы третьих сторон, имеющих доверенности от испытуемых на раскрытие информации.

Полезным может служить опыт стран Европейского Сообщества и США, где служба общественного здравоохранения выработала практику выдачи справок в местный и национальный отделы здравоохранения о конфиденциальности проектов по ряду заболеваний, по которым установлена обязательная отчётность. Эта практика применяется к тем проектам, где в формальном порядке требуется определить, требует ли характер заболевания, входящий в сферу исследования, обязательной отчётности, а также к проектам, попадающим под действие государственного закона, требующего обязательного контроля и отчётности. В этих случаях справки выдаются:

- когда лечащие врачи гарантируют, что проект удовлетворяет требованиям отчётности;
- когда исследователь договорился с отделом здравоохранения о порядке решения требований по отчётности (за исключением случаев, когда исследователь сможет показать, почему такая договорённость невозможна); и
- когда порядок раскрытия идентифицирующей информации об испытуемых соответствует правовым нормам защиты испытуемых, и когда этот порядок чётко объяснён испытуемым до начала испытаний.

Особого внимания в исследованиях в области ВИЧ/СПИДа требует соблюдение этического принципа баланса пользы/риска и справедливого распределения среди участников исследования. Исследование вакцин и различного вида лечебных средств ставит трудные вопросы об уровне приемлемого для испытуемых риска в условиях отсутствия эффективной терапии и неизбежности на современном этапе развитии медицины фатального исхода заболевания.

## **Литература:**

### **Основная:**

1. Сергеев В.В. Биоэтика: Учебное пособие. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 240 с.
2. Лопатин П.В. Биоэтика: учебник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 272 с.
3. Хрусталеv Ю.М. От этики до биоэтики. – Ростов н/Дону: Феникс, 2010. – 446 с.
4. Силуянова И.В. Руководство по этико-правовым основам медицинской деятельности: уч. пос. – М., 2008. – 238 с.

### **Дополнительная:**

1. Лопатин П.В. Биоэтика: рабочая тетрадь. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 272 с.
2. Силуянова И.В. Биоэтика в России: ценности и законы. – М.: Грантъ, 2001. – 192 с.

3. Уильмс Дж. Р. Руководство по медицинской этике: уч. пос. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 128 с.
4. Кэмпбелл А. Медицинская этика / под ред. Ю.М. Лопухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 400 с.
5. Кэмпбелл А. Медицинская этика / под ред. Ю.М. Лопухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 400 с.

#### **РАЗДЕЛ 4. «НРАВСТВЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ» В БИОЭТИКЕ**

Биотические проблемы применения инновационных методов, используемых в медицине при диагностике, лечении и коррекции генетических нарушений. Осознание возможного риска для испытуемых при проведении научного эксперимента и клинического исследования. Моральные права испытуемых и нравственная ответственность медиков, учёных-специалистов, проводящих эксперименты, характеристика основных этических и правовых документов, регламентирующих медико-биологические эксперименты. Злоупотребления в медицине нацистской Германии. Суд над нацистскими медиками. Антигуманное использование медицины в XX веке в других странах. Нюрнбергский кодекс и «Хельсинкская декларация» Всемирной медицинской ассоциации как основополагающие источники современных моральных норм проведения экспериментов и клинических испытаний на человеке. Этические комитеты: история создания и основные направления деятельности.

Специфика морально-нравственных проблем в медицинской генетике, нацеленной на позитивное обновление человеческого организма, избавления его от врождённых пороков. Моральные проблемы реализации международного проекта "Геном человека". Проблема конфиденциальности и добровольного информированного согласия пациентов в современной медицинской генетике. Проблема клонирования человека.

Медицинские вмешательства в репродукцию человека: исторический, социальный, моральный, правовой и религиозный контекст. Моральный статус пре-эмбрионов, эмбрионов и плодов. Движение за запрет абортов. Автономия беременной женщины и право плода на жизнь. Аборт и религиозная мораль. Либеральный, консервативный и умеренный подходы к проблеме аборта.

Морально-этические проблемы контрацепции и стерилизации.

Смерть и умирание. Эвтаназия: активная и пассивная, прямая и непрякая (косвенная), добровольная и недобровольная, принудительная. История, философия и организационные принципы хосписа. Роль волонтеров.

Основные моральные дилеммы, связанные с пересадкой органов и тканей от живых доноров и от трупа. Моральные проблемы ксенотрансплантологии. Проблемы разработки искусственных органов.

#### **СЕМИНАР № 11. БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ**

##### **План семинарского занятия:**

1. Биоэтические проблемы применения инновационных методов исследований
2. Основные принципы научных экспериментов и клинических исследований
3. Моральные права испытуемых и нравственная ответственность ученых-медиков
4. Характеристика основных этических и правовых документов, регламентирующих медико-биологические эксперименты

##### **Темы докладов:**

1. Моральные аспекты медицинского эксперимента
2. Антигуманное использование медицины в XX веке в других странах
3. Нюрнбергский кодекс и "Хельсинская декларация" Всемирной медицинской ассоциации как основополагающие источники современных моральных норм проведения экспериментов и клинических испытаний на человеке
4. Этические комитеты: история создания и основные направления деятельности

**Основные понятия темы (выписать определения в тетрадь):**

инновация, методы исследования, научный эксперимент, права испытуемых, нравственная ответственность, клиническое исследование.

**Пояснительная записка к семинару № 11**

**1. Биоэтические проблемы применения инновационных методов исследований**

Круг проблем современной медицины, подвергающихся серьезной этической оценке, с каждым годом обнаруживает тенденцию к расширению в связи с внедрением принципиально новых методов исследования, терапии, высоких технологий, а также по причине изменений общественной морали. Однако по-прежнему актуальными для биомедицинской этики остаются следующие проблемы:

- защиты прав пациентов (в том числе ВИЧ-инфицированных, психиатрических больных, детей и др. больных с ограниченной компетентностью);
- справедливости в здравоохранении;
- взаимоотношения с живой природой (экологические аспекты развития биомедицинских технологий);
- аборта, контрацепции и новых репродуктивных технологий (искусственное оплодотворение, оплодотворение «в пробирке» с последующей имплантацией эмбриона в матку, суррогатное материнство);
- проведения экспериментов на человеке и животных;
- выработки критериев диагностики смерти;
- трансплантологии;
- современной генетики (генодиагностики, генной терапии и инженерии);
- манипуляций со стволовыми клетками;
- клонирования (терапевтического и репродуктивного);
- оказания помощи умирающим пациентам (хосписы и организации паллиативной помощи);
- самоубийства и эвтаназии (пассивной или активной, добровольной или насильственной).

**2. Основные принципы научных экспериментов и клинических исследований**

В настоящее время четко определены новые подходы и требования к биомедицинским исследованиям. Научные цели клинических испытаний при лечении больного и неклинических медико-биологических испытаниях при выполнении чисто научных медицинских исследований на людях должны быть обоснованы, ясно изложены в специальном протоколе, одобрены независимым этическим комитетом.

Конвенция Совета Европы «О правах человека и биомедицине» была принята с целью предотвращения возможности негативных последствий использования новых медицинских технологий, защиты прав и достоинства человека, оказывающегося в роли пациента или испытуемого. Приведем некоторые положения Конвенции. В области генома человека: проведение генетического тестирования допускается только в терапевтических целях; вмешательство в геном человека может быть осуществлено только в профилактических, терапевтических или диагностических целях. В области исследования на эмбрионах: создание эмбрионов человека в исследовательских целях запрещается. В области

трансплантологии: забор органов у живых доноров может осуществляться только с их согласия и исключительно для лечения реципиента; тело человека и его части не должны служить источником финансовой выгоды. Дополнительный протокол Конвенции 1997 года провозглашает запрет на клонирование человека.

К вышеперечисленным документам, регулирующим этические основы биомедицинских исследований, следует добавить документы российского национального законодательства. В первую очередь, это Федеральный закон «О лекарственных средствах» 1998 года, где определяется статус этических комитетов при экспертизе протокола клинических исследований с участием человека, а также Международное руководство по качественной клинической практике – GCP, признаваемое многими действующими локальными этическими комитетами в статусе национального руководства. Таким образом, обеспечение этических гарантий по защите прав, здоровья и конфиденциальности испытуемых в ходе медико-биологических экспериментов достигается путем деятельности независимого органа – этического комитета, контролирующего исполнение этического принципа добровольного информированного согласия участника исследования.

### **3. Моральные права испытуемых и нравственная ответственность ученых-медиков**

Принципы, о которых говорится ниже, разъясняют исследователю этическое ответственное отношение к участникам экспериментов в ходе проведения исследовательских работ - от первоначального замысла до шагов, необходимых для защиты конфиденциальности данных исследований.

При планировании опыта исследователь несет персональную ответственность за составление точной оценки его этической приемлемости, опираясь на принципы исследований. Если, опираясь на эту оценку и взвесив научные и человеческие ценности, исследователь предполагает отклониться от принципов, то он дополнительно берет на себя серьезные обязательства по разработке этических рекомендаций и принятию более строгих мер защиты прав участников исследований.

На каждом исследователе всегда лежит ответственность за установление и поддержание этики исследования. Исследователь также несет ответственность за этическое отношение коллег, ассистентов, студентов и всех других служащих к испытуемым. Этика требует, чтобы исследователь информировал испытуемых обо всех сторонах эксперимента, которые могут повлиять на их желание принять в нем участие, а также отвечал на все вопросы о других подробностях исследования.

Невозможность ознакомления с полной картиной эксперимента дополнительно усиливает ответственность исследователя за благополучие и достоинство испытуемых. Честность и открытость - важные черты отношений между исследователем и испытуемым. Если утаивание и обман необходимы по методологии исследования, то исследователь должен объяснить испытуемому причины таких действий для восстановления отношений. Этика требует, чтобы исследователь относился с уважением к праву клиента сократить или прервать свое участие в процессе исследований в любое время. Обязательство по защите этого права требует особой бдительности, когда исследователь находится в позиции, доминирующей над участником.

Решение по ограничению этого права увеличивает ответственность исследователя за благополучие участника. Этически приемлемое исследование начинается с установления четкого и справедливого соглашения между экспериментатором и участником эксперимента, разъясняющего ответственность сторон. Исследователь обязан чтить все обещания и договоренности, включенные в соглашение.

Этичный исследователь защищает своих клиентов от влияния физического и душевного дискомфорта, вреда и опасности. Если риск таких последствий существует, то исследователь обязан проинформировать об этом испытуемых, достичь согласия до начала работы и принять все возможные меры для минимизации вреда. Процедура исследований

может не применяться, если есть вероятность, что она может принести серьезный и продолжительный вред участникам.

Этика работы требует, чтобы после сбора данных исследователь обеспечил участникам полное разъяснение сути эксперимента и устранил любые возникающие недоразумения. Если научные или человеческие ценности оправдывают задержку или утаивание, то исследователь лично несет особую ответственность за то, чтобы для его клиентов не было тяжелых последствий.

Если процедура исследования может иметь нежелательные последствия для участников, то исследователь несет особую ответственность за выявление, устранение или корректировку таких результатов (в том числе и долговременных).

Информация, полученная в ходе исследования, является конфиденциальной. Если существует вероятность, что другие люди могут получить доступ к этой информации, то этика практики требует, чтобы эта вероятность, а также планы по обеспечению конфиденциальности были объяснены участникам как часть процесса по достижению взаимного информационного согласия.

#### **4. Характеристика основных этических и правовых документов, регламентирующих медико-биологические эксперименты**

Внимание к медико-биологическим исследованиям со стороны специалистов по биоэтике объясняется тем, что риск, сопутствующий их проведению, особенный - это риск для здоровья человека, его физического и психического состояния, а в конечном счете - для самой его жизни. Проблему риска, которому подвергаются испытуемые в биомедицинских исследованиях, можно назвать одной из основных в ряду связанных с ними этико-правовых проблем. Существует, однако, и целый ряд других вопросов, относящихся к проведению таких исследований. О некоторых из них также пойдет речь в данной главе. Как уже отмечалось, история медицинских исследований на людях насчитывает не одно столетие, однако до определенного времени этико-правовые проблемы, связанные с их осуществлением, не привлекали к себе такого пристального внимания со стороны общества и самих исследователей, как это имеет место сегодня. Следует, впрочем, отметить, что сами исследователи были одними из первых, кто обратил внимание на наличие этих проблем и предложил подходы к их решению.

Нюрнбергский процесс 1-го Военного Трибунала США (1946-1947 гг.) вскрыл факты чудовищных по своей жестокости и по своему размаху медицинских экспериментов на человеке, когда огромное число узников концентрационных лагерей, в основном не германского происхождения, использовались для научно-исследовательских целей и медицинских опытов. Именно эти «исследования» и «опыты» вошли неотъемлемой частью в понятие «преступление против человечности». В ходе судебного разбирательства было собрано множество документов, в том числе протоколы о проведении экспериментов над людьми с целью исследования влияния на человеческий организм переохлаждения, действия ядов. Миллионы людей специально заражались интересующими «экспериментаторов»-медиков болезнями, и «при минимальных затратах времени и усилий» исследовались методы лечения и достижения иммунитета к малярии, инфекционной желтухе, сыпному тифу. Стали известны всему миру эксперименты по стерилизации, регенерации костей, мышц, нервной ткани, пересадке костей и т.д. и т.п. В конце августа 1947 года 1-й Военный Трибунал США, действующий по договоренности с союзниками и по приказу американской администрации в Германии, вынес Приговор по делу «медиков». Нюрнбергский Кодекс - это первый в истории международный «Свод правил о проведении экспериментов на людях», который возник в результате осознания принципиального несоответствия некоторых видов медицинских экспериментов на человеке этическим принципам медицинской профессии, базовым принципам этики и человеческой морали.

Первые массовые научно-медицинские исследования в США и Европе также проводились на так называемом уязвимом контингенте - заключенных, психически больных и

пожилых людях, содержащихся в домах престарелых. Широкую известность приобрели исследования в США по естественному течению нелеченного сифилиса у четырехсот чернокожих больных из бедных слоев общества. Не менее известен эксперимент по применению жидкой формы сульфаниламида, включающей в качестве растворителя этиленгликоль, унесший жизнь 110 детей. Известна и катастрофа с талидомидом, результатом которой стало появление детей с врожденной аномалией развития - фокомелией - «тюленьими конечностями». Многие дети, рожденные с фокомелией, умерли, но на сегодняшний день насчитывается около 10 000 больных с деформациями конечностей, ушных раковин, дефектами сердца и т.п. Известно, в 50-60 годы контингентом испытуемых в США были заключенные, которым обещали улучшение условий содержания и досрочное освобождение.

Сегодня биомедицинские исследования с участием человека продолжают оставаться необходимой формой существования медицины и здравоохранения. Масштабы проведения исследований с участием человека неуклонно расширяются. Например, количество клинических исследований с участием человека в качестве его объекта, проводимых с целью открыть или подтвердить клинические или фармакологические и (или) другие фармакодинамические эффекты исследуемого продукта, определить его нежелательные реакции, изучить всасывание, распределение, метаболизм и экскрецию для установления безопасности и (или) эффективности, становится с каждым годом все больше. Если в 2000 году в России проводилось 241 КИ, из них 129 международных многоцентровых, то в 2001 их было 263, а международных многоцентровых КИ - 154. Увеличилось и количество пациентов, участвующих в исследованиях.

В отчетах о деятельности клинических больниц все чаще фигурируют цифры, за которыми стоит значительное число врачей, работающих над кандидатскими и докторскими диссертациями. Это означает, что основной контингент пациентов - и взрослых, и детей, становится объектами биомедицинских исследований. Но участие человека в научных исследованиях может создавать угрозу для его здоровья, жизни, прав, достоинства, благополучия и т.п. Возникает задача защиты испытуемого от риска, который неизбежно сопровождает экспериментальную науку. Цивилизация и общество начинают поиск форм этой защиты. Сегодня мы можем сказать, что искомая форма защиты найдена. Это - биоэтика (или биомедицинская этика) в ее теоретической и практической формах. Теоретической формой является та система знания, с которой мы с вами сейчас начинаем знакомство. Практической формой биоэтики является существование и деятельность этических комитетов (или комиссий). Данная практическая форма биоэтики, приемлемая для европейской культуры и медицинского сообщества, была найдена членами Всемирной Медицинской Ассоциации. В 1964 году эта организация принимает Хельсинскую Декларацию Всемирной Медицинской Ассоциации. Ее основные положения становятся правовыми нормами многих национальных законодательств, например, для отечественного законодательства (см. ст.16 «Основ законодательства об охране здоровья граждан РФ»). В Хельсинской Декларации Всемирной Медицинской Ассоциации в разделе «Основные принципы», позиция 2, говорится: «Общая схема и план проведения каждого типа исследования должны быть четко описаны в протоколе, который представляется на рассмотрение и утверждение специальной комиссии. Члены комиссии должны быть независимы от лиц, проводящих исследование, и спонсора исследования. Состав комиссии формируется в соответствии с законодательством страны, в которой проводится исследование».

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

Медицинские исследования с участием человека должны соответствовать общепринятым научным принципам, основываться на глубоком знании научной литературы, других релевантных источников информации, на результатах соответствующих лабораторных исследований и там, где необходимо, экспериментов на животных. Соответствующая предосторожность необходима при проведении исследований, которые могут повлиять на

окружающую среду; необходимо заботиться и о благополучии животных, используемых для исследований.

План и способ выполнения любой экспериментальной процедуры с участием человека в качестве объекта должны быть четко сформулированы в протоколе эксперимента. Этот протокол должен подаваться для рассмотрения, внесения поправок и замечаний, а где это принято, и для одобрения, в специально назначенный этический комитет, который должен быть независимым от исследователя, спонсора и любого другого неуместного влияния. Деятельность этого независимого комитета должна осуществляться в соответствии с законами и правилами страны, в которой проводится исследовательский эксперимент. Комитет имеет право надзора за проводимыми испытаниями. Исследователь обязан предоставлять в комитет информацию, необходимую для такого надзора, особенно информацию о любых серьезных неблагоприятных событиях. Исследователь также обязан передавать для экспертизы в комитет информацию о финансировании, спонсорах, своем месте работы, других потенциальных конфликтах интересов и стимулах, значимых для испытуемых. Исследовательский протокол всегда должен содержать заявление о том, что этические соображения приняты во внимание, а также указание на приверженность принципам, сформулированным в данной Декларации.

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

Каждому медицинскому исследовательскому проекту, предполагающему участие человека, должна предшествовать тщательная оценка предсказуемого риска и тягот в сравнении с предполагаемой пользой для испытуемого или для других людей. Это не исключает участия в медицинских исследованиях здоровых добровольцев. Должен быть обеспечен публичный доступ к планам всех исследований.

Врачи должны воздерживаться от участия в исследованиях с участием людей до тех пор, пока они не будут уверены в том, что связанный с исследованием риск адекватно оценивается и контролируется. Врачи должны прекратить любое исследование, когда обнаруживается, что риск превышает ожидаемые выгоды, или когда убедительно доказано, что результаты будут положительными и полезными. Медицинское исследование с участием человека может проводиться только в том случае, если важность цели исследования перевешивает связанные с ним риск и тяготы для испытуемого. Это особенно важно, когда испытуемыми являются здоровые добровольцы.

Медицинское исследование оправдано только в том случае, если есть разумная вероятность, что группы населения, в которых проводится исследование, получают выгоду от его результатов. Испытуемые должны быть добровольными и информированными участниками исследовательского проекта. Всегда должно уважаться право испытуемого на защиту его целостности. Должны быть приняты все меры предосторожности для обеспечения неприкосновенности частной жизни испытуемого, конфиденциальности информации о пациенте и минимизации воздействия исследования на физическую и психическую целостность испытуемого и на его личность.

В любом исследовании на человеке каждый потенциальный испытуемый должен быть адекватно информирован о целях, методах, источниках финансирования, любых возможных конфликтах интересов, месте работы исследователя, ожидаемых выгодах и возможном риске от участия в исследовании, а также о тех неудобствах, которые оно может повлечь. Испытуемый должен быть проинформирован о своем праве воздержаться от участия в исследовании или без каких-либо санкций в любое время отозвать свое согласие на участие. Убедившись, что испытуемый понял предоставленную информацию, врач должен получить от испытуемого информированное согласие, данное без принуждения, предпочтительно в письменной форме. Если согласие не может быть получено в письмен-

ной форме, неписьменное согласие должно быть соответствующим образом документировано в присутствии свидетелей.

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

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

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

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

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

### **Литература:**

#### **Основная:**

1. Сергеев В.В. Биоэтика: Учебное пособие. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 240 с.
2. Лопатин П.В. Биоэтика: учебник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 272 с.
3. Хрусталеv Ю.М. От этики до биоэтики. – Ростов н/Дону: Феникс, 2010. – 446 с.
4. Силуянова И.В. Руководство по этико-правовым основам медицинской деятельности: уч. пос. – М., 2008. – 238 с.

#### **Дополнительная:**

1. Лопатин П.В. Биоэтика: рабочая тетрадь. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 272 с.
2. Силуянова И.В. Биоэтика в России: ценности и законы. – М.: Грантъ, 2001. – 192 с.
3. Уильмс Дж. Р. Руководство по медицинской этике: уч. пос. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 128 с.
4. Кэмпбелл А. Медицинская этика / под ред. Ю.М. Лопухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 400 с.

5. Кэмпбелл А. Медицинская этика / под ред. Ю.М. Лопухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 400 с.

## **СЕМИНАР № 12. МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА, ГЕНЕТИКА И РЕПРОДУКЦИЯ ЧЕЛОВЕКА**

### **План семинарского занятия:**

1. Специфика моральных проблем в генетике
2. Евгеника. Проблемы генной терапии и клонирования
3. Исторический, социальный, моральный, правовой и религиозный аспекты репродукции человека
4. Моральный статус презембрионов

### **Темы докладов:**

1. История генетических методов и технологий
2. Основные (либеральные и консервативные) подходы к генетике
3. Международный проект «Геном человека»
4. Генетическая информация как собственность

### **Основные понятия темы (выписать определения в тетрадь):**

гомункул, генная инженерия, генетическая информация, евгеника, идея «непорочно-го зачатия», гомологическая и гетерологическая инсеминация, экстракорпоральное оплодотворение, активный донор.

### **Пояснительная записка к семинару № 12**

#### **1. Специфика моральных проблем в генетике.**

В последние десятилетия, как известно, широко развернулись дискуссии, связанные с перспективами применения к человеку методов генетики. Этот, казалось бы, сугубо научный интерес неожиданно высветил и широкие мировоззренческие, социальные и этические вопросы, с ним сопряженные. Специфика этических проблем медицинской генетики состоит также в том, что предметом генетической практики является забота о еще не родившемся ребенке.

Генетическая инженерия способна, с одной стороны, привести к избавлению человечества от многих бед, в частности, от наследственных болезней, а с другой стороны, в результате экспериментов и манипуляций с генами привести к результатам, представляющим угрозу человеку и человечеству. Этическая оценка уже достигнутого отличается многообразием точек зрения. Оптимисты видят огромные перспективы, открывающиеся в области генетической терапии и биотехнологии. Оптимистическое отношение более свойственно ученым – непосредственным участникам работ, молекулярным биологам, генетикам. Другая точка зрения более распространена среди юристов и философов. Те, кто ее придерживается, весьма озабочены возможностью генетических изменений, которые, однажды начавшись, могут «изменить генетический портрет человечества настолько, что в соотнесении с последствиями этой «революции» могут показаться ничтожными последствия существовавших войн и катастроф». Понятно, что представители как первой, так и второй точек зрения заинтересованы в формировании законодательной базы, благоприятствующей их интересам. Эти позиции чрезвычайно трудно поддаются сравнению, поскольку в основе первой лежит прагматический аргумент и фактологически подтвержденная база. Однако само присутствие в качестве философской основы принципа прагматизма не делает эту точку зрения предпочтительной а priori. Аргументы второй группы более связаны с вероятностью, нежели с конкретным фактом, но именно отсутствие утилитар-

ной этики, когда речь идет о человеке (согласно Канту, человек не может рассматриваться как средство для осуществления любой, даже самой благой цели), позволяет прислушиваться к ней. Дискуссии вокруг генной инженерии свидетельствуют о том, что этические ценности могут и должны определять направление исследований в этой, да и в других сферах познания.

Основной этической проблемой современной медицинской генетики считается вопрос конфиденциальности генетической информации, произвольность проведения генетического тестирования, доступность медицинской генетической помощи и т.д. Манипулирование с генетическим материалом и клетками человека сопряжено с взятием образцов биоматериала у индивидов для диагностики или экстракорпоральных изменений в интересах данного лица или его родственников. В этом случае наибольшую опасность может представлять дискриминация отдельных лиц или групп на основе полученной о них генетической информации, что может навредить не только пациенту, но и родственникам. Это может обусловить потерю работы, нарушение брачного контракта и т.д.

Известно, что успешно излечивается только очень малый процент наследственных заболеваний. Медицина в основном ограничивается профилактикой и методами диагностики. Тогда возникает другой вопрос. Если информация касается вероятности тяжелого психического или соматического заболевания, обязан ли врач-генетик предоставить полную информацию родственникам во избежание возможного несчастья? И захочет ли человек знать собственную судьбу, если он не сможет избежать ее? В этом случае генетический диагноз может оказаться тяжким бременем для пациента и его семьи и стать основой для их социальной дискриминации.

Кроме того, введение в организм человека генетического материала аутологического или чужеродного происхождения для коррекции работы его генома или иные способы генотерапии затрагивают интересы как непосредственно обследуемых или проходящих лечение лиц, так и их родственников и потомков: их здоровье, семейное положение, страхование, трудоустройство, собственность и др.

## **2. Евгеника. Проблемы генной терапии и клонирования**

Известно, что главные опасности генной терапии связаны с вирусной природой носителя трансгена. Такой вирус не должен заражать других людей и не должен инфицировать половые клетки пациента, чтобы не передать трансген потомству и сделать его трансгенным. Однако считается, что в настоящее время технологии генной терапии, при их разумном выборе, не несут пациентам опасности, выходящей за рамки обычных медицинских процедур.

В настоящее время генная инженерия технически несовершенна, так как она не в состоянии управлять процессом встраивания нового гена. Поэтому невозможно предвидеть место встраивания и эффекты добавленного гена. Даже в том случае, если местоположение гена окажется возможным установить после его встраивания в геном, имеющиеся сведения о ДНК очень неполны для того, чтобы предсказать результаты.

Возможность клонирования вызвала большой ажиотаж в области религии, этики, защиты прав человека.

Практически все религиозные учения настаивают, что появление человека на свет – в «руках» высших сил, что зачатие и рождение должны происходить естественным путем. Клонирование посягает на божественную сущность происхождения человека, что является грехом. Клонирование может привести не только к разрушению уз брака, но и привести к распространению неведомых болезней. Ученые же говорят как раз об «исправлении» тех генетических дефектов, которые и возникли-то благодаря божьему промыслу.

С этической стороны клонирование человека также вызывает большие опасения. Во-первых, становление человека как личности базируется не только на биологической наследственности, оно определяется также семейной, социальной и культурной средой. А,

следовательно, никаким образом нельзя добиться полного соответствия копии с прототипом (донором).

Клон вырастает из взрослой клетки, в генетической структуре которой на протяжении многих лет происходили так называемые соматические мутации. При естественном оплодотворении мутировавшие гены одного родителя компенсируются нормальными аналогами другого родителя. При клонировании такой компенсации не происходит, что чревато для клона риском заболеваний, вызываемых соматическими мутациями: рака, артрита, иммунодефицитов.

Клонированный организм будет нести на себе груз генетических мутаций донорской клетки, а значит, ее болезни, признаки старения и т.п. Следовательно, онтогенез клонов не идентичен онтогенезу их родителей: клоны проходят другой, сокращенный и насыщенный болезнями жизненный путь. Знаменитая овца Долли, появившаяся на свет в результате клонирования в 1997 г., стала стареть с невероятной скоростью. Через два календарных года, в 1999 г. выяснилось, что ее биологический возраст составил целых шесть лет! Донором клетки, с которой была скопирована Долли, была в свое время как раз шестилетняя овца, – получается, что новорожденная быстро наверстала заложенные в ее геноме данные о возрасте. Можно утверждать, что клонирование не несет омоложения, возврата молодости, бессмертия. Таким образом, метод клонирования нельзя считать абсолютно безопасным для человека.

Результатом клонирования может стать обеднение генофонда. При бесполом размножении запрограммированность генотипа определяет меньшее разнообразие взаимодействий развивающегося организма с изменяющимися условиями среды.

Что касается методического аспекта проблемы, то нетрудно представить, что из-за недостаточного совершенства самой технологии клонирования в ходе, увы, неизбежных неудач, сотнями обреченных на страшные патологии будут страдать невинные дети. Неумолимая статистика показывает, что, если сейчас кто-то решится попытаться воспроизвести точную копию человека, у него есть только один шанс из трехсот возможных (коэффициент выхода живых особей 0,36%, процент гибели развивающихся реконструированных яйцеклеток в плодный период развития 62%). Следовательно, при клонировании человека каждая «неудачная копия» окажется физически или умственно неполноценной, но при этом полноправным человеком, и за него ответственность будет нести фактически все человечество.

Следовательно, для клонирования человека очень важно свести к минимуму риск, который, тем не менее, в определенной степени все равно останется, риск дефектного развития реконструированной яйцеклетки, главной причиной которого может быть неполное репрограммирование генома донорского ядра.

Возникает также вопрос: может ли женщина – донор яйцеклетки выдвигать свои права на появившегося в результате ребенка, в клетках которого нет ни одной ее хромосомы, но зато присутствует ее личная – митохондриальная – ДНК? Молекулы ДНК, наследственный материал, содержатся не только в ядре клетки, но и в цитоплазме, в митохондриях – органеллах, ответственных за энергетику клетки. В отличие от ядерной, митохондриальная ДНК попадает в следующее поколение только через материнскую яйцеклетку. Отцы никогда не передают свои митохондрии детям. Как участвует эта митохондриальная ДНК в наследственности, пока никто точно сказать не может. Но как-то наверняка участвует, если передается от матери всем ее детям, а потом от дочерей к их детям и т.д. Иными словами, все мы содержим в своих клетках митохондриальную ДНК общей для всех нас прапраматери Евы. Если так, то и все разговоры о клонировании организмов – пока пустые мечтания. Пересаживают-то только ядерные гены, а митохондриальные гены у клонированного организма будут от той клетки, куда пересадили ядерные гены, т.е. чужие. Ребенок, в свою очередь, может сказать, что у него имеются две генетические матери – по хромосомной и по митохондриальной ДНК. А значит вполне возможно, что юристам со временем придется рассмотреть и вопрос о праве собственности на свою ДНК – ведь

клетки могут быть взяты без согласия человека. Юридическая сторона проблемы должно затрагивать также вопрос клеток умершего человека. Встает вопрос, кто имеет право распоряжаться генетическим материалом умершего для последующего его клонирования? Может ли индивид, чьи клетки были клонированы после смерти, считаться отцом (матерью)? Кроме того, возникает необходимость в создании правовой базы, на основании которой можно избежать злоупотребления клонированием. Например, существует причина полагать, что предрасположенность к жестокости и убийству предопределяется генетически. Поэтому клонирование осужденных убийц и других жестоких преступников необходимо запретить.

Следует признать, что говорить о клонировании человека можно лишь сугубо теоретически. Очевидно, что сегодня вероятность отрицательных последствий этой процедуры значительно перевешивает ее выгоды, поэтому, по мнению многих ученых и философов, работы по клонированию человека, как в настоящее время, так и в ближайшем будущем проводить нецелесообразно.

Этические проблемы, относящиеся к стволовым клеткам, отличаются рядом особенностей. В обычной клинической практике этические коллизии возникают и решаются, как правило, между двумя участниками – пациентом и врачом. В случае же применения стволовых клеток к этому прибавляется третья сторона – донор стволовых клеток. Проблема получения стволовых клеток, их культивирование и трансплантация составляют самостоятельный поток сложных этических проблем.

Центральный вопрос, вокруг которого строятся дебаты по эмбриональным стволовым клеткам, – это нравственный и юридический статус эмбриона. Получение колонии стволовых клеток из раннего эмбриона означает гибель этого эмбриона, отказ ему в возможности развиваться в полноценный организм. Если эмбрион – это человеческое существо, личность, то с ним непозволительно делать ничего, что недопустимо делать с человеком (умышленно умерщвлять, увечить, причинять боль и т.д.). Если эмбрион на ранней стадии развития – это лишь горстка клеток, то ни этические нормы, ни закон не могут запретить использование его для самых разных общественно полезных целей. Если это промежуточная форма жизни, то использование его в принципе возможно, но с определенными оговорками.

Тема статуса эмбриона сопрягается с вопросом о законности произвольных аборт. Но при этом в случае стволовых клеток проблема статуса эмбриона приобретает новое измерение. Это связано с мотивацией данного рода научных исследований, а именно поиском новых, более эффективных способов лечения тяжелых заболеваний, для которых объективно не существует противоядия в современной медицине. Поэтому, по мнению многих, традиционные аргументы против аборта или репродуктивного клонирования не могут быть полностью применимы к исследованиям стволовых клеток.

Вопрос правового и нравственного статуса эмбриона – это вопрос не столько естественнонаучный, сколько биоэтический и религиозный. Здесь сталкиваются две идеологические установки, за каждой из которых стоит глубоко прочувствованное нравственное обоснование. С одной стороны, это установка на благоговение перед человеческой жизнью, исходным пунктом которой, как бы это ни оспаривалось, все же является оплодотворение. С другой стороны, это стремление избавить больных людей от страданий.

Хотя для большинства людей вопрос об использовании эмбриональных стволовых клеток является очень сложным, и выбор того или иного решения не однозначен, в различных религиозных течениях уже сложилось вполне определенное мнение по данному вопросу.

Римско-католическая и православная церкви, а также многие протестанты говорят о том, что жизнь человеческой личности начинается в момент оплодотворения яйцеклетки. Эмбрион – это уже индивид, только на ранней стадии развития. В этом случае уничтожение эмбриона равноценно убийству человека. При таком видении использование человеческого эмбриона вне зависимости от целей представляется аморальным.

Противоположная позиция принадлежит широкому спектру либеральных протестантских традиций и состоит в том, что становление человека не привязано к определенному моменту во времени, а зависит от опыта общения с окружающим миром, от способности воспринимать то, что придает жизни смысл и ценность. Появление личности здесь рассматривается именно как становление, как постепенный процесс, растянутый во времени, протекающий уже после рождения человека на свет. В таком понимании ранний эмбрион не является человеком, и нет ничего плохого в использовании его в благородных медицинских целях.

Еще более либерален в отношении этой проблемы современный иудаизм. В талмудической традиции оплодотворение яйцеклетки вообще не рассматривается как начало жизни человеческой личности. Человеческий статус приобретается на более поздней стадии развития эмбриона. Кроме того, за пределами женской утробы у эмбриона вообще нет никакого правового статуса, а значит эмбрион, полученный *in vitro* и не предназначенный для имплантации, может без каких-либо оговорок использоваться в медицинских исследованиях, что соответствует другой важнейшей для иудаизма концепции - сохранения жизни и здоровья человека как первоочередной нравственной задачи.

По представлениям мусульман, эмбрион наделяется душой лишь на 40-й или 120-й день после оплодотворения (в зависимости от конкретной трактовки Корана), что снимает какие бы то ни было ограничения и оговорки, так как стволовые клетки культивируются из 5-6-дневного эмбриона.

Наличие колоссальных идеологических расхождений по биоэтике стволовых клеток вызывает осознанную необходимость серьезного государственного регулирования. Проблематика статуса эмбриона и в частности стволовых клеток является общечеловеческой дилеммой, которая получает то или иное звучание в любом обществе. Во всем мире на национальном, региональном и международном уровне наблюдаются попытки, с одной стороны, подвести проблематику стволовых клеток под существующую нормативно-правовую базу, и с другой стороны, выработать новый пласт законодательства и ведомственную базу специально для регулирования исследований со стволовыми клетками.

### **3. Исторический, социальный, моральный, правовой и религиозный аспекты репродукции человека**

Евгеника является наиболее яркой областью использования генетики, вызывающей наибольшее количество вопросов. Одним из наиболее сложных вопросов является определение способа выделения элиты, чей генофонд является ценностью и должен быть сохранен и воспроизведен в последующих поколениях. Известно, что спартанцы сформировали тип непобедимого воина, выиграли Пелопонесскую войну у Афин, но при этом Спарта не знала великих полководцев. Бесплезность отбраковки «вредных» генов показали и эксперименты нацистов: в свое время в фашистской Германии были практически уничтожены психические больные, и сначала действительно рождалось меньше детей с отклонениями. Но прошло 40-50 лет, и сейчас процент психических больных в Германии такой же, каким был раньше.

Другим камнем преткновения является то, что евгеника пытается контролировать сложные поведенческие признаки людей, интеллект и одаренность, которые определяются большим числом генов. Характер их наследования очень сложен. К тому же в развитии таланта и интеллекта большую роль играют культура, язык, условия воспитания, образование и, конечно, момент удачи, хотя с этим можно и не согласиться. Все это передается ребенку не через гены, а с помощью общения с близкими людьми и учителями. Не стоит забывать и о том, что талант - это не присутствие каких-то особых генов, а, как правило, их уникальное, удивительное сочетание, которое не повторяется в поколениях. Кроме того, известно, что многие гении страдали тем или иным заболеванием, которое делало их, с евгенической точки зрения, «вредным материалом». Н.К. Кольцов в статье «Улучшение человеческой породы» отмечал, что «эпилепсия или помешательство (сочетаются) с высо-

ким талантом и даже с гениальностью». Здесь мы приближаемся к давнему и неразрешимому вопросу о соотношении нормы и аномалии. Патология и норма находятся в диалектической взаимосвязи, каждая патология дает более ясное представление о норме.

В свое время ученые (в основном генетики, антропологи и психиатры) принимали самое активное участие в научном обосновании необходимости проведения политически направленной программы для спасения генетического здоровья нации. Точное число жертв этой евгенической программы трудно установить. Так, в январе 1940 года в психиатрических клиниках впервые был применен отравляющий газ диоксид углерода для эвтаназии больных. Многие психиатрические больные попадали в статистику естественной смерти, поскольку были попросту заморены голодом или умерли после умышленного заражения тяжелым инфекционным заболеванием.

Ещё одной проблемой является изменение половой структуры общества, как, например, в Юго-Восточной Азии широко практикуют диагностику пола плода и часто абортируют девочек. Тем самым нарушается естественное соотношение мальчиков и девочек.

С точки зрения евгеники, опасность “вырождения” особенно актуальна для индустриально развитых стран. Ухудшение экологической обстановки на планете (озоновые дыры, повышение уровня радиации, экологические яды, мутагены и канцерогены в окружающей среде) приводит к накоплению в генах людей вредных и ненужных изменений - мутаций. Такое накопление мутаций получило название генетического груза. Мутации приводят к ухудшению здоровья, различным психическим отклонениям, патологиям. Одной из причин роста генетического груза является развитие медицины, которое позволяет дойти до репродуктивного возраста лицам, имеющим значительные врожденные генетические аномалии или заболевания. Эти заболевания ранее были препятствием к передаче дефектного генетического материала следующим поколениям. Евгенические методы направлены на то, чтобы остановить генетическое вырождение населения.

В настоящее время евгенические принципы частично реализуются в рекомендациях по желательной/нежелательной беременности – пока что такие оценки проводятся на основании опроса и/или биотестирования лишь небольшой категории лиц, входящих в так называемую «группу риска».

Социальной компенсацией для лиц, не имеющих шансов на рождение собственного здорового потомства, являются методы искусственного оплодотворения, а также институт усыновления. В ряде стран уже доступна дородовая диагностика эмбриона, развившегося в результате искусственного оплодотворения (при числе клеток около 10). Определяется наличие маркеров около 6000 наследственных заболеваний, после чего решается вопрос о целесообразности имплантации эмбриона в матку. Это позволяет иметь собственного ребёнка парам, ранее не рискующим из-за высокого риска наследственных заболеваний. С другой стороны, некоторые специалисты считают, что практика вмешательства в природное разнообразие генов несёт в себе определённые скрытые риски. Тем не менее, эти методы разработаны не для улучшения генофонда человека, а для помощи отдельным парам в осуществлении их желания иметь ребенка.

Первые правовые документы, касающиеся вопросов генетики человека, были сформированы на основе заключений конференции 1975 года, проходившей в Азиломаре, участниками которой являлись крупнейшие специалисты в области молекулярной генетики. Впервые на этой конференции был выработан принцип классификации степеней опасности, составлен список запрещенных экспериментов, а также указана необходимость законодательной регламентации и наблюдения в отношении генноинженерной деятельности. Наиболее важными юридическими документами в настоящее время являются:

- «Всеобщая декларация о геноме человека и о правах человека», принятая на Генеральной ассамблее ЮНЕСКО в 1997 г.;
- «Конвенция Совета Европы о защите прав и достоинства человека в связи с приложениями биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине»,

принятая в 1996 году странами – участниками Евросовета и впоследствии дополненная протоколом, запрещающим клонирование человека;

- Рекомендация №P(92)3 Комитета Министров Совета Европы по проблемам диагностики и массового генетического обследования населения, проводимого в целях охраны здоровья;
- Руководство ВОЗ «Proposed International Guidelines on Ethical Issues in Medical Genetics and Genetic Services», посвященное этическим проблемам медицинской генетики (1997 год).
- Заявление ВОЗ в отношении клонирования человека («Declaration sur le clonage», Rapp. №756-CR/97) (1997 год).

Ценностная ориентация субъекта, сопровождая процесс познания, пронизывая его, определяет важность для науки той или иной идеи, способна определять стратегию исследований в науке. В то же время неверные оценки чреваты серьезными последствиями для науки. Квалификация идеи как незначимой, особенно до выявления того, истинна она или ложна, способна ошибочно представить ее как ложную и тем самым нанести большой вред познанию природы. Новые знания, получаемые человеком, – это естественный фактор его собственной эволюции. Само познание, научное исследование не несут в себе ни добра, ни зла. Главное - в чьих руках они находятся.

#### **4. Моральный статус презембрионов**

Одним из важнейших вопросов современной биоэтики является вопрос о статусе эмбриона. Это краеугольный камень многих медицинских, философских и правовых дискуссий, разбивающий научное сообщество на два лагеря, в одном из которых игнорируют право эмбриона называться человеком, в другом – отстаивают это право. Обе стороны приводят веские аргументы в защиту своих точек зрения, в основе которых лежат разные мировоззренческие позиции.

Может ли эмбрион называться человеком? Какие наиважнейшие показатели характеризуют в нем «человечность»? Можно ли выстроить непроницаемую стену между человеческим существом до его появления на свет и после, или все это звенья одной эволюционной цепи телесного, душевного и духовного становления личности?

Ответы на эти вопросы, представленные в современной научной литературе, можно разделить на 2 группы. *Первая группа* содержит позиции о начале человеческого существования с точки зрения естественных биомедицинских наук. В ней представлены позиции, связывающие начало человеческой жизни 1) с формированием дыхательной системы, 2) с периодом формирования сердечно-сосудистой системы, 3) с началом функционирования ствола мозга, 4) с образованием первичной полоски, 5) с имплантацией бластоцисты в стенку матки и 6) с моментом слияния гамет, т.е. с образованием генома человека. *Вторая группа* представляет гуманитарные, этико-философские подходы и содержит в себе следующие из них: 1) градуализм, 2) социологизм, 3) психоаналитический подход, 4) морально-интенциональный подход, 5) философско-антропологический подход и 6) теологический подход.

#### **Литература:**

##### **Основная:**

1. Сергеев В.В. Биоэтика: Учебное пособие. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 240 с.
2. Лопатин П.В. Биоэтика: учебник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 272 с.
3. Хрусталеv Ю.М. От этики до биоэтики. – Ростов н/Дону: Феникс, 2010. – 446 с.
4. Силуянова И.В. Руководство по этико-правовым основам медицинской деятельности: уч. пос. – М., 2008. – 238 с.

##### **Дополнительная:**

1. Лопатин П.В. Биоэтика: рабочая тетрадь. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 272 с.

2. Силуянова И.В. Биоэтика в России: ценности и законы. – М.: Грантъ, 2001. – 192 с.
3. Уильмс Дж. Р. Руководство по медицинской этике: уч. пос. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 128 с.
4. Кэмпбелл А. Медицинская этика / под ред. Ю.М. Лопухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 400 с.
5. Кэмпбелл А. Медицинская этика / под ред. Ю.М. Лопухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 400 с.

## **СЕМИНАР № 13. СМЕРТЬ И УМИРАНИЕ**

### **План семинарского занятия:**

1. Проблема смерти: история вопроса
2. Определение смерти и понятие личности
3. Эвтаназия: от древности до наших дней
4. История, философия и организационные принципы хосписа

### **Темы докладов:**

1. Успехи анестезиологии, реаниматологии и проблема смерти
2. Этические проблемы паллиативной медицины
3. Качество жизни умирающего
4. Моральный смысл различных форм эвтаназии

### **Основные понятия темы (выписать определения в тетрадь):**

«физика» смерти, «метафизика» смерти, «управление» умиранием, клиническая смерть, биологическая смерть, право на смерть, эвтаназия.

### **Пояснительная записка к семинару № 13**

«Человек есть существо умирающее» – это суждение принадлежит к разряду банальных истин. Нет ничего более очевидного и в то же время, в буквальном смысле, менее очевидного для человека, чем его собственная смерть. Отношение человека к смерти человека – это всегда отношение, моделирующее всю систему моральных взаимосвязей и взаимозависимостей. Символично, что смерть в иудео-христианском понимании стала первым проявлением и обнаружением «зла» как моральной реальности. Моральное отношение к смерти всегда являлось кардинальным, системообразующим и жизнеобеспечивающим принципом для любого человеческого сообщества. Новые медицинские критерии смерти человека – «смерть мозга» – и новые социальные подходы к индивидуальной смерти – «право на смерть» – не только частное, конкретное дело медицины. «Физика» смерти, такова уж ее особенность, непосредственно связана с «метафизикой» смерти, т. е. ее моральным и социальным измерением.

#### **1. Проблема смерти: история вопроса 2. Определение смерти и понятие личности**

Проблема смерти – это проблема по существу своему морально-религиозная и медицинская. И если религия и мораль – это своеобразная «метафизика» человеческой смерти, то «физикой» ее является медицина. На протяжении веков в пространстве европейской христианской цивилизации они дополняли друг друга в процессе формирования траурных ритуалов, обычаев, норм захоронения и т. п. Медицинские гигиенические нормы и признание возможности ошибок при диагностики смерти (случаи мнимой смерти и преждевременного захоронения) разумно сочетались с обычаем христианского отпевания и захо-

ронения на третий день после смерти. Медицинская диагностика смерти, связанная с констатацией прекращения дыхания и остановкой сердцебиения, была непротиворечиво связана с христианским пониманием сердца и дыхания как основ жизни. Не удивительно, что первые научно обоснованные попытки оживления умерших были связаны с восстановлением дыхательной способности и функции кровообращения. Так, например, в 1805 году доктор Е. Мухин предлагал с целью оживления мнимо умерших вдуть в легкие воздух с помощью мехов. К началу XIX века во многих странах Европы ставился вопрос о новом определении смерти, которая связывалась уже с отсутствием эффекта реакции организма на искусственное дыхание.

В XIX веке началось бурное развитие медицинских технических средств, которые успешно использовались для более точной констатации смерти и одновременно проходили испытания новых способов оживления организма. В России первая удачная попытка оживления сердца, извлеченного из трупа человека, была произведена в 1902 году доктором А.А. Кулябко (Томский университет). В 1913 году Ф.А. Андреев предложил способ оживления собаки с помощью центрипетального введения в сонную артерию жидкости Рингер-Локка с адреналином. В 20-е годы был сконструирован первый в мире аппарат для искусственного кровообращения. Его создателями С.С. Брюхоненко и С.И. Чечелиным он был назван «автожектор». В годы Великой Отечественной войны В.А. Неговский и его коллеги разрабатывают «комплексную методику оживления» организма. Одновременно происходит детальное изучение процессов конечных стадий жизнедеятельности. Неговский выделяет пять стадий умирания – преагональное состояние, терминальная пауза, агония, клиническая и биологическая смерть.

Различие клинической смерти (обратимого этапа умирания) и биологической смерти (необратимого этапа умирания) явилось определяющим для становления реаниматологии – науки, изучающей механизмы умирания и оживления умирающего организма. Сам термин «реаниматология» был впервые введен в оборот в 1961 году В. А. Неговским на Международном конгрессе травматологов в Будапеште.

Формирование в 60-70-е годы реаниматологии многие считают признаком революционных изменений в медицине. Это связано с преодолением традиционных критериев человеческой смерти – прекращения дыхания и сердцебиения – и выходом на уровень принятия нового критерия – «смерти мозга». Коренные изменения, вносимые достижениями медицинской науки во временное пространство смерти, оборачиваются ростом этической напряженности врачебной деятельности. В каждом ли случае реанимационные процедуры являются наилучшим исходом для пациента? Безусловно, комплекс технических средств для поддержания жизни дает возможность предотвратить смерть ряду больных, но в то же время для других это «поддержание» оказывается лишь способом продления умирания.

Реанимация – это непосредственное олицетворение научно-технических достижений человека. Однако между человеком и техническими средствами, им созданными, возникает достаточно жесткая взаимосвязь. М. Хайдеггер приводит такое сравнение: «Техническое, в самом широком смысле слова, есть ничто иное, как план», созданный человеком, но который, в конце концов, вынуждает человека к действию, независимо от того, желает он этого или уже нет.

Отделения интенсивной терапии современных больниц оснащены новейшими установками, делающими возможными различные реанимационные процедуры.

Система здравоохранения, оснащенная этой техникой, уже не способна отказаться от ее применения, часто превращая своих пациентов в бесправные жертвы. Грань между поддержанием жизни и продлением умирания становится такой тонкой, что смерть оказывается длительным механизированным процессом умирания, который технологически можно продлить до 10 лет.

Говоря о коматозных больных, профессор Б. Г. Юдин очень метко называет период между состоянием «определенно жив» и «определенно мертв» – «зоной неопределенно-

сти». К этой «зоне» относятся такие суждения врачей: «Человек еще жив, но он без сознания, необходимо дождаться его физической смерти от голода, инфекции», или, что одно и то же, «человек мертв, но он еще дышит, необходимо прекратить дыхание». В границах новых достижений медицины бьющееся сердце и дыхание – не есть признаки жизни. Констатация «смерти мозга» определяет личностную смерть, в границах которой допустима «растительная» (на клеточном уровне) жизнь. Новые медицинские постулаты с большим трудом адаптируются в общественном сознании, для которого очень странно суждение о том, что смерть констатирована, но человек еще дышит.

Современной медицине соответствует современный образ человека как прежде всего разумного существа, чему соответствует и новый критерий его смерти – «смерть разума» или «смерть мозга», или «неокортексовая смерть», т. е. невыполнение мозгом своих функций мышления, рассуждения, контакта с людьми. Родственники пациента, оказавшегося в «зоне неопределенности», должны выйти на уровень новых, соответствующих происходящему в медицине, ориентиров.

Действительно, «зона неопределенности» оказывается в буквальном смысле слова вне пространства библейских этических заповедей. Шестая заповедь «не убий» в этой зоне не работает, ибо в терминах традиционной морали – это «зона» неизбежного убийства или «отказа от жизнеподдерживающего лечения». Но кто должен принимать и осуществлять решение о смерти человека? Технические достижения требуют максимально объективного и рационального отношения человека к своей смерти. Рациональное отношение к своей смерти предполагает ответы на вопросы, как он хотел бы умереть, кто должен принимать решение в соответствующей ситуации, насколько строго и кем должна выполняться его воля?

Пытаясь освободить от моральной и юридической ответственности невольных исполнителей «воли зоны» — врачей, культура обращается к принципу эвтаназии – умышленному, безболезненному умерщвлению безнадежно больных людей.

### **3. Эвтаназия: от древности до наших дней**

В медицинской и философской литературе обсуждается вопрос о праве на смерть применительно к эвтаназии. Различают «активную (позитивную)» эвтаназию, когда используют средства, ускоряющие наступление смерти (передозировка снотворного, смертельная инъекция и др.), и «пассивную (негативную)», которая означает отказ от мер, способствующих поддержанию жизни. Оба эти вида эвтаназии касаются исключительно больного и возможны только по его просьбе. Сегодня часть российских медицинских работников и философов отвергает эвтаназию и расценивает ее как врачебную капитуляцию, предостерегает о возможности ошибки в прогнозе состояния больного и возможности злоупотребления эвтаназией со стороны врача или других лиц, считает, что если общество когда-нибудь придет к необходимости решать проблему смерти не только естественным путем, то этим должны заниматься люди неврачебной профессии.

Сторонники эвтаназии считают ее допустимой в исключительных случаях при наличии: сознательной и настойчивой просьбы больного; невозможности облегчить страдания больного известными средствами; несомненных доказательств невозможности спасения жизни, установленной коллегией врачей при обязательном единогласии; предварительного уведомления органа прокуратуры. В законе должна быть разрешены и активная и пассивная эвтаназии. В качестве морального обоснования эвтаназии можно указать на то, что несомненной ценностью является реальное благополучие человека. Не каждый имеет силы лежать парализованным, не обходиться ни дня без посторонней помощи, испытывать постоянные боли. Не у всех одинаковое представление о качестве жизни. Применительно к пассивной эвтаназии надо добавить, что пациент вправе требовать оказания ему квалифицированной медицинской помощи, но и вправе отказаться от нее (чувствует себя плохо, но в поликлинику не идет; лежит в больнице, но против операции). Обязанность же лечебного учреждения по оказанию медицинской помощи не абстрактна, а возникает перед

конкретным пациентом в определенном объеме и только после того, когда пациент выразит свое желание получить помощь. Отдельно стоит вопрос об эвтаназии применительно к несовершеннолетнему больному. Будет ли иметь юридическое значение требование (согласие) несовершеннолетнего на эвтаназию? По действующему законодательству «Гражданского кодекса») дети до 15 лет обладают элементами дееспособности, приобретают основные права и обязанности не самостоятельно, а через своих законных представителей (родителей, усыновителей, опекунов), несовершеннолетние от 15 до 18 лет действуют самостоятельно, но с согласия родителей, усыновителей или попечителей.

Общие правила гражданского законодательства об осуществлении прав несовершеннолетних не могут быть механически перенесены на вопросы эвтаназии. Видимо, в акт об эвтаназии должны быть включены специальные положения, касающиеся несовершеннолетних. Это объясняется тем, что если при осуществлении других прав и обязанностей детей их родители поступают неправомерно, то существуют определенные гарантии для защиты интересов детей (например, признание сделки по отчуждению имущества несовершеннолетнего недействительной, лишение родительских прав за жестокое обращение с детьми и др.). Если бы родители реализовали право на эвтаназию в отношении своего ребенка, и их действия в дальнейшем были бы признаны незаконными, то никакие последующие меры не восстановят жизнь ребенка.

Можно предложить следующее решение вопроса об эвтаназии несовершеннолетних. В возрасте от 15 до 18 лет несовершеннолетний самостоятельно решает вопрос о прекращении своей жизни с учетом общих критериев, которые действуют в отношении взрослых пациентов. Субъекты, санкционирующие законность эвтаназии (коллегия врачей, прокуратура), вправе отложить решение этого вопроса до достижения больным 18-летнего возраста.

В возрасте до 15 лет вопрос о прекращении жизни не должен ставиться, поскольку малолетний не вполне понимает значение своих действий и (или) не может руководить ими. Следует продумать вопрос, кто осуществляет меры по эвтаназии. Заслуживает внимания предложение, что такие меры будут принимать не сами врачи, а другие лица. Введение эвтаназии не должно сопровождаться значительными злоупотреблениями, поскольку эвтаназия необходимо не просто провозгласить, но и обеспечить дополнительными обязанностями государства, его органов, должностных лиц (предоставить пациенту истинную информацию о его заболевании, организовать обязательную предварительную консультацию пациента с психотерапевтом, гарантировать безболезненность кончины, обеспечить присутствие работников прокуратуры, родственников и др.).

Зафиксировано три существенных момента для понимания рационального самоубийства: а) физическое и психическое состояние, позволяющее принимать рациональные решения; б) обладание необходимой для этого информацией и в) критическое обоснование решения. Следует отметить также и то, что речь шла и будет идти лишь о таком самоубийстве, которое мотивируется исключительно перспективой близкой и мучительной смерти; при этом лицо, принимающее решение, уверено в точности диагноза и прогноза. Может ли самоубийство быть рациональным? Существует один аргумент, в принципе отрицающий такую возможность. Согласно этому аргументу, человек, пытающийся совершить самоубийство, всегда психически болен либо находится в состоянии депрессии или кризиса. Следовательно, при этом нарушается одно из условий рациональности суицидного решения и поступка. Утверждается также, что доводы, которые такой человек выдвигает для обоснования своего решения, являются не более чем рационализациями, продиктованными его патологическим состоянием. Так, согласно результатам одного исследования, частота самоубийств среди тех, у кого обнаружен СПИД, в 66 раз выше, чем у населения в среднем. Казалось бы, в этом случае можно ожидать рациональных решений, однако СПИД связан с такими расстройствами центральной нервной системы, которые ставят под вопрос возможность рационального выбора. По словам доктора Ричарда Гласса, «с клинической точки зрения, тщательное обследование самоубийств, даже у терминально

больных пациентов, почти всегда показывает, что самоубийство произошло под влиянием психического расстройства, а не рационального выбора... Я считаю, что врачи должны и дальше видеть в самоубийстве больных СПИДом неблагоприятный исход болезни, которую необходимо диагностировать, лечить и предотвращать».

#### **4. История, философия и организационные принципы хосписа**

Первый хоспис в нашей стране появился в 1990 г. в Санкт-Петербурге (Ленинграде). Сейчас там открыты три хосписа, еще два находятся в стадии организации. Открывается хоспис и в Москве. Подобные учреждения есть и во многих других городах России. Все годы существования хосписного движения не прекращаются споры – оправданы ли столь высокие затраты на помощь умирающим. Возникновение хосписного движения напрямую связано с гуманистическими традициями, которые обращают особое внимание на старение и смерть. Два главных события в жизни человека – рождение и смерть, – перед которыми все равны. Отношение к ним – критерий гуманности общества. Начало развития хосписного движения в мире – это неизбежный результат раздумий о духовном, естественное стремление изменить мир к лучшему, покаяться. И возвращаются старые истины, люди, умирающие долго, становятся добрее, сама жизнь к концу становится духовно богаче, ярче. А если страдания, боль разделяются с кем-то, то рождается духовная неповторимая близость. Кто-то мудро сказал, что смерть – главнейший экзамен человека. К такому экзамену наше общество оказалось неподготовленным. Оно утрачивает духовность, в нем начинает преобладать стремление к материальному обогащению при резком обнищании духа. У нас все больше прав и все меньше обязанностей. Уходят любовь, забота о других, искренность в отношениях, честность, достоинство. Жить становится холодно и одиноко. Общество живет по принципу: нужно жить сегодня, не думать ни о чем неприятном и уж, конечно, не допускать мысли о смерти...

О хосписах и шире – о движении помощи умирающим – можно говорить как о своеобразном цивилизационном факторе в современном мире.

Во-первых, право пациента на избавление от боли, на достойную смерть — это одно из гражданских прав личности, имеющее такую же универсальную ценность для современного общества, как и все другие неотъемлемые, неотчуждаемые права человека.

Во-вторых, создание хосписов в России может иметь особый смысл, ибо у нас уровень боли, испытываемой пациентами в больницах, достиг немыслимых пределов.

В-третьих, хосписы в определенном смысле могут сыграть роль своего рода "социального лекарства" для нашего общества в целом, ведь их строительство, а тем более каждодневная деятельность, невозможны в виде только казенных учреждений. Во многом успех хосписного дела зависит от того, сможем ли мы расчистить социальные завалы и дать выход родникам милосердия. При этом могут гармонично сочетаться цели хосписного, религиозного и других общественных движений.

В-четвертых, исключительно благотворное влияние хосписы окажут на всю остальную нашу медицину, не только делая достоянием всех медиков особое искусство ухода, технологии помощи тяжелобольным (в том числе — умирающим), но и реабилитируя в наш век высокотехничной, крайне специализированной медицины этическую ценность древней медицинской заповеди: «*Salus aegroti suprema lex*» («Благо больного превыше всего»). Благодаря деятельности хосписов стало общепризнанным фактом, что в «просто больницах» основная масса врачей недооценивает значение проблемы «чужой боли». И как следствие, большая часть из них не владеет многими современными достижениями медицины, применение которых в состоянии лечить и предупреждать боль. Распространение информации о том, как можно избавить пациента от боли, уже более 10 лет считается в мире одним из приоритетных направлений деятельности служб здравоохранения. Реализация права на владение такой информацией пациентами, и в особенности их близкими, есть еще один признак цивилизованности общества.

В последние 100-150 лет общественное здравоохранение и медицинская технология все больше вытесняют смерть и мысли о смерти из центра общественного внимания. Сегодня в западных странах в 70-80% случаев смерть происходит в больнице. Что касается больных раком, то, например, известно, что в Финляндии 90% из них умирает в больницах. В то же время опросы как здоровых, так и смертельно больных людей показали, что большинство из них хотело бы умереть дома. Хосписы сглаживают это противоречие не только тем, что в них созданы условия для пребывания рядом с умирающим его близких, но также и тем, что «философия хосписного дела» не оставляет без внимания феномен человеческого горя. Оказание психологической поддержки, помощи родным и близким умирающего человека – важный аспект деятельности и специалистов и добровольцев в хосписах.

Благотворительность и меценатство всегда были на Руси проявлением высокой культуры купцов, банкиров, промышленников. И теперь связи с общественностью, работа с прессой помогут обрести утерянное и выжить хосписам на местах. Воплощение идеи духовного возрождения общества достигается только конкретными, реальными, добрыми делами. Одним из таких конкретных дел и является хосписное движение. При этом надо подчеркнуть одно очень интересное и замечательное обстоятельство из жизни нашего общества, не вполне нами понятое и оцененное. Сама идея хосписа находит необычайно широкий отклик в сердцах самых разных людей. Это просто самостоятельный какой-то феномен. Значит, хосписы нужны не только терминальным больным, но и нашему больному обществу. Хосписное движение поможет возрождению России, восстановит достойное отношение к жизни и смерти. Это возможно лишь при одном условии, если мы начнем преодолевать тенденцию отрицания, игнорирования смерти, а вслед за этим – тенденцию вытеснения, подавления чувства горя, связанного со смертью.

Итак, если подвести краткий итог, можно тезисно сформулировать основные принципы хосписного движения:

- За смерть нельзя платить.
- Хоспис – дом жизни, а не смерти.
- Контроль над симптомами позволяет качественно улучшить жизнь больного.
- Смерть, как и рождение, – естественный процесс. Его нельзя ни торопить, ни тормозить. Хоспис является альтернативой эвтаназии.
- Хоспис – система комплексной медицинской, психологической и социальной помощи больному.
- Хоспис – не стены, а люди, сострадающие, любящие и заботливые.
- Хоспис – это мировоззрение гуманизма.

### **Литература:**

#### **Основная:**

1. Сергеев В.В. Биоэтика: Учебное пособие. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 240 с.
2. Лопатин П.В. Биоэтика: учебник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 272 с.
3. Хрусталеv Ю.М. От этики до биоэтики. – Ростов н/Дону: Феникс, 2010. – 446 с.
4. Силуянова И.В. Руководство по этико-правовым основам медицинской деятельности: уч. пос. – М., 2008. – 238 с.

#### **Дополнительная:**

1. Лопатин П.В. Биоэтика: рабочая тетрадь. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 272 с.
2. Силуянова И.В. Биоэтика в России: ценности и законы. – М.: Грантъ, 2001. – 192 с.
3. Уильмс Дж. Р. Руководство по медицинской этике: уч. пос. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 128 с.
4. Кэмпбелл А. Медицинская этика / под ред. Ю.М. Лопухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 400 с.

5. Кэмпбелл А. Медицинская этика / под ред. Ю.М. Лопухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 400 с.

## **СЕМИНАР № 14. ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ**

### **План семинарского занятия:**

1. История научной трансплантологии
2. Моральные проблемы получения органов от живого донора и от трупа
3. Моральные проблемы ксенотрансплантологии
4. Проблемы разработки искусственных органов

### **Темы докладов:**

1. Типы забора органов для трансплантации
2. Патолого-анатомическое вскрытие и религия
3. Моральные ограничения на торговлю органами
4. Проблема справедливости в трансплантологии

### **Основные понятия темы (выписать определения в тетрадь):**

презумпция согласия, презумпция несогласия, правило пропорциональности в трансплантологии, гетерогенез, ретровирус, ксенотрансплантация, ксеногенез.

### **Пояснительная записка к семинару № 14**

#### **1. История научной трансплантологии**

Трансплантация является одной из самых наукоемких и динамично развивающихся современных медицинских технологий. Эта технология позволяет оказывать действенную помощь тем больным, которые прежде были бы обречены на неизбежную смерть или тяжелую инвалидность. Вместе с тем развитие данной области медицины, увеличивая потребность в необходимых органах, порождает определенные нравственные проблемы и может представлять опасность для общества

Быстро развиваясь, трансплантация одновременно ставит многие вопросы. Как не допустить коммерциализацию данной отрасли медицины? Как исключить возможность ошибок и злоупотреблений при диагностике смерти мозга человека? Как разрешить противоречие между целями и задачами врача-реаниматолога и потребностями трансплантологии? При каком понимании посмертного донорства более всего учитываются воля донора? Какой критерий является наиболее справедливым для распределения донорских органов?

Попытки осуществить пересадку органов известны достаточно давно. Так в Италии в музее св. Марка есть фрески XV в., на которых изображены святые III века Косма и Дамиан в момент приживления дьякону Юстиниану ноги недавно умершего эфиопа. Расцвет экспериментальных исследований направленных на развитие трансплантологии приходится на конец XIX начало XX века. Выход трансплантации на уровень клинической практики отмечается в 70-80-х годах XX века. К основоположникам и разработчикам теоретической и экспериментальной базы трансплантологии можно отнести таких выдающихся отечественных ученых и хирургов, как Владимир Петрович Демихов, Борис Васильевич Петровский, Юрий Юрьевич Вороной. В 1931 году Ю.Ю. Вороной осуществил первую в мире пересадку почки. 1937 год В. П. Демихов проводит первую имплантацию искусственного сердца. Но ключевым, переломным годом для трансплантации считается 1967 год когда была проведена первая в мире успешная пересадка сердца от человека человеку. Её осуществил ученик В. П. Демихова, южноафриканский врач Кристиан Бер-

нард. Первая удачная пересадка сердца в России была проведена академиком В. И. Шумаковым в 1986 г.

Начиная с 1968 года счет количества операций по пересадке органов шел на десятки, еще через год уже исчислялся сотнями и тысячами. Эти годы можно охарактеризовать как время «трансплантационной эйфории». Сегодня в мире ежегодно проводятся десятки тысяч операций по трансплантации, только в США в 1995 году было пересажено 2361 сердце. При этом, как уже говорилось, острота этических проблем, возникающих в этой области, с годами не снижается, а возрастает, о чем свидетельствует большое число международных конференций, публикаций, общественных дискуссий по данной теме. Трансплантация в России стала юридически регулироваться с 1992 года, когда был принят Закон РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека».

## **2. Моральные проблемы получения органов от живого донора и от трупа**

Основным источником органов и тканей для трансплантации является трупное донорство. Существуют три основных вида: это рутинное изъятие, принцип презумпции согласия и принцип презумпции несогласия. Суть принципа рутинного забора заключается в том, что тело после смерти человека, согласно этому принципу, становится собственностью государства. Это означает, что решение об изъятии органов принимается, исходя из интересов и потребностей государства. Такая модель имела место в советской системе здравоохранения с 1937 г. и сохранялась до 1992 года. Рутинное изъятие утратило свою правомерность в современном обществе, поэтому правильнее будет сказать, что основных принципа два: принцип презумпции согласия и принцип презумпции несогласия.

Принцип презумпции согласия также имеет названия «предполагаемое согласие» и «модель возражения». Слово презумпция означает «предположение о чем-либо». Так, в судебной практике понятие «презумпция невиновности» означает, что каждый человек изначально не виновен, вину необходимо доказать. В соответствии с действующей в нашей стране презумпцией согласия предполагается, что каждый россиянин вроде бы изначально согласен, что его органы после смерти будут использованы для пересадки другим. В статье 8 закона «О Трансплантации» написано: «Изъятие органов и (или) тканей у трупа не допускается, если учреждение здравоохранения на момент смерти изъятия поставлено в известность о том, что при жизни данное лицо либо его родственники или законный представитель заявили о своем несогласии на изъятие его органов и (или) тканей после смерти для трансплантации реципиенту». То есть если на момент смерти человека у врачей не будет документа от пациента, что он против, или не придут и не заявят об этом родственники, то органы могут быть забраны. Отсутствие выраженного отказа трактуется данным законом как согласие.

Важнейшим условием для реализации права человека или его родственников на отказ от изъятия органов является полная информированность населения о сути этого права и о механизмах фиксации своего отказа. Однако на сегодняшний день большинство населения не знает, что по закону «О трансплантологии» все россияне согласны быть донорами, и врач не обязан спрашивать согласия у родственников умершего. Большинство населения не знает, каков механизм оформления прижизненного отказа. Специалист по биоэтике П.Д. Тищенко отмечает то обстоятельство, что механизм отказа разъяснен лишь в ведомственной инструкции Минздрава, что является существенным нарушением прав граждан. Данная модель фактически нарушает принцип добровольного информированного согласия, не создает условий для соблюдения права личности на определение судьбы своего физического тела.

Отрицательной стороной является то, что принцип презумпции согласия вынуждает врача совершать, по сути, насильственное действие, т. е. действие с человеком или его собственностью без его согласия квалифицируется в этике как «насилие».

Именно по этому многие исследователи, а также ряд религиозных конфессий, в том числе и Русская Православная Церковь (в «Основах социальной концепции») оценивают

ныне действующий закон РФ «О трансплантации органов и (или) тканей», основу которого составляет принцип презумпции согласия как этически некорректный.

Положительной стороной «презумпции согласия» является то, что этот принцип формирует источник большего количества органов для трансплантации. Это происходит за счет того, что органы изымаются у тех, кто не выражал никакого мнения по этому поводу. Для врачей существенно облегчается процедура получения органов, им не нужно получать согласие от родных.

В чем суть противоположного подхода, т.е. принципа «презумпции несогласия», который называют также «модель согласия»? В соответствии с ним предполагается, что каждый человек заранее не согласен с тем, что его органы будут пересажены другому человеку. Органы можно изъять только в случае получения прижизненного согласия от самого человека, либо согласия родственников после его смерти. В зависимости от того, обладают ли родственники правом принимать решение, различают два варианта принципа «презумпции несогласия»; принцип узкого согласия и принцип расширенного согласия. Принцип узкого согласия предполагает учет мнения только потенциального донора. Волеизъявление родственников не учитывается. При расширенном согласии учитывается не только волеизъявление донора при жизни, но и родственников донора после его смерти. Последний вариант наиболее распространен в Европе. К минусам данной модели относят потенциальное снижение количества органов для трансплантации за счет более сложной процедуры получения согласия по сравнению с моделью презумпции согласия.

К недостаткам принципа «презумпции несогласия» относят то, что для родственников решение такой проблемы, как трансплантация органов умершего, в момент внезапной смерти близкого человека является чрезмерной нагрузкой и не дает им возможности полно и ясно рассмотреть проблему. Для устранения этого недостатка трансплантологии Германии и скандинавских стран предлагают следующее решение, которое еще называют «принцип информационной модели». В соответствии с ним родственники не должны сразу принимать решения о разрешении изъятия органов. После информирования их о возможности трансплантации (изъятия) органов они в течение установленного времени могут выразить свое согласие или несогласие. При этом в беседе с родственниками также подчеркивается, что если в течение установленного срока несогласие не будет выражено, то трансплантация осуществится. После беседы родственники обязаны будут сообщить в соответствующей форме, что им ясны варианты действий.

Таким образом, с одной стороны, воля родственников будет учтена, с другой – у тех родственников, у которых нет желания решать этот вопрос от перенапряжения, есть возможность не принимать его.

Исследователи С.А. Дземешкевич, И.В. Борогад считают, что ситуация, при которой врач должен задавать вопрос родственникам о разрешении на донорство сразу вслед за известием о смерти, экстремальна и превышает допустимые психологические нагрузки и на родственников, и на врача. В прочем, следует отметить, что в мировой медицинской практике уже существуют подходы к решению этой проблемы. В некоторых американских штатах закон обязывает медиков в обозначенных случаях обращаться к родственникам умершего с предложением об изъятии органов и тканей для трансплантологии. Тем самым с врачей в какой-то степени снимается моральное и психологическое бремя. Ведь одно дело говорить эти слова от своего лица и совсем другое – от лица закона.

Положительной стороной «презумпции несогласия» является то, что при данной модели, во-первых, максимально соблюдается и защищается фундаментальное право человека на свободу и добровольное определение судьбы своего физического тела после смерти. Во-вторых, снижается потенциальная возможность криминализации данной отрасли медицины; в-третьих, поддерживается уверенность человека в достойное отношение к его телу после смерти. В-четвертых, врач освобождается от психоэмоциональных перегрузок, связанных с совершением этически некорректных (в частности, насильственных) действий. Это особенно значимо для личности врача, так как известно, что человек,

совершающий действие, противоречащее традиционным нормам морали, неизбежно подвергает себя риску разрушить психоэмоциональную стабильность своей личности.

С точки зрения традиционной этики, воля человека более всего учитывается при использовании принципа «презумпции несогласия», так как согласно основному этическому принципу добровольное прижизненное согласие донора является условием правомерности и нравственной приемлемости трансплантации. Если волеизъявление потенциального донора неизвестно врачам, они должны выяснить волю умирающего или умершего человека, обратившимся к родственникам.

Сейчас мы говорили о регулировании забора органов у умерших людей. А могут ли использоваться органы живого донора для трансплантации?

Да, могут, как правило, используются парные органы, например, почка, или берётся часть какого-либо органа – доля печени. Если мы говорим, что изъятие донорских органов допустимо, то каковы условия его осуществления?

Изъятие органов и тканей у живого донора для трансплантации реципиенту, согласно ст.11 Закона РФ «О трансплантации», допускается при соблюдении следующих условий:

- если донор свободно и сознательно в письменной форме выразил согласие на изъятие своих органов или тканей;
- если донор предупрежден о возможных осложнениях для его здоровья в связи с предстоящим оперативным вмешательством по изъятию органов или тканей;
- если донор прошел всестороннее медицинское обследование, и имеется заключение консилиума врачей – специалистов о возможности изъятия у него органов или тканей для трансплантации;
- а также, это важное условие, если донор находится с реципиентом в генетической связи, т.е. если он является родственником реципиента. Исключение составляет случаи пересадки костного мозга.

Последнее условие, касающееся обязательности наличия генетической связи, обусловлено необходимостью исключить возможность злоупотреблений и попыток вознаграждения донора за отданный орган. Вероятность финансовых взаимоотношений между родственниками, гораздо меньше, чем между посторонними людьми. Кроме того, в случае родственных пересадок, снижается и вероятность иммунного отторжения органа.

### **3. Моральные проблемы ксенотрансплантологии**

Одним из перспективных путей ее решения сегодня считают использование для пересадки человеку органов и тканей животных – ксенотрансплантацию. Но до последнего времени она рассматривалась только теоретически – казалось невозможным предотвратить отторжение таких органов. Действительно, если даже у хорошо подобранной человеческой пары донор–больной существует реальная угроза отторжения (кроме близнецов) пересаженного органа, и пациенту приходится всю оставшуюся жизнь принимать подавляющие иммунитет иммуносупрессивные препараты, то в случае животного и человека несовместимость много больше. В сущности, пока еще никто не знает, как в течение длительного времени будет функционировать в организме человека пересаженный чужеродный орган животного, даже если он приживется.

Правда, единичные относительно успешные попытки пересадки органов животных предпринимались. Так, в 1963 году К. Римства пересадил человеку почку шимпанзе, которая функционировала в течение девяти месяцев. Позднее пробовали пересадить человеку сердце и печень приматов. Но результаты таких экспериментов не слишком обнадеживали. Дело в том, что при пересадке органа животного иммунологический конфликт начинается немедленно после операции и протекает от нескольких минут до нескольких часов. В пересаженном органе происходят сложные морфо-физиологические изменения, в результате которых развиваются отек, кровоизлияния, закупорка мелких сосудов, и орган очень быстро погибает.

Процесс отторжения запускается активацией постоянно находящихся в крови человека антител, призванных защищать организм от чужих для него веществ, и так называемого комплемента – группы из девяти белков, которые в нормальном состоянии присутствуют в крови в виде неактивных ферментов. При попадании в организм чужеродных агентов (антигенов), что и происходит при пересадке органа животного, антитела связываются с чужеродным антигеном, и образованный комплекс антиген-антитело вызывает неконтролируемую активацию комплемента. В результате на поверхности чужих клеток образуется сложный белковый комплекс, который вызывает необратимые изменения, а затем и уничтожение этих клеток.

Одной из мишеней для действия комплемента в тканях ксенотрансплантата становятся так называемые эндотелиальные клетки, выстилающие внутреннюю стенку мелких кровеносных сосудов. В здоровых тканях клетки эндотелия выступают в качестве барьера на пути проникновения белков и клеток крови через стенку сосуда в ткани и активно тормозят внутрисосудистый тромбоз. Под влиянием описанных процессов, а также секреции в кровь ряда некоторых других патологических факторов клетки эндотелия преобразуются, теряют свою барьерную функцию и стимулируют образование тромбов, закупоривающих просвет сосудов.

Чем эволюционно ближе животное-донор к человеку, тем вероятнее успешная пересадка органа. Однако множество причин сдерживает использование человекообразных обезьян для целей трансплантации. Это и ограниченное количество животных этого вида, и трудности выведения их в неволе в больших количествах, и невозможность обезопасить больного от инфекционных заболеваний донора, не говоря уже об этических проблемах, связанных с убийством обезьян.

Как ни удивительно, но нашлось животное, обладающее существенными преимуществами по сравнению с приматами. Свиньи широко распространены, их легко выращивать и содержать, их органы сходны с человеческими по размерам и физиологии, многие люди принимают факт изъятия свиных донорских органов, поскольку свиней выращивают как источник пищи для человека. По статистическим данным, в мире около 700 млн. домашних свиней, большая часть которых ежегодно перерабатывается в пищу и обновляется за счет высокой продуктивности свиноматок.

Открывшаяся возможность использовать свиней в качестве доноров органов для человека активизировала иммунологические, вирусологические, молекулярно-биологические, в том числе и генно-инженерные исследования этих животных. Был выявлен механизм отторжения пересаженного органа свиньи, намечены пути его преодоления. Следующим этапом стало создание особых – трансгенных животных, клетки которых содержат, кроме собственных, еще и не свойственные данному виду гены. В организме таких животных вырабатываются белки, предотвращающие поражение пересаженного органа иммунной системой человека. Как это осуществляется на деле? Генно-инженерным (трансгенным) способом вызывают изменения в генетическом аппарате зародыша свиньи. Затем эмбрион внедряют в матку суррогатной матери, где и протекает беременность. У родившегося поросенка ткани по многим параметрам оказываются совместимыми с человеческими и не подвергаются острому отторжению.

Судя по всему, трансгенным технологиям в ксенотрансплантации обеспечено большое будущее. Становится возможным приживление и сохранение ксенотрансплантата без постоянного лечения в течение всей последующей жизни. Таким образом, благодаря раскрытию механизмов тканевой несовместимости и достижениям генной инженерии появилась реальная перспектива осуществления ксенотрансплантации. Возможно, генно-инженерная свинья и есть путь к окончательному решению проблемы. Британские эксперты предсказывают, что в ближайшие годы в мире будет более 300 свиноферм, работающих по программе пересадки органа.

Хотя главные трудности еще впереди, есть все основания утверждать, что проблема сверхострого отторжения ксенооргана может быть решена достаточно скоро, и что мы

сможем использовать свинью или другое млекопитающее в качестве неограниченного источника органов для человека.

Однако, помимо отторжения пересаженного органа, здесь существуют и другие проблемы. Недавно две научные группы в Лондоне представили данные о наличии в тканях свиньи разновидностей вирусов, относящихся к так называемым ретровирусам, которые способны заразить клетки человека после трансплантации и в дальнейшем вызвать онкологические заболевания. Обычно присутствия инфекционного начала в органах донора можно избежать путем селекции непатогенных животных. Но в данном случае ретровирусы присутствуют в зародышевой ДНК и могут вызвать заболевание в условиях существования уже пересаженного органа в теле человека.

Известно, что у человека есть защитные факторы сыворотки крови и другие системы иммунитета, способные побороть патогенное начало, в том числе и ретровирусы. Однако в условиях иммунодефицита, когда применяются угнетающие иммунную систему лекарства, необходимые для профилактики отторжения пересаженного органа, защитные силы организма резко снижаются, и возникает реальная угроза заражения ретровирусом и развития онкологических заболеваний. Но и при обычной пересадке органов от человека человеку, в условиях постоянного в течение всей жизни приема лекарств, препятствующих отторжению, риск вирусных инфекций, таких, например, как ВИЧ, или микробных заболеваний, например, бронхолегочных инфекций, намного повышается, а также возникает вероятность развития опухолевого процесса. При проведении манипуляций с органами и тканями животных необходимо тщательное обследование животного-донора, чтобы избежать риска возникновения вирусной инфекции, а также вакцинация больного против возможного заражения.

Против пересадок свиных органов, несомненно, будут выступать представители ислама, тем более, что в ряде арабских стран законом запрещена даже обычная процедура пересадки органов от человека человеку. В одном из последних посланий, посвященных вопросам трансплантологии, в частности, клонированию человека, муфтий Египта шейх Наср Фарид заявил: «Бог создал нас совершенными, и невозможно, чтобы человек вносил свои изменения, пытаясь повторить божественный акт творения».

Православная церковь не высказала пока официальной позиции по проблеме пересадки органов животных человеку. Известно лишь, что она в целом терпимо относится к трансплантологии, считая, что пересадка органов не противоречит церковным канонам.

#### **4. Проблемы разработки искусственных органов**

Идеи о замене больных органов здоровыми возникли у человека еще несколько веков назад. Но несовершенные методы хирургии и анестезиологии не позволяли осуществить задуманное. В современном мире трансплантация органов заняла достойное место в лечении терминальных стадий многих заболеваний. Были спасены тысячи человеческих жизней. Но проблемы возникли с другой стороны. Катастрофический дефицит донорских органов, иммунологическая несовместимость и тысячи людей в листах ожидания того или иного органа, которые так и не дождались своей операции.

Ученые всего мира все чаще задумывались над созданием искусственных органов, которые могли бы заменить настоящие по своим функциям, и в этом направлении были достигнуты определенные успехи. Нам известны искусственные почка, легкие, сердце, кожа, кости, суставы, сетчатка, кохлеарные импланты.

Один из самых необходимых искусственных органов — это почка. В настоящее время сотни тысяч людей в мире для того, чтобы жить, должны регулярно получать лечение гемодиализом. Беспрецедентная «машинная агрессия», необходимость соблюдать диету, принимать медикаменты, ограничивать прием жидкости, потеря работоспособности, свободы, комфорта и различные осложнения со стороны внутренних органов сопровождают эту терапию.

Искусственная вентиляция легких (ИВЛ) – эффективное средство интенсивной терапии, обеспечивающее газообмен, имеет все необходимые режимы для обеспечения различных вариантов вентиляции легких. Но как самостоятельное лечение малоэффективно, все достоинства этого метода проявляются в комплексной терапии основного заболевания. При длительном применении также возможно развитие различных осложнений.

Принципы создания искусственного сердца были разработаны В. П. Демиховым еще в 1937 г. С течением времени это устройство претерпело колоссальные преобразования в размерах и способах использования. Искусственное сердце – механический прибор, который временно берет на себя функцию кровообращения, в случае, если сердце пациента не может полноценно обеспечивать организм достаточным количеством крови. Существенным его недостатком является потребность в постоянной подзарядке от электросети.

Все эти устройства можно рассматривать как временную меру, пока пациент ждет орган для пересадки. Все они далеки от совершенства и доставляют больному массу неудобств.

Идеальный искусственный орган должен соответствовать следующим параметрам:

- его можно имплантировать в организм человека;
- он не имеет сообщения с окружающей средой;
- изготовлен из легкого, прочного, обладающего высокой биологической совместимостью материала;
- долговечный, выдерживающий большие нагрузки;
- полностью моделирует функции естественного аналога.

В начале XXI века возникли предпосылки появления принципиально новых подходов к восстановлению функций жизненно важных органов, основанных на технологиях клеточной и тканевой хирургии.

### **Литература:**

#### **Основная:**

1. Сергеев В.В. Биоэтика: Учебное пособие. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 240 с.
2. Лопатин П.В. Биоэтика: учебник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 272 с.
3. Хрусталева Ю.М. От этики до биоэтики. – Ростов н/Дону: Феникс, 2010. – 446 с.
4. Силуянова И.В. Руководство по этико-правовым основам медицинской деятельности: уч. пос. – М., 2008. – 238 с.

#### **Дополнительная:**

1. Лопатин П.В. Биоэтика: рабочая тетрадь. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 272 с.
2. Силуянова И.В. Биоэтика в России: ценности и законы. – М.: Грантъ, 2001. – 192 с.
3. Уильямс Дж. Р. Руководство по медицинской этике: уч. пос. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 128 с.
4. Кэмпбелл А. Медицинская этика / под ред. Ю.М. Лопухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 400 с.
5. Кэмпбелл А. Медицинская этика / под ред. Ю.М. Лопухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 400 с.

## **СЕМИНАР № 15. ЭТИКА В ПСИХИАТРИИ, СЕКСОЛОГИИ И ОНКОЛОГИИ**

### **План семинарского занятия:**

1. История психиатрии и мораль
2. Этическое и правовое регулирование в сфере психиатрии
3. Этика в сексологии и сексопатологии
4. Этика в онкологии

### **Темы докладов:**

1. Права и интересы душевнобольного
2. Стигматизирующий характер диагноза в психиатрии
3. Специфика врачебной тайны в психиатрии
4. Сексуальные девиации как медицинская и социальная проблема
5. Врачебная тайна в онкологии

### **Основные понятия темы (выписать определения в тетрадь):**

патернализм, антипатернализм, психическая норма, психическая патология, компетентность больного, сексология, сексопатология, сексуальные девиации, гомосексуализм, транссексуализм, фармакологическое средство, канцерофобия.

### **Пояснительная записка к семинару № 15**

#### **1. История психиатрии и мораль**

Термин, психиатрия, происходит от греч. *psyche* – «душа» и *iatreia* – «лечение» и в буквальном переводе означает «лечение души». Столь дословный перевод не соответствует современным понятиям о психических заболеваниях. Чтобы понять происхождение термина «психиатрия», необходимо обратиться к истории формирования человеческого мировоззрения. В прежние времена человек видел окружающие явления и предметы, наделяя каждый из них душой. Смерть и сон представлялись первобытным людям необъяснимыми и непонятными. Они считали, что во сне душа покидает тело, где-то бродит, видит различные события, участвует в них, и именно эти события человек и видит во сне. Кроме того, бытовало мнение, что будить спящего человека нельзя, так как душа может не успеть вернуться в тело, а в тех случаях, когда душа отлучалась и не возвращалась, человек умирал.

Такие взгляды подвергались критике еще в Древней Греции. В тот период производилась попытка объединить психические переживания и психические заболевания с тем или иным органом человеческого тела. К примеру, у древних греков органом любви считалась печень. Этим объясняется то, что на древних скульптурах бог любви пробивает печень стрелой из лука. Только в более позднее время органом любви стали считать сердце, пронзенное стрелой Амура.

Согласно древним легендам, «наука об исцелении душ» (психиатрия) развивалась тогда, когда все живое, и непосредственно человек, наделялось душой.

Данный термин не соответствует современным представлениям о психиатрии, в связи с чем предпринимались неоднократные попытки заменить его другим. В. М. Бехтерев неоднократно выдвигал такой термин, как «патологическая рефлексология», в дальнейшем В. П. Осипов охарактеризовал психиатрию, как «тропопатологию». Данные названия не нашли своего развития, в результате чего и остался термин «психиатрия», потерявший свой первоначальный смысл.

Психиатрия представляет собою медицинскую специальность, являющуюся частью клинической медицины. Для исследования психических заболеваний совместно с основными методиками клинической медицины, такими, как осмотр, пальпация, перкуссия и аускультация, немаловажными и даже первостепенными служат основные приемы для выявления и оценки психического состояния – наблюдение за больным и беседа с ним.

При наблюдении за больным можно выявить специфичность его поведения и поступков, что обусловлено имеющимися у больных психическими нарушениями. Для примера: больной пытается изолировать себя от того, что ему причиняет неудобства, может затыкать уши или нос при слуховых или обонятельных галлюцинациях. При наличии обонятельных галлюцинаций больные стараются себя изолировать якобы от их источника, заклеивать окна, вентиляционные отверстия, чтобы газ, который, как им кажется, пускают соседи, не проникал в квартиру. Также больные совершают непонятные окружающим

движения (ритуалы), по их мнению, освобождающие от навязчивых страхов: идя по улице, они стремятся перешагивать через трещины на асфальте, «чтобы не случилось беды», либо бесконечно моют руки при страхе загрязнения, ездят определенным маршрутом, пересаживаются из одного вида транспорта в другой, спасаясь от «погоны».

При беседе с врачом больной может сообщить ему о своих волнениях, опасениях, страхах, изменении настроения, объяснить неправильное и нелогичное поведение, высказать свои бредовые переживания и неадекватные соображения.

Немаловажным для оценки состояния пациента являются данные о его прошлой жизни, отношении к происходящим событиям и явлениям, взаимоотношения с окружающими людьми. Зачастую при беседе можно выявить болезненные трактовки каких-либо событий и явлений. В таком случае речь идет не столько об анамнезе, сколько о психическом состоянии больного.

Для оценки психического состояния большую роль играют данные объективного анамнеза, а именно сведения о больном, полученные от его родственников и близких лиц.

Медикам в ряде случаев приходится сталкиваться с отрицанием болезни не только самим больным, что носит название анозогнозии, но также его близкими и родственниками. Это в большинстве своем отмечается при таких психических заболеваниях, как эпилепсия, олигофрения и шизофрения. Известны случаи, когда родители душевнобольного, являясь достаточно образованными людьми и даже врачами, как бы не видят явных признаков заболевания. Отдельные лица из их числа, несмотря на отвержение факта болезни, дают свое согласие на проведение необходимого лечения. В таких случаях врач-психиатр должен проявить максимальную гибкость и такт и, исходя из интересов пациента, проводить лечение, не уточняя окончательного диагноза, не настаивая на нем и ни в коем случае ни в чем не убеждая родственников больного.

Немалые трудности возникают в тех случаях, когда родственники больного, отрицая недуг, отказываются от необходимой терапии. Это может привести к утяжелению симптоматики и переходу заболевания из острого в хроническое течение.

Спецификой психических заболеваний является их длительность. Психические болезни продолжаются годы, а иногда и всю жизнь, в отличие от соматических заболеваний, которые обычно часто являются эпизодом в жизни больного. В связи с данной особенностью возникают некоторые социальные проблемы, например, трудоустройство больного, перенесшего приступ болезни, улучшение жилищных условий, нормализация семейных отношений, взаимоотношений с окружающими его людьми.

При оценке психического заболевания и его последствий немалую роль играет личность самого больного, уровень ее зрелости, выработавшиеся характерологические особенности. Роль личности больного наиболее четко раскрывается при психогенных заболеваниях, когда именно особенностями личности определены клинические варианты неврозов.

В процессе становления психиатрии как науки происходила дифференцировка ее разделов, результатом чего стало выделение детской и подростковой психиатрии, гериатрической, судебной, военной психиатрии, наркологии, психотерапии как самостоятельных дисциплин, которые, основываясь на общих психиатрических знаниях, формируют свое направление в науке и практической деятельности.

Психиатрия является клинической медицинской дисциплиной, имеющей тесные связи с соматическими заболеваниями. Каждая соматическая болезнь оказывает свое влияние на личность больного, в том числе и на его психическую деятельность. Другими словами, психические нарушения при соматических заболеваниях определяются психическими соматогенными расстройствами и индивидуальной реакцией личности на болезнь, выраженность которых при разных заболеваниях неодинакова. Так, например, при сосудистых заболеваниях (гипертоническая болезнь, атеросклероз, эндокринные заболевания) основная роль принадлежит соматогенному фактору. При заболеваниях, приводящих к формирова-

нию дефектов лица и обезображивающих рубцов, обычно более проявлены реакции личности.

## **2. Этическое и правовое регулирование в сфере психиатрии**

В профессиональной деятельности психиатра особенно значима роль правильного этического поведения, что обусловлено характером его взаимоотношений с пациентом и спецификой возникающих при этом моральных проблем. Психиатрия располагает мощными средствами воздействия на человека, и потому вопросы психиатрии оказываются объектом пристального внимания со стороны общества. Отсутствие в нашей стране на протяжении многих десятилетий правовой основы регулирования деятельности служб психического здоровья не позволяло в полной мере решать многие этико-правовые проблемы, определять моральные и нравственные нормы поведения работников психиатрических служб.

Русские врачи еще в начале XX столетия весьма серьезно и деликатно подходили к решению вопросов медицинской этики. Так, известный русский писатель и врач В. Вересаев в 20-е годы отмечал, что нет такой науки, которая бы вступала в столь непосредственно близкое отношение с человеком, как медицина. В дальнейшем получила особое развитие традиционная для отечественного здравоохранения патерналистская модель отношений психиатра и психически больного, в соответствии с которой многие вопросы нравственно-этического характера решались только психиатром. На определенном этапе развития психиатрии этот подход был прогрессивным, ибо в поле зрения психиатров попадали больные только госпитального профиля, среди которых преобладали лица с выраженной картиной психоза или хроническим течением заболевания, требующие активного лечения и наблюдения, а также различных форм социальной поддержки и защиты. Но со временем функции «патрона» в решении многих интересов пациентов взяло на себя государство. В результате такой установки сложилась ситуация, при которой любой пациент, обратившийся хотя бы однократно в психоневрологический диспансер, подвергался социальной дискриминации, ограничению в правах и нередко предвзятому отношению со стороны общества.

Обсуждение многих юридических, правовых вопросов, которое велось в ходе двухлетней подготовки проекта Закона о психиатрической помощи в России, показало, что применение в психиатрии лишь правовых норм и процедур не может решить всего многообразия нравственно-этических проблем во взаимоотношениях «врач – пациент», «пациент – общество», «общество – психиатрия». Поэтому возникла необходимость разработки свода этических норм, стандартов в психиатрии, создания в рамках государственных и общественных профессиональных психиатрических организаций этических комитетов. В целях совершенствования этических норм в психиатрии в нашей стране эта работа была продолжена психиатрами в содружестве с психологами, юристами и философами. В результате был разработан и принят Кодекс профессиональной этики психиатра, утвержденный Пленумом правления Российского общества психиатров в 1994 г.

Основные положения Кодекса:

1. Главной целью профессиональной деятельности психиатра является оказание психиатрической помощи всякому, нуждающемуся в ней. Высшими ценностями для психиатра являются здоровье и благо пациента. Любые проявления превосходства над пациентами недопустимы.

2. При затруднениях в процессе оказания помощи пациенту психиатр должен обратиться за консультацией к коллегам, а при аналогичном обращении коллег – оказывать им содействие.

3. Психиатр не вправе нарушать древнюю этическую заповедь – не навреди. Если обследование или лечение сопряжено с побочными эффектами, болевыми ощущениями, возможными осложнениями или другими, негативными для пациента явлениями, психиатр обязан тщательно сопоставить риск нанесения ущерба с ожидаемым положительным

результатом. Психиатрическое вмешательство оправдано только тогда, когда реальная помощь пациенту перевешивает возможные негативные последствия. При проведении научных исследований или испытании новых медицинских методов и средств с участием пациентов должны быть заранее определены границы допустимости и условия их проведения.

4. Психиатр не вправе использовать свое положение для заключения имущественных сделок с больными, использовать труд больных в личных целях, не вправе навязывать пациенту свои религиозные, философские и политические взгляды.

5. Психиатр не вправе применять медицинские методы и средства для наказания больных, для удобства персонала.

6. Психиатр обязан уважать свободу и независимость личности пациента, его честь и достоинство, заботиться о соблюдении его прав и законных интересов. Обязан проявлять максимальную деликатность в отношении личной жизни пациента, не вторгаться в эту сферу без его согласия.

7. Психиатр должен стремиться к установлению с пациентом «терапевтического сотрудничества», основанного на взаимном согласии, доверии, правдивости и взаимной ответственности. Психиатр обязан обсуждать с пациентом проблемы его психического здоровья, предлагаемый план обследования и лечения, преимущества и недостатки соответствующих медицинских методов и средств. При этом психиатру следует избегать причинения пациенту психической травмы. Психиатр не должен обещать пациенту невыполнимого и обязан выполнять обещанное. Психиатр должен уважать право пациента соглашаться или отказываться от предлагаемой психиатрической помощи после предоставления необходимой информации.

8. Психиатр не вправе разглашать без разрешения пациента или его законного представителя сведения, полученные в ходе обследования и лечения пациента и составляющие врачебную тайну.

Ни в какой другой специальности нет такой взаимообусловленности этических и профессиональных качеств человека.

Этика определяет законы морали и нравственности, нарушение которых зачастую не ведет к уголовной или административной ответственности, а должна приводить к нравственному суду, «суду чести». Что из врачебных воздействий на пациента следует считать добром, а что злом? В области психиатрии наиболее спорными остаются в отношении нравственной оценки и потому наиболее актуальными такие процессы, как конфиденциальность, компетентность, патернализм, и др.

Что касается информированного согласия, то для оценки, способен ли больной принять решение, рекомендуется использовать следующие критерии:

1. Оценка его способности сообщить о своем выборе. При этом он должен сказать больше, чем «да» или «нет».

2. Оценка способности понимать суть проблемы. Надо учитывать восприятие фактов больным, относящихся к предстоящему решению и важных для него, например, сущность и цели вмешательства, риск и выгоды, альтернативу.

3. Способность оценить ситуацию, в которой он находится, сопутствующие ей обстоятельства, например, наличие психической болезни, и необходимость принимать лекарство, чтобы выздороветь.

4. Оценка способности рационально пользоваться полученной от врача информацией.

То есть приоритет безоговорочно отдается правовой доктрине «информированного согласия».

Пациенты с психическими расстройствами часто испытывают трудности в получении жилья и трудоустройстве. Большинство людей приемлет в целом психически больных как членов общества, но склонно избегать более близких взаимоотношений, например, работать или жить вместе с ними.

Психиатры стигматизируют психические расстройства. Ежедневными примерами

могут служить название пациента «шизофреником», а не «человеком, страдающим шизофренией»; подсмеивание над странностями в поведении и высказываниях пациентов; негативное отношение к пациентам за то, что им не становится лучше, а также советы стажерам, проходящим психиатрическую практику, выбрать другую, «менее напряженную» специальность. Можно даже утверждать, что наличие отдельного законодательства для «психических болезней» является дискриминирующим.

Пациенты, имеющие психические (и другие) расстройства, часто подвергаются стигматизации. Стигматизация, – это «наклеивание ярлыков». Часто психическое заболевание воспринимается как что-то пугающее, постыдное, нереальное, надуманное и неизлечимое; психически больные характеризуются как опасные, непредсказуемые, ненадежные, нестабильные, ленивые, слабые, никчемные и/или беспомощные.

Моральное право и долг психиатра — отстаивать свою профессиональную независимость; во взаимоотношениях с коллегами главными этическими основаниями служат честность, справедливость, порядочность, уважение к их знаниям и опыту, а также готовность передать свои профессиональные знания и опыт. Ответственность за нарушение Кодекса профессиональной этики психиатра определяется Уставом Российского общества психиатров.

### **3. Этика в сексологии и сексопатологии**

В 80-х годах XX века среди медицинских дисциплин прочное место занимают сексопатология и сексология. Их формирование было обусловлено двумя основными факторами. Во-первых, развитием медицинского знания – физиологии половых систем, психоаналитической медицины, эндокринологии и нейроэндокринологии, медицинской генетики. Во-вторых, принципиальными изменениями в морально-мировоззренческих ориентациях европейской культуры последнего столетия. Сексопатолог К. Имелинский пишет: «Длительное неприятие сексуальности человека и понимание ее как «чего-то непристойного» тормозили изучение этой сферы человеческой жизни, а так же приводили к появлению многочисленных ошибочных взглядов, предрассудков и фиктивных суждений».

Переход от «неприятия», «угнетения» сексуальности к ее «освобождению» – не только условие возникновения и существования сексопатологии, но и одно из ее теоретических оснований. Основной принцип современной сексологии - принцип индивидуальных различий – базируется на признании относительности «нормативных» границ сексуального поведения. Альфред Кинзи, которого называют Колумбом сексологии, на основании огромного фактического материала констатировал существование широчайшего диапазона индивидуальных проявлений сексуальности человека. «Вариативный размах крайних проявлений сексуальности определяется цифрой 1:45000». Это означает, что «нормальное развитие человека характеризуется, в частности, многообразием индивидуальных способов достижения сексуального наслаждения, причем пути его разнообразны не только относительно проявлений, но и относительно влияний многочисленных факторов, которые не всегда осознаются человеком».

Для современной сексологии, основывающейся на «освобожденной сексуальности», характерно введение новых терапевтических методик. Среди них - использование в качестве средства лечения некоторых сексуальных расстройств «замещающих – внебрачных – партнеров». В данном случае проблема выбора между здоровьем пациента и соблюдением этических норм решается не в пользу последних.

Условием «работы» подобных и других методик сексологии является преодоление традиционных этических норм и на уровне индивидуального сознания врача, и на уровне индивидуального сознания пациента, и на уровне общественного сознания. Действительно, в рамках современной сексологии врач, находящийся в границах традиционной нормативной модели, нередко сам становится источником ятрогенных травм; пациент с нетипичной сексуальностью и ортодоксальными моральными представлениями обречен на невротические расстройства; нетерпимость общественного мнения к отклонениям сексу-

ального поведения, воспроизводя систему запретов, умножает страдания, связанные с сексуальностью.

Сексологи приходят к выводу о необходимости формирования нового «сексуального сознания», обеспечивающего человеку «максимум наслаждения, глубокие и разнообразные переживания, обогащающие его личность» и укрепляющие его «связь» с другим человеком. К. Имелинский констатирует: «В сферу интересов сексологии входят не только проблемы, связанные со здоровьем человека, но и проблемы, относящиеся к образу и смыслу его жизни».

Сексологи Д.Л. Буртянский, В.В. Кришталь, Г.В. Смирнов разделяют идею западных исследователей о введении в оборот понятия «сексуальное здоровье», которое, наряду с другими параметрами, включает в себя такие как «свободу от страха, чувства стыда и вины, ложных представлений и других психологических факторов, подавляющих сексуальную реакцию и нарушающих сексуальные взаимоотношения».

Состояние современной сексологии свидетельствует, что вопрос о норме и патологии сексуальности человека на уровне медицинской практики непосредственно связан с морально-мировоззренческим контекстом культуры. Преодолевая его сопротивление, медицинское знание пытается изменить смысл человеческой сексуальности.

Последние международные документы свидетельствуют о том, что сексология успешно продвигается в этом направлении. Так, например, еще в 1965 и в 1975 годах одна из единиц психических расстройств Международной классификации болезней 8-го и 9-го Пересмотра определялась понятием «половые извращения», к которым были отнесены гомосексуализм, фетишизм, трансвестизм, эротомания и др. В этих документах понятие «половые извращения» отражало тот морально-правовой негативизм, который был исторической нормой для христианской европейской культуры вплоть до 80-х годов XX века. Ценностно-мировоззренческие сдвиги в современной культуре привели к признанию «еретических видов сексуальности». В 10-м Пересмотре Международной классификации болезней 1993 года понятие «половые извращения» отсутствует. Вместо него появляются термины «половое предпочтение», «сексуальная ориентация» и др. Эти изменения приводят к существенным структурным сдвигам не только в самом медицинском знании. Переориентация «нормативных моделей» неизбежно находит свое отражение в общественном сознании, трансформируя при этом не только нравы и моду, но даже закон и право. Некоторые исследователи полагают, что «наступает эра биовласти, когда царство нормы вытесняет царство закона». Ирония метаморфоз с человеческой сексуальностью «состоит в том, – полагает М. Фуко, – что нас заставляют поверить, что речь при этом идет о нашем освобождении».

Проблема освобождения сексуальности не может рассматриваться только как медицинская проблема. Сексуальность – одна из физиологических систем жизнеобеспечения человека. Но ее отличие от других жизнеобеспечивающих функций – пищеварения, сердечнососудистой деятельности, дыхательного аппарата и т.д. – заключается в том, что она непосредственно вплетена в моральные отношения практически любого общества. Более того, между сексуальностью и моралью существуют тесная связь и взаимозависимость, от которых в значительной степени зависит как нравственное, психическое, физиологическое здоровье человека, так и благополучие культуры в целом. З. Фрейд полагал, что «общество не знает более страшной угрозы для своей культуры, чем высвобождение сексуальных влечений». Мораль всегда стояла на страже этого высвобождения, выполняя вполне определенную функцию в системе саморегуляции культуры. Об этом свидетельствует многовековой опыт человечества как на уровне морально-философского, медико-психологического знания, так и на уровне коллизий социального развития.

Европейская история пережила две сексуальные революции, т.е. два значительно длительных периода переоценки сексуальности человека и сексуальных отношений.

Исследователи античности отмечают в качестве одной из ее особенностей проникновение полового элемента во все сферы жизни (культ фаллоса, специфические половые

божества, свободное проявление полового элемента в общественной жизни, литературе, искусстве). В "наивности разврата" заключалось одно из своеобразий античной культуры. «Относительно числа и изощренности различных видов половых сношений древний мир ни в чем не уступал новому времени или даже, быть может, превосходил его. Это видно по чрезвычайно обширному и до мелочей дифференцированному эротическому словарю греческого и латинского языков, послужившего основанием для всех эротических словарей современных культурных языков. И в этом также мы только подражатели и последователи древних...»

Половые извращения у греков и римлян И. Блох оценивает как «всеобщие антропологические явления – т.е. такие, которые встречаются повсюду и во все времена, независимо от культуры и вырождения». В то же время он и другие исследователи античности говорят о крайней интенсивности фактора половой распущенности и извращенности в позднем Риме. Полибий в «Истории» свидетельствовал: «Люди впадали в великий блуд и любостяжание, и роскошь и не женились, а если и женились, то не желали воспитывать родившихся детей». Юстин писал об обычае выбрасывать детей. «Выбрасывать детей худо и потому еще, что их подбирают обычно развратные люди и выращивают (как девочек, так и мальчиков) исключительно для своих сексуальных развлечений. Многие римляне держали целые стада таких детей». Славою женщины считалось наличие большого числа мужчин-любовников. Целомудрие и добродетель оценивались как доказательство уродливости женщин. Примеры и свидетельства половой извращенности, царящей в эту эпоху, составили не один том. Исследователи античности неоднократно приходили к выводу, что кризис и гибель этой культуры были тесно связаны с духовно-нравственным вырождением, которое не в последнюю очередь определялось типом сексуальных отношений.

Г.К. Честертон писал: «К несчастью античной цивилизации, для огромного большинства древних не было ничего на мистическом пути, кроме глухих природных сил – таких как пол, рост, смерть... Древние сочли половую жизнь простой и невинной – и все на свете простые вещи потеряли невинность. Половую жизнь нельзя приравнять к таким простым занятиям, как сон или еда. Когда пол перестает быть слугой, он мгновенно становится деспотом. По той или иной причине он занимает особое, ни с чем не сравнимое место в человеческом естестве; никому еще не удалось обойтись без ограничения и очищения своей половой жизни». Характеризуя это время, он справедливо утверждал, что «христианство явилось в мир, чтобы исцелить его, и лечило единственно возможным способом – аскезой». Это исцеление и было первой сексуальной революцией в европейской истории. Г. Миллер в исследовании «Половая жизнь человечества» констатирует: «Прямо поразительно, сколько было сделано в этот период церковью для упорядочивания половой жизни, а через это – к оздоровлению общественного организма... Именно здесь сидела глубже всего и была всего упорнее болезнь века».

Христианство осуществляет принципиальное изменение смысла сексуальности. Сексуальность как вечно живое «животное в человеке» (Платон) становится проявлением «единицы и целомудрия» супругов. В таинстве брака сексуальность освящается и превращается в свидетельство любви, в «реальное вхождение в сферу бесконечного бытия», «в противоядие смертности».

Содержание сексуальной революции, которую на протяжении нескольких столетий осуществляло христианство, заключалось и в утверждении принципа моногамии, и в одухотворении отношений между мужчиной и женщиной, и в утверждении аскетизма как формы духовной свободы человека.

Вторую сексуальную революцию, вернее контрреволюцию, европейская цивилизация переживает с середины XX века. Ее символическим началом можно считать выход в свет в 1953 году журнала «Плейбой». Сегодня уже можно говорить о ее реальных последствиях. Это – раннее начало половой жизни, увеличение числа половых партнеров, рост числа разводов, легализация гомосексуализма, нарастающая эпидемия СПИДа, распространение венерических заболеваний и бездуховность. Для нее характерен негативизм по

отношению к моральным ценностям христианства и обращение к язычеству как эталону понимания сексуальности. «Язычество оправдывает все варианты сексуальной любви и эротических наслаждений» – лейтмотив современной сексологии.

Для современного сексуального либерализма характерна не только реставрация языческого смысла сексуальности как наслаждения, но и новое понимание сексуальности как средства поддержания здоровья, с выделением сексуальной функции как самостоятельного предмета исследования медицинского знания.

В конце XIX – начале XX веков медицина собирает, описывает, систематизирует случаи патологической сексуальности, еще не отделяя себя от общепризнанных моральных ценностей. Типичным в этом отношении является исследование французского психиатра Б. Балля «Эротическое умопомешательство» (Харьков, 1887 г.) В традиционной психопатологии понимание болезни основывается на том, что поведение, соответствующее социальным нормам, определяется как здоровое и нормальное; поведение, отклоняющееся от социальной нормы, – свидетельство психического расстройства. К началу XX века деятельность Рихарда фон Крафт-Эбинга (1840-1902), Магнуса Хирфельда (1868-1935), Иоганна Блоха (1872-1922), Хэлока Эллиса (1859-1939) формирует сексopatологию, которая становится основанием сексуального либерализма.

Принципиальное значение в этот период имели исследования З. Фрейда. Его роль в становлении сексуального либерализма противоречива. С одной стороны, он – авторитет «пансексуализма», т.е. сведения всякой любви (любви-дружбы, любви к идеям, к человечеству в целом и т.п.) к сексуальной основе. С другой – налицо связь его исследований с традиционными моральными взглядами. Примером может послужить его известное опровержение общепринятой теории полового влечения. Согласно этой теории, половое влечение проявляется только в зрелом возрасте, выражается в непреодолимой притягательности противоположных полов, цель которой – продолжение рода (через половое соединение). С точки зрения З. Фрейда, эта теория является «поэтической сказкой». Вместо нее он создает сексуальную теорию, в основе которой лежит новое понимание сексуальности. В чем оно заключается? Новое понимание сексуальности было связано с принципиальным разграничением сексуальности и продолжения рода. Сексуальность – это проявление не инстинкта продолжения рода, а проявление либидо, т.е. силы, влияющей на жизнь человека с момента его рождения до его смерти. Другими словами, сексуальность – это не состояние, а процесс становления человеческого существа, который предполагает для каждого индивида переход от ощущения «удовольствия от функционирования органов» у младенцев к разумному отношению к функции продолжения рода. «Функция либидо претерпевает длительное развитие, прежде чем станет служить продолжению рода способом, называемым нормальным».

Психическое здоровье человека, по Фрейду, в значительной степени определяется тем, как осуществится этот процесс, насколько своевременно удастся преодолеть все его фазы. «Мы хотим поэтому прямо сказать, что для каждого отдельного сексуального стремления считаем возможным такое развитие, при котором отдельные его компоненты остаются на более ранних ступенях развития, тогда как другим удастся достичь конечной цели». Таким образом, нарушение ритма, фазности этого процесса является причиной психоневрологических патологий. Если рассматривать жизнь человеческую как динамическую, становящуюся целостность, как исторический процесс, то логично сделать вывод, что христианство, освящающее сексуальность только как способ продолжения рода, по видимому, и являет собой реализацию нормы в движении от состояния первобытной орды к миру высокой общечеловеческой культуры, аналогично тому, как подчинение сенсорной сексуальности функции продолжения рода – есть нормальное завершение становления личности. Фрейд пишет: «Поворотным пунктом развития становится подчинение всех сексуальных частных влечений примату гениталий и вместе с этим подчинение сексуальности функции продолжения рода». Сексуальные цели, не преследующие деторождение, считаются Фрейдом отклонениями, и в своем одномерном варианте ведут к патоло-

гии, требующей лечения. В этой позиции Фрейда заключается особенность его взглядов и его принципиальное отличие от современных сексуальных радикалов, которые не могут ему простить клинический подход к гомосексуализму.

Сексопатология и сексология конца XX века принципиально разводит эτικο-социальные нормы и сексуальное поведение человека. Результатом этого разделения стало понятие «сексуальная девиация», которое означает «всякое отклонение от нормы в сексуальном поведении, независимо от его проявлений и характера, степени выраженности и этиологии». Целью же лечения сексуальной девиации становится «не освобождение *от* девиантной сексуальности, а высвобождение *для* девиантной сексуальности». В границах таких подходов эτικο-социальные нормы рассматриваются как патогенный фактор, стесняющий девиацию и приводящий к неврозам и сексуальным дисфункциям. Кроме того, все более укрепляется тенденция превращения собственно сексопатологии в сексологию, так как «классификация сексуальных девиаций вовсе не является перечнем болезней, но представляет собой систематику различных возможностей сексуального поведения».

Согласно классификации, предлагаемой К. Имелинским, все сексуальные девиации разделяются на две группы. Первая группа – это сексуальные отклонения, разделенные по объекту и способу реализации влечения. Вторая группа – собственно патологические сексуальные отклонения, к которым относятся все перечисленные выше, но в «прогрессирующих и импульсивных формах».

Метод К. Имелинского связан с отказом от ценностей традиционной морали, что превращает многочисленные виды сексуальной патологии в норму. Подобные принципы типичны для современной сексологии и сексопатологии. Нельзя не отметить, что многие из них противоречат установкам влиятельных направлений в медицинской психологии, психотерапии и психиатрии. К.Г. Юнг в «Тэвистокских лекциях» обращал внимание на то, что ценности культуры «являются важной психологической функцией. Для того, чтобы получить целостную картину мира, совершенно необходимо учитывать ценностный аспект. В противном случае вы попадете в беду». Далее, логотерапия – одно из влиятельных направлений современной психотерапии – определяет смысловое измерение личности как врожденный мотивационный элемент ее поведения и развития. При этом «смысл не субъективен», т.е. не может быть сведен к измерениям биологических или психологических характеристик человека. Естественно, потому, что целью, ценностью, «смыслом» не может быть «принцип наслаждения». Если же он им становится (что происходит в современной сексологии), то он начинает выполнять разрушающее психику действие. «Само-разрушающее свойство стремления к наслаждению лежит в основе многих сексуальных неврозов».

Возвратимся к авторитету аналитической психологии – К.Г. Юнгу. «Врач всегда должен помнить о том, что болезни - это просто нарушение нормальных процессов, а отнюдь не *entia per se* (самостоятельные сущности) со своей отличительной психологией. *Similia similibus curantur* (подобное лечат подобным) - эта замечательная истина старой медицины, и, как всякая великая истина, она легко может оказаться величайшим заблуждением. Медицинская психология должна следить за тем, как бы самой не принять патологическую форму».

Предупреждение возможных последствий новых методик медико-психологического воздействия на человека - одна из задач биомедицинской этики.

#### **4. Этика в онкологии**

Поскольку злокачественная опухоль оказывает на состояние человека психотравмирующее влияние, то к числу ключевых этических проблем онкологии относят сообщение врачом диагноза злокачественного новообразования пациентам. Это предполагает выстраивание определенной системы убеждений в случае, когда больной обследуется в связи с подозрением на злокачественную опухоль; когда больной подлежит специальному

лечению; когда больной уже проходил радикальное лечение по поводу злокачественной опухоли; по отношению к больным с запущенными формами злокачественных опухолей; деонтологический подход к родственникам больного злокачественным новообразованием; деонтологический подход среднего медперсонала к онкологическим больным.

Немного подробнее о каждом подходе:

- больной обследуется в связи с подозрением на злокачественную опухоль с последующей рекомендацией о необходимости консультации у онколога (предположение о заболевании возникло при сохранении у больного постоянных симптомов какого-либо заболевания; при профилактическом осмотре; при безуспешной терапии либо появлении симптомов, характерных для злокачественных опухолей);
- больной подлежит специальному лечению (система убеждений выстроена так, как и при подозрении на наличие у больного злокачественной опухоли, а также обращается внимание на возможность специального противоопухолевого лечения);
- больной уже проходил радикальное лечение по поводу злокачественной опухоли (внимательное отношение к жалобам больных, врач должен осмотреть пациента, использовать консультации других специалистов. Подавленное состояние пациента может сопровождаться очевидной утратой интереса к жизни, чувством одиночества, затрудненным общением. Следует обратить внимание на своевременное решение вопроса о трудоустройстве больного);
- больным с запущенными формами злокачественных опухолей (паллиативное или симптоматическое лечение);
- деонтологический подход к родственникам больного злокачественным новообразованием (разговор с родственниками проводится объективно и отдельно от больного. С ними нужно обсудить, как разговаривать с пациентом, оставляя надежду на выздоровление);
- деонтологический подход среднего медперсонала к онкологическим больным (медицинская сестра, работающая с онкологическими больными, обязана выполнять врачебные назначения; совместно с врачом выполнять диагностические и лечебные мероприятия; независимое вмешательство медсестры предполагает самостоятельное определение своей тактики в отношении пациента).

### **Литература:**

#### **Основная:**

1. Сергеев В.В. Биоэтика: Учебное пособие. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 240 с.
2. Лопатин П.В. Биоэтика: учебник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 272 с.
3. Хрусталеv Ю.М. От этики до биоэтики. – Ростов н/Дону: Феникс, 2010. – 446 с.
4. Силуянова И.В. Руководство по этико-правовым основам медицинской деятельности: уч. пос. – М., 2008. – 238 с.

#### **Дополнительная:**

1. Лопатин П.В. Биоэтика: рабочая тетрадь. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 272 с.
2. Силуянова И.В. Биоэтика в России: ценности и законы. – М.: Грантъ, 2001. – 192 с.
3. Уильмс Дж. Р. Руководство по медицинской этике: уч. пос. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 128 с.
4. Кэмпбелл А. Медицинская этика / под ред. Ю.М. Лопухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 400 с.
5. Кэмпбелл А. Медицинская этика / под ред. Ю.М. Лопухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 400 с.

## **РАЗДЕЛ 5. БИОЭТИКА – КУРС НА ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ**

Философия здорового образа жизни – диететика (Кант). Правильный образ жизни – фактор сбережения жизни и здоровья людей. Государственная Программа «Здоровая Россия» – базовая программа изменения жизненных установок россиян. Здоровый образ жизни – жизнь без вредных привычек и факторов, влияющих на смертность, инвалидность и заболеваемость людей. Центры здоровья в России. Идея укрепления общественного здоровья и индивидуального здорового образа жизни.

## **СЕМИНАР № 16. ФИЛОСОФИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ**

### **План семинарского занятия:**

1. Философия здорового образа жизни – диететика (И. Кант)
2. Государственная программа «Здоровая Россия» - базовая программа изменения жизненных установок россиян
3. Центры здоровья в России
4. Идеи, принципы и правила биоэтики о морально-правовой ответственности людей за сбережение своего здоровья

### **Темы докладов:**

1. Правильный образ жизни – фактор сбережения жизни, и здоровья людей
2. Здоровый образ жизни – жизнь без вредных привычек и факторов, влияющих на смертность, инвалидность и заболеваемость людей
3. Идея укрепления общественного здоровья и индивидуального здорового образа жизни
4. Реализация программы «Здоровая Россия» на Северном Кавказе

### **Основные понятия темы (выписать определения в тетрадь):**

здоровый образ жизни (ЗОЖ), государственная программа «Здоровая Россия», центры здоровья, медицинская реабилитация, морально-правовая ответственность человека за свое здоровье.

### **Пояснительная записка к семинару № 16**

#### **1. Философия здорового образа жизни – диететика (И. Кант)**

Здоровый образ жизни – образ жизни человека, направленный на профилактику болезней и укрепление здоровья. Также можно сказать, что здоровый образ жизни – это распорядок действий, предназначенный для укрепления здоровья.

Понятие «здоровый образ жизни» однозначно пока ещё не определено. Представители философско-социологического направления рассматривают здоровый образ жизни как глобальную социальную проблему, составную часть жизни общества в целом.

В психолого-педагогическом направлении здоровый образ жизни рассматривается с точки зрения сознания, психологии человека, мотивации. Имеются и другие точки зрения (например, медико-биологическая), однако резкой грани между ними нет, так как они нацелены на решение одной проблемы – укрепление здоровья индивидуума.

Занятия физкультурой – одна из основных составляющих здорового образа жизни.

Недавно возникшее мировое спортивное направление Street Workout ставит своей основной целью достижение здорового образа жизни (борьба с табакокурением, алкоголем, наркотиками и игровой зависимостью и др.).

Здоровый образ жизни является предпосылкой для развития разных сторон жизнедеятельности человека, достижения им активного долголетия и полноценного выполнения социальных функций, для активного участия в трудовой, общественной, семейно-бытовой, досуговой формах жизнедеятельности.

Актуальность здорового образа жизни вызвана возрастанием и изменением характера нагрузок на организм человека в связи с усложнением общественной жизни, увеличением рисков техногенного, экологического, психологического, политического и военного характера, провоцирующих негативные сдвиги в состоянии здоровья.

В Кенигсбергском университете И. Кант читал курсы по дисциплинам: логика, метафизика, антропология, минералогия, педагогика и ряду других. В этом списке нет медицинских наук, но, как известно, философ «тяготел к ней». Об этом свидетельствуют его труды, сформулированные в диететике и антропологии человека, характеризующие человека в сфере здоровья и болезни. «Физиологическое знание о человеке исследует то, что природа делает из человека, прагматическое – то, что он в качестве свободно действующего существа делает или может и должен сделать из себя сам».

Проблемы сохранения здоровья человека и адекватного включения личностных технологий его укрепления, поддержки жизненного цикла и состояния сферы здоровья в настоящее время весьма актуальны. Значительные научные достижения современной медицины и психологии только подтверждают его взгляды.

Остановимся на современных работах по здоровью человека. Понимание непосредственного влияния нравственного облика на устойчивость психосоматических функций организма и состояние сферы здоровья. Выработка необходимых навыков психогигиены, рациональных здоровьесценностных предпочтений, а также формирование здорового образа жизни, особенностей характера и свойств личности. Овладение приемами сохранения и укрепления собственного психического здоровья, эмоциональной устойчивости, уровнем работоспособности. Понимание психологических механизмов преодоления психоэмоционального напряжения (стресса) (Л.П. Царевский). Что касается гигиенической программы сохранения здоровья (И. Кант), то она не так наивна, как ее обычно комментируют, гигиенические принципы И. Канта (Кантовский кодекс здоровья) просты, доступны, требуют неукоснительного соблюдения (как это продемонстрировал сам И. Кант). Вот они: режим труда и отдыха, трудовая и физическая постоянная деятельность, тренировки холодом, правильное дыхание, режим сна и отдыха. Идеи и принципы И. Канта и в современных условиях XXI века сохраняют свою общечеловеческую, здоровьесценностную направленность и важны не только для разработки вопросов психофизиологии здоровья, но и для практической работы медиков, психологов, использующих здоровьесохраняющие и развивающие технологии. Итак, по И. Канту, «у каждого есть свой собственный способ быть здоровым, отступать от которого нельзя, не подвергая себя опасности».

## **2. Государственная программа «Здоровая Россия» - базовая программа изменения жизненных установок россиян**

Девиз государственной программы «Здоровая Россия» – «Сохранить здоровье «здоровых» – сохранить здоровье нации!».

Формирование здорового образа жизни – это приоритетное направление в государственной политике ведущих стран мира, и Россия в этом вопросе не исключение. С 2009 года Министерство здравоохранения РФ реализует программу «Здоровая Россия», главная цель которой – это формирование у граждан России бережного отношения к здоровью, основанного на принципе ведения здорового образа жизни. Задача – сделать престижным и модным здоровый образ жизни.

Программа по формированию здорового образа жизни «Здоровая Россия» – не только новое направление приоритетного национального проекта «Здоровье» и не просто набор мероприятий. Это государственная политика РФ в рамках принятой концепции демографического и социально-экономического развития, а также процесса модернизации системы здравоохранения, в том числе с учётом её перехода на финансирование через систему медицинского страхования.

«Здоровая Россия» – это начало глобальных перемен в образе жизни страны. Основой мероприятий программы стали центры здоровья, открытые по всей стране.

Это направление выделено в качестве приоритетного, чтобы было легче сформировать современное здравоохранение, ведь состояние здоровья человека лишь на 10% зависит от качества медицинского обслуживания, а на 50% – от того образа жизни, который он ведет.

Необходимо вовремя обращаться к врачу и осознанно вести здоровый образ жизни, чтобы не приводить себя к болезням. В сознании людей должны сформироваться серьезное понимание важности указанных мероприятий и устойчивый навык регулярной заботы о себе и постоянного вклада в собственное здоровье.

Каждому важно знать, что именно способствует возникновению болезней, и устранять причины, а не бороться со следствием. Необходимо своевременно проходить несложные обследования, повышать свой уровень знаний в отношении вопросов, касающихся сохранения и улучшения здоровья, и именно в это вкладывать средства, время и силы.

Не знать о болезнях – все равно, что отправляться в путь, не представляя маршрута. Современная медицинская наука помогает избежать даже «болезней старости», не говоря уже о недугах, которым сегодня так подвержены люди молодого и зрелого возраста. Большинство болезней можно предотвратить, если вовремя задуматься о здоровье и предпринять простые действия для того, чтобы сохранить этот бесценный дар, являющийся основой процветания общества.

По статистике, европейцы живут на 10–15 лет дольше. Причина этого – не только сложности, которые испытывает сегодня российское здравоохранение, не столько жизненные проблемы и материальные факторы, сколько отношение каждого гражданина к собственному здоровью.

Здоровье – огромный подарок природы. Хранить его до глубокой старости – настоящее искусство. В искусстве быть здоровым, как и в любом другом, нелегко достичь идеала, но приблизиться к нему – в силах любого человека. В последние 16 лет заболеваемость населения России растет. Количество инвалидов увеличивается среди населения трудоспособного возраста. Основных причин смертности и малой продолжительности жизни россиян – четыре: высокое артериальное давление, высокий уровень холестерина, злоупотребление алкоголем и табакокурение. Доказано, что эти причины – контролируемые и управляемые, а степень их негативной реализации зависит от уровня образованности общества в вопросах сохранения и улучшения здоровья, от ответственности каждого гражданина страны в отношении к своему собственному здоровью, здоровью своих детей, родных и близких, а также здоровью окружающих людей.

По статистике и данным ВОЗ, больше всех в мире курят россияне.

За последние 20 лет доля курильщиков увеличилась. В последние годы наблюдается отчетливая тенденция к увеличению распространения табакокурения среди молодежи и более раннему началу регулярного курения. Особенно заметно увеличивается распространение курения среди молодых женщин, что грозит ухудшению здоровья последующих поколений.

От причин, связанных с потреблением табака, в России ежегодно умирают 300 тысяч человек.

Разница в продолжительности жизни между мужчинами и женщинами – 13 лет (нигде в мире нет такой!) – связана, в первую очередь, с большим (в 6 раз!) употреблением алкоголя мужчинами, чем женщинами.

Программа «Здоровая Россия» состоит из следующих направлений:

- организация сети центров здоровья на всей территории России,
- подготовка медицинских кадров, участвующих в реализации мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации,
- информационно-коммуникационные программы, направленные на формирование ответственности людей за своё здоровье и отказ от вредных привычек,

- создание масштабных комплексных программ, реализуемых совместно со здравоохранением специалистами различных отраслей и ведомств, государственных, церковных и общественных организаций, бизнес-сообществ и т.д.

По данным Всемирной организации здравоохранения, в Российской Федерации лидирующими факторами риска смертности и заболеваемости являются высокое артериальное давление, высокий уровень холестерина и глюкозы крови, курение и прием алкоголя, а также несбалансированное питание в условиях малоподвижного образа жизни.

С 9 августа 2009 года в рамках программы «Здоровая Россия» начала работу новая государственная коммуникационная кампания, смысл которой отображает её слоган: «Здоровье – твоя забота». Эта кампания является частью общенациональной программы «Здоровая Россия». Программа «Здоровая Россия» ставит своей целью формирование нового мышления россиян, в котором не будет места вредным привычкам и факторам, приводящим к ранней смертности, инвалидизации, частым заболеваниям.

Немаловажное значение в программе придается курению. Еще при запуске пилотной части программы обратили внимание на статистику роста курения в России, связанных с ним заболеваний и смертности.

С открытием кампании «Здоровье – твоя забота» стало заметно, что государство серьезно озаботилось состоянием здоровья работоспособного населения, иначе бы такая масштабная поддержка вряд ли была бы оказана. Главный посыл кампании (как и всей программы «Здоровая Россия») – формирование у населения привычки к здоровому образу жизни. Кампания проводится по всем информационным направлениям: ролики и аудиозаписи транслируются на телевидении, радио и в Интернете.

Предусматривается работа по следующим направлениям: здоровые легкие, здоровый позвоночник, а также суставы, печень, сосуды. Заболевания этих органов и в самом деле стоят на первых местах здоровьесбережения.

Запущенные в прокат первые ролики были посвящены теме здорового тела. Ролики наглядно демонстрируют, к чему приводит безответственное отношение к собственному телу и организму. Интересно, что созданы отдельные ролики для мужчин и женщин. Обусловлено это не только анатомо-физиологическими особенностями, но и разной структурой заболеваемости.

Социальная значимость болезней, развивающихся в результате поражения органов настолько высока, что если оставить заболеваемость на нынешнем уровне, то существует реальный риск остаться без здоровых граждан. Проект «Здоровье – твоя забота» предусматривает всестороннюю поддержку тем, кто желает изменить свой образ жизни, отказаться от курения, научиться поддерживать работоспособность позвоночника, защитить печень и сосуды.

Для поддержки кампании и присоединившихся к ней россиян на сайте программы «Здоровая Россия» запущен раздел «Культура тела». Здесь можно ознакомиться со статистикой, узнать, к чему ведут заболевания тех или иных органов, пройти тесты, получить консультации по исправлению ситуации.

«Здоровая Россия» - это больше, чем набор мероприятий, и даже больше, чем долгосрочная программа. Это начало перемен в образе жизни страны, формирование современных стандартов жизни россиян. Здоровье, его качество должны стать приоритетами государства, общества, каждого человека.

Что именно следует преодолеть в первую очередь?

Безмерное потребление алкоголя и связанную с этим мужскую сверхсмертность. Надо одолеть курение как ведущую причину смертности в России. Преступно низкое внимание наших граждан к собственному здоровью.

В этой сфере уже произошло много значительных событий:

В мае 2009 года XIII Всемирный русский народный собор обсуждал проблемы потребления алкоголя в России и принял резолюцию «О неотложных мерах по защите от алкогольной угрозы».

В конце июля 2009 года ВЦИОМ опубликовал результаты проведенных им исследований об отношении россиян к проведению антиалкогольной кампании. По этим данным, 65 процентов наших сограждан поддерживали бы введение антиалкогольной кампании.

В августе 2009 года в Сочи под руководством президента России Дмитрия Медведева прошло совещание о мерах по снижению потребления алкоголя в России. Большой интерес к этим проблемам проявили бизнес, региональные власти, общественные организации, средства массовой информации. Иными словами, появилось понимание важности ведения здорового образа жизни и, что самое главное, готовность менять ситуацию к лучшему.

Далее государство ориентируется на дальние перспективы, длинный путь. Социальные программы, направленные на изменение стандартов жизни, затрагивающие базовые жизненные установки людей, могут быть только долгосрочными. И все, кто подключается к программе, обязаны настроиться на долгую, непрерывную работу. В противном случае лучше её и не начинать.

Мировая практика показывает, что преодоление курения даёт более быстрый результат, нежели преодоление пьянства. Россия в 2008 году присоединилась к международной Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака. В соответствии с этой конвенцией в течение пяти лет необходимо реализовать конкретные меры по ограничению употребления табака.

Что касается алкоголизма... Всесторонне обсуждена сложность проблемы, и определено на государственном уровне, что решение будет постепенным, системным и продуманным.

Во-первых, не уповая только на запретительные меры, будут созданы новые общественные ограничители и ориентиры, которые сделают чрезмерное потребление алкоголя делом социально непрестижным, индивидуально нежелательным.

Во-вторых, приоритетной и целевой станет молодая аудитория.

В-третьих, в полную силу будут использоваться современные возможности общественных коммуникаций, особенно Интернета, телевидения, образования.

Опыт стран, уже озаботившихся высоким потреблением алкоголя и курением, показывает: новым социальным ориентиром, способствующим предупреждению и отказу от этих вредных привычек, может стать идея общественного здоровья, индивидуального здорового образа жизни. Поэтому вводится мода на здоровый образ жизни.

С целью охвата всех категорий населения, имеющих различную мотивацию к употреблению алкоголя и табака, кампания задумана и будет осуществляться максимально дифференцированно. Будут задействованы разные каналы общения и образования: уличная реклама, телевидение, Интернет, информационные технологии различных учреждений и организаций. Это не пропагандистская кампания. Наоборот. Современная организация общения по поводу образа жизни разработана с учетом возможности воздействия на процессы самопознания, самопонимания и самоопределения людей разных возрастов.

Чрезвычайно важно не просто побудить людей заниматься своим здоровьем, но и предоставить им инфраструктуру, где они могли бы это делать. С этой целью выстраивается сеть центров здоровья и связанных с ними кабинетов профилактики на территории всей России.

Большого внимания заслуживает профилактическая составляющая здравоохранения, и не только массовая диспансеризация, но и скрининговое диагностическое тестирование на выявление факторов риска тогда, когда человек ещё чувствует себя здоровым и не имеет привычки обращаться к врачу. Люди должны привыкнуть к тому, что обращаться к врачу надо регулярно для профилактики, а не только тогда, когда уже болит, либо имеется диагноз хронической патологии.

Поход к врачу должен стать не столько свидетельством болезни, сколько заботой о сохранении себя здоровым, проявлением к себе повседневного внимания, заботы о своем будущем и благополучии своих родных и близких.

Предлагаемые государством и уже сегодня эффективно и инновационно воплощаемые мероприятия программы вселяют надежду: Россия обретет моду на здоровье.

### **3. Центры здоровья в России**

В 2009 году было открыто 502 центра, которые созданы для здорового человека, в которые можно обратиться за консультацией, совершенно бесплатно пройти первичную диагностику, определить факторы риска и получить индивидуальные рекомендации по коррекции питания, двигательной активности, режиму сна, условиям быта, работы, учебы, отдыха...

Чтобы центры смогли осуществлять эти функции, чтобы стали одной из главных инфраструктур программы, их оснащают необходимым оборудованием, отрабатывается модель работы профилактического звена.

Работа центров здоровья – это развитие профилактического направления здравоохранения, без которого невозможно достичь эффективных результатов по улучшению здоровья нации в целом, и здоровья населения.

Это программа не диагностики и назначения традиционных видов лечения, а государственная программа профилактики, выявляющая факторы риска, которые запускают механизм развития всех видов хронических и злокачественных заболеваний, и обучающая население основам сохранения здоровья.

Специалисты центров здоровья (врачи и средние медицинские работники) дают разъяснения по получаемым аппаратным научно-обоснованным результатам и помогают людям сформировать новое отношение к своему здоровью и здоровью своих близких как к самой важной «персональной ценности». Главное, чтобы граждане начали осознанно понимать необходимость и первостепенность собственного вклада в здоровье, невозможность получения «волшебной таблетки» и ошибочность позиции «ожидания чуда» от здравоохранения без обязательного соблюдения правил здорового образа жизни и режима сна, бодрствования, движения, питания в дополнение к медикаментозному лечению, если оно назначено. Образованность и культура в вопросах повседневного бытия на уровне каждого помогут приобрести и развить на уровне государства новые модели поведения в праздники и будни, а это позволит встать на путь здоровьесбережения, качественно новой жизни и активного долголетия.

Кроме самого человека, за здоровье нации в целом отвечают и отдельные группы, в частности, семья, учебный или трудовой коллектив, люди, с которыми человек встречается на улице, в транспорте, в магазине и т. д., проводит свободное время. Это каждый из нас по отдельности и все мы вместе.

Деятельность центров здоровья финансируется из Фонда обязательного медицинского страхования, и консультативная профилактическая медицинская помощь населению оказывается бесплатно, но при наличии действующего медицинского полиса.

Стоит достаточно сложная задача: ввести здоровье в систему общественных и персональных ценностей, сформировать моду на здоровье. Усилиями только здравоохранения справиться невозможно, необходима консолидация деятельности в данном направлении.

В целях достижения эффективных результатов по снижению заболеваемости и смертности от предотвратимых причин в трудоспособном возрасте, повышения качества и продолжительности жизни россиян необходимо сохранить здоровье «здоровых», тем самым, заложив прочные основы для поступательного социально-экономического и демографического развития нашего региона.

Задачи центров здоровья:

- информирование населения о вредных и опасных для здоровья человека факторах;
- групповая и индивидуальная пропаганда здорового образа жизни, профилактика возникновения и развития факторов риска различных заболеваний (курение, алкоголь, гиподинамия и др.) и формирование у граждан ответственного отношения к своему здоровью и здоровью своих детей и близких;

- формирование у населения принципов «ответственного родительства»;
- обучение граждан, в том числе детей, гигиеническим навыкам и мотивирование их к отказу от вредных привычек, включающих помощь в отказе от потребления алкоголя и табака;
- обучение граждан эффективным методам профилактики заболеваний с учетом возрастных особенностей;
- динамическое наблюдение за пациентами группы риска развития неинфекционных заболеваний;
- оценка функциональных и адаптивных резервов организма с учетом возрастных особенностей, прогноз состояния здоровья;
- консультирование по сохранению и укреплению здоровья, включая рекомендации по коррекции питания, двигательной активности, занятиям физкультурой и спортом, режиму сна, условиям быта, труда (учебы) и отдыха;
- разработка индивидуальной программы по ведению здорового образа жизни, в том числе с учетом физиологических особенностей детского возраста;
- осуществление мониторинга реализации мероприятий по формированию здорового образа жизни, факторов риска развития заболеваний.

В современном мире требуется более серьёзно подходить к вопросам своего здоровья и развивать собственную заинтересованность, инициативу, конкретные действия и эффективные меры. Невозможно сохранить здоровье нации одними усилиями медицинских работников и преобразованиями системы здравоохранения без повышения ответственности людей за собственное здоровье и здоровье своих детей. Необходимо, чтобы у населения понятие «здоровье» переместилось в категорию персональных ценностей.

#### **4. Идеи, принципы и правила биоэтики о морально-правовой ответственности людей за сбережение своего здоровья**

В истории философско-этической мысли не было, пожалуй, ни одного мыслителя, который в той или иной степени не осмысливал бы проблемы морали и нравственности людей своей эпохи. И, несмотря на то, что этическая мысль имела своим предметом разнообразные проблемы жизни и деятельности людей, она всегда преследовала цель самосовершенствования людей и их взаимоотношений. В этике существовали различные направления, такие как, утилитаризм (лат. *utilitas* - польза, выгода), гедонизм (греч. *hedone* - наслаждение), эвдемонизм (греч. *eudemonia* - счастье), деонтология (греч. *deon* - должное и *logos* - учение), и др. Однако при немалом отличии все этические учения сходились в главном - задаче формулирования принципов и правил общественного поведения людей и их общения друг с другом. В связи с этим на первый план различных этических парадигм выдвигались проблемы осмысления роли и значения того или иного образа и способа жизни людей, которые, несомненно, оказывали и оказывают поныне немалое воздействие на их физическое и духовное здоровье.

Повышенный интерес к проблематике сохранения жизни и сбережения здоровья людей в последние годы развития России вызван, с одной стороны, стремлением преодолеть противоречия в мыслях и частной жизни отдельных граждан и даже групп населения, например, между знанием и нравственным сознанием, а с другой - возросшими требованиями морально-правового сознания к современной социально-экономической и культурно-политической действительности. Велика потребность в критическом осмыслении изменений, происшедших в нравственном сознании и общественном поведении людей в современных условиях. Иными словами, остро встает вопрос о нравственной и моральной норме подлинно человеческого образа жизни и о пределах, до которых человек может возвышаться или опускаться, оставаясь человеком (согласно принятым в данную эпоху и в данном обществе представлениям).

Образ жизни - сложное социально-этическое понятие, охватывающее все многообразие общественных условий формирования, развития и деятельности людей, характеризу-

ющее формы и виды их деятельности как результат взаимодействия наличных условий существования и сформированной в этих обстоятельствах социально-творческой активности человека как личности. Образ жизни людей включает в себя все области общественно организованного труда, учебы, отдыха и сферы укрепления здоровья, восстановления и укрепления физических и духовных человеческих сил. Научное понимание образа жизни людей и путей его совершенствования есть один из ориентиров долгосрочных социально-экономических программ, а также мировоззренческого и морально-правового развития людей.

Образ жизни людей в каждом государстве является важным показателем состояния общественного и индивидуального здоровья. Что касается современной России, то актуальность проблемы образа жизни как фактора здоровья людей обуславливается сокращением продолжительности жизни, ростом заболеваемости среди детей из-за недостаточной заботы об их здоровье в семьях и обществе в целом, а среди пенсионеров - по причине трудностей в обеспечении их финансово-материальными средствами, но особенно в снабжении эффективными лекарствами. Кроме того, на здоровье людей влияют и такие негативные явления в современной России, как безработица, ухудшение питания из-за низких доходов населения, неудовлетворительные жилищные условия многих слоев жителей страны по причине нарастания социального неравенства.

Нередко люди поступают безнравственно, вредя себе и другим людям не по злему умыслу, а из-за недомыслия, в частности, из-за неумения мысленно ставить себя на место других. Так, например, на образе жизни сказываются вредные привычки, алкоголизм или курение. Курильщик, зная о том, что курить вредно, все-таки курит, не жалея ни себя, ни окружающих его людей. Почему это происходит в повседневной жизни? Да потому, что для заядлого курильщика «удовольствие» от курения перевешивает осознание вреда от его эгоизма. Куря в присутствии некурящих, он даже не думает о том, что некурящие отнюдь не испытывают удовольствия от его курения, а, напротив, страдают. Курящий просто не способен ставить себя на место некурящих, иначе бы он испытывал угрызения совести. Но когда человек пренебрегает интересами незнакомых ему людей, проявляет неуважение к ним, то он не вправе и сам ожидать от них уважительного к себе отношения. Этот пример свидетельствует о том, что образ жизни отдельного человека всегда сопрягается с образом жизни многих других людей, вызывая у них или доброе или негативное отношение.

Понятие «образ жизни» давно известно в философии как определенный порядок, в соответствии с которым человек ведет себя в обществе и действует в быту и на производстве. В зависимости от того, какие условия или факторы бытия людей выступают в качестве основных признаков их саморазвития, различают «кочевой» и «оседлый», «городской» и «сельский», «буржуазный» и «аристократический», «западный» и «восточный» образ жизни. Именно он в немалой степени определяет характер социально-культурных особенностей самого человека (темперамента, силы воли, склада ума и т.д.). Необходимо всегда видеть в образе жизни людей также и момент отношений индивида к условиям, которые он застает уже традиционно сложившимися в конкретном сообществе. В России широко распространены патерналистские настроения. У ряда людей не изжита уверенность в том, что все их проблемы должно решать государство или еще кто-либо. Желание и стремление самостоятельно достигать успехов в жизни пока еще не стало нашей национальной привычкой.

Надо признать, что в современной России уже произошли радикальные изменения в образе жизни людей. Культ денег, который возобладали в стране, породил алчность, жестокость и перечеркнул тысячелетний коллективистский образ жизни людей. Разграбление государства в 90-х гг. породило клан безнравственных собственников, получивших свой безмерный капитал несправедливым путем. На подиум жизни взмошел совершенно иной тип человека, не гнушающийся обогащаться любой ценой: обманом государства, ограблением людей, убийствами. Становление первой фазы капитализма в России прошло под девизом:

все, что не запрещено, разрешено. Однако, как показывают все последующие события, это было не заблуждением «реформаторов» нового образа жизни, а осознанным погружением огромного числа россиян в стихию их безнравственной и безответственной деятельности, позволяющей им сосредоточиться только на личном обогащении.

Все эти многообразные и противоречивые проявления в жизни людей в совокупности отражают уровень, качество, стиль общественной жизни государства. Важной стороной проблемы является социально-философское осознание падения морально-нравственного содержания в образе жизни и деятельности отдельных людей как фактора, влияющего на здоровье современного человека и общества. Алкоголизм, курение, несоблюдение правил общежития, недостаточная доступность многих медицинских технологий, экологические проблемы ухудшают общую атмосферу жизни россиян. Влияние общественного образа жизни на здоровье людей хорошо известно, особенно когда оно связано с профессией, специальностью, условиями труда. Следует учитывать и то обстоятельство, что в любом обществе существуют и особо наделенные физическим и нравственным здоровьем люди, хотя одновременно есть и слабые в моральном отношении индивиды.

В наше время уже не подвергается сомнению тот факт, что для здорового образа жизни человека необходимо соответствующее информационное обеспечение. А информацию человек получает из разных источников, прежде всего, непосредственно из личного опыта, общения и информационной сферы общества. Образ жизни все больше и больше зависит от средств массовой информации, которые становятся как бы второй реальностью. Это та часть информационной среды общества, которая не всегда правдиво отражает окружающий мир. В ней в причудливых формах и видах переплетаются и адекватная, и иллюзорная реальность. Взаимодействуя и проникая друг в друга, они создают многочисленные ловушки и тупики, которые приходится постоянно анализировать человеку с морально-правовой точки зрения, если он хочет остаться полноценной и свободной личностью. Но для этого необходимо развивать защитный информационный иммунитет за счет увеличения мощности своего нравственного сознания.

Одна из серьезных проблем, с которыми сталкивается сегодня каждый человек, - информационное перенасыщение вследствие бурного увеличения объема научной, культурной и политической информации, но особенно постоянной аудиовизуальной бомбардировки и оглушающей, навязчивой рекламы. Таким образом, нередко головы людей заполняются информационным мусором, т.е. той неосознаваемой информацией, которая бесполезно скапливается в его бессознательной психической сфере. Она наносит заметный ущерб сознательному фактору психики и ослабляет его, что, по сути, дезориентирует человека и приводит к психологическим конфликтам. Обычный человек, как правило, вынужден бездумно подчиняться «приказам информации», тем самым теряя в этой ситуации самого себя. И чем больше информации обречено поглощать человеческое сознание, тем сильнее его зависимость от жестких установок, задаваемых информацией, и тем меньше возможностей для того, чтобы поведение человека было нравственным.

Социально-исторический и культурный процесс формирования здорового образа жизни граждан и их творческой деятельности, касающийся не только индивидов, но и общества в целом, зависит от профессиональных, культурно-этических, образовательных, мировоззренческих, семейно-бытовых, половозрастных и многих других различий людей, заметно влияющих на их отношение к жизни, здоровью и его сохранению. При этом только моральные и правовые установки в обществе способны раскрыть и развить в людях личную ответственность за свое здоровье как общественное достояние. Именно мораль выступает особо сильным духовным началом в формировании здорового образа жизни людей. Но при этом исключительную роль в становлении и совершенствовании индивидуального образа жизни людей играет осмысленный характер жизни каждой конкретной личности. Речь идет о сознательном посвящении своей жизни и деятельности людям или обществу в целом – семье, науке, медицине, искусству, воспитанию молодежи и т.д.

Внедрение здорового образа жизни в обыденную практику повседневного поведения людей зависит не только от морали. В силу многосторонности и многомерности социально-культурной деятельности людей и их индивидуального поведения в каждом конкретно историческом обществе моральные требования к отдельным лицам предъявляются и воспринимаются ими весьма избирательно. Это в немалой степени зависит от интеллектуально-нравственного воспитания личности и восприятия ею ее же общественных обязанностей и понимания личной ответственности. В связи с этим моральные требования к людям, озабоченным своим образом жизни, нуждаются в подкреплении со стороны правовых норм. Такое сопряжение морали и права в формировании здорового образа жизни сегодня и получает отображение в биоэтике – качественно новом морально-правовом самосознании людей, но особенно ученых, медиков, специалистов, имеющих отношение к проблемам сохранения жизни на Земле и сбережению здоровья людей.

Здоровье человека рассматривается как наиважнейший фактор в общечеловеческом развитии. Это состояние жизни, выражающее способность людей оптимально удовлетворять свои психофизиологические и социально-экономические потребности, как культурные, так и обыденные интересы человеческого индивида. Термин «здоровье человека» имеет множество философских смыслов и значений. И главные из них – осмысление зависимости здоровья человека от общечеловеческой культуры его жизни и деятельности. Вот этими-то обстоятельствами и занимается не одно тысячелетие философия в союзе с медициной, которая призвана, прежде всего, упреждать болезни. Философами от медицины даже выработана «метрия здоровья», в виде неких параметров количественно-качественного измерения объективного состояния организма и души человека. Ими названы и уровни целостного здоровья человека.

Союз философии, науки и медицины – это интеллектуальный гарант «сотворчества» здоровья человека как уникальной гуманитарной ценности. В настоящее время мало кто возьмется оспаривать роль и значение взаимосвязи и взаимодействия медицины и философии, тела (организма), души (психики) и разума (интеллекта). Даже малейшая ранка или царапина, личная досада, психическое раздражение или временное умственное затруднение (усталость) способны деформировать многие естественные параметры в жизнедеятельности человека. А представьте себе, что может произойти с вами, если вы неожиданно повредили ногу или руку. Болит ведь не только место ранения, но и нарушается психическое равновесие. А отсюда усугубляется и физическая боль. Но человек способен силой своего духа, разумом и волей сохранять спокойствие и тем самым оставаться в полном смысле гуманным человеком.

В наше время никто не спорит, что необходимо scrupulously соблюдать общечеловеческие нормы, принципы и правила морали в общественной жизни и деятельности людей, обеспечивающие укрепление их духовного здоровья. Если кем-либо, пусть нечаянно, кому-либо причиняется физическая боль, то этим самым наносится душевный вред и тому, кто причинил ее. Поэтому всем людям должно быть предельно ясно: сохранение здоровья человека – это проблема гуманная. Она указывает на необходимость всем и всегда помнить о личной ответственности за свое здоровье и здоровье других. Эта проблема всегда всеобщая, ибо человек должен всегда сострадать, соучаствовать и помогать заболевшему другу, ближнему. Это гуманная сторона межличностных связей и отношений. Но есть и другая, гуманитарная, сторона субъективных связей и отношений, которые складываются между людьми в их совместной жизни и деятельности. Именно от них зависит раскрытие, развитие и совершенствование уникальных человеческих способностей. Эта сторона в межличностных отношениях делает человека духовно более сильной, творчески активной личностью, что свидетельствует о специфической форме поддержания человеческого здоровья.

Для каждого должно быть абсолютно ясно и бесспорно, что его здоровье нужно гораздо больше ему самому, чем кому бы то ни было еще, а значит – беречь и укреплять его надо, прежде всего, самому. Сохранение, но особенно возвращение утраченного здоровья

людям – фундаментальная комплексная гуманная и гуманитарная задача. Ее невозможно решить в рамках только системы здравоохранения, большая роль должна принадлежать системе общественно-исторической культуры народа: системе образования и воспитания, средствам массовой информации. Уже теперь все они вносят неоценимый вклад в развитие культуры образа и стиля жизни, физической культуры. Повышается в этом отношении роль культурологии, психологии, социологии и, конечно, философии. Особенно велика и значима терапевтическая функция философии. Она состоит в том, чтобы помогать людям в поиске и концептуальном обосновании смысла жизни своей жизни и жизни других людей, учиться самому и учить других, лично оценивать роль и ответственность своей деятельности.

Проблема формирования индивидуальной модели образа и стиля жизни, смысла общественной деятельности – одна из ключевых мировоззренческих задач биоэтики, требующих решения в контексте гуманного отношения к каждой личности, к смыслу своей жизни и здоровью. Философское обобщение исторически сложившихся точек зрения на проблемы поиска смысла жизни и поддержания здоровья сводится к обретению гуманного смысла жизни внутри самого человека, его собственной деятельности во имя удовлетворения своих и общественных интересов и смысла жизненных исканий себя как природно-социального феномена. Это проявляется и во внутреннем (духовном) переживании своей самости, и во внешнем поведении, в осознанных личных целенаправленных действиях и поступках. Кстати, между смыслом жизни и здоровьем человека существует опосредующее звено – личностная индивидуальность, которая вбирает в себя особое состояние – морально-нравственного кредо истинно человеческого бытия.

Философское осмысление затронутых в этой главе вопросов должно способствовать стимуляции становления и закрепления гуманитарного начала в медицине, в других сферах духовно-культурной жизни всех людей в целях улучшения физического и укрепления духовного здоровья людей. Сделанный особый акцент на здоровье человека как целостной научно-естественной и гуманитарной ценности позволит привлечь внимание интеллигенции к тому, чтобы относиться к своему здоровью и здоровью других людей не просто как к некоему нормальному физиологическому состоянию, но и как к высокой духовной силе. Это есть сознательное соотнесение природных условий жизни с ее гуманитарным фактором, раскрывающим и развивающим творческие способности личности и побуждающим ее к самосовершенствованию, к активной интеллектуальной, творческой и созидательной жизнедеятельности. Такой подход надо воспринимать как призыв к медикам, врачам и фармацевтам, чтобы они стремились сделать медицину не только гуманной (ныне такой она и является), но и гуманитарной дисциплиной, развивающей гармонию души и тела в естественном процессе жизни человека. То есть медицина должна стать основной частью правильного (здорового) образа жизни людей.

Правильный, или, как принято говорить, здоровый образ жизни понимается как нравственный компонент в жизни и деятельности каждого нормального человека. Нынешний акцент на формирование здорового образа жизни отражает то обстоятельство, что, видимо, никогда ранее человек не был столь близок к тому, чтобы стать хозяином своего здоровья. И чем более он сам в состоянии сохранять свое здоровье, тем более он может воспринимать себя как существо автономное, свободное, самобытное и самодостаточное. Но, обязывая себя вести правильный, а значит, здоровый образ жизни, сберегать и укреплять свое здоровье, человек возлагает на самого себя и соответствующую нравственную ответственность за свой выбор. И как обратная сторона медали уже начинает прорисовываться, что, когда есть основания подозревать связь между конкретным заболеванием и неправильным образом жизни, больного воспринимают не с сочувствием, а с моральным осуждением. Открывающиеся сегодня широкие возможности для каждого человека быть хозяином своего здоровья могут оборачиваться и некой противоположностью, когда для отдельных людей смыслом личной жизни становится забота о собственном здоровье.

## **Литература:**

### **Основная:**

1. Сергеев В.В. Биоэтика: Учебное пособие. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 240 с.
2. Лопатин П.В. Биоэтика: учебник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 272 с.
3. Хрусталеv Ю.М. От этики до биоэтики. – Ростов н/Дону: Феникс, 2010. – 446 с.
4. Силуянова И.В. Руководство по этико-правовым основам медицинской деятельности: уч. пос. – М., 2008. – 238 с.

### **Дополнительная:**

1. Лопатин П.В. Биоэтика: рабочая тетрадь. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 272 с.
2. Силуянова И.В. Биоэтика в России: ценности и законы. – М.: Грантъ, 2001. – 192 с.
3. Уильмс Дж. Р. Руководство по медицинской этике: уч. пос. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 128 с.
4. Кэмпбелл А. Медицинская этика / под ред. Ю.М. Лопухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 400 с.
5. Кэмпбелл А. Медицинская этика / под ред. Ю.М. Лопухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 400 с.

## **РАЗДЕЛ 6. НРАВСТВЕННАЯ СУТЬ МЕЖЛИЧНОСТНОГО ОБЩЕНИЯ В МЕДИЦИНЕ**

Принципы и правила морального регулирования общественного поведения людей. Моральные конфликты в современном здравоохранении. Особенности этического поведения в деятельности организаторов здравоохранения, врачей, провизоров и вспомогательного медицинского персонала. Этика, этикет, право, обычаи и мораль в медицине. Профессиональная солидарность и наставничество в медицине. Моральные проблемы медицинского обучения у постели больного. Медико-этические особенности общения врачей с пациентами на различных этапах оказания им медицинской помощи: обследования, назначения лечения, осуществления медицинского вмешательства, контроля эффективности лечения, реабилитационных и профилактических назначений.

Межличностные, внутригрупповые и межгрупповые моральные конфликты. Пути их разрешения и формы предупреждения.

Основные модели взаимоотношения врачей и пациентов.

Особенности этических проблем в педиатрии, основные модели взаимоотношений врач – ребёнок - его законные представители. Ребёнок и болезнь.

## **СЕМИНАР № 17. МЕЖЛИЧНОСТНОЕ ОБЩЕНИЕ В МЕДИЦИНЕ**

### **План семинарского занятия:**

1. Принципы и правила морального регулирования общественного поведения людей
2. Моральные конфликты в современном здравоохранении
3. Этика, этикет, право, обычаи и мораль в медицине
4. Профессиональная солидарность и наставничество в медицине

### **Темы докладов:**

1. Принципы взаимоотношения между врачами в античной медицине
2. Корпоративная этика в медицине
3. Моральные проблемы медицинского обучения у постели больного
4. Традиционная и нетрадиционная медицина: этический аспект

## **Основные понятия темы (выписать определения в тетрадь):**

этический кодекс, моральный конфликт, этикет, наставничество в медицине.

### **Пояснительная записка к семинару № 17**

#### **1. Принципы и правила морального регулирования общественного поведения людей**

Каждое исторически конкретное общество требует строго определенной меры социального регулирования общественных отношений. Регулирование общественных отношений осуществляется путем реализации определенных социальных норм: норм права, норм морали, норм, установленных общественными организациями, норм обычаев, традиций, ритуалов и т.д. Особое место в формировании духовного мира личности, ее сознания и культуры, активной жизненной позиции принадлежит праву и морали, которые являются важнейшими социальными регуляторами, включенными в систему общественных отношений, целенаправленно взаимодействующими на преобразование сознания личности. В регулировании общественных отношений право взаимодействует с другими социальными нормами и, прежде всего, с нормами морали (нравственными нормами).

Мораль – один из способов регулирования поведения человека в обществе с помощью норм. Мораль представляет собой известную совокупность исторически складывающихся и развивающихся жизненных принципов, взглядов, убеждений и основанных на них норм поведения, определяющих и регулирующих отношения людей друг к другу, обществу, государству, семье, коллективу, классу, окружающей действительности. Это понятие включает в себя и психологические моменты: эмоции, интересы, мотивы, установки и другие слагаемые. Центральное место занимает понятие о добре и зле. Условия нормальной жизнедеятельности людей, требующие ответственности человека за свое поведение, выражаются, прежде всего, в морали и лишь затем в «морально отработанном» виде воспринимаются государством, в результате чего образуется «криминалистическая часть» правовой материи – уголовное право и примыкающие к нему правовые подразделения (в том числе исправительное, пенитенциарное право).

Человек – существо общественное. Потому неперенным условием «допуска» в жизнь общества является процесс социализации индивида, т. е. освоения им специфически человеческого образа жизни, основных ценностей материальной и духовной культуры. А во-вторых, потому, что современное индустриальное общество опирается на широчайшее разделение труда (материального и духовного), порождающего теснейшую взаимозависимость людей. Ведь самое обычное, нормальное существование каждого из нас оказывается зависимым от того, как сотни и тысячи совершенно незнакомых нам людей (производителей товаров, их продавцов, учителей, врачей, военных и т. д.) выполняют свою обычную, рутинную работу.

Под моралью обычно понимают некую систему норм, правил, оценок, регулирующих общение и поведение людей в целях достижения единства общественных и личных интересов. В моральном сознании выражен некий стереотип, шаблон, алгоритм поведения человека, признаваемый обществом как оптимальный на данный исторический момент. Существование морали можно интерпретировать как признание обществом простого факта, что жизнь и интересы отдельного человека гарантированы только в том случае, если обеспечено прочное единство общества в целом.

Разумеется, совершая моральный или аморальный поступок, индивид редко задумывается об «обществе в целом». Но в моральных установлениях как готовых шаблонах поведения общественные интересы уже предусмотрены. Конечно, не следует думать, что эти интересы кем-то сознательно просчитываются и затем оформляются в моральные кодексы. Нормы и правила морали формируются естественно-историческим путем, по большей части стихийно. Они возникают из многолетней массовой житейской практики поведения людей.

Моральные требования к индивиду в нравственном сознании принимают самые разнообразные формы: это могут быть прямые нормы поведения («не лги», «почитай старших» и т. д.), различные моральные ценности (справедливость, гуманизм, честность, скромность и т. д.), ценностные ориентации, а также морально-психологические механизмы самоконтроля личности (долг, совесть). Все это элементы структуры нравственного сознания, обладающего целым рядом особенностей. Среди них стоит отметить: всеобъемлющий характер морали, ее внеинституциональность, императивность.

Всеобъемлющий характер морали означает, что моральные требования и оценки проникают во все сферы человеческой жизни и деятельности. Любая политическая декларация не упустит случая апеллировать к нравственным ценностям, любое произведение изящной словесности обязательно содержит в себе моральную оценку, никакая религиозная система не найдет последователей, если не включает в себя достаточно строгую мораль, и т. д. Любая житейская ситуация имеет свой «моральный срез», который позволяет проверить действия участников на «человечность».

Внеинституциональность морали означает, что в отличие от других проявлений духовной жизни общества (наука, искусство, религия) она не является сферой организованной деятельности людей. Проще говоря, нет в обществе таких учреждений и организаций, которые обеспечивали бы функционирование и развитие морали. В развитие морали даже средств вложить нельзя – некуда вкладывать. Мораль всеобъемлюща и в то же время неумовима!

Третья особенность морали – императивность – состоит в том, что большинство моральных требований апеллирует не к внешней целесообразности (поступай так-то и добьешься успеха или счастья), а к моральному долгу (поступай так-то, потому что этого требует твой долг), т. е. носит форму императива, прямого и безусловного повеления. Причем, добро следует творить не ради ответной благодарности, а ради самого добра как такового. В этом призыве, думается, есть вполне рациональный смысл – ведь общий баланс творимого добра и воздаяний за него сводится только на уровне общества. Ожидать же ответной благодарности за свои добрые дела в каждом конкретном случае, право, не стоит.

Среди множества выполняемых моралью функций основными принято считать: регулятивную, оценочно-императивную, познавательную. Главная функция морали, конечно, регулятивная. Мораль выступает прежде всего как способ регулирования поведения людей в обществе и саморегулирования поведения индивида, имеющего возможность предпочесть один поступок другому. Моральный способ регуляции, в отличие от других (правовых, административных и пр.), уникален. Во-первых, потому, что не нуждается ни в каких учреждениях, карательных органах и т. д. Во-вторых, потому, что моральное регулирование предполагает усвоение индивидами соответствующих норм и принципов поведения в обществе. Иначе говоря, действенность моральных требований определяется внутренним убеждением отдельного человека. Такой регулятор поведения, безусловно, является самым надежным из всех возможных. Проблема только в том, как его сформировать. Это пока мало кому удавалось.

Сущность морали не менее ясно проявляется и в другой ее функции – оценочно-императивной. Она предусматривает разделение всех социальных явлений на «добро» и «зло». Собственно, с помощью этих основополагающих категорий морали и дается оценка любому проявлению общественной жизни и соответственно оформляется повеление (императив) индивиду: поступай таким-то конкретным образом, ибо это добро, и, наоборот, воздерживайся от таких-то поступков, потому что это зло.

Познавательная функция морали в известной степени производна от оценочной. Моральное одобрение или возмущение каким-либо стилем поведения часто есть самый верный показатель того, что та или иная форма жизни устарела, утратила свое историческое оправдание, или, наоборот, знаменует собой хотя и непривычный, но вполне перспективный, новый уклад жизни. Состояние нравов в каждую конкретную эпоху есть самодиагно-

стика общества, т. е. его самопознание, выраженное языком моральных оценок, требований и идеалов.

## **2. Моральные конфликты в современном здравоохранении**

Профессиональные конфликты в сфере здравоохранения имеют те же структуру, фазы и функции, как и другие конфликты. Но все же конфликты в здравоохранении имеют свои особенности, связанные со спецификой деятельности и личными особенностями людей, работающих в медицине.

Выделяют пять уровней конфликтов в организации: внутри личности, между личностями, внутри группы, между группами, внутри организации. Эти уровни тесно связаны между собой. Например, внутриличностный конфликт может заставить индивида действовать агрессивно по отношению к другим и вызвать тем самым межличностный конфликт.

Внутриличностный конфликт случается внутри индивида и часто является конфликтом целей или конфликтом взглядов. Конфликтом целей он становится тогда, когда индивид выбирает и пытается достигнуть взаимоисключающих целей. Внутриличностный конфликт становится конфликтом взглядов, когда индивид признает несостоятельность своих мыслей, расположений, ценностей или своего поведения в целом.

Межличностный конфликт вовлекает двух или более индивидов, если они воспринимают себя как находящихся в оппозиции друг к другу с позиций целей, расположений, ценностей или поведения. Ершов А.А. дополняет: распространение конфликта на все взаимоотношения конфликтующих сторон и возникновение склонности к категоричному восприятию оппонента. Это наиболее часто возникающий в организациях и рассматриваемый в литературе тип конфликта. Его проявлениями являются: борьба за ограниченные ресурсы, рабочую силу, капиталовложения, инвестиции между подразделениями; борьба за одну должность.

Другой формой межличностного конфликта являются столкновения личностей, обладающих различными чертами характера, темперамента, ценностными ориентациями, которые в силу противоположных целей не в состоянии ладить друг с другом. Возникновение определяется: личностным своеобразием членов коллектива, отношением личности к ситуации, психологическими особенностями членов коллектива, трудовым процессом и производственной ситуацией.

Внутригрупповой конфликт является не просто суммой межличностных конфликтов, а столкновением между частями или всеми членами группы, влияющим на групповую динамику и результаты работы группы в целом. Производственные, социальные и эмоциональные процессы внутри группы влияют на появление причин и путей разрешения внутригрупповых конфликтов. Часто внутригрупповой конфликт возникает в результате изменения баланса сил в группе: смена руководства, появление неформального лидера, развитие групповщины.

Межгрупповой конфликт представляет собой противостояние или столкновение двух или более групп в организации. Такое противостояние может носить профессионально – производственную, социальную или эмоциональную основы. Обычно такие конфликты носят интенсивный характер и при неправильном управлении ими не дают ни одной из групп выигрыша. Переход межгруппового конфликта в эмоциональную стадию разрушающе действует не только на вовлеченные в него группы, но и на организацию в целом и на каждого индивидуального участника в отдельности. Развитие внутригруппового конфликта приводит к внутри организационному конфликту.

Внутриорганизационный конфликт возникает в связи с противостоянием, возникающим на почве того, как были спроектированы отдельные работы или организация в целом или на почве того, как формально распределена власть в организации. Выделяют четыре разновидности этого конфликта: вертикальный – это конфликт между уровнями управления в организации. Его возникновение и разрешение обусловлено теми сторонами

жизни организации, которые влияют на вертикальные связи в организационной структуре: цели, власть, коммуникации, культура. Горизонтальный конфликт вовлекает равные по статусу части организации и чаще всего выступает как конфликт целей. Развитие горизонтальных связей в структуре организации во многом помогает его разрешению. Линейно-функциональный конфликт чаще носит сознательный или чувственный характер. Его разрешение связано с улучшением отношений руководством и специалистами. Ролевой конфликт возникает тогда, когда индивид, выполняющий определенную роль, получает неадекватное его роли задание.

Рассмотрим причины конфликтов в здравоохранении. Многие авторы особое внимание уделяют причинам возникновения конфликтных отношений. Например, В.Р. Дольник считает, что в основе человеческих конфликтов лежат биологические программы, направленные на стремление выжить в схватке за существование (соревнование особи с враждебным миром, с представителями других видов, с сородичами). Даже у стадных животных, где существуют определенные правила поведения, предполагается соперничество за лучшую пищу, за самку, за лидерство в стае. Таким образом, стремление к соперничеству заложено еще у предков человека.

Ситуация соперничества наиболее характерна и для медицинских сестер. Уровень их заработной платы зависит не столько от стажа работы, сколько от курсов повышения квалификации, написания и защиты аттестационной работы «на категорию». Почти в любом медицинском учреждении возникают конфликты, связанные с очередностью обучения и защиты работ. Каждая медицинская сестра стремится к получению более высокой категории, что неизбежно приводит к столкновению профессиональных интересов.

Дж. Ролз главную причину конфликтов в человеческом обществе связывает с нарушением норм социальной справедливости и, как следствие – с ущемленным чувством собственного достоинства. При этом сама справедливость – это соответствие между вкладом человека в решение каких-то вопросов и получаемыми за это благами (моральными или материальными). Данное «соответствие» определяется уровнем развития конкретного общества, группы или отдельного индивида. Исходя из этого, часто конфликт порождается: либо нарушением существующих и общепринятых норм справедливости, либо столкновением разных представлений о нормах справедливости.

Характерным для медицины является и тот факт, что работа в стационарах круглосуточная. Существует специальный график, согласно которому распределены рабочие смены в отделении. В том случае, если медицинская сестра по каким-либо причинам не выходит работать в свою смену, ее заменяет другая медсестра, что зачастую приводит к смене графика и увеличению рабочих смен у других медицинских сестер. Часто внеплановый выход на работу мешает отдыху в выходные или праздничные дни. Стресс, вызванный таким прерванным отдыхом, является одной из распространенных причин конфликтов в медицине, так как противоречит субъективному представлению о справедливости.

С.Ф. Фролов выделяет общие причины конфликтов: противоположные ориентации вступающих во взаимодействие людей (различие потребностей); идеологические причины; причины экономического и социального порядка; противоречия между элементами социальной структуры (например, когда цели и задачи разных уровней организации или управления обществом не соответствуют друг другу).

М.Х. Мескон, М. Альберт и Ф. Хедоурн выделяют основные причины производственных, организационных конфликтов.

1) Проблемы распределения ресурсов в организации (проблема несправедливости распределения).

В медицине частой причиной конфликтов является распределение рабочих смен. Как правило, никто не хочет работать в Новый год. И при любом составлении рабочего графика находятся недовольные.

2) Различия в целях (чем больше специализация внутри организации, тем больше взаимного непонимания, т. к. у каждого структурного подразделения – свои интересы).

В отделении одновременно работает несколько врачей и медицинских сестер с различной специализацией. Бывает, что пациентам необходимо сделать несколько медицинских манипуляций в одно и то же время. Например, медсестра поставила пациенту капельницу, а в это время медсестра из перевязочного кабинета пришла делать перевязку, и врач вызывает этого пациента на осмотр. В этом случае налицо столкновение интересов, так как при наличии общей цели – лечение пациентов, у каждого медика существуют свои профессиональные обязанности, и соответственно, свои цели.

3) Различия в представлении о ценностях (например, о такой ценности, как право выражать свое мнение в присутствии начальника...).

Иногда медицинские сестры и врачи позволяют себе критические замечания в адрес своих коллег, что противоречит медицинской этике и может явиться причиной профессионального конфликта.

4) Различия в манере поведения и жизненном опыте (особенно если люди работают в одном подразделении).

Часто бывает, что одна медицинская сестра разрешает пациентам то, что запрещают другие. Например, звонить по рабочему телефону или смотреть телевизор в неустановленное для этого время. Четкое соблюдение должностных обязанностей вступает в противоречие с заботой о пациентах, что является причиной столкновения профессиональных интересов.

5) Неудовлетворительные коммуникации, часто ведущие к взаимному непониманию сотрудничающих сторон.

Часто медицинский коллектив состоит из одних женщин. Как правило, женщины более эмоциональны, склонны делиться своими переживаниями и событиями личной жизни. Иногда избыток подобной информации на рабочем месте может послужить созданию непривлекательного имиджа. Что, в свою очередь, будет являться поводом для профессионального конфликта.

### **3. Этика, этикет, право, обычаи и мораль в медицине**

Путь любой науки сложен, а медицины – особенно. Ведь она, как ни одна другая область знаний, не затрагивает саму жизнь людей. Зачастую медицинские открытия не только успешно излечивают конкретных больных, но и влияют на мировоззрение общества в целом.

На взаимоотношения медицины и общества существуют две противоположные точки зрения. Сторонники первой считают, что косное общественное мнение тормозит прогресс медицины. Поборники второй убеждены, что развитие медицины нарушает гармоничное единство природы и человека, является основной причиной ослабления человечества в целом и даже может привести его к вырождению. В самом деле, с одной стороны, люди стали здоровее – увеличилась продолжительность жизни, современный человек по сравнению с древними предками крупнее, крепче. А с другой – лекарства и вакцины «отучили» организм самостоятельно бороться с болезнями.

Однако медицина и общество не противостоят друг другу, находясь в сложном взаимодействии. Медицина вольно или невольно влияет на общество, изменяя его. От соблюдения медицинских норм в разных сферах деятельности людей зависят жизнь и здоровье каждого, и общество заинтересованно их учитывать.

Нужно сказать и о гуманизирующем влиянии медицины. Достаточно вспомнить, сколько усилий понадобилось приложить врачам, чтобы объяснить обществу, казалось бы, очевидные вещи: ВИЧ-инфицированные люди не должны быть изгоями, психические расстройства – болезни, а не пороки, и они требуют лечения, а не наказания.

Однако и общество диктует медицине свои требования. Они тормозят ее развитие, но в разумных пределах – ведь результат любого процесса, если он протекает бескон-

трольно, непредсказуем, а порой трагичен. Развитие гинекологии поставило задачу ограничения абортов. Успехи реаниматологии поставили перед обществом и врачами вопрос, до каких пор нужно продолжать оживление уже неспособного к жизни организма. Достижения генетической медицины вызвали споры о той грани, которую не должны переступать ученые в экспериментах с клонированием. Под давлением общественности врачи уже в XX в. начали с особой строгостью подходить к внедрению в лечебную практику новых лекарственных препаратов. В результате появились законы «медицины доказательств», которым теперь следуют медики всего мира. Повышение ценности человеческой жизни повлияло на современную медицинскую этику, привело к законодательному закреплению прав пациента.

Основополагающее требование медицинского этикета таково: облик врача должен убедить больного, что перед ним профессионал, которому не страшноверить здоровье и жизнь. Никто не захочет стать пациентом человека легкомысленного, неаккуратного, с безразличием, а то и с неприязнью относящегося к больным. Внешний вид иногда выдает приверженность к вредным привычкам. Врач должен быть собранным, сдержанным, доброжелательным и, конечно, здоровым и подтянутым человеком (или как минимум производить такое впечатление).

Согласно медицинскому этикету, облик врача очень важен. На работу предпочтительно надевать костюм и галстук, а не майку и джинсы. Врачу не пристало блистать ультрамодными нарядами и дорогими украшениями, поражать коллег и больных необычными прическами. Для медиков обязательны хорошие манеры, вежливость, доброжелательность. Повышать голос, грубить больным и их родственникам недопустимо, даже сталкиваясь с их неадекватной реакцией, врачу следует вести себя твердо, но корректно. Если пациент и его близкие вызывают явную антипатию у медицинского работника (что случается не так уж редко), негативные чувства не должны проявляться ни в словах, ни в жестах и, естественно, не должны отражаться на лечении – это уже требование не этикета, а деонтологии.

Медицинский этикет также требует корректности в отношениях между всеми членами коллектива, невзирая на чины и звания. Почтительное обращение к коллегам, так же как и белый цвет медицинского халата, подчеркивает чистоту и высокий смысл профессии. Особенно строго этого принципа следует придерживаться, если общение происходит в присутствии больного. Панибратство, пренебрежение со стороны начальства и заискивание подчиненных вредят авторитету медиков. Крайне неэтичной считается ситуация, когда врач ставит под сомнение в глазах пациента профессионализм коллеги.

Еще один из важнейших элементов этики – наставничество, передача опыта и знаний начинающим врачам. У каждого хорошего доктора, ученого в начале пути был свой Учитель, огромное уважение и признательность которому сохраняется на всю жизнь. В медицине, как в никакой другой профессии, принято оказывать знаки уважения заслуженным врачам, профессорам, академикам. За плечами этих людей главное достояние медика – опыт, которого не заменят никакие способности и образование.

Если факты доказывают врачебную ошибку (например, неправильно интерпретированы результаты обследования, поставлен неверный диагноз, лечение проведено неправильно), врач должен думать прежде всего, как оказать больному помощь, а не обвинять во всем своего предшественника. Однако корпоративная солидарность не означает, что на ошибки нужно закрывать глаза. Прежде всего, необходимо обсудить ситуацию с коллегой – очно и наедине.

Критика должна быть обоснованной, корректной и по существу дела, не переходящей на личные качества сослуживца. В сложных случаях, когда нельзя сразу однозначно установить, допущена ли ошибка, и как действовать дальше, можно совместно обратиться к более опытному коллеге или к консилиуму из нескольких врачей.

Подчеркнуто уважительно врачи относятся к среднему и младшему медицинскому персоналу. Современная медсестра – высококвалифицированный работник, знающий и

умеющий очень много. Она первый помощник врача, без которого лечебный процесс невозможен. Важнейшее требование этики медсестры – уважение к врачу – должно соблюдаться неукоснительно. К сожалению, медсестры нередко бывают невежливы, неисполнительны (особенно, если указания исходят от молодого врача). Воспринимать врачей как работников с более высоким статусом медсестрам мешает и маленькая разница в оплате труда врача и медсестры (хотя по подготовке и сложности выполняемой работы эти категории медицинского персонала несравнимы). Вместе с тем опытная, квалифицированная медсестра действительно подчас знает о течении конкретной болезни гораздо больше начинающего врача, и ей очевидны его промахи. Уже поэтому для врача недопустимы проявления снобизма, желание «указать место». Уважительные доброжелательные отношения с медсестрами позволяют молодому специалисту многому научиться и избежать массы ошибок.

#### **4. Профессиональная солидарность и наставничество в медицине**

Основой профессиональной солидарности и наставничества в медицине является профессиональная этика – термин, используемый для обозначения: системы профессиональных моральных норм; направления этических исследований относительно оснований профессиональной деятельности

В настоящее время значение термина, как правило, определяется из контекста, либо оговаривается особо.

Профессиональная этика представляет собой систему моральных принципов, норм и правил поведения специалиста с учетом особенностей его профессиональной деятельности и конкретной ситуации. Профессиональная этика должна быть неотъемлемой составной частью подготовки каждого специалиста.

Содержание любой профессиональной этики складывается из общего и частного. Общие принципы профессиональной этики, базирующиеся на общечеловеческих нормах морали, предполагают:

- а) профессиональную солидарность (иногда перерождающуюся в корпоративность);
- б) особое понимание долга и чести;
- в) особую форму ответственности, обусловленную предметом и родом деятельности.

Частные принципы вытекают из конкретных условий, содержания и специфики той или иной профессии и выражаются, в основном, в моральных кодексах – требованиях по отношению к специалистам.

Профессиональная этика, как правило, касается лишь тех видов профессиональной деятельности, в которых наличествует разного рода зависимость людей от действий профессионала, то есть последствия или процессы этих действий оказывают особое влияние на жизнь и судьбы других людей или человечества. В связи с этим выделяются традиционные виды профессиональной этики, такие, как педагогическая, медицинская, юридическая, этика ученого, и сравнительно новые, появление или актуализация которых связаны с возрастанием роли «человеческого фактора» в данном виде деятельности (инженерная этика) или усилением его влияния в обществе (журналистская этика, биоэтика).

Профессионализм и отношение к труду являются важными качественными характеристиками морального облика личности. Они имеют первостепенное значение в личностной оценке индивида, но на различных этапах исторического развития их содержание и оценка существенно различались. В классово-дифференцированном обществе они определяются социальным неравенством видов труда, противоположностью умственного и физического труда, наличием привилегированных и непривилегированных профессий, зависят от степени классового самосознания профессиональных групп, источников их пополнения, уровня общей культуры индивида и так далее.

Профессиональная этика не является следствием неравенства в степени моральности различных профессиональных групп. Но к некоторым видам профессиональной деятельности общество предъявляет повышенные моральные требования. Есть такие профессио-

нальные сферы, в которых сам процесс труда основывается на высокой согласованности действий его участников, обостряя потребность в солидарном поведении. Уделяется особое внимание моральным качествам работников тех профессий, которые связаны с правом распоряжаться жизнью людей, значительными материальными ценностями, некоторых профессий из сфер услуг, транспорта, управления, здравоохранения, воспитания и так далее. Здесь речь идет не о фактическом уровне моральности, а о долженствовании, которое, оставшись нереализованным, может каким-либо образом воспрепятствовать исполнению профессиональных функций.

Профессия – определенный вид трудовой деятельности, требующий необходимых знаний и навыков, приобретаемых в результате обучения и длительной трудовой практики.

Профессиональные моральные нормы – это руководящие начала, правила, образцы, эталоны, порядок внутренней саморегуляции личности на основе этико-гуманистических идеалов. Появление профессиональной этики во времени предшествовало созданию научных этических теорий о ней. Повседневный опыт, необходимость в регулировании взаимоотношений людей той или иной профессии приводили к осознанию и оформлению определенных требований профессиональной этики. Активную роль в становлении и усвоении норм профессиональной этики играет общественное мнение.

Профессиональная этика, возникнув первоначально как проявление повседневного, обыденного морального сознания, в дальнейшем уже развивалась на основе обобщенной практики поведения представителей каждой профессиональной группы. Эти обобщения суммировались как в писаных и неписаных кодексах поведения различных профессиональных групп, так и в форме теоретических выводов, что свидетельствовало о переходе от обыденного к теоретическому сознанию в сфере профессиональной морали.

Основными видами профессиональной этики являются: врачебная этика, педагогическая этика, этика ученого, этика права, предпринимателя (бизнесмена), инженера и т. д. Каждый вид профессиональной этики определяется своеобразием профессиональной деятельности, имеет свои специфические аспекты в реализации норм и принципов морали и в совокупности составляет профессиональный кодекс морали.

Наставничество – молодая, но хорошо зарекомендовавшая себя форма работы, эффективно поднимающая деонтологический уровень молодых медицинских работников. Авторитет старшего товарища, помноженный на многолетний опыт работы с больными, удачно усиливает и корректирует воспитательную работу. Повседневная практическая деятельность характеризуется деонтологической тактикой медработника.

Изучение общих «стратегических» вопросов медицинской этики и деонтологии способствует формированию у медицинских сестер целостного представления о предмете, раскрывает основные современные проблемы и пути их решения. В процессе преподавания следует отрабатывать также частные, «тактические» аспекты должного поведения. Взаимосвязь деонтологии с уровнем профессиональной подготовленности является основным принципом деонтологической тактики медицинской сестры.

Успешное практическое применение деонтологических принципов и положений возможно только и прежде всего при условии высокого профессионального уровня медицинского персонала учреждения. Иными словами, высококвалифицированная, знающая и умеющая сестра, как правило, владеет деонтологическими приемами в общении с больным, тогда как слабая в профессиональном отношении может зачастую оказаться неподготовленной в вопросах медицинской этики и деонтологии. Упущения в работе, связанные с недостаточным знанием специальности, не могут быть в полной мере компенсированы хорошими знаниями и четким выполнением деонтологических правил.

Взаимосвязь деонтологии с профессиональными особенностями труда предусматривает существенные различия в поведении сестры в зависимости от профиля заболевания больного (хирургический, терапевтический и т. д.) и цели госпитализации (оказание неот-

ложной помощи, плановое обследование и лечение, принятие врачебно-экспертного решения).

В случае необходимости оперативного лечения задачей сестры является помочь врачу убедить пациента в необходимости операции, не «подталкивая» больного к принятию решения, но и не отказываясь от пациента в случае его колебаний. Деонтологической несостоятельностью лечебного коллектива можно охарактеризовать случаи, когда больному предлагают расписаться в отказе от необходимой ему операции.

Избирательный подход к различным категориям больных исключительно важен для выделения «групп риска» в отношении развития психогений и оптимального решения таких проблем деонтологии, как «врачебная тайна», «участие больного в выборе лечения», «принудительное лечение».

### **Литература:**

#### **Основная:**

1. Сергеев В.В. Биоэтика: Учебное пособие. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 240 с.
2. Лопатин П.В. Биоэтика: учебник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 272 с.
3. Хрусталеv Ю.М. От этики до биоэтики. – Ростов н/Дону: Феникс, 2010. – 446 с.
4. Силуянова И.В. Руководство по этико-правовым основам медицинской деятельности: уч. пос. – М., 2008. – 238 с.

#### **Дополнительная:**

1. Лопатин П.В. Биоэтика: рабочая тетрадь. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 272 с.
2. Силуянова И.В. Биоэтика в России: ценности и законы. – М.: Грантъ, 2001. – 192 с.
3. Уильмс Дж. Р. Руководство по медицинской этике: уч. пос. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 128 с.
4. Кэмпбелл А. Медицинская этика / под ред. Ю.М. Лопухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 400 с.
5. Кэмпбелл А. Медицинская этика / под ред. Ю.М. Лопухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 400 с.

## **СЕМИНАР № 18. МЕДИКО-ЭТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОБЩЕНИЯ ВРАЧЕЙ С ПАЦИЕНТАМИ**

### **План семинарского занятия:**

1. Медико-этические особенности общения врачей с пациентами на различных этапах оказания им медицинской помощи
2. Межличностные, внутригрупповые и межгрупповые моральные конфликты
3. Основные модели взаимоотношений врачей и пациентов
4. Особенности этических проблем в различных сферах медицинской деятельности

### **Темы докладов:**

1. История возникновения «этических кодексов» врачебной деятельности
2. Права и достоинство пациента за рубежом и в России
3. Основные международные биоэтические документы о защите прав и достоинства человека
4. Достоинство человека в связи с использованием достижений биологии и медицины

### **Основные понятия темы (выписать определения в тетрадь):**

соперничество, столкновение, доминанция, уклонение, избегание, аккомодация, ассимиляция, подавление, переговоры, компромисс, согласие, сотрудничество, права врача, права пациента, социальная защита, этический комитет.

## **Пояснительная записка к семинару № 18**

### **1. Медико-этические особенности общения врачей с пациентами на различных этапах оказания им медицинской помощи**

Существуют ориентиры, по которым можно охарактеризовать формы модели взаимоотношений врач-пациент, например, если учитывать не только биологический, но и биографический план заболевания. Данный подход позволяет говорить о четырех моделях отношений, характер которых определяется состоянием больного. Это отношения к пациенту в остром периоде заболевания, отношения к хроническим больным, инвалидам и умирающим.

- Острые заболевания. Больные могут быть пассивными участниками взаимоотношения врач-пациент. Основная задача врача - вылечить пациента и как можно быстрее вернуть к прежнему образу жизни.
- Хронически больные пациенты. Их образ жизни заставляет быть компетентными и создавать группы взаимопомощи. Основная задача врача - реализовать принцип равноправия и взаимопонимания в процессе лечения.
- Инвалиды. Могут быть компетентными и некомпетентными относительно своего заболевания. Задача врача - приспособить пациента к условиям инвалидности, но не оставить прикованным только к своей койке или комнате.
- Умирающие больные. Задача врача – обеспечить обезболивание, уход, нравственную поддержку и достойное умирание.

### **2. Межличностные, внутригрупповые и межгрупповые моральные конфликты**

Конфликт – это столкновение двух противоположно направленных взглядов, мнений. Современная точка зрения состоит в том, что многие конфликты не только допустимы, но и желательны.

Во-первых, они позволяют выявить скрытые от глаз проблемы и процессы, разнообразные точки зрения, разобраться в себе, найти приемлемые для всех сторон их решения.

Во-вторых, конфликты ведут к изменениям, перестройке существующих и образованию новых социальных механизмов, к консолидации групп, сохранению между ними баланса сил, в итоге способствуют уменьшению единомыслия, покорности, улучшению внутренних отношений, укреплению взаимопонимания, сплоченности, сотрудничества в коллективе.

В-третьих, конфликты стимулируют активность людей, споры, творчество, появление новых идей, готовность к изменениям.

Значительная часть конфликтов представляет собой продолжение, отображение вполне объективных, не зависящих от воли конфликтующих противоречий. Конечно, трудно обнаружить прямую связь между конфликтом и вызвавшим его противоречием, так как их разделяют иногда большая дистанция, множество посредников. До превращения в конфликтное взаимодействие противоречие проходит определенные этапы. Вступающие в противоборство участники конфликта реагируют друг на друга как на препятствие, блокирующее достижение целей, т.е. оценивают цели друг друга как конкурирующие. С этой точки зрения конфликт есть механизм, так или иначе устраняющий блокирование, препятствия. Следовательно, конфликт по своей природе призван создавать необходимые условия для удовлетворения потребностей его участников. Таким образом, во время определенное состояние социума внутри организации, как предконфликтное, четко сформулированная цель по предотвращению конфликта в организации, или грамотное разрешение конфликтной ситуации, если она все же имела место, позволят интенсифици-

ровать деятельность компании, предотвратить возможные материальные или моральные потери, что в конечном итоге благотворно скажется на достижении первоочередных целей компании.

Межличностный конфликт вовлекает двух или более индивидов, воспринимающих себя как находящихся в оппозиции друг к другу в отношении целей, расположений, ценностей или поведения. Внутригрупповой конфликт является больше, чем простой суммой внутри- и межличностных конфликтов. Это, как правило, столкновение между частями и всеми членами группы, влияющее на групповую динамику и результаты работы группы в целом.

Межгрупповой конфликт – представляет собой противостояние или столкновение двух или более групп. Он возникает в организациях, состоящих из множества формальных и неформальных групп, и осуществляться он может по различным причинам, в различных условиях, в различных формах, с различной степенью напряженности. Межгрупповые конфликты существуют во всех сферах общественной жизни – экономической, социальной, политической, духовной, во всех социальных институтах и в большинстве организаций, следовательно, межгрупповые конфликты могут возникать повсеместно.

Чаще всего межгрупповые конфликты обусловлены несовместимостью целей в борьбе за ограниченные ресурсы (власть, богатство, территория, материальные ресурсы и т.п.), т.е. наличием реальной конкуренции, а также возникновением социальной конкуренции.

На основании вышеизложенного можно осуществить типологизацию всего многообразия межгрупповых конфликтов. Их разнообразные формы и проявления можно свести к следующим основным типам:

*Соперничество* – такой вид межгруппового взаимодействия, в котором социальные группы – коллективы предприятий, учреждений, спортивные команды и т.п. – состязаясь друг с другом, добиваясь одной цели, стремятся в чем-то превзойти соперника.

*Столкновение* – такой вид межгруппового взаимодействия, при котором соперничающие группы стремятся (или вынуждены) нанести ущерб, ощутимый, а иногда и губительный, друг другу.

*Доминация (господство)* – такое межгрупповое взаимодействие, при котором одна группа имеет существенное преимущество в самом важном, в силу чего господствует над другой в экономическом, политическом, языковом и т.д. отношении.

*Уклонение* – вид взаимодействия между группами, в процессе которого одна из них или обе стремятся отстраниться, отойти, отодвинуться от другой, чтобы избежать столкновения, удара, нападения и т.п.

*Избегание* – такое межгрупповое взаимодействие, при котором одна из конфликтующих групп стремится отделиться, удалиться от другой, избежать встречи с ней.

*Аккомодация* – вид межгруппового взаимодействия, в процессе осуществления которого одна группа (как правило, уступающая в могуществе, силе, богатстве и т.п. другой) стремится приспособиться к давлению более сильной социальной группы.

*Ассимиляция* – специфический вид межгрупповой динамики, характерный тем, что одна группа уподобляется другой в каком-либо важном отношении, усваивая ее существенные особенности, нормы поведения и т.п. Таким путем происходит слияние народа или его определенной части с другим путем усвоения его языка, культуры, обычаев и т.д.

*Переговоры* – специфический вид межгрупповой динамики, в ходе которой соперничающие группы (чаще их представители) обмениваются мнениями, сближают свои позиции и достигают соглашения о способах урегулирования конфликта путем взаимных уступок друг другу.

*Компромисс* – такое межгрупповое взаимодействие, которое позволяет достичь соглашения между группами путем взаимных уступок друг другу.

*Согласие* – своеобразный вид межгрупповой динамики, позволяющий конфликтующим группам прийти к взаимной договоренности, к соглашению по какому-либо важному для них вопросу.

*Сотрудничество* – такой вид межгруппового взаимодействия, при котором дружелюбные или соперничающие друг с другом группы начинают заниматься совместной деятельностью в важной для них сфере общественной жизни.

Вся человеческая история есть история межгрупповых конфликтов: политических, национальных, религиозных и прочих. Чисто механически способы возникновения социальных групп можно разделить на два вида: биполярный и многополюсный. В первом случае какое-либо социальное разделение порождает парную структуру, состоящую из двух взаимосвязанных, но изначально неравных элементов: буржуа и пролетарии, управленцы и исполнители, элиты и массы, горожане и селяне и т.д. Этот способ образования социальных групп изначально «заряжен» конфликтом – ведь сам факт их существования подразумевает неравное распределение ресурсов, власти, навязывание чужеродных ценностей и т.д. Другое дело – так называемый «многополюсный», то есть множественный способ образования социальных групп. Так возникают профессиональные группы, нации, различные территориальные общности и т.д.

Очень важно определить причины конфликта, так как, зная причины возникновения того или иного феномена, легче предпринять какие-то конкретные шаги по блокированию их (причин) действия, предотвращая тем самым вызываемый ими негативный эффект. Рассмотрим перечень причин возникновения конфликта, условно он может быть представлен в виде трех основных групп причин: порожденных трудовым процессом; вызываемых психологическими особенностями человеческих взаимоотношений; коренящихся в личном своеобразии членов коллектива.

### **3. Основные модели взаимоотношений врачей и пациентов**

В разных культурах и в разных обществах отношения между врачом и пациентом складываются и понимаются по-разному. Американский биоэтик Роберт Витч выделяет четыре модели взаимоотношения врач-пациент, характерные для современной культуры: инженерную, пастырскую (патерналистскую), коллегиальную и контрактную (см. Введение в биоэтику. Ред. Б.Г. Юдин, П.Д. Тищенко М. 1998).

1-ю модель отношения врача к пациенту Витч называет инженерной. В рамках этой модели пациент воспринимается врачом как безличный механизм. Задача врача – исправление отклонений в неисправном физиологическом механизме. Методы диагностики, которые использует врач – биохимические, биофизические, рентгенологические и другие. Основным недостатком этого типа отношений является технократический подход к пациенту, который противоречит принципу уважения прав и достоинства личности. Пациент не участвует в обсуждении процесса лечения. В современной медицине врач действительно взаимодействует с пациентом как узкий специалист и выполняет чисто технические функции. Примером может служить хирургический конвейер в глазной клинике Святослава Фёдорова.

2-ой тип отношений между врачом и пациентом – патерналистский. Межличностные отношения здесь подобны отношениям священника и прихожанина или отца и ребёнка, наставника и подопечного. Принципы отношения к пациенту – любовь, милосердие, забота, благодеяние и справедливость. Они были отражены в клятве Гиппократ. Патерналистская модель господствовала в христианской европейской культуре на протяжении многих столетий. В современной медицине такая модель остается наиболее предпочтительной и самой распространённой. Патернализм наиболее приемлем в педиатрии, психиатрии, гериатрии. Недостатки модели в том, что взаимоотношения могут перерасти в отношения типа «начальник – подчинённый».

3-й тип взаимоотношений между врачом и пациентом Витч называет коллегиальный. Здесь господствует принцип равноправия. Врач сообщает правдивую информацию о диа-

гнозе, методах лечения, возможных осложнениях и последствиях заболевания. Пациент участвует в обсуждении этой информации. Здесь реализуется право пациента на свободу выбора. Такая гармония в отношениях между врачом и пациентом скорее исключение из правила. На процесс лечения негативно могут влиять некомпетентность или особенности психики пациента. Эффективность коллегиальной модели проявляется особенно хорошо при хронических заболеваниях.

И четвёртая модель, которую выделяет Витч, называется «контрактная». Взаимодействия врача и пациента осуществляются на принципах общественного договора. Пациенты заключают договор на медицинское обслуживание с лечебным учреждением или через страховую компанию. Каждая сторона в таком договоре несёт свои обязательства, и каждая достигает своей выгоды. Контрактная модель призвана защитить моральные ценности личности, однако в структуре оказания медицинской помощи населению занимает незначительное место.

Рассмотренные модели взаимоотношения врач-пациент являются идеальными конструкциями. Реальный выбор того или иного типа отношений определяется особенностями личности врача, конкретной ситуацией состояния больного, характером медицинской помощи.

#### **4. Особенности этических проблем в различных сферах медицинской деятельности.**

Врачам нередко приходится принимать решения, связанные с жизнью, здоровьем, достоинством и правами людей. Поэтому этика – принципы нравственности и основанные на них правила поведения – занимает в медицине особое место.

За долгую историю медицины многие этические принципы оформились в четко сформулированные правила, нормы поведения врача. Свод этих норм называется медицинской деонтологией. Термин «деонтология» (происходит от греческого слова «деон» – должный) введен в XVIII в. английским философом Бентамом. Этим термином он обозначил правила профессионального поведения человека. Медицинская деонтология включает в себя учение о врачебной этике и эстетике, врачебном долге и врачебной тайне и т.п. Она изучает принципы поведения медицинского персонала, систему его взаимоотношений с больными, их родственниками и между собой. В круг ее задач включается также устранение «вредных последствий неполноценной медицинской работы».

За тысячелетия медицинской практики многие нормы деонтологии стали своего рода ритуалами, наподобие правил хорошего тона, глубинный смысл которых человек не всегда понимает, но старается их соблюдать. Эти правила образуют медицинский этикет – свод «хороших манер», которым почти не задумываясь, следует каждый уважающий себя врач.

Этика, деонтология и этикет тесно связаны между собой. Хотя требования этикета порой кажутся формальными, можно обнаружить их глубокую этическую основу. Например, не прилично ходить в яркой одежде и с вызывающим макияжем в больнице, среди людей, которым плохо. Правила деонтологии, даже самые древние и освященные традицией, могут меняться при формировании новых этических принципов. Так, деонтология советской медицины требовала утаивать от неизлечимо больного истинный диагноз. За этим положением стояло определенное отношение к человеку – не как к хозяину своей судьбы, своей жизни и смерти, а как к заведомо слабому духом «объекту заботы». Согласно правилам современной деонтологии, врач должен тактично, но честно информировать больного о степени тяжести его состояния. Относится к человеку, даже тяжело больному, как к свободному и разумному существу – требование этики.

Сведения о болезни, а также о личной жизни больного, ставшие известны медицинским работникам и являются медицинской тайной и ни в коем случае не могут быть переданы посторонним лицам без согласия больного. На этом правиле настаивал еще Гиппократ, а в современном российском законодательстве предусмотрена уголовная ответ-

ственность за разглашение врачебной тайны. Действительно, нарушение врачебной тайны может иметь очень серьезные последствия, буквально разрушить жизнь человека. Наиболее острой эта проблема стала в связи с распространением СПИДа. Известны десятки случаев, когда утечка информации о том, что человек является носителем вируса иммунодефицита, приводила к изгнанию его из социума. Есть врачебные специальности (гинеколог, андролог, венеролог, психиатр), которые имеют дело с самой интимной стороной жизни человека, и любое неосторожное слово способно вызвать пересуды, разрушить семью, спровоцировать у человека тяжелейший кризис самооценки.

Требование сохранять тайну не только этично, но и практически целесообразно. Врач не сможет эффективно лечить, если у него недостаточно сведений о симптомах болезни, об обстоятельствах жизни больного. А пациент не будет с ним вполне откровенен без уверенности, что информация останется между ними. Однако есть ситуации, когда соблюдение тайны способно принести вред самому больному или другим людям. Например, обычно не должна составлять тайну для родителей информация о состоянии здоровья их ребенка.

Однако жизнь сложна, и нередко она ставит перед врачом и обществом проблемы, для решения которых нет готовых ответов, и деонтология помочь не в силах. Тогда единственный выход – напрямую обратиться к собственному этическому чувству, самому думать и решать, как поступить правильно.

### **Литература:**

#### **Основная:**

1. Сергеев В.В. Биоэтика: Учебное пособие. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 240 с.
2. Лопатин П.В. Биоэтика: учебник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 272 с.
3. Хрусталеv Ю.М. От этики до биоэтики. – Ростов н/Дону: Феникс, 2010. – 446 с.
4. Силуянова И.В. Руководство по этико-правовым основам медицинской деятельности: уч. пос. – М., 2008. – 238 с.

#### **Дополнительная:**

1. Лопатин П.В. Биоэтика: рабочая тетрадь. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 272 с.
2. Силуянова И.В. Биоэтика в России: ценности и законы. – М.: Грантъ, 2001. – 192 с.
3. Уильмс Дж. Р. Руководство по медицинской этике: уч. пос. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 128 с.
4. Кэмпбелл А. Медицинская этика / под ред. Ю.М. Лопухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 400 с.
5. Кэмпбелл А. Медицинская этика / под ред. Ю.М. Лопухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 400 с.