



РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАРОДНОГО ХОЗЯЙСТВА  
И ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ  
ПРИ ПРЕЗИДЕНТЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**Е. В. Ушаков**

# **БИОЭТИКА**

**УЧЕБНИК И ПРАКТИКУМ ДЛЯ ВУЗОВ**

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

**Книга доступна в электронной библиотечной системе  
[biblio-online.ru](http://biblio-online.ru)**

**Москва ■ Юрайт ■ 2016**

УДК 614.253(075.8)

ББК 87.75я73

У93

**Автор:**

**Ушаков Евгений Владимирович** — кандидат философских наук, доцент кафедры истории и политологии факультета государственного и муниципального управления Северо-Западного института управления — филиала Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации.

**Рецензенты:**

*Винокур В. А.* — доктор медицинских наук, профессор кафедры психотерапии и сексологии Северо-Западного медицинского университета имени И. И. Мечникова;

*Голик Н. В.* — доктор философских наук, профессор кафедры культурологии, философии культуры и эстетики Санкт-Петербургского государственного университета.

**Ушаков, Е. В.**

У93 Биоэтика : учебник и практикум для вузов / Е. В. Ушаков. — М. : Издательство Юрайт, 2016. — 306 с. — Серия : Специалист.

ISBN 978-5-9916-6142-3

Современная медицинская наука и практика все более усложняется. Научные открытия, высокие технологии, практические инновации постоянно вносят изменения в систему здравоохранения. Однако это сопровождается ростом острых моральных проблем. Биоэтика — это поле не прекращающихся дискуссий, этического анализа, практической деятельности по защите важнейших ценностей общества в контексте современной медицины.

Учебник посвящен основам биоэтики как нового междисциплинарного направления. В нем отражены ключевые проблемы теоретических основ и практических приложений биоэтического знания. Задания и кейсы, входящие в практикум, помогут лучше разобраться в особенностях биоэтики и применить полученные знания на практике.

Соответствует актуальным требованиям Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования.

*Для студентов медицинских вузов и средних учебных заведений, преподавателей, практикующих врачей и медицинских сестер, организаторов здравоохранения, а также всех, кто интересуется этическими проблемами современной медицины.*

УДК 614.253(075.8)

ББК 87.75я73



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

ISBN 978-5-9916-6142-3

© Ушаков Е. В., 2015

© ООО «Издательство Юрайт», 2016

# Оглавление

<b>Предисловие .....</b>	<b>5</b>
<b>Глава 1. История и теоретические основы биоэтики.....</b>	<b>7</b>
1.1. История развития медицинской этики и биоэтики.....	7
1.2. Предметная сфера биоэтики.....	14
1.3. Теоретические основы современной биоэтики.....	21
1.4. Жизнь как ценность: проблемы качества жизни в биоэтике.....	33
1.5. Основные принципы и правила биомедицинской этики .....	40
<i>Практикум</i> .....	48
<b>Глава 2. Врач и пациент: этические аспекты взаимоотношений .....</b>	<b>53</b>
2.1. Основные моральные модели взаимоотношений врача и пациента.....	53
2.2. Права пациента.....	59
2.3. Права и обязанности врачей .....	67
2.4. Этика медицинской сестры .....	75
<i>Практикум</i> .....	83
<b>Глава 3. Медицина и риск.....</b>	<b>89</b>
3.1. Понятие риска и основные теоретические подходы к его пониманию.....	89
3.2. Этика медицинского риска.....	95
3.3. Клинические решения в условиях риска .....	101
3.4. Врачебные ошибки и ятрогении .....	110
3.5. Безопасность в медицинских учреждениях .....	119
<i>Практикум</i> .....	124
<b>Глава 4. Этика биомедицинских исследований.....</b>	<b>130</b>
4.1. История биомедицинских экспериментов на человеке .....	130
4.2. Этические принципы биомедицинских исследований на человеке .....	134
4.3. Клинические исследования.....	141
4.4. Другие виды исследований с участием человека .....	149
4.5. Этика экспериментирования на животных .....	154
<i>Практикум</i> .....	161
<b>Глава 5. Этические проблемы отдельных медицинских областей.....</b>	<b>167</b>
5.1. Смерть и умирание в эпоху новых медицинских технологий .....	167
5.2. Моральные проблемы трансплантации органов и тканей .....	175
5.3. Репродуктивная этика и вмешательства в репродукцию человека .....	185
5.4. Этика в психиатрии .....	193
5.5. Эпидемия и этика (СПИД; морально-этические проблемы) .....	199
<i>Практикум</i> .....	207

<b>Глава 6. Этические проблемы новых биомедицинских технологий .....</b>	<b>214</b>
6.1. Инновационные технологии биомедицины .....	214
6.2. Медицинская генетика и геномная медицина .....	219
6.3. Этические проблемы прикладных генетических методов .....	226
6.4. Нейроэтика .....	233
6.5. Наномедицина и наноэтика .....	238
<i>Практикум</i> .....	244
<b>Глава 7. Биоэтика и общество .....</b>	<b>250</b>
7.1. Проблема справедливости в здравоохранении: теоретические основания .....	250
7.2. Проблема справедливости в здравоохранении: практические аспекты .....	256
7.3. Этические комитеты и этическое консультирование .....	265
7.4. Биоэтика и общественное здравоохранение .....	274
7.5. Проблемы гуманизации медицины .....	281
<i>Практикум</i> .....	287
<b>Ответы .....</b>	<b>294</b>
<b>Литература .....</b>	<b>306</b>

## Предисловие

В учебнике изложены основы биоэтики как нового междисциплинарного направления. В нем отражаются ключевые проблемы теоретических оснований и практических приложений современного биоэтического знания.

Учебник соответствует базисной федеральной программе по данной дисциплине и предполагает приобретение необходимых компетенций. По завершении учебного курса учащиеся должны:

### **знать**

- историю биомедицинской этики;
- теоретические основы биомедицинской этики;
- основные правила биомедицинской этики;
- основные этические документы профессиональных медицинских ассоциаций;
- Конвенцию о правах человека и биомедицине (Совет Европы, 1997);
- клятву российского врача;
- права и моральные обязательства врача;
- права пациентов;
- моральные нормы внутрипрофессиональных взаимоотношений;
- этические принципы проведения экспериментов на животных;
- сущность моральных проблем медицинской генетики;
- сущность моральных проблем трансплантации органов и тканей человека;
- суть морально-этических проблем, связанных с инфекционными заболеваниями и ВИЧ (СПИД);
- особенности морально-этических отношений в психиатрии;
- моральные основы предпринимательской деятельности в медицине;

### **уметь**

- при разрешении моральных конфликтов руководствоваться интересами пациентов;
- защищать права пациентов на информацию, свободу выбора и свободу действий;
- защищать неприкосновенность частной жизни как основу человеческого достоинства пациентов;
- сохранять конфиденциальность (врачебную тайну);
- проявлять гуманность по отношению к лабораторным животным;
- проявлять такт и деликатность при общении с больными и родственниками больных людей;
- отстаивать моральное достоинство и чистоту медицинской профессии;

## ***владеть***

- навыками анализа моральных конфликтов в медицинской науке и практике;
- навыками поиска и принятия решений в защиту прав пациентов;
- навыками применения основных правил и принципов биомедицинской этики;
- навыками оценки моральных аспектов научно-медицинских исследований с участием людей;
- навыками оценки степени риска для испытуемых при проведении научно-медицинских исследований и предупреждения недопустимого риска;
- навыками исследования новых моральных проблем, связанных с научно-медицинскими открытиями и изобретениями, разработкой и применением инновационных медицинских технологий.

Учебник состоит из семи глав, которые охватывают вопросы от истории и теоретических основ биоэтики до конкретных проблем отдельных областей медицины и новых медицинских технологий, а также взаимоотношений медицины и общества в современном мире.

Издание адресовано студентам медицинских вузов и средних учебных заведений, преподавателям, практическим врачам и медицинским сестрам, организаторам здравоохранения, а также всем, кто интересуется этическими проблемами современной медицины. Оно соответствует уровню академического бакалавриата, может использоваться для обучения магистров, а также в системе последиplomного медицинского образования (для повышения квалификации практикующих врачей и организаторов здравоохранения) и в медицинских колледжах.

Данный учебный курс ориентирован прежде всего на подготовку в системе медицинского образования. Однако он может быть полезен также лицам, получающим гуманитарное образование (будущим философам, психологам и др.), в программу обучения или круг интересов которых входят также вопросы биоэтического знания.

Учебник, помимо теоретической части, включает практикум. Примеры и задачи, входящие в данный курс, помогут студентам лучше разобраться в особенностях биоэтики и получить первоначальные практические навыки. В практикуме даны разнообразные типы заданий: контрольные вопросы, задания и кейсы, которые потребуют от студента разбора ситуаций, участия в дискуссиях, работы с документами. Задания повышенной трудности отмечены звездочкой (\*). Некоторые вопросы биоэтики, которые имеют дополнительный характер по отношению к основному содержанию курса, вынесены в практикум и предполагают самостоятельную работу учащихся.

Учитывая то, что современная биоэтика является бурно развивающимся полем обсуждений и исследований, в учебник включены некоторые наиболее дискуссионные сюжеты последнего времени. Современная биоэтика остается областью не прекращающихся споров, разработкой новых этических теорий и прикладных методов этического анализа, а также практической деятельностью по защите важнейших ценностей общества в условиях стремительного прогресса современной медицинской науки и технологии.

# Глава 1

## ИСТОРИЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ БИОЭТИКИ

---

После изучения первой главы студент должен:

### **знать**

- основные исторические этапы развития традиционной медицинской этики и современной биоэтики;
- предметную сферу биоэтики и основные характеристики биоэтики как социального института;
- основные этические концепции биоэтики;
- основные теоретико-методологические подходы биоэтики;

### **уметь**

- охарактеризовать суть проблемы качества жизни в медицине и биоэтике;
- различать основные уровни морального рассуждения при принятии решений и оценке действий;

### **владеть**

- первоначальными навыками анализа моральных проблем медицины;
  - первоначальными навыками работы над международными биоэтическими документами.
- 

### 1.1. История развития медицинской этики и биоэтики

#### История медицинской этики

Истоки моральных заповедей, обращенных к деятельности врача, уходят в далекую древность. Когда появляются первые письменные источники по медицине, описывающие лечебные практики, рецепты, хирургические инструменты и т.п., тогда же возникают и письменно изложенные требования к врачу, которые предписывают ему определенные правила поведения, принципы отношения к больным, моральные обязательства.

Дошедший до нас кодекс царя вавилонского Хаммурапи (XVIII в. до н.э.) содержит в том числе правовую регуляцию деятельности вавилонских врачей. В этом древнейшем источнике медицинского законодательства указывается, например, что за успешную хирургическую операцию врачу причитается вознаграждение, а при неудачном исходе ему надлежит отсечь руки.

Медицина Древней Индии тоже уделяла внимание моральным требованиям к врачу. Знаменитые индийские врачи — терапевт Чарака

(примерно II в. н.э.) и хирург Сушрута (IV в. н.э.) — составили важнейшие трактаты по индийской медицине — «Чарака-самхита» и «Сушрута-самхита». Помимо вопросов медицинской практики, в них описываются также обязанности врача, необходимые нравственные качества, правила поведения по отношению к больным.

В древние времена этические кодексы врача нередко принимали форму так называемых клятв. Конечно, самой знаменитой, прошедшей через всю историю медицины и известной каждому современному медицинскому работнику, является клятва Гиппократова. Клятвы, в которых содержались основные моральные нормы поведения врача, существовали и во врачебных школах Древней Греции, а также в других странах (Древнем Египте, Индии и др.). Сам факт существования таких ритуалов говорит о том, что врачевание издавна понималось как деятельность, имеющая очень глубокий моральный и даже священный смысл.

Знаменитый древнегреческий врач Гиппократ (около 460—370 до н.э.) традиционно считается отцом медицины. Достоверных сведений о его жизни довольно мало. Он родился и жил на о. Кос, занимался врачебным делом, однако при этом много путешествовал по греческим городам. До нашего времени сохранилась большая коллекция медицинских работ (72 рукописи), которые принято называть «Гиппократовым сборником», или «Корпусом Гиппократова» (*Corpus Hippocraticum*). На самом деле этот сборник был составлен позже учеными в Александрии (III в. до н.э.), причем в него попали работы, написанные различными авторами из разных медицинских школ. Поэтому определение настоящих работ Гиппократова — это сложная задача для историков медицины, до сих пор не имеющая удовлетворительного решения.

В «Гиппократовом сборнике» много внимания уделяется проблемам врачебной этики. Наибольшую известность в последующие века приобрела «Клятва». Помимо этой работы, вопросы врачебной морали в той или иной степени отражены в таких произведениях, как «Закон», «Об искусстве», «О враче», «О благоприличном поведении», «Наставление», «Афоризмы» и др. Они показывают, как много значения уже в Древней Греции придавалось воспитанию надлежащих качеств врача: его нацеленности на благо больного, ответственности, справедливости, образцовому поведению.

В работах Гиппократова сборника содержится ряд важнейших положений медицинской этики, которые значимы до сегодняшнего дня. Среди них можно назвать уважение к больному человеку, непричинение вреда врачебными действиями (не вреди), соблюдение врачебной тайны, проблему информирования пациентов об их состоянии здоровья, запрет на участие врача в эвтаназии и искусственном прерывании беременности, взаимоотношения врачей (или принципы коллегиальности), проблему допустимости интимных отношений врача и пациента и др.

Отражена и такая деликатная проблема медицинской этики, как вознаграждение за оказанную врачебную помощь. В частности, в «Наставлении» говорится о том, что в любом случае на первом месте у врача должна быть помощь больному.

Практически все этические вопросы, которые обсуждались в Гиппократовом сборнике, позже стали предметом дискуссий и более углубленных исследований.

К основным принципам этики Гиппократа, на которых базировались более конкретные моральные предписания, можно отнести следующие:

- высокий моральный облик врача — основа врачебной деятельности в целом;

- стремление к благу для пациента;
- непричинение вреда;
- уважение и защита ценности жизни.

Этические взгляды Гиппократа оказали значительное влияние на последующее формирование медицинской этики в Европе. Работы из «Гиппократова сборника» (и особенно клятва) стали первым письменным сводом правил поведения врача, на основе которого в дальнейшем шло обсуждение этических вопросов медицины и развитие медицинской этики в целом.

В эпоху Средневековья представления о моральных основах врачевания оказываются под сильным влиянием религии. Сами понятия «врач» и «врачебная помощь» переосмысливаются в свете христианских ценностей. На первый план выходят такие христианские добродетели, как любовь к ближнему, сострадание к страждущим (в том числе к больным и немощным), милосердие. Это сказалось, в частности, и в том, что в Средние века при монастырях стали создаваться приюты и лечебницы, где помощь оказывалась бесплатно, из милосердия и сострадания.

В конце IX в. в Европе появляется первая медицинская школа в г. Салерно (Италия), расцвет которой приходится на X—XIII вв. Салернская школа возрождает гиппократовские традиции медицины, что подчеркивалось и ее названием — «Гиппократова община». Она послужила образцом для других медицинских школ Европы, прежде всего для учебных центров в Болонье, Париже, Падуе.

Существенный вклад в развитие медицины внесла в эпоху Средних веков арабская цивилизация. Из известных ученых арабского Средневековья следует назвать в первую очередь Ибн Сину (Авиценну) (980—1037). Он написал более 400 работ в разных областях знания, но его главным трудом является знаменитый «Канон медицины». Хотя в этой книге нет специального раздела по врачебной этике, Авиценна уделяет много внимания этической стороне врачевания, в том числе необходимости достижения блага для больного и непричинения вреда.

Знаменитый еврейский врач Моисей Маймонид (1135—1204) жил в Кордове, но потом подвергся гонениям и нашел пристанище в Каире. В своих медицинских трудах (посвященных вопросам гигиены, здорового образа жизни и др.) он уделяет внимание и медицинской этике. Широкую известность приобрела, в частности, его «Молитва врача», в которой описываются важнейшие добродетели врача (кротость, терпение, бескорыстие и др.).

Один из самых ярких представителей медицины в эпоху Возрождения (XIV—XVI вв.) — знаменитый врач и химик Парацельс (1493—1541), решительный реформатор медицинской науки и практики, призывавший вни-

мательно учиться у самой природы. Этические представления Парацельса основаны на моральном принципе «делай добро». В своих работах ученый придает высокий духовно-нравственный смысл делу врачевания, а также отношениям врача и пациента. Он утверждает, что глубокое душевное взаимопонимание врача и пациента является основой лечебного процесса.

В эпоху Нового времени (с XVII в.) разворачивается революционное обновление научного знания, формируются начала точного естествознания. Такие выдающиеся деятели науки и философии, как Ф. Бэкон и Р. Декарт, требуют обосновать весь проект научного познания целиком заново. Это сказывается и на новом, более решительном и амбициозном, определении самих задач медицинской науки. Свое видение будущего медицины Ф. Бэкон ясно выразил в сочинении *De Dignitate et Augmentis Scientiarum* — «О достоинстве и приумножении наук». Критикуя традиционные медицинские воззрения, Бэкон требует проведения систематических исследований человеческого организма, а также экспериментов на животных, что должно создать научную базу для правильного понимания здоровья и болезней.

Стратегическими целями новой медицины Бэкон объявляет:

- 1) сохранение здоровья;
- 2) лечение болезней;
- 3) продление жизни.

При этом он обсуждает также этические проблемы отношения к неизлечимым больным, оказания им необходимой помощи. Следует отметить, что именно Ф. Бэкон ввел термин «эвтаназия», который позже стал широко использоваться в дискуссиях по медицинской этике.

В эпоху Просвещения (XVIII в.) известный шотландский врач и философ Джон Грегори (1724—1783) стремится построить философский базис для врачебной этики, создать единую этическую систему медицинской деятельности. Этот замысел во многом базировался на моральной философии знаменитого шотландского философа Д. Юма, в том числе на его теории морального чувства. В своей работе «Лекции об обязанностях и квалификации врача» (1772) Грегори исследует проблему взаимоотношений врача и пациента и приходит к выводу, что врач должен развивать особую «чувствительность сердца», т.е. умение понимать пациента, чувствовать вместе с ним, вживаться в его переживания.

В начале XIX в. английский терапевт Томас Персиваль (1740—1804) опубликовал книгу «Медицинская этика», что стало важнейшей вехой в развитии этой области знания, особенно в англоязычном мире. В данной работе ученый рассматривает ряд важнейших вопросов медицинской этики: отношение врача к пациенту, взаимоотношения между врачами, обязанности фармацевтов и больничного персонала, других медицинских работников. Книга Т. Персиваля, в частности, оказала влияние на принятый впоследствии Американской медицинской ассоциацией «Этический кодекс врача».

В XIX в., помимо развития врачебной этики, начинается формирование этики сестринского дела (или сестринской этики). Основательницей профессии медицинской сестры считается Флоренс Найтингейл (1820—1910), организовавшая в Великобритании первую школу медицинских сестер. Она с самого начала уделяла большое внимание этическим аспектам ра-

боты медицинской сестры, показывала различия врачебной и сестринской деятельности, настаивала на необходимости развития высоких моральных качеств, которыми должна обладать медицинская сестра (рис. 1.1).



**Рис. 1.1. Флоренс Найтингейл (1820–1910), сестра милосердия, общественный деятель, основательница профессии медицинской сестры**

В конце XIX в. начинают выходить профессиональные журналы по сестринскому делу, создается Международный совет медицинских сестер (1899). А в 1900 г. выходит одна из первых работ, посвященных этике сестринского дела, — книга И. Х. Робб «Сестринская этика для госпиталей и частного применения». Сама И. Робб (1860–1910) внесла значительный вклад в развитие сестринского дела в США.

Интенсивное развитие медицинской этики в XX в. привело к тому, что, несмотря на разногласия и дискуссии, медицинское сообщество стало приходить к международно признанным представлениям о моральных нормах медицинской профессии. В частности, это выразилось в принятии ряда международных кодексов медицинской этики. Среди них Женевская декларация (1948) — новый вариант клятвы врача; Международный кодекс медицинской этики (1949); Международный этический кодекс медицинской сестры (1953) и др.

В дореволюционной России развитие медицинской этики связано с именами замечательных отечественных врачей, таких как М. Я. Мудров, Н. И. Пирогов, С. П. Боткин, В. А. Манассеин и другие. В частности, важную роль в развитии медицинской этики в нашей стране сыграл В. А. Манассеин (1841–1901), профессор Санкт-Петербургской медико-хирургической академии. Его называли совестью врачебного сословия. В своих работах В. А. Манассеин поднимает множество актуальных вопросов медицинской этики — взаимоотношения между врачами, отношение к больному, проблемы врачебной тайны и др.

Развитие сестринского дела в России находилось на довольно высоком уровне. Здесь стоит вспомнить, что само появление медицинских сестер произошло во время Крымской войны 1853–1856 гг. практически одновременно в России и Великобритании. К концу XIX в. в России в общинах

сестер милосердия ведется специальная подготовка, включающая более десятка дисциплин медицинского характера. Кроме того, много внимания уделялось моральным аспектам сестринского дела. Будущие сестры милосердия изучали специальные дисциплины религиозного и социального содержания, воспитывались в русле необходимых для сестринского дела религиозных и моральных представлений, овладевали навыками оказания психологической помощи своим подопечным.

В советский период медицинская этика оказалась в сложном положении. Официальная идеология советской системы здравоохранения состояла в том, что врач в советском государстве должен руководствоваться коммунистической моралью, а медицинская этика как отдельная область морали считалась буржуазным пережитком.

Тем не менее с конца 30-х гг. XX в. выдающийся отечественный онколог Н. Н. Петров стал разрабатывать медицинскую деонтологию как учение об обязанностях медицинских работников. Постепенно отношение к вопросам медицинской этики в Советском Союзе стало улучшаться (хотя сам термин «медицинская этика» практически не использовался), стали появляться публикации, посвященные этическим проблемам медицины, было введено преподавание медицинской деонтологии в медицинских вузах, а также утверждён текст присяги советского врача.

Но полноценное развитие медицинской этики и биоэтики начинается в нашей стране только с 90-х гг. XX в. — уже в Российской Федерации.

### **Формирование биоэтики**

С 60-х гг. XX в. ситуация в медицине стала стремительно меняться: моральные проблемы медицины и здравоохранения стали все настойчивее привлекать внимание самых разных кругов общественности. Это было связано с множеством причин.

Прежде всего следует отметить революционные изменения в медицинской науке и практике. В послевоенный период XX в. медицина вступила в эпоху бурного развития, за короткий срок было создано множество новых технологий, которые резко расширили возможности медицины. Примерами могут служить новые аппараты для интенсивной терапии и реанимации, возрастающая эффективность операций по пересадке органов, появление новых репродуктивных технологий, успехи в области генетики и геномной инженерии. Однако применение этих технологий вызвало к жизни множество совершенно новых моральных проблем, которые требовали углубленного обсуждения.

Параллельно с успехами медицины появилась такая проблема, как дефицит дорогостоящего лечения, неспособность систем здравоохранения обеспечить им всех нуждающихся. Этому способствовало и понимание того, что рост расходов на здравоохранение (с которым столкнулись все развитые страны) необходимо сдерживать, так как неконтролируемые затраты на здравоохранение способны подорвать бюджет даже самой богатой страны. Но здесь возникает острейшая моральная проблема — необходимость справедливого распределения ограниченных медицинских ресурсов. Она привлекла к себе повышенное внимание и специалистов, и общественности.

Еще одна причина возрастающего интереса к этическим проблемам медицины — общее развитие гражданского общества и демократических институтов в послевоенную эпоху. В мире усиливаются различные правозащитные движения, в том числе занимающиеся правами отдельных групп и решением конкретных общественных проблем.

В русле этого общего процесса развития демократии особое место стала занимать проблема защиты прав пациента, пересмотра той власти, которой врачи традиционно обладали по отношению к своим больным, создания более сбалансированной системы взаимоотношений в системе здравоохранения, особенно по отношению к наиболее уязвимым категориям пациентов (душевнобольным, недееспособным, престарелым и др.).

Растущая сложность медицинской практики привела, в свою очередь, к постепенному усложнению ее регуляции. Появилось множество новых форм контроля за медициной и здравоохранением: государственное регулирование, страховые компании, антимонопольные органы, судебный контроль, влияние со стороны общественных движений. Кроме того, работу медиков стали контролировать и специальные этические комитеты (впервые они стали возникать в 1960-е гг. в США).

В итоге медицинское сообщество начало утрачивать так называемую профессиональную автономию — способность полностью самостоятельного принятия решений по поводу медицинских вмешательств и самостоятельной разработки нормативов медицинской деятельности. Все эти изменения (которые продолжаются и сейчас) имеют подлинно революционное значение с точки зрения всей истории медицины.

Отдельной областью, привлекавшей все более широкое внимание общества, стала исследовательская этика в медицине и биологии. Испытания на людях, которые проводились все масштабнее (и этого требовали интересы дальнейшего развития медицинской науки), порождали множество новых моральных проблем. Регуляция медицинских исследований на основе хорошо обоснованных этических кодексов и под надежным независимым контролем становилась все более насущной задачей.

Более того, с продвижением биомедицинских исследований в сферу этических проблем оказались вовлечены новые биообъекты (гены, генетически модифицированные организмы, зародыши и др.), что стало создавать совершенно уникальные моральные ситуации.

Эти и многие другие причины привели к тому, что в обществе стала осознаваться необходимость в создании новой области знаний, посвященной новой ситуации в медицине и ее новым моральным проблемам. Эта область знаний должна быть междисциплинарной по своему характеру, объединять различные науки и направления.

В 1971 г. появляется термин «биоэтика». Его ввел в оборот американский ученый Ван Ренселлер Поттер в своей книге «Биоэтика. Мост в будущее», в которой он предлагает проект новой области знания, призванной связать биологические науки и общечеловеческие ценности и установить ориентиры дальнейшего продвижения научного познания. Ученый рассматривает биоэтику как некую новую науку, «науку выживания», которая сможет стать своеобразным мостом в будущее. Таким образом, Р. В. Поттер (рис. 1.2) понимает биоэтику скорее в глобально-экологическом смысле.



Рис. 1.2. Ван Ренселлер Поттер (1911–2001)<sup>1</sup>

Термин «биоэтика» оказался очень удачным, однако сам проект Р. В. Поттера был несколько дальше от области моральных проблем медицины, непосредственно связанных с медицинской наукой и практикой.

Другой известный американский ученый (специалист в области акушерства и демографии) Андре Хеллегерс представил иное понимание задач биоэтики как области знаний, призванной установить взаимодействие между этикой и медициной. Именно это представление о задачах биоэтики в конечном счете нашло широкое признание. Сам Хеллегерс был одним из первых пропагандистов этой новой области и активно содействовал дальнейшему развитию биоэтики как в академической среде, так и среди широкой общественности.

Биоэтика — не просто расширение традиционной медицинской этики. Она является продуктом сложных изменений и отражает совершенно новую ситуацию как в медицинских науках, так и в обществе в целом. Биоэтика начала свое формирование как новое междисциплинарное направление, развивающееся на стыке множества наук и областей деятельности: медицины и биологии, философии, богословия, права, правозащитных движений, социальных исследований и др.

## 1.2. Предметная сфера биоэтики

### Биоэтика как дисциплина

---

**Этика** — это философская дисциплина, объектом изучения которой являются фундаментальные представления общества о добре и зле, должном поведении человека, закрепленные в нравственных нормах.

---

Но, как мы видели, биоэтика выходит далеко за пределы сугубо философских исследований и является широким междисциплинарным полем. Современная биоэтика занимается очень обширным кругом вопросов, поэтому дать ей точное определение довольно трудно. Вот одно из возможных.

<sup>1</sup> URL: [http://academictree.org/photo/006/cache.057216.Van\\_Potter.jpg](http://academictree.org/photo/006/cache.057216.Van_Potter.jpg).

---

**Биоэтика** — это междисциплинарная область исследований и обсуждений, предметом которой являются моральные основания и проблемы медицины и здравоохранения, а также тесно связанных с ними современных научных направлений (таких как биология, генетика, биотехнология, науки о сознании и др.).

---

С некоторой долей условности можно выделить два основных уровня биоэтических исследований:

- во-первых, современная биоэтика занимается изучением конкретных проблем, относящихся к медицинской деятельности в широком смысле (медицинская помощь, научные исследования, биомедицинские технологии, политика медицины и др.);
- во-вторых, на более общем философском уровне биоэтика занимается обсуждением и прояснением ценностных оснований современной медицины, ее морального содержания, смыслов и фундаментальных задач.

**Основная цель** биоэтических обсуждений и исследований может быть определена как *анализ* ценностно-нормативных проблем современной медицины и *поиск* их решений.

В зарубежной биоэтике нередко высказывается мнение, что эта дисциплина должна заниматься лишь *прояснением* этических проблем, т.е. вскрывать их суть, интерпретировать их с разных точек зрения, но при этом не претендовать на предоставление окончательных решений.

Но биоэтика в целом как отдельная научно-практическая область не может останавливаться только на прояснении проблем без стремления дать их обоснованное решение. Она имеет конструктивную практическую направленность. Уже сама история развития биоэтики в XX в. показывает, что эта дисциплина возникла на основе реальных потребностей медицины и общества как реакция на новые моральные ситуации. Уже первые работы основоположников биоэтики были нацелены на разработку новых принципов, подходов, методов решения моральных дилемм.

Поэтому правильнее было бы утверждать, что биоэтика направлена на систематическое содействие конкретным мероприятиям по решению этических проблем медицины — разработку законодательства, этических кодексов, регуляторной политики, правил и протоколов проведения биомедицинских исследований, предоставление помощи в принятии решений в клинической практике и др.

Иными словами, задачи биоэтики как особой научно-практической области — способствовать конкретным мероприятиям по решению моральных проблем современной медицины и смежных наук.

### Структура предметной сферы биоэтики

Современная биоэтика подразделяется на множество направлений. Границы между ними весьма условны, так как эти направления тесно взаимодействуют между собой. Кроме того, поскольку биоэтика бурно развивается, многие области находятся в состоянии формирования и еще не полу-

чили собственного названия и оформления. Поэтому вопрос о структуре предметной сферы биоэтики довольно сложен.

Термины «биоэтика» и «биомедицинская этика» часто употребляются как синонимы. В нашем учебнике мы тоже будем считать их синонимами.

Но существует и другое мнение, согласно которому биоэтика — это название для более общей области, в рамках которой можно выделять более конкретные и специализированные дисциплины.

С этой точки зрения структура предметной сферы биоэтики будет выглядеть примерно так.

**Биоэтика** — наиболее общая область, представляющая собой этику отношения к жизни вообще, в том числе к биосфере в целом, а также к биосистемам и живым организмам (фактически это понимание биоэтики, близкое тому, которое предложил Р. В. Поттер). В частности, сюда можно отнести такие направления, как биоэтика окружающей среды и биобезопасность (направление, тесно связанное прежде всего с развитием генной инженерии).

**Биомедицинская этика** — междисциплинарная сфера, в центре внимания которой находится человек, его жизнь, здоровье, достоинство, качество жизни и т.п. — все, что связано с медициной и здравоохранением. *Предмет биомедицинской этики* — это обсуждение моральных проблем медицинской науки и практики, а также смежных направлений.

**Медицинская этика** — составная часть биомедицинской этики. Традиционный *предмет медицинской этики* — этическая сторона взаимоотношений врача и пациента. Современная медицинская этика анализирует моральные проблемы медицинской деятельности в узком смысле (отношения врача и пациента, основные моральные принципы медицинской практики, отношения внутри медицинского сообщества и др.).

**Клиническая этика** — этот термин часто рассматривается как синоним медицинской этики. Однако клиническую этику иногда понимают также в более специальном смысле — как этический (или этико-правовой) анализ реальных ситуаций медицинской практики, исследование конкретных клинических случаев (так называемых кейсов), анализ принятия конкретных клинических решений, разбор коллизий, возникающих в медицинской работе и т.п.

Кроме того, в рамках биомедицинской этики можно выделить ряд относительно самостоятельных, более или менее оформившихся направлений, или субспециальностей. К ним можно отнести, например, *этику биомедицинских исследований* (исследовательскую биоэтику), *фармацевтическую биоэтику*, *биоэтику в психиатрии*, *репродуктивную биоэтику* (которая занимается моральными проблемами вмешательства в репродукцию человека), *геронтоэтику* (изучающую этические проблемы помощи пожилым людям) и др.

## Биомедицина как предмет исследований биоэтики

Сегодня часто используется термин «биомедицина», что отражено также в самом понятии «биомедицинская этика». Уже говорилось, что современная биоэтика — это не просто расширение традиционной медицин-

ской этики, но совершенно новая область знаний, связанная с крупными изменениями в медицинской науке и практике. Одной из существенных причин формирования биоэтики (или биомедицинской этики) явилось возникновение такого нового феномена, как биомедицина. Итак, что такое биомедицина?

Термин «биомедицина» стал применяться с 50-х гг. XX в. и получил повсеместное распространение к рубежу XX—XXI вв. Его используют преимущественно в отношении наиболее высокотехнологичных стремительно развивающихся отраслей медико-биологических наук — таких, например, как молекулярная генетика, биоинформатика, биоинженерия, трансплантология, регенеративная медицина. Более того, это понятие выступает в некотором смысле как синоним современной медицины вообще.

Как видно из самого этого названия, биомедицина есть некоторое объединение биологии и медицины. Точнее, под биомедициной можно понимать современную общемедицинскую установку на систематическое *применение* фундаментальных биологических знаний и биотехнологий к медицинским задачам диагностики, профилактики, лечения, реабилитации и др.

Именно здесь ожидаются наиболее решающие открытия и достижения, способные вывести медицину к совершенно новым рубежам. Таким образом, биомедицина — это центральная тенденция современного прогресса в медицине.

Как показывают зарубежные исследователи П. Китинг и А. Камбро시오 в работе «Медицинские платформы», несмотря на то что связи между биологическими и медицинскими науками существуют уже давно, современная биомедицина есть совершенно новая организационная и научная активность, при которой медицинские задачи все больше «переводятся» на язык фундаментальной биологии. Однако исследования, которые начинаются как прикладные, могут принести фундаментальные биологические результаты<sup>1</sup>.

Следует также отметить, что воздействие биомедицины как прогрессирующего научного предприятия оказывается чрезвычайно обширным, его можно найти во множестве проявлений, порой весьма отдаленных от первоначальных научных установок биомедицины. Биомедицина пронизывает своим влиянием фактически всю современную медицину. Например, это воздействие сказывается на базисных ценностях медицинского образования (на чем должна строиться система подготовки врачей и т.п.), приоритетности научно-медицинских разработок, состоянии взаимоотношений врача и пациента, престижности медицинских специальностей и др. В свою очередь, это создает массу новых проблем для биомедицинской этики.

### **Основные проблемные поля биоэтики**

Проблематика биоэтики сегодня поистине необозрима, поэтому трудно дать какую-то приемлемую ее классификацию. Весьма условно можно вы-

---

<sup>1</sup> См.: Keating P., Cambrosio A. Biomedical Platforms. Realigning the Normal and the Pathological in Late-Twentieth-Century Medicine. Cambridge : MIT Press, 2003.

делить несколько основных областей биоэтических исследований и обсуждений, которые, впрочем, не имеют четких границ и зачастую пересекаются между собой. Эти области представляют собой некие устойчивые комплексы, которые постоянно порождают моральные дилеммы и биоэтические дискуссии. К ним можно отнести следующие.

**1. Разработки биомедицины.** Эта проблемная область связана с теми новыми горизонтами, к которым вышла или намеревается выйти медико-биологическая наука и технология. Речь идет о наиболее инновационных, революционных разработках биомедицинской науки, которые создают фундаментальные вызовы культурного, социального, морального характера. Социокультурные следствия таких исследований входят в конфликт с более традиционными представлениями и меняют наши взгляды на общечеловеческие ценности, стирают важнейшие культурные различия (между человеком и машиной, искусственным и естественным и др.).

К этой проблематике можно отнести дискуссии по поводу молекулярной генетики, репродуктивных технологий, биомедицинских нанотехнологий, ксенотрансплантаций, создания прямых взаимодействий «мозг — компьютер» и многих других разработок.

**2. Права и справедливость.** Это сфера сложных этических, социальных, политических проблем медицинской науки и практики, где на первый план выходят вопросы защиты прав человека и особых групп общества, таких как люди с ментальными отклонениями (психическими заболеваниями), нетрудоспособностью, ВИЧ-инфицированные, женщины, пожилые, дети, больные той или иной формой тяжелой патологии. Здесь обсуждаются вопросы справедливого доступа к благам медицинской науки и технологии, преодоления дискриминации, права на уважительное отношение со стороны общества и понимания проблем обездоленных людей.

**3. Пациент и процесс медицинской помощи.** Эта сфера проблем ближе к традиционной медицинской этике. Здесь в фокусе внимания находятся взаимоотношения пациента и врача (шире — пациента и медицинского персонала) и конкретные ситуации медицинской помощи.

К этому кругу тем можно отнести вопросы информированного добровольного согласия, конфиденциальности, автономии пациента, принятия решений за пациента, выбора представителя пациента, поиска клинических решений в этически сложных ситуациях и другие проблемы. Сюда же следует включить проблемы внутренних взаимоотношений в среде медицинской профессии (рабочие конфликты, этика проведения консилиумов, этические проблемы профессиональных субординаций и др.).

**4. Этика научно-медицинских исследований.** Как уже говорилось, данное проблемное поле оформилось в самостоятельное биоэтическое направление под названием «исследовательская этика» (англ. *research ethics*). К нему следует отнести, прежде всего, вопросы регуляции экспериментов на человеке, защиту его прав и достоинства в процессе исследований.

Кроме того, эта область проблем частично пересекается с первым проблемным полем (обсуждение разработок биомедицины), поскольку с продвижением биомедицины нарастают вопросы о моральной допустимости

исследований в определенных областях или на определенных объектах (половые клетки, эмбрионы, гены, стволовые клетки и др.).

5. **Цели и моральные смыслы медицины.** Наконец, можно выделить особую область биоэтических дискуссий, которые идут на более общем уровне по поводу медицины вообще и касаются содержания самой медицинской деятельности в современном мире: «Какой она должна быть? В чем ее подлинные цели? Где ее границы? Чем может и чем не может заниматься медицина?»

К примеру, это дискуссии о том, как следует относиться к эвтаназии, может ли медицина выступать как инструмент власти и контроля над обществом, превращаться в проект технизации самой человеческой природы или «улучшения» человечества и т.п.

Помимо указанных основных проблемных областей, существует немало других тем биоэтических обсуждений, которые трудно отнести к какой-то из вышеперечисленных.

### **Биоэтика как социальный институт**

На сегодняшний день биоэтика — не только сложившееся направление со своими учебными курсами, кафедрами, профессиональными журналами (то, что можно назвать академической биоэтикой); она стала также самостоятельным и очень значимым социальным институтом современного общества.

Под **социальным институтом** понимают устойчивую структуру общества, регулирующую определенный вид общественных отношений или общественной деятельности. Специфика биоэтических проблем придает социальному институту биоэтики некие *особенные черты*, тесно связанные между собой. Среди них следует назвать следующие.

1. *Междисциплинарность.* По самому своему характеру биоэтика способствует привлечению представителей самых различных областей и направлений (философов, врачей, ученых, биологов, юристов, политиков и др.), а также широкой общественности.

2. *Дискуссионный характер обсуждений.* Биоэтика занимается множеством сложных проблем, которые порой очень далеки от решения, поэтому нередко уже само их обсуждение и прояснение может иметь большое значение.

3. *Плюрализм точек зрения.* Биоэтические дискуссии чаще всего проходят в ситуации идейных разногласий и наличия множества точек зрения. Поэтому для обсуждения биоэтических проблем требуются такие условия, как равенство участвующих сторон, уважение к оппонентам, умение вести рациональную дискуссию, нацеленность на достижение рационального согласия. В некотором смысле, биоэтические обсуждения конкретных проблем являются демократией в действии (или, по крайней мере, должны стремиться к этому, как к идеалу).

4. *Открытость.* Биоэтика с самого начала формировалась не как узкая академическая дисциплина, закрытая для непосвященных, а, напротив, как открытая междисциплинарная область. Поэтому для участия в обсужде-

ниях биоэтических проблем возможно привлечение любых заинтересованных групп общественности, а также их представителей и конкретных лиц.

Сегодня в обсуждении биоэтических проблем участвуют правительства и парламенты, религиозные организации, общественные движения, объединения пациентов, правозащитники, писатели и журналисты — иными словами, поле биоэтических дискуссий выступает как своеобразный публичный форум, посредством которого общество оказывает свое влияние на положение дел в медицине, здравоохранении и медико-биологических науках.

Что входит в структуру современной биоэтики как социального института? Эта структура представлена самыми разнообразными составляющими. К ним можно отнести, в частности, следующие.

1. *Академическая биоэтика*, т.е. профессиональное сообщество специалистов по биоэтике, включая сотрудников специализированных кафедр, научных центров по биоэтике, а также специалистов-консультантов.

2. *Этические комитеты*, деятельность которых сегодня имеет довольно обширный характер и оказывает существенное влияние на медицину и здравоохранение.

3. *Этические комиссии, советы, рабочие группы* на правительственном и международном уровне.

4. *Объединения представителей медицинского сообщества*, участвующие в разработке этических документов и решении биоэтических проблем (например, влиятельная международная организация ВМА — Всемирная медицинская ассоциация).

5. Организованные *объединения пациентов* и членов их семей.

6. *Общественные движения* (правозащитные, религиозные, экологические и др.), занимающиеся вопросами биоэтики.

### **Международные документы по биоэтике**

В процессе развития биоэтика приобрела влиятельный международный статус, что выразилось в создании множества международных структур и организаций, проведении международных конференций и исследований, а также в принятии ряда важнейших международных документов, посвященных различным проблемам биоэтики.

Среди важнейших международных биоэтических документов следует назвать следующие:

- Нюрнбергский кодекс (1947);
- Женевская декларация (международная клятва врача) (ВМА, 1948);
- Международный кодекс медицинской этики (ВМА, 1949);
- Хельсинкская декларация (ВМА, принята в 1964 г., последняя редакция 2013 г.);
- Лиссабонская декларация о правах пациентов (ВМА, 1981);
- Декларация по продвижению прав пациентов в Европе (Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), 1994);
- Конвенция Совета Европы «О правах человека и биомедицине» (1997); полное название — «Конвенция о защите прав и достоинства чело-

века в связи с применением достижений биологии и медицины» (с последующими дополнительными протоколами);

- Всеобщая декларация о геноме человека и правах человека (ЮНЕСКО, 1997);
- Рекомендации комитетам по этике, проводящим экспертизу биомедицинских исследований (ВОЗ, 2000);
- Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека (ЮНЕСКО, 2005);
- Рекомендации Совета Европы относительно исследований, проводимых на биологических материалах человеческого происхождения (2006).

Международные биоэтические документы имеют огромное значение для соблюдения широко признанных норм и установленного порядка решения проблем, хотя правовой статус этих документов, строго говоря, не одинаков. Одни документы являются международными договорами и имеют обязательную силу (для стран, их ратифицировавших). Как правило, договорной характер имеют в международном праве такие документы, как конвенции и пакты. Впрочем, и для стран, не ратифицировавших международные договоры, такие документы очень важны, так как оказывают на них моральное и политическое влияние, заставляя считаться в той или иной мере с международными нормами.

Другие международные документы не имеют обязательной силы и служат лишь рекомендациями (как правило, это декларации, хартии, принципы, собственно рекомендации и др.). Однако они тоже оказывают сильное влияние на политику государств, а некоторые (как, например, Всеобщая декларация прав человека) могут приобрести статус обычного международного права.

### 1.3. Теоретические основы современной биоэтики

#### Проблема метода в биоэтике

С самого начала развития новой дисциплины биоэтики решающее значение для нее приобрела проблема метода: «Какими способами следует выносить этические оценки и суждения по поводу тех или иных реальных проблем медицинской практики, биомедицинских исследований, взаимоотношений медицины и общества и т.п.?»

Этика — древнейшая область философского знания, но единой теоретической системы этики так и не было построено, несмотря на огромное количество разработок. Более того, проблемы теоретической этики осложняются тем, что в современном обществе утвердился так называемый *моральный релятивизм*. Под этим понимают сосуществование в обществе множества различных систем ценностей. К примеру, для одних людей и групп важнейшую роль играет религия (причем в одной и той же стране живут представители разных религий), для других — различные светские нерелигиозные системы взглядов (и они тоже могут очень различаться).

Моральный релятивизм создает серьезный вызов для биоэтики, а именно — он затрудняет выработку единых подходов к решению практи-

ческих проблем медицины и здравоохранения, в то время как для решения этих актуальных жизненно важных вопросов требуются не увлекательные дискуссии, а внятные обоснованные суждения.

Поэтому формирование биоэтики происходило в трудных условиях поисков собственных методов морального рассуждения. Этот процесс разработки методов продолжается и до сих пор.

Среди множества предложенных вариантов развития биоэтики как дисциплины можно выделить два основных подхода:

- 1) подход, основанный на принципах (англ. *principle-based*);
- 2) подход, основанный на анализе случаев, или прецедентов (англ. *case-based*).

Каждый из них сам по себе тоже распадается на массу вариантов. Рассмотрим вкратце эти два подхода.

### Подход, основанный на принципах

Первый подход отталкивается от следующей идеи: метод биоэтики должен использовать какие-то ясные, не вызывающие сомнений моральные принципы и применять их для решения конкретных проблем медицины. Иными словами, мы должны прежде всего выбрать надежную точку опоры, с помощью которой можно решать все (или по крайней мере, большинство) моральных проблем медицинской науки и практики.

В виде такого морального основания могут выступать либо какая-то одна хорошо обоснованная этическая теория (или этический принцип), либо какой-то небольшой набор исходных принципов.

Подход, основанный на принципах, приобрел огромную популярность в биоэтике. Наверное, самым известным вариантом является подход американских специалистов Томаса Бичампа и Джеймса Чилдреса, изложенный в их книге (многократно переиздававшейся) «Принципы биомедицинской этики». Эта работа во многом способствовала формированию биоэтики как таковой, в том числе повлияла на образовательные программы, учебники, академические исследования начального периода развития новой дисциплины.

Вариант Бичампа — Чилдреса позже получил даже особое название — «принципализм» (англ. *principlism*), которое было придумано его критиками.

Еще одно название концепции Бичампа — Чилдреса — «подход четырех принципов». Действительно, этот подход принимает в качестве базиса биомедицинской этики четыре исходных требования:

- 1) *автономия пациента (autonomy)*;
- 2) *не вредить (nonmaleficence)*;
- 3) *действовать во благо (beneficence)*;
- 4) *справедливость (justice)*.

Кроме того, из этих принципов вытекает ряд производных *правил* биомедицинской этики, которые имеют более конкретный характер, например правила правдивости и конфиденциальности.

По причине огромной популярности подхода Бичампа — Чилдреса мы рассмотрим его подробнее далее (см. параграф 1.4).

Примером еще одного варианта подхода, основанного на принципах, может служить концепция известного американского биоэтика Р. Витча, изложенная им в работе «Теория медицинской этики» (1981). Он предлагает, в общем, похожий набор исходных моральных принципов: это стремление к благу, соблюдение контракта (*contract-keeping*), автономия, честность, не причинять вред (не убивать), справедливость; однако его подход несколько отличается с точки зрения того, как нужно использовать исходные принципы для решения конкретных проблем.

Подход, основанный на принципах, несмотря на свою широкую известность и огромную роль, которую он сыграл в развитии биоэтики, подвергся серьезной критике со стороны представителей академической науки. Среди множества критических замечаний можно назвать следующие.

1. Во-первых, это проблема того, как конкретно применять принципы к практическим ситуациям, поскольку совсем неочевидно, что мы получим однозначное решение данной проблемы, исходя из какого-то базового набора принципов или правил. Это можно назвать проблемой «построения моста между принципами и ситуациями».

2. Во-вторых, это проблема конфликта принципов, поскольку возможны практические ситуации, когда уже сами исходные принципы противоречат друг другу.

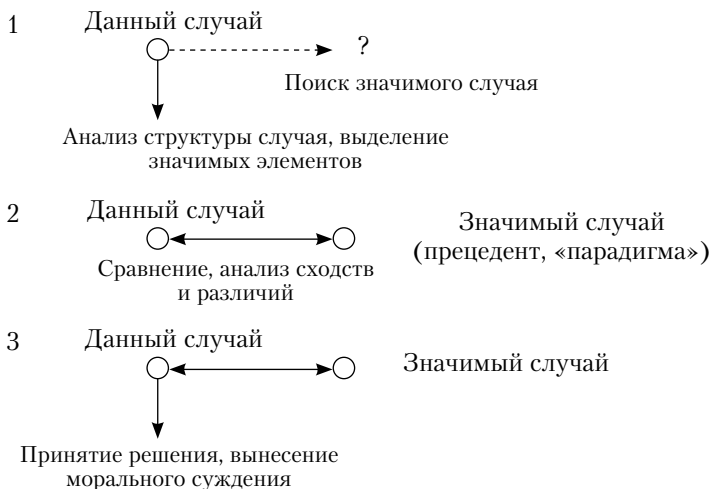
### **Подход, основанный на случаях**

Другой подход, который стремится преодолеть недостатки первого, — это подход, основанный на случаях. Он в некотором смысле движется в обратном направлении — он не идет от теоретических принципов к реальным ситуациям, а разбирает конкретные случаи из практики, чтобы на основе их анализа выработать какие-то правила или хотя бы ориентиры для других похожих ситуаций.

Этот подход выглядит привлекательно, особенно для практических медиков, поскольку меньше связан с абстрактными моральными рассуждениями, а рождается непосредственно из конкретных примеров и случаев из практики.

Специалисты по биоэтике приложили много усилий, для того чтобы создать специальные методы истолкования случаев для решения биоэтических проблем. Так, известность получила группа методов под названием «казуистика» — под влиянием основополагающей работы Стива Тулмина и Альберта Джонсена «Злоупотребление казуистикой» (1988).

В этой работе, в частности, говорится о том, что решение моральных проблем всегда связано с пониманием конкретных обстоятельств и содержательной стороны дела. Иными словами, решение моральной проблемы совсем не похоже на логический вывод из какого-то абстрактного принципа. Казуистика основывается на разборе значимых случаев из практики (моральных прецедентов) и процедурах мышления по аналогии; при этом основой для решения данной моральной проблемы выступает получившая признанное решение ситуация в прошлом (парадигма). Основные этапы применения казуистического метода показаны на рис. 1.3.



**Рис. 1.3. Общая схема казуистического метода в биоэтике:**

1–3 — этапы анализа

Методы казуистики развивают также Дж. Толлмон, Р. Миллер и другие авторы.

В целом, к недостаткам подхода, основанного на случаях, можно отнести следующие.

1. С развитием этого подхода приемы исследования и интерпретации случаев сами по себе становятся все сложнее, поэтому оказывается затруднительным применять их для решения практических задач.

2. Далеко не всегда можно найти прямой путь в виде аналогии между прецедентом и данной ситуацией, в связи с чем анализ прецедента может не привести к однозначному решению.

3. Наконец, для нахождения обоснованных решений все равно требуются аргументы в виде указания на какие-то ясные моральные идеи и правила; поэтому проблема исходных теоретических оснований и построения «мостов» между принципами и ситуациями все равно остается.

Развитие методологии биоэтики показывает, что между рассмотренными двумя подходами нет непроходимой пропасти; на современном этапе прилагается много усилий к тому, чтобы наладить плодотворное взаимодействие между ними, построить тесные связи между областями теоретических принципов и практических ситуаций.

Рассмотрим теперь некоторые важнейшие этические концепции, которые применяются для анализа и решения моральных проблем медицины, а также некоторые альтернативные подходы, которые выражают стремление найти новый взгляд на биоэтику и проблему ее теоретических оснований.

### Утилитаризм

Концепция утилитаризма в биоэтике была и остается одной из самых влиятельных, несмотря на серьезную критику и обилие альтернативных подходов.

Основополагающий вклад в развитие утилитаризма внес английский философ и правовед Иеремия Бентам (1748–1832), который, в свою очередь, базировался на идеях ряда авторов, таких как Д. Юм, К. А. Гельвеций и другие. Главное произведение Бентама — «Введение в основание нравственности и законодательства» (1789).

Бентам сформулировал понятие утилитаризма (от лат. *utilitas* — польза, выгода), которое легло в основу его концепции. Под этим понималось некое благо, или счастье, польза. Бентам полагал, что каждый индивид своей деятельностью стремится увеличить сумму своего счастья и уменьшить страдания. Представление о том, что люди в своих действиях стремятся к счастью (удовольствию, наслаждению и т.п.), имело давнюю традицию в философии. Однако одна из важнейших идей Бентама состояла в том, что эту полезность можно представлять как нечто исчислимое, некое количество, которое может увеличиваться (или уменьшаться) в зависимости от наших действий.

Так возникает идея моральной арифметики, а также исчисления счастья. Бентам даже пытался разработать процедуры, которые могли бы сводить удовольствия разных людей к некоей однородной величине (несмотря на то что полезности, или удовольствия, для разных индивидов, конечно, имеют разные смыслы).

*Основной принцип этики утилитаризма* — наибольшее счастье для наибольшего количества людей. Бентам не сам изобрел его, однако он ясно его сформулировал и сделал отправной точкой обширной теоретической системы.

Этот принцип имел очень широкие приложения в учении Бентама. Помимо моральной философии, Бентам применил его также для анализа работы общественных институтов, законов и законодательных реформ, а также в экономической сфере. Позже известный английский ученый и философ Дж. Ст. Милль в работе «Утилитаризм», написанной в 1863 г., систематизировал и развил взгляды Бентама, а также способствовал распространению самого понятия «утилитаризм».

Сущность этики утилитаризма состоит в оценке моральности того или иного решения или действия по его *последствиям* или результатам. Критерий правильного действия, согласно утилитаризму: *действовать нужно так, чтобы максимизировать полезность для максимального числа людей.*

Морально оправданное действие — то, которое в данной ситуации добивается *наилучшего прироста полезности* среди всех возможных альтернатив.

Еще один вариант формулировки утилитаристского критерия, связанный с ситуацией, когда действие приносит не только положительные, но и отрицательные следствия: морально оправданное действие — то, которое добивается *наилучшего достижимого соотношения полезных и негативных результатов.*

Развитие этики утилитаризма породило массу разновидностей, различающихся в зависимости от того, как конкретно применять основной принцип, оценивать количество полезности и т.п.

Например, среди множества прочих выделяют такие версии, как утилитаризм правил и утилитаризм действий.

Согласно *утилитаризму правил*, индивид в своих действиях должен следовать хорошо обоснованным правилам (не обманывай, не нарушай обещаний и т.п.), которые, в свою очередь, базируются на принципе полезности. Это связано с тем, что морально обоснованные правила с высокой вероятностью и в подавляющем большинстве ситуаций максимизируют общее благо, т.е. следование таким правилам является оптимальной стратегией.

С точки зрения *утилитаризма действий*, выбор конкретного решения зависит от особенностей конкретной ситуации; мы должны действовать так, чтобы достичь наибольшей полезности в данной ситуации (и при этом могут быть морально оправданы исключения из хорошо обоснованных правил).

Одна из причин популярности утилитаризма в биоэтике — это возможность разнообразного истолкования понятия «полезность». В частности, в медицине и здравоохранении под этим понятием можно понимать, например, такие блага, как здоровье, положительный исход лечения, удовлетворенность пациента, снижение заболеваемости населения, повышение продолжительности жизни и многое другое; отсюда проистекает его широкая применимость к проблемам биомедицинской этики.

Отметим также, что утилитаризм оказал огромное влияние на последующее развитие экономической науки: ведь полезность можно понимать также и как экономическую выгоду, прибыль, т.е. в экономическом смысле. Многие экономические идеи Бентама нашли позже своих последователей и породили целые направления экономической мысли. Сходство утилитаристской этики с экономическим мышлением является одной ее из самых характерных черт: в ряде случаев применение методов этики утилитаризма выглядит как своеобразное подобие экономических расчетов, в том числе при решении тех или иных задач биомедицинской этики.

В целом утилитаристский подход в биоэтике лучше всего проявляет себя в тех ситуациях, когда возможно приблизиться к некоторому обоснованному решению с помощью уточненных оценок или расчетов. Например, это могут быть задачи по размещению медицинских ресурсов, оценке предпочтений пациента и др. В этих случаях стремление утилитаристской этики к измеримости и точности оказывается явным достоинством.

Однако в адрес утилитаризма высказано много критики. Поскольку он занимается только результатами, но при этом отвлекается от мотивов, обязанностей, моральных ценностей, то он не может оценить внутреннюю мораль того или иного действия, поступка. Между тем оценка внутренней стороны человеческих действий тоже крайне важна для анализа и решения моральных проблем.

Кроме того, для многих морально усложненных ситуаций и проблем подсчет полезности может оказаться невозможным, либо бессмысленным или вообще поведет нас по упрощенному и ложному пути.

## Деонтологическая этика

В противоположность утилитаризму, **деонтологическая этика** (от греч. *deontos* — нужное, должное) рассматривает *внутреннюю* сторону человеческих поступков.

Деонтологическая этика восходит к *этике долга*, разработанной великим немецким философом И. Кантом (1724—1804). Согласно Канту, человек поступает морально тогда, когда следует своему долгу.

Кант приводит в своих работах несколько определений главного этического критерия (так называемого категорического императива), позволяющего оценить, насколько морально то или иное действие. Одна из наиболее популярных и прозрачных формулировок категорического императива состоит в следующем: «Поступай так, чтобы ты всегда относился к человечеству и в своем лице, и в лице всякого другого как к цели и никогда не относился бы к нему только как к средству». Категорический императив Канта — это критерий оценки, нравственно ли то или иное действие *вообще*, само по себе (а не потому, что оно приносит некую пользу).

Система этических представлений, идущая от Канта, оказала большое влияние на биоэтику, прежде всего на этику научных исследований (где особенно ярко видно, что испытуемый должен быть максимально защищен от эксплуатации в качестве средства), а также на разработку различных кодексов, где речь идет о нравственных обязательствах врачей и других медицинских работников. Вместе с тем, система Канта в подлинном виде очень сложна, что затрудняет использование ее для практических нужд биоэтики.

Хотя деонтологические теории часто связывают с этикой Канта, и иногда даже их всех называют кантианскими, понятие деонтологической этики все же шире. Общим признаком деонтологических теорий является то, что они защищают самоценность, внутреннюю значимость определенных поступков и действий. Различные версии деонтологического подхода могут принимать во внимание и последствия наших действий, однако все равно они настаивают на том, что внешними средствами (например, измерением полезности) нельзя оценивать или обосновывать то, что имеет ценность в себе. В этом они противостоят утилитаризму.

Однако у всех деонтологических теорий имеется одна общая проблема: как обосновать самоценность тех или иных принципов, требований, обязательств. Иными словами, должна быть опора на какой-то безусловный моральный авторитет или какие-то несомненные истины. В качестве такой опоры представители деонтологического подхода могут опираться на религиозную традицию (это характерно для религиозных концепций биоэтики), какие-либо традиционные ценности, общепризнанные представления и др. Кстати, у самого Канта, который стремился построить светскую чисто рациональную этическую систему, была сконструирована очень сложная система доказательств того, что его категорический императив является безусловным источником подлинной морали.

Достоинством деонтологического подхода в целом является то, что он отвергает различные внешние соображения как этически значимые (например, соображения выгоды, пользы) и стремится прояснить и защитить самоценный моральный смысл определенных отношений, обязательств и действий. Это очень важно для медицины, поскольку она с самого начала развивалась как деятельность, наполненная высоким моральным смыслом. Например, сторонники деонтологической этики, как правило, решительно противостоят коммерциализации медицины.

Этот подход также вносит вклад в прояснение сложных проблем инновационных биомедицинских разработок. Так, сторонники этого подхода отвергают исследования на эмбрионах, выращивание эмбрионов в промышленных целях, клонирование человека и тому подобные действия как недопустимые с нравственной точки зрения.

Трудности деонтологической этики тоже многочисленны. Так, в условиях морального плюрализма и релятивизма, характерных для современного общества, довольно трудно обосновать, что тот или иной принцип или решение проблемы имеет универсальное значение и что с этим должны согласиться представители самых разных систем взглядов.

Поскольку деонтологическая этика, в отличие от утилитаризма, акцентируется не на результатах, а на внутреннем смысле поступков, то в такой этической системе может быть морально оправдано действие из благих намерений, которые вызвало отрицательные последствия (что может противоречить здравому смыслу).

Кроме того, критики указывают, что деонтологический подход во многих ситуациях оказывается слишком абстрактным и не может преодолеть реальные противоречия и ценностные конфликты, столь частые для сложных проблем современной медицинской науки и практики.

### Этика добродетелей

Еще одно направление в современной биоэтике получило название «этика добродетелей» (англ. *virtue ethics*), или «аретический подход» (от греч. *arete* — добродетель, совершенство). Сторонники этики добродетелей стремятся найти свой путь в биоэтике, преодолевающий трудности утилитаризма и деонтологической этики. Корни этики добродетелей уходят в античную философию — к Платону и особенно Аристотелю, его знаменитой «Никомаховой этике», где изложены основы аристотелевской теории добродетелей.

Возрождение этой традиции в моральной философии началось во второй половине XX в. и было связано с именами таких зарубежных исследователей, как Г. Э. Энскомб, А. Макинтайр, М. Слоут, Р. Херстхаус и другие.

Под добродетелями понимают некие положительно расцениваемые качества личности, устойчивые черты характера. Таким образом, аретический подход больше направлен не на конкретные поступки, а на самого человека — субъекта, выполняющего те или иные действия. Тем самым аретический подход стремится преодолеть слишком абстрактный подход к этике, характерный для утилитаризма и деонтологизма, и поместить в центр внимания не отвлеченные правила действий, а конкретные качества личности, на которых базируется ее деятельность.

С точки зрения теории добродетелей, морально правильное действие — то, которое основано на положительных моральных качествах (добродетелях) индивида. Например, для врачебной практики на первый план выходят такие добродетели, как ответственность, добросовестность, сострадание, требовательность к себе и другим, старательность и т.п. Поэтому теория добродетелей находит удачное применение в тех разделах биомеди-

цинской этики, которые посвящены профессиональной этике медицинских работников. Теория добродетелей также вносит вклад в прояснение задач медицинского образования — для повышения морального уровня медицинской профессии, согласно этой теории, необходимо прежде всего воспитывать необходимые личностные качества медицинских специалистов.

Этика добродетелей, разумеется, не отказывается от моральных принципов и правил; просто она придает большее значение самому человеку. Она утверждает, что полностью поведение человека невозможно отрегулировать принципами и правилами (особенно если это ситуации уникальные, непредвиденные и т.п.). Поэтому решающее значение имеет вопрос, каким должен быть сам индивид, какими качествами он должен обладать, чтобы действовать этически правильно.

Вместе с тем этика добродетелей тоже может использовать принципы и правила (как утилитаризм и деонтологизм), разрабатывать руководства к действию, но при этом они становятся производными от необходимых качеств добродетельной личности. С этой точки зрения правильное действие то, которое совершил бы добродетельный индивид в данных обстоятельствах; из этого принципа могут быть выведены, например, правила вида «поступи наиболее честным образом», «веди себя принципиально по отношению к коллегам» и т.п.

Теория добродетелей активно развивается, ее сторонники стремятся сделать ее полноценной альтернативой широко признанному утилитаризму и деонтологизму. Помимо приложений, в профессиональной этике медицинских работников имеются попытки применения теории добродетелей к решению наиболее острых биоэтических проблем (таких как аборт, эвтаназия и др.) исходя из предполагаемой системы действий добродетельного человека.

Как и другие этические теории, аретический подход имеет немало трудностей, среди которых можно назвать следующие. Наличие добродетелей само по себе не является гарантией надлежащего поведения: хороший человек может, тем не менее, ошибаться или выполнять действия с отрицательными последствиями. Этика добродетелей пока не предложила четкие и обоснованные критерии оценки правильных действий. Для решения сложных многоаспектных проблем полезнее могут оказаться более объективные и абстрактные подходы, чем подход с точки зрения положительных человеческих качеств — добродетелей.

### **Феминистская этика**

Феминистское направление в биомедицинской этике направлено, прежде всего, против неравенства по половому признаку. Как считают сторонники этого подхода, половая дискриминация глубоко проникла в современные системы ценностей, культурные представления и социальные отношения. В том числе эта дискриминация имеет множество проявлений в медицинской науке и практике.

Феминистская биоэтика пока не имеет таких широких приложений, как предыдущие подходы. Скорее, ее следует рассматривать как критику сложившегося положения дел в системе медицинской помощи и в обще-

стве в целом. Она стремится дополнить, сбалансировать доминирующие так называемые мужские системы ценностей, осознать проблемы, которые не получили своего выражения в этих системах взглядов.

В частности, феминистский подход уделяет много внимания проблеме здоровья женщины, ее положению в системе здравоохранения, а также этическим проблемам репродуктивных технологий (причем репродуктивные технологии часто рассматриваются здесь как инструменты мужского контроля над женским организмом).

Кроме того, для феминистской биоэтики характерен некий сугубо «женский» взгляд на медицинскую практику как на деятельность, которая должна основываться на ценностях заботы, сострадания и сочувствия, а не на целях технического биомедицинского контроля.

### **Этика заботы**

Этика заботы (англ. *ethics of care*) — относительно новое направление в современной этике, и биомедицинской этике в частности. Оно во многом родственно феминистским течениям. Одновременно оно сходно и с этикой добродетелей, поскольку заботу саму по себе можно рассматривать как некую базисную добродетель.

Этика заботы стремится прояснить определенный тип морального поведения, который был утрачен или не раскрыт в других этических концепциях. Этика заботы выводит на первый план не единичного субъекта действий, а взаимоотношения субъекта с другими. Таким образом, здесь присутствует не индивидуализм, а взаимосвязь с окружающими, контекст отношений; не противопоставление, а солидарность и забота о других.

Для биомедицинской этики концепция заботы особенно полезна для прояснения морального смысла ежедневной медицинской практики, в том числе для сестринского дела, поскольку этика заботы позволяет подчеркнуть специфику моральных оснований этой профессии.

В целом, общее теоретическое поле биоэтики продолжает развиваться. Несмотря на то что единой системы взглядов на проблемы биоэтики не выработано, с дальнейшей разработкой этических подходов все более отчетливо проявляется их конструктивное взаимодействие и взаимодополнение, в том числе на фоне их взаимной критики.

### **Уровни этического анализа**

Когда речь идет о выборе способа действия (или оценке уже совершенного действия), то возникает потребность в моральном обосновании. В большинстве случаев мы действуем не задумываясь, согласно очевидным моральным нормам. Но при столкновении с более сложными задачами появляется необходимость в более детальном и аргументированном этическом анализе. Бичамп и Чилдрес в своих «Принципах биомедицинской этики» предлагают следующую условную структуру морального рассуждения (рис. 1.4).



**Рис. 1.4. Структура морального рассуждения  
(по Дж. Бичампу — Т. Чилдресу)**

1. Уровень индивидуальных суждений и действий. Мы находимся на этом уровне, когда действуем без затруднения, вполне в согласии с общепризнанными нормами.

2. Уровень правил. Обычно первый уровень непосредственно обосновывается ссылкой на уровень правил. Правила представляют собой относительно простые и конкретные инструкции, как нужно действовать. Например, «обращайся с пациентом уважительно».

3. Уровень принципов. Принципы представляют собой моральные требования более высокой степени обобщения. Принципы используются для обоснования правил. Например, правило «соблюдай врачебную тайну» может быть обосновано более общим принципом «человек имеет право на неприкосновенность частной жизни».

4. Уровень этических теорий. Используется для обоснования и оправдания этических принципов. Этические теории — развернутые системы моральных представлений, которые призваны дать с некоторой единой точки зрения убедительное обоснование моральным принципам и действиям. Примером могут служить утилитаристские или деонтологические теории.

Поскольку сами Бичамп и Чилдрес положили в основу своего метода биоэтики небольшой набор *принципов* и не стали строить какую-то фундаментальную этическую теорию, их подход часто называют методологией среднего уровня.

Еще одну структуру морального рассуждения предлагает Роберт Витч в известной работе «Основы биоэтики». Она во многом сходна со схемой Бичампа — Чилдреса, но имеет более охватывающий характер. Эта структура сводит в единую систему различные биоэтические подходы, в том числе упорядочивает то, что мы уже рассмотрели ранее. Познакомимся с этой структурой чуть подробнее (рис. 1.5).

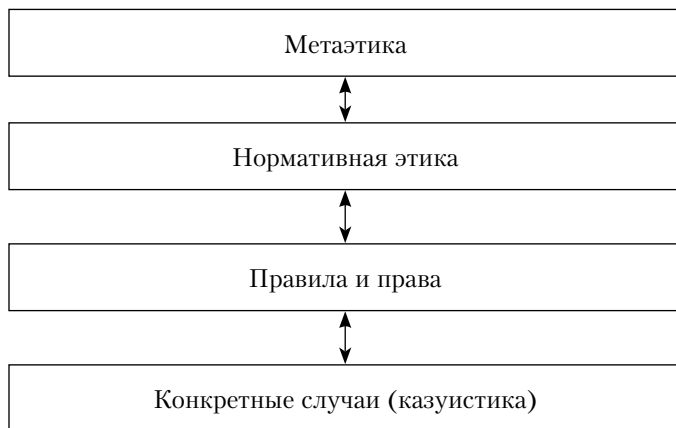


Рис. 1.5. Структура морального рассуждения (по Р. Витчу)

Итак, рассмотрим структуру морального рассуждения (по Р. Витчу)<sup>1</sup>.

1. Уровень — конкретные случаи (казуистика). Часто рассуждение по моральным проблемам медицины начинается с конкретного индивидуального случая. К счастью, в большинстве случаев в обычной медицинской практике этические решения вполне очевидны. Кроме того, нередко конкретный случай может быть решен по аналогии с уже имеющимися случаями. Как мы уже видели, в развернутом виде такой подход используется как специальный метод биоэтики — казуистика.

Если же противоречие или конфликт не решается, необходимо переходить к более высоким уровням.

2. Уровень правил и прав. **Правила** — это моральные суждения по отношению к тому, кто имеет обязанности. Правила говорят, как нужно действовать. **Права** — моральные суждения в отношении того, для кого должны быть выполнены эти обязанности. Часто одна и та же моральная норма может быть выражена с помощью этих двух разных перспектив. Например, правило информированного согласия (всегда нужно брать информированное согласие у пациента) является одновременно *правом* пациента (пациент имеет право на получение информации и добровольное согласие).

Нередко свод правил и прав сводят воедино и четко излагают в формальном виде. В этом случае они выступают в качестве *кодексов*.

Если моральная проблема не решается на уровне действующих норм (кодексов), необходим более глубокий анализ, который (в идеале) даст обоснование правильному выбору или оценке действия.

3. Уровень нормативной этики. Ему свойственен довольно общий характер моральных норм; как правило, используется небольшое их число.

Согласно Р. Витчу, к нормативной этике относятся три вида теорий:

а) теория действия, которая объясняет, какие *признаки* действий делают их морально правильными. Она сфокусирована на моральных характеристиках самих действий;

<sup>1</sup> См.: Veatch R. M. The Basics of Bioethics. Upper Saddle River, NJ : Prentice-Hall, 2003. P. 2—9.

б) теория ценностей, которая объясняет, какие *последствия* действий являются желаемыми (ценными), к какому благу мы должны стремиться;

в) теория добродетелей, которая описывает, какие *черты личности* действующего субъекта наиболее морально приемлемы. Эти черты личности называются добродетелями (например, честность, бескорыстие и т.п.).

Если же остается разногласие по поводу выбора типа действия, ценности или основополагающей добродетели, то необходим следующий, наиболее фундаментальный, уровень.

4. Уровень метаэтики. Метаэтикой называют раздел этики, занимающийся значениями и обоснованиями этических норм и основных этических понятий. На этом уровне должно быть объяснено, что является источником морали вообще и откуда мы можем знать, что является моральным. Наиболее глубоким фундаментом морали для верующих людей выступает религиозное обоснование, для неверующих — какие-либо идеи и принципы универсального характера, например естественный закон или единая рациональная мораль и др.

К метаэтическому уровню обсуждения обращаются, как правило, только для обсуждения самых трудных и глубоких проблем биоэтики. Причем, как замечает Витч, есть распространенная точка зрения, что даже при сохранении противоречия на уровне метаэтики часто все же оказывается возможным найти согласие на более низких уровнях соглашений по поводу общепринятых норм, т.е. в сфере того, что иногда называют общей моралью.

## 1.4. Жизнь как ценность: проблемы качества жизни в биоэтике

### Жизнь как ценность — фундаментальная проблема биоэтики

С радикальным расширением возможностей медицины в XX в. ее основная задача — действовать во благо больного — стала требовать переосмысления и уточнения. Собственно, это и было одной из главных причин появления и развития биоэтики. Как понимать благо для пациента в новых исторических условиях? Здесь возникают фундаментальные вопросы человеческого бытия. Что вообще есть благо для человека? Что такое его страдание? Какую помощь ему необходимо оказывать?

Одной из фундаментальных проблем биоэтики оказалась проблема жизни как ценности. В зарубежной литературе сформировались две точки зрения по этому поводу. Одну можно назвать этикой сакральности жизни, или жизни как высшей ценности (*sanctity of life*), вторую — этикой качественной жизни (*quality of life*). Надо отметить, что эти концепции носят в значительной степени условный характер, они как бы представляют собой крайние точки на карте бесконечных и запутанных биоэтических дискуссий.

Первая концепция признает любую человеческую жизнь высшей ценностью. Соответственно, задачей медицины является сохранение и поддержание жизни любого человеческого организма. В зарубежной биоэтической литературе есть такое понятие, как «медицинский витализм». Это обо-

значение такой предельной точки зрения, которая гласит, что необходимо поддерживать любую жизнь, не считаясь ни с какими затратами (конечно, далеко не все сторонники этики сакральности жизни придерживаются таких крайних взглядов). Например, с этой точки зрения нужно до бесконечности поддерживать искусственными средствами жизнь человека, находящегося в вегетативном состоянии без какой-либо надежды вернуть его в сознание.

Согласно второй концепции, подлинно человеческая жизнь должна обладать определенными «качествами», поэтому далеко не все состояния организменной жизни надо поддерживать. Предполагается, что должны существовать какие-то критерии, посредством которых можно решить, где следует оказывать медицинскую помощь, а где ее можно прекратить (или вообще не начинать). Что, в таком случае, значит «подлинно человеческая жизнь»? Каким человеческим существам может быть отказано в праве быть личностью и получать медицинскую поддержку?

В рамках данной системы взглядов возникает попытка различить понятия «жизнь организма» (или «жизнь тела», «биологическая жизнь») и «жизнь личности». В таком случае, жизнь тела есть лишь условие для более высокого качественного уровня — жизни личности. И если у данного человеческого организма отсутствуют определенные качества, то мы можем отказать такой жизни в моральном статусе, т.е. в отношении к ней как к человеку.

Было немало попыток дать определение тех качеств, которые могут служить критерием различия между жизнью биологической и жизнью личности. К примеру, американский биоэтик Мэри Э. Уоррен полагает, что для включения кого-либо в моральное сообщество личностей необходимы такие качества, как сознание, разум, самостоятельная активность, самосознание и способность к общению<sup>1</sup>.

Но как мы смогли бы точно провести грань между личностью и просто организмом? В ходе дискуссий выяснилось, что концепция такого решающего критерия — тоже крайняя точка зрения, как и концепция медицинского витализма. Эмбрионы, новорожденные с теми или иными врожденными нарушениями, люди с психической патологией, престарелые со старческим слабоумием, пациенты с длительным отсутствием сознания и т.п. — по каким критериям мы должны формировать свое отношение к ним?

Биоэтические обсуждения показали, что такого окончательного критерия не существует и, возможно, сама постановка вопроса морально ошибочна. Так, сторонники концепции сакральности жизни высказывали мнение, что вопрос о качественной жизни — чисто *медицинского* характера; мы можем разрабатывать и использовать критерии только для определения того, где медицинская помощь может быть бесполезной или бессмысленной; но это не *этические* критерии, которые позволили бы нам отказать кому-либо в достоинстве или уважительном отношении.

---

<sup>1</sup> См.: Warren M. A. On the Moral and Legal Status of Abortion // Biomedical Ethics / ed. by T. A. Mappes, D. Degrazia. N. Y. : McGraw-Hill, 2001. P. 457—458.

Таким образом, проблема ценности жизни остается открытой. По крайней мере, дискуссии на эту тему прояснили следующее. Обе рассмотренные концепции оказались крайними точками зрения, между которыми есть широкое множество суждений и представлений.

Биоэтики, которые по своим взглядам ближе к теории жизни как высшей ценности, настаивают, что с моральной точки зрения не существует более или менее ценных человеческих жизней, что мы не можем отказать кому-либо в достоинстве или праве на жизнь; что защита жизни, насколько это в наших силах, остается важнейшей моральной обязанностью. Кроме того, они, как правило, последовательно выступают против абортов, исследований на эмбрионах, эвтаназии, экспериментов на человеческом геноме и т.п.

Специалисты по биоэтике, которые ближе к теории качественной жизни, со своей стороны, тоже должны быть правильно поняты. Конечно, эта теория может быть доведена до такой крайней степени, которая создаст недопустимую дискриминацию в отношении больных, престарелых, эмбрионов и т.п. Эти опасности довольно очевидны. Но разумный смысл ее состоит в том, чтобы удержать общество от злоупотреблений теорией жизни как высшей ценностью, обосновать некие разумные пределы для того, чтобы медицина не тратила силы и средства (в том числе, возможно, огромные) там, где это не имеет смысла, высвобождая тем самым возможности помогать другим нуждающимся людям (учитывая всеобщую ограниченность ресурсов).

Общий вывод состоит в том, что каждая человеческая жизнь представляет собой безусловную ценность (в том числе еще нерожденного человека или человека с тяжелой патологией и т.п.); каждая человеческая жизнь имеет право на достоинство и уважительное отношение. Принцип уважения человеческой жизни был и остается одним из фундаментальных требований медицинской этики. Моральная обязанность медицины — стремиться сберечь, сохранить и поддержать каждую человеческую жизнь, насколько это в ее силах и оправдано совокупностью конкретных обстоятельств.

### Качество жизни

Проблема качества жизни в медицине — это продолжение фундаментальной проблемы уточнения понятия «благо для пациента» в современных условиях.

Медицинские вмешательства оказывают на человека комплексное воздействие. Они влияют не только на физиологическое состояние организма (что оценивается с помощью лабораторно-клинических показателей), но и на общее состояние и самочувствие пациента, его работоспособность, настроение и т.п. Суммарное влияние на человека может быть как положительным, так и отрицательным. Например, агрессивное лечение может сопровождаться такими серьезными побочными эффектами, что в известном смысле оно может оказаться *хуже, чем само заболевание*.

В начальный период успехов современных медицинских технологий (примерно в 50—60-е гг. XX в.) медицинское сообщество было увлечено сугубо техническими достоинствами новых медицинских методов. Однако

постепенно ситуация стала изменяться в связи с растущим осознанием необходимости дополнить систему взглядов о пользе медицинского вмешательства более широкой картиной, в том числе учитывающей точку зрения самого больного. Отсюда берет начало представление о качестве жизни пациента.

Официальное определение ВОЗ гласит, что **качество жизни** — это «восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и систем ценностей, в которых они живут, и в соответствии с их собственными целями, ожиданиями, стандартами и заботами»<sup>1</sup>.

Качество жизни — это интегральный показатель, отражающий совокупное влияние массы факторов, связанных со здоровьем, на общее восприятие пациентом своей жизненной ситуации. К этим факторам относятся такие, как уровень физического благополучия, ощущение себя здоровым или больным, самостоятельным или же зависимым от помощи, а также способность выполнять профессиональные обязанности, поддерживать семейные и социальные связи.

Проблема качества жизни пришла в медицинскую сферу из социальных наук, где она сформировалась как особое поле исследований, охватываемых обширной группой дисциплин и направлений: экономикой, социологией, демографией, политологией, экологией, психологией и др. В основании темы качества жизни лежат также глубокие философские обсуждения того, что такое благополучная или совершенная жизнь, уходящие корнями еще в философские учения Античности.

В медицинской сфере эта проблема отразилась прежде всего в виде проблемы качества жизни, связанного со здоровьем. Интерес медицинского сообщества к качеству жизни в связи со здоровьем и лечением возник в 1970-е гг. и далее усиливался в возрастающей мере в 1980—1990-е гг. В 1999 г. появилась первая монография на эту тему и в отечественной литературе<sup>2</sup>. На сегодняшний день проблема оценки качества жизни, связанного со здоровьем, стала чрезвычайно обширной и самостоятельной областью исследований в медицинских науках.

Роль понятия качества жизни в медицинской сфере сегодня чрезвычайно важна. Это можно рассматривать как отражение растущего внимания медиков и общественности к широкому гуманитарному контексту, в котором происходит предоставление медицинской помощи. Фундаментальное значение концепции качества жизни состоит в том, что она позволяет конкретизировать понятие «благо для пациента» и сами цели медицинской помощи в современных условиях.

Так, учет качества жизни чрезвычайно важен при долгосрочной помощи, а также при неизлечимых заболеваниях и состояниях. Более того, в этих ситуациях обеспечение максимально высокого качества жизни ока-

---

<sup>1</sup> The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization // *Social science and medicine*. 1995. Vol. 41. P. 1403—1409.

<sup>2</sup> См.: Новик А. А., Ионова Т. И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. СПб.: ЭЛБИ, 1999.

зывается фактически *единственной* достижимой целью медицинской помощи. Медицинская помощь должна быть предоставлена при любых страданиях, что, соответственно, приводит к необходимости уметь ставить цели и оценивать эффективность помощи и в указанных обстоятельствах.

### Методология оценки качества жизни

Качество жизни тесно связано с субъективным восприятием пациентом своей жизненной ситуации, поэтому оно трудно уточняется и выражается в каких-то интуитивно понятных единицах. Тем не менее в соответствии с современными методологическими нормами науки каждое понятие должно быть максимально операционализировано, т.е. выражено в виде точного конструкта (желательно в количественной форме). Итоговая оценка качества жизни является, как правило, многомерным понятием и строится как на самооценке пациента, так и на объективных данных, которые характеризуют текущее состояние здоровья пациента.

Основным инструментом для изучения качества жизни, связанного со здоровьем, являются специальные опросники. Они включают в себя различные стороны восприятия пациентом своей жизненной ситуации в связи с заболеванием и лечением. Для количественного представления оценки развиты особые шкалы, которые измеряют те или иные конкретные аспекты качества жизни. В зависимости от широты охвата этих аспектов шкалы качества жизни делятся:

- 1) на общие;
- 2) специализированные по отношению к определенному классу параметров (например, шкалы изучения психологического благополучия, социального функционирования);
- 3) шкалы, специализированные по отношению к конкретным заболеваниям.

Многочисленные и длительные усилия исследователей по созданию адекватных измерительных инструментов привели к появлению более или менее надежных шкал, которые сегодня вошли в широкую практику. К ним можно отнести, например, профиль влияния болезни (*Sickness Impact Profile*), Ноттингемский профиль здоровья (*Nottingham Health Profile*), SF-36 и др.

Необходимость уметь сравнивать при принятии решений альтернативы, касающиеся различных медицинских технологий (в том числе вмешательств, проводимых по отношению к совершенно различным классам заболеваний), по их экономическим эффектам привела к поиску шкал высокой степени общности. Особую популярность в этой области завоевала шкала QALY (*quality adjusted life years* — годы жизни с поправкой на качество), которая измеряет качество жизни пациентов в терминах субъективных полезностей (*utilities*).

Об этой шкале следует поговорить подробнее. Она появилась под непосредственным влиянием концепции *утилитаризма*, о которой шла речь в параграфе 1.3. Здесь мы вновь встречаемся с понятием полезности в медицине.

С помощью шкалы QALY пытаются уточнить, какую полезность для пациента может принести применение медицинской технологии, учитывая одновременно и увеличение продолжительности жизни, достигаемое лечением, и качество этой жизни. В основу шкалы положено соглашение о том, что совершенно здоровая жизнь оценивается как единица, а летальный исход — как ноль. Все остальные ситуации (жизнь в условиях заболевания) находятся между этими крайними точками (рис. 1.6). Чем хуже качество жизни пациента, тем меньшее значение соответствует ей на этой шкале. Таким образом, если вмешательство достигает определенного выигрыша в продолжительности жизни, но при этом качество жизни снижено, то такая жизнь будет условно оцениваться как более короткая по сравнению со здоровой жизнью (рис. 1.7).

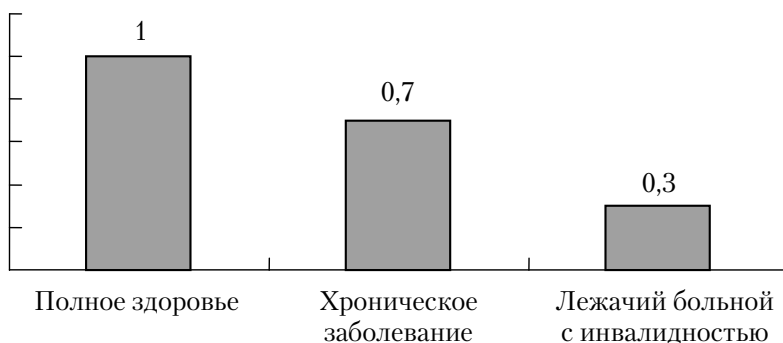


Рис. 1.6. Значение одного года QALY для разных состояний здоровья (условный пример)

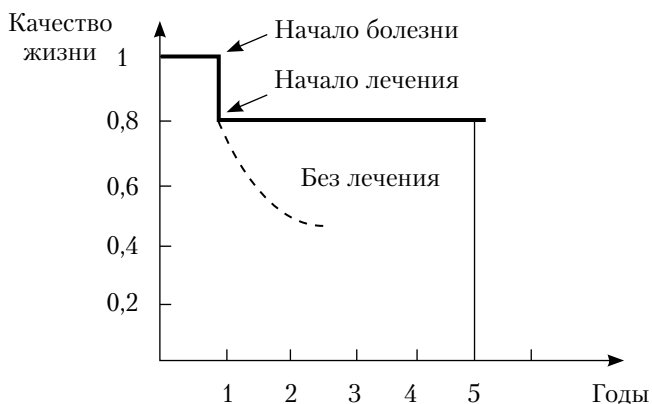


Рис. 1.7. Годы жизни с поправкой на качество (QALYs), добавленные путем лечения<sup>1</sup>

<sup>1</sup> За пять лет больной выиграл с помощью лечения  $5 \cdot 0,8 = 4$  года QALY.

Шкала QALY активно применяется сегодня для проведения научных исследований и практического решения проблем здравоохранения. Так, сопоставление полезности медицинского вмешательства по шкале QALY с величиной затрат (например, стоимость одного года QALY) позволяет сравнить экономическую эффективность различных медицинских вмешательств, что может быть рекомендовано для принятия практических решений относительно распределения ресурсов. (Этой теме посвящен специальный вид исследований в области экономики здравоохранения — анализ «стоимость — полезность», англ. *cost-utility analysis*.)

### **Методологические и этические проблемы оценки качества жизни**

Проблема оценки качества жизни сталкивается с серьезными методологическими трудностями. В частности, притязания исследователей на то, что шкала QALY может служить универсальной системой измерения для различных состояний здоровья, подвергаются критике со многих сторон.

Шкала QALY представляет собой некую единую меру медицинской полезности для разных людей и разных заболеваний — подобно тому, как в свое время И. Бенгам пытался создать единую систему измерений для удовольствия или счастья. Очевидно, что высокая общность этой шкалы достигается путем значительных, часто довольно искусственных модификаций эмпирических данных, а также сопровождается потерями важной информации, которая удачнее выражается с помощью специализированных инструментов. В связи с этим высказывают серьезные сомнения по поводу ее адекватности для решения многих научно-практических задач.

Например, в литературе указывается на отсутствие свидетельств того, что оценки, определяющие значение QALY для определенных патологических состояний, будут соответствовать реальным суждениям, высказанным пациентами, страдающими данными состояниями<sup>1</sup>.

Трудности уточнения понятия качества жизни связаны не только с его субъективностью, но и с тем, что оно может быть рассмотрено с разных перспектив: представление о том, что такое «хорошее качество жизни» при данном лечении, могут сильно расходиться у пациентов и медицинского сообщества. При этом трудно ожидать, что эти расхождения можно преодолеть каким-то приемлемым способом.

Существуют и этические проблемы в измерении качества жизни. Это связано с тем, что качество жизни, будучи оценочным понятием, предполагает определенную систему ценностей (в том числе, возможно, скрытую). В итоге вывод по поводу той или иной медицинской технологии (который может стать основой для принятия политических решений) зависит от некоторой ценностной системы, которая может быть сама по себе далеко не безупречной.

Принятые политические решения, в свою очередь, способны принести те или иные отрицательные последствия для определенных социальных

---

<sup>1</sup> См.: *Bowling A. Measuring disease: a review of disease-specific quality of life measurement scales.* Buckingham, Philadelphia : Open University Press, 2001. P. 12.

групп: например, стать основой для несправедливого распределения ресурсов. В литературе многократно указывалось на то, что шкала QALY на самом деле содержит в себе в скрытом виде предубеждения современного общества со всеми его дискриминационными тенденциями (неравенство по полу, возрасту, статусу здоровья, неприятие людей с неизлечимой инвалидностью и т.п.).

Иными словами, жизнь человека с низким качеством жизни расценивается как менее ценная, в результате чего общественные ресурсы здравоохранения перераспределяются в пользу других категорий людей. Здесь мы вновь возвращаемся к предыдущей проблеме *ценности жизни*.

В данном случае жизнь как ценность рассматривается в сугубо утилитаристском ракурсе — как ценность с точки зрения возможности добиться прироста общественной полезности при минимальных экономических затратах.

В итоге принятие решений в системе здравоохранения на основе только утилитаристского подхода (максимизация полезности для максимального количества людей) приводит к неравенству, перераспределяет ресурсы в пользу тех, от кого легче добиться прироста полезности, и отказывает в медицинской помощи тем, для кого труднее и дороже добиться облегчения страдания и повышения качества жизни.

Дело осложняется тем, что в некоторых западных странах оценка медицинских технологий с помощью шкалы QALY установлена законодательно.

Таким образом, задача оценки качества жизни, связанного со здоровьем, сохраняет еще множество нерешенных проблем и требует дальнейшей работы. Тем не менее можно с уверенностью утверждать, что качество жизни стало одной из новых фундаментальных категорий медицины, наравне с такими категориями, как здоровье и болезнь, норма и патология. Концепция качества жизни в современном здравоохранении является важнейшим способом уточнения понятия блага пациента и целей медицины, а также способом оценки медицинских вмешательств, учитывающим не только сугубо клиническую перспективу, но и точку зрения самого пациента.

## 1.5. Основные принципы и правила биомедицинской этики

Принципы (а также вытекающие из них правила), о которых пойдет речь, стали уже классическими после работы Т. Бичампа и Дж. Чилдреса «Принципы биомедицинской этики».

Несмотря на критику академических биоэтиков, принципализм обладает многими достоинствами. Прежде всего, данные принципы имеют охватывающий, ориентирующий характер, как бы задавая рамочную систему этических координат медицины. Они хорошо оправдывают себя в учебных программах по биоэтике, способствуют пониманию сути этических требований в медицинской сфере.

Согласно подходу Бичампа — Чилдреса, принципы не имеют иерархического порядка. Они считаются равноценными и действуют вместе, создавая своеобразный моральный каркас медицинской деятельности. Равенство принципов, кстати, придает необходимую разумную гибкость

в их использовании. Однако, они могут вступать в конфликт друг с другом, и задача практического специалиста в этом случае, — учесть конкретные обстоятельства дела, постараться достичь баланса этих принципов и найти наилучшее решение в интересах пациента.

Два принципа (блага и непричинения вреда) — достаточно традиционны для медицинской практики (их можно обнаружить уже в клятве Гиппократата), остальные два относятся уже к новым реалиям, к современным условиям медицинской науки и практики.

## Автономия

**Принцип автономии** (точнее, **принцип уважения автономии пациента**) находится первым по порядку в перечне основных принципов био-медицинской этики. Автономия понимается здесь, прежде всего, как свобода выбора, причем выбора осознанного и самостоятельного. Пациент имеет право на свободное принятие решений в отношении своего здоровья, лечения, других медицинских и сопутствующих вмешательств. Этот принцип называют еще принципом самоопределения пациента, что, может быть, лучше проясняет его смысл. Речь, таким образом, идет о возможности пациента решать самому.

Принцип автономии является обязывающим для врача и, кроме того, предупреждающим его о возможности расхождения мнений пациента и его доктора. Пусть даже пациент, с точки зрения врача, ошибается или поступает не лучшим образом в отношении себя самого, уважение к автономии означает *право* пациента иметь собственную точку зрения, отличную от суждения врача, а также *обязанность* для врача уважать и признавать эту точку зрения.

Принципу автономии придается такое большое значение в этической концепции Бичампа — Чилдреса потому, что он отражает систему западных ценностей с ее индивидуалистическим мировоззрением. Конечно, этот принцип культурно обусловлен, и в других культурах столь ценное на западе уважение к автономии может не играть такой важной роли (или даже вообще никакой).

Тем не менее уважение врачом автономии пациента относится и к той ситуации, когда у пациента другая система взглядов или культурных ценностей.

Со своей стороны, врачи должны в максимальной мере содействовать тому, чтобы выбор пациента был осознанным, пациент ясно понимал, какие конкретно альтернативы у него есть и каковы возможные последствия его решения. Поэтому важнейшим следствием этого принципа является правило *информированного согласия*, о котором речь пойдет ниже.

Кроме того, следует правильно понимать принцип автономии в том смысле, что он отнюдь не предполагает некое безразличие врача к судьбе пациента или перекладывание ответственности целиком на него. Врач обязан поддерживать *полноценную* автономию пациента в вопросах выбора лечения или же отказа от медицинской помощи. Это означает, что пациент должен быть обеспечен достаточной информацией, осознанно ей пользо-

ваться, а также принимать решение в свободных условиях, без давления и принуждения. Иными словами, данный принцип представляет собой именно *уважение* к пациенту, а не самоустранение врача от ответственности за больного.

Таким образом, возможны как минимум две трактовки принципа автономии: негативная — за все отвечает сам пациент (но тогда вообще непонятно, в чем же состоит роль врача) и позитивная, в которой подчеркиваются уважение личности пациента, необходимая информационная поддержка, а также соблюдение всех прав пациента. Именно позитивная трактовка воплощает правильный смысл этого принципа.

Конечно, ситуация, когда пациент полностью автономен и самостоятельно способен принять вполне адекватное решение — это некий идеал. Однако таковы и все принципы в системе Бичампа — Чилдреса: они представляют собой те наилучшие ориентиры, к которым должен стремиться врач в своем взаимодействии с пациентом.

Разумеется, для реализации принципа автономии на практике должны быть объективные условия. Зачастую проблемой является то, насколько пациент обладает объективной *способностью* к самоопределению. Ведь это может быть затруднено многими причинами (возраст, состояние здоровья, психическое состояние и др.). Поэтому дискуссионным остается вопрос о том, как убедиться в достаточной способности пациента к вполне осмысленному принятию решений. В западных странах для решения этой проблемы в клинической практике используют даже специальные методы оценки способности пациента к самоопределению, например метод MacCAT-T (*MacArthur Competence Assessment Tool-Treatment*), представляющий собой специально структурированное интервьюирование пациента.

Возможны ли отступления от принципа автономии, например в ситуациях, когда пациент по каким-то причинам не способен или не желает воспользоваться своей автономией? Конечно, возможны. Следует помнить о том, что принцип этот, хотя и находится первым в системе Бичампа — Чилдреса, не является главнее других (хотя критики многократно утверждали обратное). Этот принцип — не более чем «первый среди равных» (лат. *primus inter pares*). Соответственно, при необходимости он может быть сбалансирован или компенсирован другими принципами, например принципом блага, если того требуют интересы пациента.

### Непричинение вреда («не вредить!»)

«Прежде всего, не вреди!» (лат. *primum non nocere*) — один из древнейших принципов медицинской этики, известный еще со времен Гиппократов. Кстати, в школе Гиппократов он имел в том числе и терапевтический смысл, поскольку гиппократовская медицина предпочитала прежде всего умеренные щадящие методы лечения. Современная медицина в значительной мере нацелена на агрессивные вмешательства, но тем актуальнее становится смысл этого тезиса.

У Бичампа — Чилдреса речь шла, прежде всего, о непричинении *умышленного* вреда; но поскольку при выполнении медицинских вмешательств

всегда имеется широкий диапазон возможностей неумышленных отрицательных последствий, то, конечно, трактовка этого принципа должна быть шире — она должна включать также требование стараться *предвидеть* (прогнозировать) вероятность причинения ненамеренного вреда и *не допустить* его.

Иными словами, более полная формулировка этого принципа с современной точки зрения должна выглядеть так: *не вреди прямыми действиями, а также старайся прогнозировать возможные побочные и непреднамеренные отрицательные эффекты своих действий*, чтобы предотвратить их.

Принцип непричинения вреда следует понимать не только в узкомединском смысле (как причинение вреда с клинической точки зрения), но и в расширительном (например, не причинять излишней боли пациенту, которой можно избежать, не причинять моральный вред (порождаемый, например, неосторожными словами или неуважительным отношением к пациенту), а также вообще избегать того, что вредит интересам пациента).

Особую роль этот принцип играет также в исследовательской этике, поскольку здесь есть вероятность подвергнуть пациента риску (например, при испытании новых лекарств), в то время как полезные эффекты эксперимента могут оказаться проблематичными.

Если довести принцип непричинения вреда до крайности, то можно прийти к выводу, что лучше вообще отказаться от любого вмешательства, лишь бы не причинить вред. Но, конечно, речь идет о другом: о том, чтобы, оказывая помощь, стремиться на разумных основаниях избегать причинения вреда, не идти на необоснованный риск. Кроме того, этот принцип не призывает к некоему преувеличенному и недостижимому совершенству; ошибки всегда были и будут в медицинской практике. Здесь имеется в виду моральное обязательство всемерно, насколько это в силах врача, защищать своих пациентов от различных форм причинения вреда.

### **Делай благо**

Это принцип, который задает основное направление действиям врача по отношению к пациенту (прежде всего, действиям профессиональным, связанным с оказанием медицинской помощи).

Но, как видно из предыдущего параграфа, понятие «благо» само по себе достаточно сложное. Возникает вопрос, что понимать под благом пациента в каждом конкретном случае. И какой ценой должен врач стремиться к этому благу? Должен ли он предпринимать любые возможные меры, в том числе экстраординарные?

Этот принцип означает — стремиться к наибольшему возможному благу для пациента в данных конкретных обстоятельствах. В том числе это предполагает обязательство учитывать в максимальной полноте ситуацию пациента. Из этого, в частности, и родилось понятие качества жизни — как выражение требования учитывать точку зрения самого пациента, уважать его собственные представления (и в этом смысле принцип блага тесно пересекается с принципом автономии пациента), принимать в расчет не только сугубо клинические задачи, но и всю жизненную ситуацию больного.

Поэтому принцип «делай благо» следует трактовать не только в биомедицинском смысле, но в более широкой гуманитарной перспективе. В том числе это означает подходить к каждому больному в его индивидуальности. Как известно, еще в античной медицине был девиз «Лечить не болезнь, а больного»; он сохраняет силу и в современной медицинской этике.

Данный принцип, конечно, не содержит критерия оценки того, как много должно быть сделано блага для пациента. Должно ли это быть полное выздоровление пациента или же это должен быть некий выполненный минимум помощи? Правильное понимание этого принципа состоит в том, что врач как моральный субъект должен определить благо для пациента в конкретных терминах, исходя из особенностей той или иной ситуации. В частности, с учетом предыдущего принципа (непричинения вреда), врач обязан взвесить соотношение блага и риска и выбрать тот вариант действий, который (на основании разумных ожиданий) приведет к наилучшему их соотношению.

Принцип блага прежде всего определяет одну из основных установок врачевания: для врача в его профессиональной деятельности интересы пациента должны всегда стоять на первом месте.

## Справедливость

Актуальность принципа справедливости берет начало из того обстоятельства, что современная медицина — это сложный социальный институт, а врач и пациент, образно говоря, — лишь элементы в общей системе здравоохранения, с ее организацией, правилами, планированием и т.п. В условиях дефицита ресурсов обостряется проблема справедливого распределения самых различных благ: доступа к лечению, наиболее качественной помощи, различным льготам и т.п.

Основной принцип справедливости в биомедицинской этике восходит к Аристотелю и гласит: «Каждый должен получить то, что ему причитается». Но как определить необходимое распределение в отношении «каждого»? Здесь действует следующее правило справедливости (тоже восходящее к Аристотелю): «К равным нужно относиться равно, а к неравным — неравно». Это положение называют также формальным правилом справедливости, так как оно дает лишь общий подход и требует дальнейшей конкретизации.

Другой вариант этого правила: ко всем нужно относиться одинаково, а неравное распределение или какие-то привилегии всегда должны быть *обоснованы*. Таким образом, «к равным нужно относиться равно» означает также отсутствие необоснованных неравенств и привилегий.

Для уточнения принципа справедливости используются так называемые *критерии справедливости*, позволяющие конкретнее выразить его содержание. Среди основных критериев, которые были предложены Бичампом и Чилдресом, можно назвать следующие.

1. Каждый человек должен получить равную долю.
2. Каждый человек должен получить в соответствии со своими индивидуальными нуждами (например, более тяжелое заболевание, более опасное состояние и т.п.).

3. Каждый человек должен получить в соответствии с его заслугами.
4. Каждый человек должен получить в соответствии с его вкладом.
5. Каждый человек должен получить на основе свободного рыночного обмена.
6. Каждый человек должен получить в соответствии с механизмами социального распределения.

Принцип справедливости имеет множество частных приложений в медицине. Например, он относится и к проведению медицинских исследований, в том числе он устанавливает, что распределение пациентов по группам должно быть беспристрастным. Кроме того, помимо равного распределения медицинских услуг, ресурсов и других материальных благ, он требует равного *отношения* со стороны врача ко всем пациентам.

Отрицательная формулировка этого принципа обязывает избегать не только незаслуженных привилегий, но и дискриминации пациентов по каким-либо параметрам (таким как социальный класс, возраст, пол, раса, национальность, религиозная принадлежность и др.).

### Правдивость

Теперь перейдем к основным правилам биомедицинской этики. Согласно подходу Бичампа — Чилдреса, правила представляют собой моральные нормы, которые служат конкретизацией исходных принципов.

Правило правдивости — это следствие принципа уважения автономии, и, кроме того, просто выражение уважительного отношения к пациенту. Особая важность этого правила состоит в том, что оно является опорой полноценного общения, основой открытых, доверительных отношений врача и пациента, столь необходимых для лечебного процесса. Еще Парацельс в свое время говорил о том, какое огромное значение имеют взаимоотношения врача и пациента для успеха лечения.

Отрицательная формулировка правила правдивости — это запрет обманывать пациента, а также манипулировать им. Следует отметить, что ложь может не только негативно сказаться на отношениях врача и больного, но и, если она регулярно производится медицинскими работниками, нарушает доверие к медицинской профессии вообще со стороны общества.

Но, конечно, правило правдивости — это общее правило, а в жизни, в реальной медицинской практике все часто оказывается гораздо сложнее. Так, трудной проблемой биоэтики является часто возникающая на практике необходимость уберечь пациентов от информации, которая может причинить им вред, нанести психотравму и т.п. Например, может возникнуть необходимость скрыть от больного его настоящий диагноз. Иными словами, врач оказывается вынужден нарушить правило правдивости в интересах самого пациента (согласно принципу непричинения вреда).

В традиционной врачебной этике право врача скрывать от пациента правду получило название врачебной привилегии. Но в современной медицинской этике эта тема является предметом дискуссий.

Существенный ориентир в этом отношении дает Лиссабонская декларация о правах пациентов. Принцип 7, б устанавливает, что в исключитель-

ных случаях информация может быть скрыта от пациента при достаточных основаниях для предположения, что такая информация создаст серьезную угрозу его жизни или здоровью.

Существует множество нюансов в отношении отступлений от правила правдивости. Какие-то из аспектов этой проблемы решаются законодательно. Например, в законодательстве многих стран (включая Россию) имеется право пациента *не знать* правду о своем состоянии, поэтому врач не вправе против воли пациента предоставлять ему соответствующую информацию.

В любом случае, при предоставлении пациенту неблагоприятной информации врачебная этика обязывает делать это в максимально *деликатной форме*.

Важнейшим остается следующее требование: правило правдивости должно быть для врача всегда ведущим в общении с пациентом, а его нарушения всегда должны быть минимальны и оправданы необходимостью.

### Конфиденциальность

О необходимости сохранять врачебную тайну речь идет еще в клятве Гиппократата. Уже в древности был осознан особый статус врача и возникающие из этого моральные обязательства.

Конфиденциальность — это не только обязанность врача, но одновременно право пациента, которое является продолжением базисного права на неприкосновенность частной жизни. Правило конфиденциальности, как и правило правдивости, — основа полноценных доверительных отношений врача и пациента. Это правило выступает также традиционной опорой доверия общества к самой врачебной профессии.

Основная цель этого правила — предотвратить разглашение важных для больного сведений, защитить пациента от негативных последствий доступа к конфиденциальной информации со стороны третьих лиц.

Следует иметь в виду, что при разглашении медицинской тайны пациенту может быть причинен моральный вред, а также могут быть иные негативные исходы. Например, это могут быть такие тяжелые следствия, как дискриминация, социальная изоляция, лишение места работы, распад семьи, насилие со стороны каких-либо лиц и др. Поэтому пациенты обычно очень болезненно реагируют на разглашение медицинской тайны врачами или другими медицинскими работниками. Отсюда следует, что соблюдению медицинской тайны врач и другие медицинские работники должны придавать особое значение в своей работе.

Предмет конфиденциальности определяется достаточно широко. Это, как правило, уже сам факт обращения (или необращения) за медицинской помощью. Это, далее, сведения о диагнозе, прогнозе, состоянии здоровья, методах диагностики и лечения и т.п. Кроме того, конфиденциальной считается также информация *немедицинского* характера, а именно — информация о частной жизни пациента, которая стала известна медицинским работникам в ходе выполнения ими своих профессиональных обязанностей.

Исключения из правила конфиденциальности строго регламентируются законом и связаны обычно с объективными обстоятельствами (защита интересов государства, третьих лиц, угроза общественной безопасности, экстраординарные ситуации и т.п.). Хотя, конечно, возможны и иные, довольно сложные и деликатные ситуации, когда готовых решений нет, и врачу приходится действовать, исходя из велений долга и совести.

### Информированное согласие

Правило информированного согласия является производным из принципа уважения автономии пациента, о чем говорилось выше. Информированное согласие считается одним из важнейших требований современной биомедицинской этики, ему посвящена масса литературы и дискуссий.

Информированное согласие — необходимое предварительное условие для проведения медицинского вмешательства. Вкратце его содержание состоит в том, что перед проведением медицинского вмешательства врач должен сообщить пациенту все необходимые сведения, которые позволили бы пациенту самостоятельно и рационально принять соответствующее решение (выразить согласие или отказ); последующее вмешательство проводится только с согласия пациента.

Главная цель информированного согласия — обеспечить пациента всей необходимой информацией для его самоопределения (автономного решения) по поводу того или иного медицинского воздействия. Правило информированного согласия служит также механизмом защиты пациента от нарушений его прав, злоупотребления его ситуацией, действий медицинских работников против его интересов.

Важнейшими требованиями для полноценного соблюдения данного правила являются *свободное*, без принуждений, принятие пациентом решения после получения необходимой информации, а также достаточная степень *понимания* этой информации (для чего пациент имеет право на получение сведений в доступной для него форме, ответов на все возникающие у него вопросы и т.п.).

При получении информированного согласия врач обязан сообщить пациенту довольно широкий объем сведений, куда входят информация о целях данного вмешательства, ожидаемой пользе, условиях, необходимых для выполнения вмешательства, возможных рисках, связанных с данной процедурой, и о других негативных эффектах (боль, дискомфорт, отдаленные последствия и т.п.), альтернативах данному вмешательству и др.

Исключения из этого правила разрешаются только в вынужденных обстоятельствах и по особым причинам. Как правило, в развитых странах эти исключения четко регулируются законом.

Для того чтобы пациент мог адекватно воспользоваться своим правом на информированное согласие, он должен обладать соответствующей *способностью* воспринимать информацию и принимать решения. Эта способность обозначается в медицинской этике специальным термином «компетентность». В случае некомпетентности пациента (например, он находится без сознания, либо по иной причине) решение за него принимает назначен-

ный в законном порядке его законный представитель. Это так называемый случай суррогатного информированного согласия. Как правило, законодательство развитых стран довольно детально регулирует все эти процедуры.

Тем не менее в литературе продолжают дискуссии на тему информированного согласия (о стандартах информирования, формах, особых случаях, практических трудностях, способах оценки компетентности пациента и т.п.). Правило информированного согласия остается одной из наиболее активно обсуждаемых и развивающихся тем современной биомедицинской этики. К проблеме информированного согласия мы вернемся в следующей главе.

## Практикум

### Контрольные вопросы

1. Каковы основные принципы врачебной этики Гиппократова?
2. Как повлияла христианская религия на ценности врачевания?
3. В чем состоит вклад Парацельса в развитие врачебной этики?
4. Каковы основные причины формирования новой области знаний — биоэтики?
5. Каковы основные принципы биоэтики (по Бичампу — Чилдресу)?
6. Каковы основные правила биоэтики (по Бичампу — Чилдресу)?
7. Что означает понятие «качество жизни» в медицине?

### Задания

1. Проясните смысл и соотношение понятий «биоэтика», «биомедицинская этика», «медицинская этика».

2. Укажите достоинства и недостатки утилитаризма как одного из основных теоретических подходов биоэтики.

3. Объясните, почему принципализм Бичампа — Чилдреса завоевал широкую популярность и стал одним из ведущих направлений в дальнейшем развитии биоэтики.

4. Подумайте, какие недостатки предшествующих биоэтических концепций стремится исправить так называемая этика добродетелей.

5. Охарактеризуйте основные черты биоэтики как социального института.

6. Объясните, почему недостаточно лишь правовой регуляции деятельности медицинских работников, зачем необходима также этическая регуляция. Чем, по вашему мнению, отличается правовая регуляция общественной деятельности от регуляции нормами морали.

7. В чем, на ваш взгляд, состоят этические проблемы измерения качества жизни, связанного со здоровьем.

8. Изучите текст клятвы Гиппократова<sup>1</sup>. После работы над текстом ответьте на следующие вопросы.

• Какие основные этические проблемы врачебной деятельности упоминаются в этом тексте? Перечислите их.

---

<sup>1</sup> См., например: Биомедицинская этика в документах. Минск, 2008. С. 3.

- Как вы считаете, насколько клятва Гиппократа отвечает реалиям современной медицинской практики? Обоснуйте свой ответ.
- Что означает фраза «Я ни в коем случае не буду делать сечения у страдающих каменной болезнью, предоставив это людям, занимающимся этим делом?» Какой этический принцип стоит за этой фразой (поскольку ясно, что это моральное требование имеет более широкий смысл)?

9. Изучите Нюрнбергский кодекс<sup>1</sup>, после изучения ответьте на следующие вопросы.

- Как можно сформулировать кратко основные принципы, изложенные в документе (по пунктам)?
- Как можно кратко изложить ключевые составляющие принципа добровольного информированного согласия, изложенные в документе? Проанализируйте их.
- Разрешает ли Кодекс проведение произвольных экспериментов, не ставящих каких-то особых научных целей?
- Разрешает ли Кодекс исследователям проведение опасных экспериментов на самих себе?
- «Ожидаемые данные должны оправдывать проведение эксперимента», — говорится в Кодексе. Но каким образом мы можем обосновать этот тезис, на чем должны базироваться эти ожидаемые данные?

10. Одна из упрощенных формулировок категорического императива Канта имеет следующий вид: «Поступай всегда так, чтобы твой поступок мог служить в качестве закона для всех». Приведите примеры таких поступков в ежедневной практике врача.

11. Определите, к какому уровню морального рассуждения (по Бичампу — Чилдресу) относятся следующие суждения.

1. Благо пациента — закон для врача.
2. Лабораторное животное необходимо обезболить перед проведением операции.
3. Врачу нужно с уважением относиться к родственникам и близким больного.
4. Животные тоже чувствуют боль, поэтому нельзя причинять лабораторным животным страданий, которых можно избежать.
5. Каждая человеческая жизнь самоценна.

## Кейсы

**1. Перспективы развития биоэтики. Афроамериканская биоэтика.** В 80-е гг. XX в. в США был создан проект «Афроамериканские перспективы биомедицинской этики», в рамках которого предполагалось широкое проведение дискуссий о том, возможна ли особая афроамериканская биомедицинская этика (и если да, то как она должна выглядеть). В ходе обсуждений было высказано множество противоречивых точек зрения по этому поводу.

В частности, были утвердительные ответы, связанные, например, с тем фактом, что в США существует значительное расовое неравенство, в том числе и в системе здравоохранения. Имеют место неравный доступ к медицинским благам, качественному уровню жизни и охране здоровья, недостаточный доступ темнокожих к возможности работать врачом и др. Поэтому афроамериканская биоэтика должна отражать эти проблемы в некоей собственной системе этических взглядов.

Но были и аргументы в пользу того мнения, что не может быть какой-то особой афроамериканской биоэтики. Просто речь идет о решении специфических расовых

<sup>1</sup> См., например: Аналитические материалы по проекту «Анализ нормативно-правовой базы в области прав человека в контексте биомедицинских исследований и выработка рекомендаций по ее усовершенствованию». М., 2007. С. 47—49.

проблем США, но они должны обсуждаться в рамках «обычной», единой биоэтики как таковой.

Эти противоречивые результаты дискуссий были отражены в специальном издании<sup>1</sup>.

### *Вопросы и задания к кейсу*

1. Выскажите свое мнение по этому поводу. Возможна ли особая афроамериканская (или иная, например латиноамериканская, азиатская и т.п.) биоэтика? Может ли действительно такая особая биоэтика лучше выразить те или иные специфические моральные проблемы?

2. Как вы считаете, чем поучительна эта история для развития биоэтической дисциплины?

**2. Случай Бэби Кей.** В биоэтике огромную роль играют некоторые яркие, показательные случаи (как правило, сопровождавшиеся судебными разбирательствами), существенно повлиявшие на ее развитие. Их также называют казусами.

В таких ситуациях, которые часто носят некий предельный экстраординарный характер, ярче высвечиваются многие острые моральные проблемы современной медицины и, шире, современного общества. Такие ситуации стали возможны вследствие целого ряда предрасполагающих факторов, прежде всего успехов медицинской науки и технологии, а также ценностных основ современного общества. Случай, о котором пойдет речь, как мы увидим, стал возможен только благодаря возможностям жизнеподдерживающих технологий и отсутствию четких норм (моральных и юридических), которые были бы адекватны для принятия решения в такой пограничной ситуации.

Бэби Кей (Baby K., или Стефания Кин) родилась в американской больнице (штат Вирджиния) в 1992 г. с диагнозом «анэнцефалия» (отсутствие головного мозга). Это крайне тяжелая врожденная патология, при которой у новорожденного отсутствует почти весь мозг. Около половины детей с таким состоянием рождаются мертвыми, остальные живут крайне мало, однако Стефания смогла прожить больше двух лет. Мать была предупреждена о состоянии плода еще во время беременности (патология плода была установлена на основании данных УЗИ). Однако мать Стефании отказалась прерывать беременность. Она ответила врачам, что, по заповедям христианской веры, любая жизнь имеет высшую ценность и должна быть защищена.

После рождения у Стефании периодически возникала остановка дыхания, и мать настаивала на подключении девочки к аппарату искусственного дыхания. В течение шести недель Стефания находилась в больнице, и ее жизнь поддерживалась искусственной вентиляцией легких. Врачи настоятельно рекомендовали матери оформить процедуру отказа от поддержания жизни на том основании, что медицинская помощь здесь бесполезна. Однако мать каждый раз решительно противилась.

После отключения от аппарата искусственной вентиляции мать поместила девочку в специальное учреждение по уходу за детьми, однако девочку вновь неоднократно направляли в больницу с нарушениями дыхания. В итоге больница затеяла судебное разбирательство, чтобы на законных основаниях отказать в дальнейшем поддержании жизни Стефании.

Судебное разбирательство оказалось очень сложным. Мать защищала собственную позицию своими религиозными убеждениями и тем, что человеческая жизнь — высшая ценность. Окружной суд Восточного округа штата Вирджиния принял решение, что необходимо продолжать мероприятия по искусственному жизнеобеспечению всякий раз, когда в этом будет необходимость, ссылаясь на имеющийся Акт о скорой медицинской помощи и помощи при родах. Тем самым суд посчитал,

---

<sup>1</sup> См.: African-American Perspectives on Biomedical Ethics / ed. by H. E. Flack, E. D. Pellegrino. Washington, DC : Georgetown University Press, 1992.

что данный случай подпадает под понятие скорой помощи (не вдаваясь в моральные аспекты этого дела).

Позже Апелляционный суд четвертого округа США подтвердил это решение и, более того, установил, что во всех случаях необходимости скорой помощи ее следует оказывать до стабилизации состояния пациента, независимо от того, насколько долго это потребуется.

В 1995 г. Стефания умерла в той же больнице, где получала постоянную помощь, от остановки сердца.

Но дискуссии вокруг этого случая не закончились. Был высказан ряд аргументов против такого судебного решения. Один из основных состоял в следующем. Поддержание жизни заведомо обреченного пациента может обойтись обществу очень затратно, причем это будет совершенно бесполезная трата. Самой больнице оказание помощи Стефании стоило примерно 500 тыс. долл. США. За эти же средства можно было помочь другим пациентам, причем с явной пользой. Это поднимает вопрос о справедливом распределении ресурсов в условиях их неизбежной ограниченности (см. параграфы 7.1 и 7.2).

Вообще говоря, случай Бэби К. оказался связан со множеством сложнейших проблем биоэтики: о пределах медицинской помощи, ценности жизни, противоречии между убеждениями родителей и суждением медицинских работников, понятии «бесполезная помощь» и др.

*К обсуждению случая.* Суд в своих рассуждениях стремился руководствоваться чисто медицинским законодательством. Позже многие критики нашли его ошибочным, так как Акт о скорой помощи относится к «нормальным» пациентам, в то время как применять его к случаю анэнцефалии — врожденной патологии, несовместимой с жизнью, — весьма проблематично.

Но главное то, что в этом случае ярко высветились многие моральные проблемы медицины. Прежде всего, в этой ситуации четко видно столкновение двух фундаментальных точек зрения биоэтики, о которых говорилось в гл. 1, — принципов священности жизни и качества жизни.

#### *Вопросы и задания к кейсу*

1. Как принципы священности и качества жизни соотносятся в данном случае? Попробуйте разобраться самостоятельно.
2. Выскажите свое мнение по поводу данного случая.
3. Правильно ли действовали медицинские работники, стремясь прекратить мероприятия по искусственному дыханию?
4. Согласны ли вы с судебным решением? Обоснуйте свою точку зрения.

**3\*. Моральный релятивизм.** Как говорилось в параграфе 1.3, моральный (этический) релятивизм, или разнообразие систем ценностей у разных людей и социальных групп в современном обществе, крайне затрудняет решение этических проблем медицины и является фундаментальным вызовом для биоэтики.

Тем не менее во Всеобщей декларации ЮНЕСКО о биоэтике и правах человека предпринят подход, противостоящий моральному релятивизму.

Приведем цитату — комментарий к Декларации из одного официального документа ЮНЕСКО<sup>1</sup>.

«Однако в Декларации не только устанавливаются цели, но и решительно оспаривается и отвергается превалирующая сегодня моральная теория, известная как конвенциональный, культурный или этический релятивизм. Эта форма этического скептицизма в своих утверждениях выходит далеко за рамки практически никем не подвергаемой сомнению мысли, что различные социальные группы зачастую при-

<sup>1</sup> Образовательная работа с комитетами по биоэтике. ЮНЕСКО, 2007. С. 16—17.

держиваются различных ценностей или этических убеждений. Конвенциональный этический релятивизм утверждает, что нельзя доказать значимость моральных принципов для всех и каждого во всех культурах и обществах, что в этике не существует единого рационального обоснованного метода, а поэтому противоречащие друг другу моральные убеждения в равной мере обоснованы. Другими словами, поиск общего для всех культур и обществ морального основания обречен на неудачу в принципе, поскольку всеобъемлющей системы норм не существует, существует лишь их разнообразие, причем как в секулярном, так и в сакральном мирах.

Иными словами, суть этического релятивизма не сводится к утверждениям, что нет ничего правильного или неправильного, или что некоторые вещи одновременно правильны и неправильны. Этический релятивизм утверждает, что некоторые этические убеждения обоснованы не в большей мере, чем те, которые им противоположны; что противоположные этические убеждения равно обоснованы, даже когда высказываются в отношении одного и того же предмета. Этический релятивизм утверждает, что действия морально правильны в том случае, если общество или культура, в которых они осуществляются, одобряют их, и морально неправильны, если общество или культура их не одобряют.

Декларация ЮНЕСКО, однако, утверждает, что действия могут быть морально правильными и при этом не одобряться обществом или культурой, либо же они могут быть морально неправильными, однако одобряться обществом или культурой».

#### *Вопросы и задания к кейсу*

1. Как вы понимаете тезис, что действия могут быть морально правильными, но при этом не одобряться данным обществом, либо морально неправильными, но, напротив, одобряться данным обществом.
2. Согласны ли вы с данной точкой зрения?
3. Продумайте возможные аргументы «за» и «против» точки зрения, представленной в цитируемом источнике.
4. Вопрос можно вынести на коллективное обсуждение.

## Глава 2

# ВРАЧ И ПАЦИЕНТ: ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ

---

После изучения второй главы студент должен:

**знать**

- этические основы врачебной профессии;
- основные обязанности и права медицинской сестры;
- историю становления прав пациента в международной практике;
- основы российского законодательства о правах пациента;

**уметь**

- раскрыть смысл основных моральных моделей взаимоотношений врача и пациента;
- охарактеризовать моральные особенности работы медицинской сестры;
- применять основные моральные нормы межпрофессиональных взаимоотношений медицинских работников;

**владеть**

- навыками анализа этических проблем, связанных с соблюдением и защитой прав пациентов в конкретных ситуациях практической медицины;
  - основными этико-правовыми принципами взаимодействия с пациентом.
- 

### 2.1. Основные моральные модели взаимоотношений врача и пациента

На современном этапе взаимоотношения врача и больного значительно изменились по сравнению с многовековой традицией. Возможны разные формы отношений «врач — пациент» (причем даже в границах одного правового поля), что зависит от многих конкретных обстоятельств. Эти различия в биомедицинской этике описываются *моделями* отношений «врач — пациент», где под моделью понимается некоторая упрощенная теоретическая система, которая концентрирует в себе наиболее типичные и выпуклые аспекты того или иного явления. Рассмотрим несколько наиболее известных моделей, описывающих моральные аспекты взаимодействия врача и пациента.

#### Патерналистская и непатерналистская модели

Первое, базисное, различие типов отношений врача и пациента — это различие патерналистской и непатерналистской моделей. Одна отражает

традиционный, имеющий многовековую историю, тип отношений, другая — новый, который стал формироваться только во второй половине XX в. Переход от патернализма к непатернализму представляет собой революционное изменение во всей системе отношений «врач — пациент».

---

**Патернализм** (от лат. *pater* — отец) — этическая концепция, рассматривающая врача как главную фигуру во взаимоотношениях с пациентом. Отношения врача и больного являются здесь несимметричными. Подобно отношениям родителя и ребенка, врач в патерналистской системе устанавливает особые *попечительские* отношения над пациентом.

---

Пациент же выступает фигурой несамостоятельной, неспособной принимать полноценные решения относительно своего здоровья и лечения. Задача врача — заботиться о пациенте, защищать его, принимать оптимальные решения в его адрес. Подобно тому как родители лучше ребенка знают, что будет ему полезно, а что вредно, так и врач в патерналистской системе считает себя вправе самостоятельно действовать во благо больного.

Такая система взглядов отражена еще в этических работах школы Гиппократов.

Выделяют также две версии патернализма — сильную и слабую. Сильная предполагает полное доминирование врача в лечебном процессе, при этом пациент не участвует в принятии решений. Врач действует по своему усмотрению во благо больного. «Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением», — говорится в клятве Гиппократов.

Понятие слабого патернализма предложил в 1971 г. Дж. Фейнберг. Слабый патернализм имеет место тогда, когда врач принимает решения за *некомпетентного* больного. Причем такая ситуация часто может иметь временный характер, тогда врач преследует цель по возможности вернуть пациента в состояние компетентности, чтобы далее пациент реализовал свое право на автономию. Примеры — психическая патология (обратимого характера), временная потеря сознания и т.п. Кроме того, слабый патернализм означает вмешательство без согласия пациента с целью *определить его степень компетентности*. Если окажется, что пациент вполне способен принимать рациональные решения, то врач переходит к непатерналистским отношениям.

Патернализм имеет как положительные, так и отрицательные стороны. Он привлекателен тем, что придает облику врача некоторые родительские черты. Пациент в силу своей ситуации страдания как раз нуждается в таком заботливом отношении со стороны медицинского профессионала.

Отрицательные черты патернализма: собственная воля пациента не принимается в расчет, полная зависимость пациента от врача (и от медицинской системы в целом), незащищенность пациента от злоупотреблений со стороны медицинских работников.

Современная этика медицинской помощи в развитых странах — это этика безусловного преобладания **непатерналистских отношений**. Соответственно, международные этические и правовые стандарты поддерживают именно концепцию непатернализма.

---

**Непатернализм** — равенство сторон, партнерское взаимодействие врача и пациента в лечебном процессе. Пациент имеет гарантированные законом права, прежде всего право на автономию (самостоятельное принятие решений).

---

Именно непатернализм (в гораздо большей мере, чем патернализм), оставляет врачу возможность проявить свои лучшие человеческие качества, но при этом ставит заслон возможному произволу врачей и укрепляет позицию пациента. Врач в непатерналистской системе этико-правовых взаимоотношений может (и должен) по-прежнему проявлять заботу о больном, но вместе с тем обязан уважать пациента, воспринимать его как полноценную личность, признавать за ним право самостоятельно принимать решения.

Конечно, чистый патернализм — это некий идеал. На практике врачу часто приходится, действуя во благо больного, выполнять и определенные патерналистские функции. Поэтому речь идет вовсе не о том, что патернализм должен быть полностью изгнан из современной медицины. Наоборот, этическая задача на практике состоит в достижении разумного сочетания патерналистских и непатерналистских элементов в интересах больного, но ведущей моделью остается непатернализм.

### Модель Шаша — Холлендера

Психиатры Томас Шаш и Марк Холлендер в 1956 г. предложили модель (которая приобрела широкую известность), описывающую три возможных типа взаимоотношений врача и пациента<sup>1</sup>:

- 1) активность — пассивность;
- 2) руководство и кооперация;
- 3) партнерство.

Эта модель учитывает разнообразие реальных клинических ситуаций, в которых происходит взаимодействие врача и больного. Авторы подчеркивают, что все три типа равноценны, никакой из них не может считаться лучше или хуже других, и их использование определяется конкретными условиями.

**Активность — пассивность.** Пациент полностью пассивен, врач сам определяет весь ход лечебного процесса и является единственным лицом, принимающим решения. По сути, данная модель означает сильный патернализм. Авторы считают, что она вполне обычна, например, в неотложной медицине или педиатрической практике.

**Руководство — кооперация.** Врач инструктирует пациента, что тому следует делать, а пациент выполняет назначения и распоряжения врача. Следует обратить внимание, что здесь пациент вполне компетентен, но добровольно отдает себя в руки врача, признает за ним право решать самостоятельно. Типичная клиническая ситуация, в которой реализуется такой тип отношений — это острый инфекционный процесс, который лечится в госпитальных условиях.

---

<sup>1</sup> См.: Szasz T. S., Hollender M. H. The basic models of the doctor-patient relationship // Archives of Internal Medicine. 1956. Vol. 97. P. 585–592.

**Партнерство.** Здесь роль врача сводится к экспертно-консультативной помощи, в то время как пациент в значительной мере самостоятелен, поскольку его состояние не предполагает сильной зависимости от врача. Доктор, скорее, содействует пациенту в том, чтобы тот смог помочь самому себе. Например, пациент получает от врача рекомендации по лечебной программе и образу жизни. Типичная клиническая ситуация — хроническое заболевание (к примеру, сахарный диабет) (рис. 2.1).



Рис. 2.1. Модель Т. Шаша — М. Холлендера

Таким образом, модель Шаша — Холлендера показывает, что в медицинской практике крайне важно выбрать правильный подход для данного пациента и его состояния. Действительно, клинические ситуации разнообразны, и доля собственного участия пациента в лечении варьирует. В связи с различиями в степени зависимости пациента от врача возникает своеобразный континуум отношений — от более патерналистских к более равноправным.

Иными словами, эта модель демонстрирует то, о чем мы говорили выше, — в медицинской практике во многих случаях необходимо разумное сочетание патерналистских элементов с непатерналистскими.

Кроме того, модели, отражающие взаимоотношения врача и пациента, должны быть достаточно гибкими, отражать многообразие конкретных практических ситуаций, а также динамику изменения отношений врача и пациента, в том числе в отношении одного и того же больного в связи с изменением его состояния.

### Модель Р. Витча

Широкую известность приобрела концепция американского специалиста по биоэтике Роберта Витча, разработанная им в 70-е гг. XX в.<sup>1</sup> Витч выделяет следующие четыре базовых модели взаимоотношений врача и пациента:

- пасторская (сакральная);
- инженерная (техническая);
- коллегиальная;
- контрактная (договорная).

**Модель пасторского типа.** Эта модель патерналистская по своей сути, где врач полностью решает за пациента. При этом врач имеет моральную обязанность защищать больного и действовать в его наилучших интересах.

<sup>1</sup> См.: Витч Р. Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений // Вопросы философии. 1994. № 3. С. 67–72.

**Модель инженерного типа.** Здесь врач выступает в роли ученого, эксперта по данной научно-практической проблеме; он должен опираться только на факты и применять беспристрастный, объективный подход. В этой модели собственно моральная сторона взаимодействия врача и больного представлена крайне слабо. Для модели инженерного типа характерен взгляд на пациента как на биологическую машину. Следует отметить, что такая модель отношений действительно распространена в современной высокотехнологичной медицине.

**Модель коллегиального типа.** Врач и пациент выступают как коллеги или соратники, вместе преследующие общую цель. Их отношения базируются на равенстве сторон, взаимном доверии и конфиденциальности, т.е. наблюдается полная гармония отношений, наиболее способствующая лечебному процессу.

**Модель контрактного типа.** Для нее характерно соблюдение определенных правил взаимодействия, когда обе стороны осознают свои обязанности и выгоды. Хотя интересы обеих сторон могут не совпадать (а так и случается во многих случаях), все же выполнение базисных правил позволяет каждой стороне достичь своих целей и соблюсти интересы в некоторой разумной и достижимой степени. Если участники понимают, что не стоит дальше продолжать их взаимодействие (из-за расхождения во взглядах, затруднения взаимопонимания, недовольства и т.п.), то они могут прекратить контракт вполне цивилизованным путем.

В контрактной модели обе стороны сохраняют контроль над ситуацией в течение всего процесса взаимодействия. Следует понимать, что в данном случае контракт (или договор) понимается не столько в юридическом смысле (хотя возможны и настоящие договорные отношения), сколько как метафора, которая помогает лучше выразить смысл этого типа взаимодействий.

Р. Витч полагает, что именно модель контрактного типа преодолевает недостатки предыдущих моделей и позволяет в наилучшей степени защитить ценности и автономию личности.

Что касается других трех моделей, то они имеют больше изъянов. В модели технического типа мы видим обезличивание взаимоотношений, устранение вообще моральной стороны взаимодействия врача и пациента. Модель пасторского типа ведет к потере автономии со стороны пациента. Наконец, коллегиальная модель при всей ее привлекательности представляет собой некий нереалистичный, практически недостижимый идеал.

### Модель Э. и Л. Эмануэл

В 1992 г. врачи Э. и Л. Эмануэл предложили свою теорию взаимоотношений врача и пациента, которая отражает разные варианты влияния врача на больного, а также различные роли, которые выполняет врач в лечебном процессе<sup>1</sup>. Эта теория включает четыре модели:

- патерналистскую;

---

<sup>1</sup> См.: Emanuel E. J., Emanuel L. L. Four models of the physician-patient relationship // Journal of the American Medical Association. 1992. Vol. 267 (16). P. 2221–2226.

- информирования;
- интерпретации;
- совещательную.

**Патерналистская модель** — врач действует совершенно самостоятельно во благо пациента.

**Модель информирования** — эта модель представляет собой противоположный полюс. Здесь роль врача ограничена информационными функциями — он предоставляет пациенту необходимую информацию, а пациент сам формулирует свои цели и делает выборы. Но, как замечают авторы, такой тип отношений мало соответствует действительности, поскольку из-за разницы в знаниях и опыте врач должен не только предоставлять информацию, но также консультировать и обучать пациента.

Следующие две модели находятся где-то посередине относительно двух предыдущих полюсов.

**Модель интерпретации** — здесь жизнь пациента предстает как некая уникальная история, которую необходимо интерпретировать, чтобы извлечь из нее смыслы, необходимые для наилучшего лечения. Здесь врач не только выступает поставщиком информации, но также интерпретирует жизненную историю пациента, а также сведения о возможных целях, методах действий и рисках в данной ситуации. В итоге врач играет роль консультанта для пациента, помогая больному достичь лучшего самопонимания.

**Совещательная модель** — врач, снабжая пациента нужной информацией, выступает одновременно как учитель и друг пациента, помогает больному выбрать наилучшие варианты действий, в максимальной степени отвечающие ценностям пациента, который имеет возможность выбрать то или иное медицинское вмешательство путем подробного обсуждения с врачом всех необходимых вопросов.

### **Сестринский уход: модели взаимоотношений «сестра — пациент»**

Существуют также модели, описывающие отношения медицинской сестры и пациента. Одну из первых, посвященных этой проблеме, предложила в 1980 г. Шерри Смит<sup>1</sup>. Эта модель включает следующие три варианта взаимодействия.

**Сестра, заменяющая мать** (*surrogate mater*) — сестра осознает свои высокие моральные обязательства по наилучшей защите интересов пациента. Она несет ответственность за благополучие пациента, его состояние здоровья, даже за выживание и сохранение жизни. При этом пациент в значительной степени несамостоятелен.

Такой тип поведения встречается особенно часто при уходе за тяжелыми пациентами, пациентами с ограниченными возможностями, недееспособными людьми и т.п., когда медицинская сестра в буквальном смысле слова поддерживает жизнь и здоровье человека, обеспечивая его необходимым сестринским уходом.

<sup>1</sup> См.: *Smith Sh.* Tree Models of the Nurse-Patient Relationship // *Nursing: Images and Ideals* / ed. by S. Gadow, S. Spicker. N. Y. : Springer, 1980. P. 176–188.

**Техническая модель** — роль сестры ограничивается выполнением тех или иных технических навыков и предоставлением необходимых сведений больному, в зависимости от его нужд (например, это типично для процедурной медсестры медицинского учреждения).

**Контрактная клиническая модель** — пациент самостоятельно определяет свои цели и наилучшие интересы; ответственность сестры состоит только в том, чтобы соблюдать права пациента и обеспечивать реализацию тех решений, которые он принимает.

## 2.2. Права пациента

### Понятие и история прав пациента

Важнейшим понятием в медицинской этике, а также в законодательстве в области медицины являются права пациента.

Понятие прав и свобод пациента представляет собой приложение более фундаментального понятия прав и свобод человека к ситуации медицинской помощи.

---

**Права пациента** — это законодательно установленные возможности для лица, получающего медицинскую помощь.

---

Права пациента следует отличать от понятия «права граждан на охрану здоровья» — права пациента имеют более узкий смысл. Это права, возникающие в самом процессе оказания медицинской помощи либо решающим образом влияющие на весь его контекст. В совокупности права пациента обрисовывают общие рамки его ситуации и поведения, а также накладывают определенные обязательства на тех, кто оказывает больному медицинскую помощь.

**Уважение к правам человека** — не только требование медицинской этики, но и важнейшая составляющая общечеловеческой нравственности. Права пациента появились в общественной практике не случайно: они аккумулировали в себе длительную эволюцию культуры и медицины, утверждение ценностей свободы и достоинства человека, принципы неприкосновенности и автономии личности.

Движение за права пациентов берет свое начало с 70-х гг. XX в. В разных странах оно начиналось по-разному, но лидером в этом процессе выступили США. В 1972 г. Американская ассоциация больниц приняла Билль о правах больных (*Patient Bill of Rights*), в котором, кстати, было установлено фундаментальное право пациента — право на информированное добровольное согласие, а также ряд других, теперь общепризнанных, прав. Следует заметить, что инициатором движения за права пациентов в США выступили администрации больниц, хотя это было вызвано разными причинами (в том числе под давлением пациентов и их родственников). И начиная с 1974 г. ряд штатов начинают принимать у себя нормативные акты о правах пациента.

Важнейшим международным документом, посвященным правам пациента, явилась Лиссабонская декларация ВМА 1981 г. В ней был введен перечень прав пациента, который лег в основу национального законодательства многих стран. Развитие прав пациента — это часть общего демократического, правозащитного и социально-культурного движения за признание и защиту прав человека. К настоящему моменту это движение крепнет; в том числе все активнее действуют такие мощные силы, как объединения пациентов.

Такие организации выступают в роли институциональных посредников между широкими кругами пациентов, медицинским сообществом, властями. Они защищают права пациента и потребителя, вступают в организованные взаимоотношения с институтом медицины, отстаивают свои интересы в представительных органах, создают слаженные группы давления. В некоторых европейских странах ассоциации пациентов привлекались к участию в законодательной работе. Таким образом, общество (в том числе в лице заинтересованных групп) становится инициативной и влиятельной силой, влияющей на систему здравоохранения.

Тем не менее остается много проблем с соблюдением прав пациентов даже в развитых странах.

Нарушение прав пациентов продолжает оставаться проблемой даже в развитых странах. В 2007 г. Национальный институт прав пациентов США (NIPR — *National Institute for Patient Rights*) с помощью случайной выборки провел опрос более 1000 пациентов<sup>1</sup>. Топ-десятку наиболее частых нарушений прав пациентов в американских госпиталях составили нарушения следующих прав:

- 1) права на информированное добровольное согласие при принятии лечения или отказе от него;
- 2) уважения личных, духовных, культурных, религиозных ценностей и убеждений пациента;
- 3) права на распоряжения заранее (*advanced directive*) для получения медицинской помощи;
- 4) права на конфиденциальность и приватность;
- 5) права на информацию о реалистичных альтернативах медицинской помощи, когда помощь в госпитале уже не подходит;
- 6) права ознакомиться с больничной историей болезни, получить разъяснения по этой информации, сделать копию истории болезни;
- 7) права получить информацию о системе оплаты за медицинские услуги в госпитале;
- 8) права получить информацию о таких возможностях в госпитале, как обращение с жалобой, работа этического комитета и т.п.;
- 9) права получить информацию о медицинском работнике, оказывающем медицинскую помощь, в том числе о его профессиональном статусе;
- 10) права знакомиться с медицинскими записями о здоровье пациента и на получение отчета о предоставлении медицинской информации.

### **Российское законодательство о правах пациента**

В нашей стране права пациента установлены Федеральным законом РФ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Этот закон заменил прежний аналогичный акт,

<sup>1</sup> URL: <http://bioethicsdiscussion.blogspot.ru/2007/07/i-hate-hospitals.html>.

действовавший с 1993 г. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» является базовым юридическим документом, определяющим правовые основы здравоохранения (в том числе права пациента). Он имеет высшую юридическую силу по сравнению с другими законами или иными нормативными актами РФ. Нормы об охране здоровья, содержащиеся в других федеральных законах, иных нормативных актах РФ, не должны ему противоречить; в случае же несоответствия норм, применяются нормы настоящего Федерального закона (п. 2, 3 ст. 3 Закона).

В указанном Законе дано определение понятия «пациент» — это «физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния» (п. 9 ст. 2 Закона).

Важнейшим принципом в отношении защиты прав и интересов пациента является *приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи* (ст. 6 Закона).

В частности, этот принцип реализуется путем «соблюдения этических и моральных норм, а также уважительного и гуманного отношения со стороны медицинских работников и иных работников медицинской организации» (п. 1 ст. 2 Закона). Тем самым определено принципиальное значение *медицинской этики* в системе медицинской помощи. Таким образом, соблюдение этических и моральных норм является не только моральной обязанностью медицинских работников, но и требованием закона.

Кроме того, приоритет интересов пациента реализуется посредством «оказания медицинской помощи пациенту с учетом его физического состояния и с соблюдением по возможности культурных и религиозных традиций пациента» (п. 2 ст. 2 Закона).

Эта норма говорит о необходимости *индивидуального подхода*, в том числе не только в медицинском смысле, но и в более широком, социально-культурном контексте, учитывая особенности данного пациента как личности.

Перечень прав пациента введен в п. 5 ст. 19 Закона, согласно которому пациент имеет право:

- «1) на выбор врача и выбор медицинской организации в соответствии с настоящим Федеральным законом;
- 2) профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- 3) получение консультаций врачей-специалистов;
- 4) облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами;
- 5) получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;
- 6) получение лечебного питания в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях;
- 7) защиту сведений, составляющих врачебную тайну;
- 8) отказ от медицинского вмешательства;

9) возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи;

10) допуск к нему адвоката или законного представителя для защиты его прав;

11) допуск к нему священнослужителя, а в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях — на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, проведение которых возможно в стационарных условиях, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок медицинской организации».

Такое фундаментальное право пациента, как право на добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство, не указано в данном перечне. Однако этому праву, а также праву на отказ пациента от медицинского вмешательства, посвящена отдельно следующая статья Закона — ст. 20.

### Классификация прав пациента

Одна из возможных классификаций прав пациента состоит в следующем. Права пациента (конечно, с определенной долей условности) можно разделить на три группы: основные, дополнительные (факультативные), предпосылочные (контекстные)<sup>1</sup>.

**Права первой группы** с необходимостью включены в сам процесс оказания медицинской помощи пациенту. Обязанность обеспечить их выполнение возложена на лиц, непосредственно оказывающих медицинскую помощь (или участвующих в этом).

Права первой группы реализуются в ходе взаимодействия пациента и медицинских работников. Особое значение среди них имеют следующие три права:

- право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
- право на отказ от медицинского вмешательства;
- право на получение информации о своем состоянии здоровья.

Эти права оказывают прямое влияние на принятие пациентом решений по поводу своего лечения (т.е. на самоопределение пациента).

В эту же группу входят право на врачебную тайну и право на получение информации о своих правах и обязанностях; их реализация тоже обеспечивается медицинскими работниками в ходе взаимодействия с пациентом.

**Права второй группы** вводят дополнительные возможности для пациента, которые могут понадобиться, а могут и не понадобиться в ходе получения медицинской помощи. Они, как правило, связаны с сопутствующими аспектами, относящимися к личной ситуации пациента, и носят, таким образом, факультативный, вспомогательный характер. Впрочем, это отнюдь не означает, что они менее важны, чем права первой группы. На самом деле их реализация может зачастую иметь жизненно важное значение для пациента.

<sup>1</sup> См.: Ушаков Е. В. Ребенок и медицина: правовые вопросы. М., 2004. С. 93.

К правам второй группы можно отнести следующие:

- право на облегчение боли;
- право на получение консультаций врачей-специалистов;
- право на допуск адвоката или законного представителя пациента для защиты его прав;
- право на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;
- право на допуск священнослужителя и на предоставление условий для отправления религиозных обрядов.

**Права третьей группы** связаны с системной организацией медицинского обслуживания и носят предпосылочный характер. Они в некотором смысле представляют собой окружающий медицинскую помощь организационный и институциональный контекст, должны быть гарантированы всем гражданам еще до того, как пациент обратится за получением помощи в конкретное медицинское учреждение. Они имеют рамочное значение для взаимодействия врача и пациента, так как и врач, и больной знают о них и принимают их в расчет (что влияет на контекст взаимоотношений врача и пациента).

Смысл третьей группы прав состоит в том, что она обеспечивает определенный уровень защищенности пациента: права данной группы препятствуют такому положению дел, когда больной мог бы оказаться в ненадлежащих условиях для лечения и не имел бы возможности никак изменить эту ситуацию. К правам третьей группы относятся:

- право на выбор врача и медицинской организации;
- право на нахождение в медицинской организации в надлежащих санитарно-гигиенических условиях;
- право на возмещение ущерба в случае причинения вреда здоровью при оказании медицинской помощи.

Право на возмещение ущерба следует относить не к факультативным, а к предпосылочным правам по той причине, что гарантии его реализации должны быть обеспечены до получения медицинской помощи соответствующими институциональными условиями: законодательной поддержкой, наличием правоприменительной практики (прежде всего, практики судебных решений), функционированием медицинской экспертизы, работой страховых организаций и др., а также разработанными процедурами в данной медицинской организации для действий в ситуации причинения вреда пациенту.

Следует отметить, что право на получение лечебного питания для стационарных больных, тоже попавшее в список прав пациента в российском законодательстве, относится, скорее, к правам социального обеспечения и носит несколько случайный характер в общей картине прав пациента.

## **Информированное добровольное согласие пациента**

Информированное добровольное согласие (ИДС) является необходимым предварительным условием медицинского вмешательства. Согласно п. 1 ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Феде-

рации», пациенту должна быть предоставлена полная информация о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ней риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Для того чтобы структурировать процесс получения ИДС (что важно для практических нужд), следует выделить его основные элементы, к которым можно отнести следующие:

- 1) в чем состоит сущность (смысл) предлагаемого вмешательства или принимаемого пациентом решения (что представляет собой данный метод, его особенности и т.п.);
- 2) ожидаемая польза, а также риски и неопределенности, связанные с вмешательством;
- 3) имеющиеся разумные альтернативы предлагаемому вмешательству (рис. 2.2).

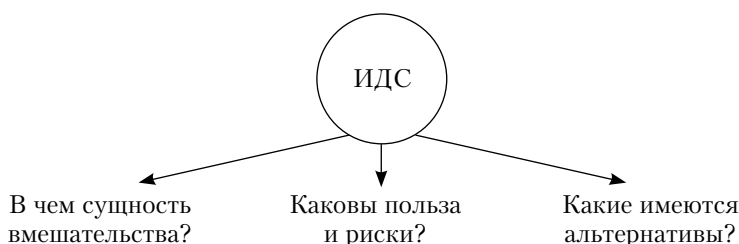


Рис. 2.2. Основные компоненты информирования в процедуре ИДС

Помимо этих основных компонентов информирования, разумеется, могут понадобиться и дополнительные сведения, важные для понимания пациентом конкретной ситуации и осознанного принятия решения.

Для полноценного выполнения процедуры ИДС необходимо также добиться понимания пациентом предоставленной ему информации. Это означает, что информацию нужно подать в доступной для пациента форме, по возможности избегая использования профессиональных терминов.

После выполнения процедуры ИДС пациент принимает решение — положительное либо отрицательное. В случае отказа от медицинского вмешательства, как устанавливает п. 4 ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», пациенту (тоже в *доступной форме*) должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа.

В праве на информированное добровольное согласие имеется второй важнейший элемент (помимо предоставления информации) — *добровольность*. Исключения из этого правила четко определены законом. По ст. 9 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», медицинское вмешательство без согласия пациента допускается:

- 1) если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители пациента;
- 2) в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;

3) в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами;

4) в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления);

5) при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы.

Важный вопрос, имеющий практическое значение, состоит в следующем: «Как определить тот уровень информирования пациента, который был бы достаточным для автономного и вполне разумного принятия решения?» В зарубежной литературе сложилось три основных подхода в отношении этой проблемы, или три стандарта информирования.

1. *Стандарт благоразумного врача* (или профессиональный стандарт). Уровень информирования определяется ответом на вопрос: «Что бы сообщил типичный врач по поводу данного вмешательства?» Смысл этого стандарта состоит в ориентации на некую условную общепринятую практику информирования о данном виде медицинского вмешательства. Однако этот стандарт критикуют за то, что он больше соответствует представлениям медицинского сообщества, чем потребностям пациента.

2. *Стандарт благоразумного пациента*. Он отвечает на вопрос: «Что требуется типичному пациенту для принятия осознанного информированного решения?» Здесь мы видим ориентацию на некоего усредненного пациента, которому нужна информация для принятия решения в данной ситуации. Недостаток этого подхода — неопределенность понятия «типичный пациент», поскольку пациенты сильно отличаются друг от друга по многим параметрам (и, соответственно, по тому уровню информации, которая им может потребоваться).

3. *Субъективный стандарт*. Отвечает на вопрос: «Что требуется данному конкретному пациенту для принятия осознанного информированного решения?» В данном случае информация предоставляется исходя из индивидуальных нужд больного.

Многие авторы полагают, что наиболее адекватным с точки зрения практики является второй подход (в США он даже официально принят в штате Вашингтон). Конечно, третий подход является идеалом с этической точки зрения, но, к сожалению, он не всегда применим в реальных условиях (когда много пациентов, мало времени и т.п.), так как требует достаточно много стараний и времени от врача. Но, по крайней мере, к нему должен стремиться по мере возможности каждый врач.

## Представители пациента. Суррогатное решение

**Представитель пациента** — чрезвычайно важное понятие в современной медицинской практике. Представитель пациента становится ключевой фигурой в тех ситуациях, когда больной по тем или иным причинам не может или не имеет права самостоятельно выражать свою волю (несовершеннолетний возраст, недееспособность, расстройства сознания, общее тяжелое состояние пациента и т.п.). В этом случае на представителя пациента ложится обязанность компетентно представлять интересы своего по-

допечного, наилучшим образом принимать решения в его пользу, а также отстаивать и защищать его права.

В развитых странах назначение представителя пациента практикуется достаточно широко, что связано с усиленным вниманием общества к соблюдению прав пациента, а также достаточно пунктуальным регулированием различных аспектов оказания медицинской помощи.

Кто может быть законным представителем?

Для несовершеннолетних и недееспособных пациентов по закону предусмотрено так называемое обязательное представительство. Для несовершеннолетних — это родители либо лица, их заменяющие, для недееспособных — опекуны.

Для дееспособного совершеннолетнего пациента назначение его представителя происходит *по воле самого гражданина*. Это называют добровольным представительством. В отечественной медицинской практике этот случай обычно обозначают термином «доверенное лицо пациента». Доверенное лицо может быть назначено не обязательно из числа ближайших родственников больного (хотя на практике так и происходит чаще всего). Закон разрешает назначение доверенным лицом практически любого дееспособного гражданина. Например, для одинокого пациента его доверенным лицом может выступить его сосед или социальный работник.

Если клиническое состояние пациента становится тяжелым (или с высокой вероятностью может стать таковым), то лечащему врачу настоятельно рекомендуется самому как можно раньше побеспокоиться насчет назначения представителя пациента. Для этого лечащий врач должен выяснить, кому пациент доверяет, и посоветовать ему назначить своего законного представителя.

Кроме того, пациент имеет возможность заранее распорядиться и по поводу того, как ему следует оказывать помощь, если в дальнейшем из-за своего состояния он сам не сможет принимать решение.

В развитых странах широко принята особая практика, называемая «распоряжения на будущее», или «распоряжения заранее» (*advance directives*). Она состоит в том, что больной заблаговременно формулирует и подписывает письменные указания насчет того, как лечить его при наступлении критического состояния (например, он может заранее отказаться от искусственной поддержки жизненных функций), или (и) по поводу того, кто будет его представителем и получит право принимать решения от имени пациента.

Практика распоряжений на будущее узаконена в некоторых государствах. К примеру, в США в 1991 г. был принят Акт о самоопределении пациентов, согласно которому медицинское учреждение *обязано* проинформировать пациента о его праве выразить свои распоряжения на будущее. В Великобритании указания на будущее имеют законную силу в случае, если они были изложены пациентом как ясные инструкции. В связи с растущей сложностью процессов медицинской помощи практика самоопределения пациента в отношении его будущего лечения станет, как считают многие специалисты, важнейшим способом регулирования проблем принятия решений в трудных ситуациях. В нашей стране практика заблаговре-

менных распоряжений тоже могла бы оказаться очень полезной, но пока действующее законодательство внятно ее не отрегулировало.

Решение, принимаемое за некомпетентного пациента его законным представителем, называется **суррогатным решением**. В этом случае право информированного согласия возлагается уже на законного представителя, и медицинские работники должны информировать его согласно всем требованиям этики и закона. При этом законный представитель имеет моральную *обязанность* действовать в защиту наилучших интересов своего подопечного.

Если же законный представитель принимает решения не в лучших интересах больного (или даже создает прямую угрозу причинения вреда), то во многих странах (в том числе в Российской Федерации) в этой ситуации есть установленное законом право медицинского учреждения оспорить действия представителя пациента в судебном порядке.

### 2.3. Права и обязанности врачей

Медицинская этика как часть биоэтики изучает и разрабатывает моральные основы поведения медицинских работников в сфере их профессиональной деятельности. Имеется также более прикладной раздел медико-этического знания, который занимается более конкретными и специализированными аспектами профессионального поведения медицинских работников, их обязанностями в той или иной области медицины. Он называется медицинской деонтологией. Например, различают деонтологию хирургическую, педиатрическую, стоматологическую и т.п. Термин «деонтология» предложил в XIX в. И. Бентам для обозначения теории нравственности.

Врачебная профессия занимает особое положение по причине своей высокой значимости в обществе. Поэтому она традиционно имеет и высокие моральные обязательства. С развитием медицинской науки и практики, а также общим развитием (ростом уровня жизни, достижений науки и технологии, повышением уровня общественных потребностей и запросов и т.п.) моральные обязательства медицинской профессии становятся все обширнее и сложнее.

Основные моральные обязанности врачей можно (конечно, со значительной долей условности) разделить на следующие группы: врач и общество, врач и пациент, коллегиальность врачей (т.е. отношения врачей друг к другу и, шире, взаимоотношения внутри медицинских профессий в целом). Как правило, эти группы выделены во многих этических кодексах.

Кроме того, следует еще добавить отдельную группу общих обязанностей, или обязанностей врача по отношению к врачебной профессии.

#### Обязанности по отношению к врачебной профессии

Смысл этой группы обязанностей состоит в поддержании высокого уровня медицинской профессии в целом. Это необходимо и для наилуч-

шего выполнения других обязанностей, и по причине высокого социального статуса медицинской профессии: общество традиционно связывает с врачами самые лучшие ожидания и надежды. Поэтому врачи отвечают перед обществом и друг перед другом за то, чтобы звание врача и дальше оставалось на должном уровне. «Я всеми силами буду поддерживать честь и благородные традиции медицинской профессии», — говорится в Женевской декларации.

Первым требованием в Международном кодексе медицинской этики является следующее: «Врач обязан всегда поддерживать наивысшие профессиональные стандарты»<sup>1</sup>. Это означает, что врач на протяжении всей своей профессиональной карьеры должен уделять самое пристальное внимание совершенствованию опыта, приобретению новых знаний и навыков. Для поддержания высшего уровня мастерства современному врачу требуется непрерывное образование в течение жизни.

Непрерывному образованию врачей и других медицинских работников сегодня придается огромное значение как существенному фактору обеспечения качества медицинской помощи. С учетом непрестанно меняющихся условий деятельности медиков, включая неуклонное изменение в техниках и методах работы и постоянное поступление все новых технологий, непрерывное образование становится для медицинских работников решающим средством оставаться на переднем фронте современных научных представлений и достижений.

Об этом же говорит и российский «Кодекс врачебной этики»<sup>2</sup>, по которому врач «обязан систематически профессионально совершенствоваться, памятуя, что качество оказываемой больным помощи никогда не может быть выше его знаний и умений».

Следующее важнейшее требование по поддержанию высокого уровня медицинской профессии — принципиальность и честность. Международный кодекс медицинской этики устанавливает, что врач «должен быть честен в отношениях с пациентами и коллегами и бороться с теми из своих коллег, которые проявляют некомпетентность или замечены в обмане».

Огромное значение также имеет независимость врача, его суждений и действий в процессе его профессиональной деятельности. Если профессиональное поведение врачей будет подчинено каким-то прочим соображениям, то это не только отразится на качестве медицинской помощи, но и подорвет доверие общества к медицине, а также негативно повлияет на сам уровень медицинской профессии. Международный кодекс говорит в связи с этим, что врач «должен не позволять соображениям собственной выгоды оказывать влияние на свободу и независимость профессионального решения, которое должно приниматься исключительно в интересах пациента»<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> URL: <http://www.medinfo.ru/medzakon/megdunarod/medetica.phtml> (дата обращения: 15.09.2015).

<sup>2</sup> Утвержден Четвертой конференцией Ассоциации врачей России (АВР), ноябрь 1994; одобрен Всероссийским пироговским съездом врачей, 1997.

<sup>3</sup> URL: <http://www.medinfo.ru/medzakon/megdunarod/medetica.phtml> (дата обращения: 15.09.2015).

Соображения выгоды должны пониматься в широком смысле: это мотивы карьерного роста, публичной известности или славы, материальные, стремление к получению научных степеней и званий и т.п.

Кроме того, врач должен уметь противостоять различным формам давления, которые могут повлиять на его суждения и действия. Это должна быть свобода от давления со стороны руководства, администрации, коллектива, политического давления и т.п., что, конечно, в реальных условиях бывает довольно сложно осуществить. Со своей стороны, государство, конечно, тоже должно обеспечивать врачам необходимые условия для их независимости и защищенности от различных форм давления, которые могут негативно сказаться на состоянии медицинской профессии и интересах пациентов.

Неприемлемы формы поведения врача, которые направлены на дополнительное извлечение материальной выгоды из своей профессиональной деятельности. В конечном счете они тоже подрывают репутацию медицинской профессии. Так, в Международном кодексе говорится, что с нормами медицинской этики несовместимы самореклама (если только она не разрешена национальными нормами закона или этики), а также получение врачом вознаграждения за определенные медицинские действия к своей выгоде или выгоде других лиц (например, за направление пациентов или назначение определенных лекарств без достаточных оснований).

В Российском кодексе сказано, что врач несет и моральную, и (в случае нарушения закона) юридическую ответственность. Но врач «прежде всего должен помнить, что главный судья на его врачебном пути — это его собственная совесть»<sup>1</sup>.

## Врач и общество

Жизнь является высшей ценностью для медицинской профессии. Поэтому врачи должны стремиться снизить количество аборт, суицидов, преждевременных и предотвратимых смертей, выступать в защиту прав эмбрионов. Женевская декларация устанавливает: «Я буду поддерживать высшее уважение к человеческой жизни с момента ее зачатия». Кроме того, врач должен последовательно выступать в защиту человеческого достоинства.

Врач обязан оказывать медицинскую помощь любому нуждающемуся. Это касается как мирного, так и военного времени. Для врача не существует врага; врачи находятся выше всех возможных политических разногласий, конфликтов, войн. Медицинская помощь оказывается всем, «независимо от возраста, пола, расы, национальности, вероисповедания, социального положения, политических взглядов, гражданства и других немедицинских факторов, включая материальное положение»<sup>2</sup> (Российский кодекс).

---

<sup>1</sup> URL: [http://www.medinfo.ru/medzakon/medizak/kodex\\_rf.phtml](http://www.medinfo.ru/medzakon/medizak/kodex_rf.phtml) (дата обращения: 15.09.2015).

<sup>2</sup> URL: <http://www.medinfo.ru/medzakon/megdunarod/medetica.phtml> (дата обращения: 15.09.2015).

Врач должен участвовать в формировании политики общественного здоровья. Он несет ответственность за поддержание надлежащего уровня здоровья общества, борьбу с заболеваемостью, охрану здоровья населения. Кроме того, врач должен пропагандировать здоровый образ жизни и сам служить примером этому.

Ответственность за здоровье людей не позволяет врачам отказаться от работы по причине забастовки. Участвуя в разрешенных законом формах протеста, врачи должны при этом обеспечивать необходимую помощь пациентам.

Врачи отвечают за поддержание доверия общества к медицинской науке и практике. Поэтому научные исследования должны проводиться с безукоризненным соблюдением этических норм, а применяемые методы диагностики и лечения должны быть проверены строгими научными методами, соответствовать необходимым стандартам эффективности и безопасности. Общество должно быть уверено в высоком моральном уровне медицинской профессии.

При участии в проведении научных исследований врачи несут ответственность за чистоту экспериментов, честное и объективное предоставление научному сообществу результатов исследования. Недопустимыми являются манипуляция данными, подтасовка фактов, умышленное искажение информации, плагиат и другие нарушения исследовательской этики.

Врачи не вправе принимать от организаций, занимающихся производством или реализацией лекарств и других медицинских изделий, подарки, денежные вознаграждения либо получать другие выгоды за счет этих организаций (например, оплату развлечений, отдыха и т.п.).

С медицинской профессией несовместимы любые формы дискриминации (по полу, возрасту, материальному положению, расовой или этнической принадлежности, религиозным взглядам, политическим убеждениям, состоянию здоровья и т.п.). «Я не позволю, чтобы религия, национализм, расизм, политика или социальное положение оказывали влияние на выполнение моего долга»<sup>1</sup>, — гласит Женевская декларация врачей. Медицинская помощь базируется на ценностях справедливости. Кроме того, врач должен бороться с любыми проявлениями дискриминации в обществе, с которыми он может столкнуться вне системы здравоохранения.

Врач не имеет права участвовать в любых формах насилия — пытках, наказаниях, разработках новых видов вооружений, создании технологий для спецслужб и т.п. «Даже под угрозой я не использую мои знания в области медицины в противовес законам человечности»<sup>2</sup>, — сказано в Женевской декларации. Врачи должны быть проводником норм гуманности в обществе.

Врачи должны поддерживать прогрессивные реформы в системе здравоохранения, направленные на повышение качества медицинской помощи, защиту прав и интересов пациента, достижение большей справедливости в здравоохранении.

---

<sup>1</sup> Биомедицинская этика в документах. Минск, 2008. С. 3.

<sup>2</sup> Там же.

## Врач и пациент

Обязанность врача — уважительное и гуманное отношение к больному, а также к его родным и близким. Врач должен уважать честь и достоинство пациента, его автономию и свободную волю. Общение с пациентом и его родственниками должно быть вежливым и корректным. Российский кодекс устанавливает, что «в случае неблагоприятного прогноза для больного необходимо проинформировать его предельно деликатно и осторожно, оставив надежду на продление жизни, на возможный благоприятный исход»<sup>1</sup>.

Врач должен всемерно защищать права и интересы больного, его благополучие. В сложных ситуациях, особенно если пациент не способен самостоятельно принять разумное решение, врач должен всегда действовать в защиту наилучших интересов больного.

Особенно актуальной является обязанность врача оказывать неотложную помощь всем нуждающимся. Врач лишь тогда вправе не оказывать неотложную помощь, когда он удостоверился в желании и способности других лиц сделать все необходимое.

Защита интересов пациента не должна зависеть от того, в какой системе работает врач — общественной или частной. Врач должен стремиться к тому, чтобы организационный, институциональный или финансовый контекст оказания медицинской помощи не влияли (или же влияли в минимальной степени) на защиту наилучших интересов пациента.

Если необходимое лечение или обследование выходят за уровень возможностей врача, то он обязан обратиться за помощью к более компетентным коллегам. Мотивы тщеславия или самолюбия ни в коем случае не должны препятствовать защите наилучших интересов пациента. То же касается и ситуаций, когда пациент желает обратиться к другому специалисту за помощью или консультацией. Врач должен с пониманием относиться к этому праву пациента и не препятствовать желанию больного.

Важнейшей добродетелью врача является осторожность и избегание необоснованных рисков. Если врачу приходится принимать решения или проводить вмешательства, которые могут ухудшить физическое или психическое состояние больного, то это можно делать только при достаточных основаниях и только в наилучших интересах больного.

Кроме того, врач должен быть предельно осторожен, когда он сообщает о новых медицинских достижениях, открытиях, методах лечения и т.п. через непрофессиональные каналы, предназначенные для широкой аудитории. Врач должен утверждать лишь то, что надежно обосновано научными методами либо было проверено им лично.

В обязанности врача входит не только оказание непосредственной помощи согласно его специализации и уровню компетентности. Врач должен также обеспечивать непрерывную и комплексную помощь, включая организацию надлежащего ухода за пациентом, заботиться о необходимом просвещении и образовании больного в области охраны здоровья и здорового образа жизни.

---

<sup>1</sup> URL: [http://www.medinfo.ru/medzakon/medizak/kodex\\_rf.phtml](http://www.medinfo.ru/medzakon/medizak/kodex_rf.phtml) (дата обращения: 15.09.2015).

Врач должен последовательно придерживаться принципа справедливости в своей профессиональной деятельности. Это касается распределения ресурсов в системе медицинской помощи, а также своих усилий и рабочего времени. При участии врача в проведении научно-медицинских исследований включение пациентов в те или иные группы испытуемых должно проводиться на основе требований беспристрастности.

### **Коллегиальность**

Врачи обязаны с уважением относиться друг к другу, а также к другому медицинскому персоналу. Врач должен сохранять чувство благодарности к тем, кто участвовал в его медицинском образовании, помогал ему получить опыт и знания (о чем говорилось еще в клятве Гиппократата).

Необходимо избегать любых форм приобретения «дешевого авторитета» у пациентов, недопустимо критиковать при больном других специалистов, переманивать больных у других врачей. Кроме того, врачи не вправе публично ставить под сомнение профессионализм своих коллег. Если необходимо сделать критические замечания коллеге, то это нужно делать в уважительной форме и в личной беседе.

Конфликты в медицинской среде необходимо решать цивилизованно. Нельзя допускать, чтобы в медицинском учреждении создавалась атмосфера взаимной неприязни, склок и скандалов. В сложных случаях надо использовать помощь этических комитетов и комиссий. Если незаслуженно пострадала профессиональная репутация врача, то медицинское сообщество должно оказывать врачу помощь в восстановлении его доброго имени.

Врачи обязаны помогать друг другу в своей работе. Если менее опытный медик нуждается в совете, то более опытные коллеги обязаны помочь ему, поделиться своими знаниями и опытом.

Врач должен проявлять уважительное отношение к медицинской сестре и младшему медицинскому персоналу, давать поручения своим подчиненным в корректной и доброжелательной форме. Недопустимы грубость и демонстрация превосходства по отношению к средним и младшим медицинским работникам.

Необходимым условием современной медицинской практики является умение взаимодействовать, работать в группах, оказывать комплексную междисциплинарную помощь. Врачу следует уметь общаться, быть внимательным и отзывчивым по отношению к коллегам, уметь эффективно работать в коллективе.

Врачи-руководители медицинских учреждений отвечают за обеспечение соответствующих условий для работы медицинского персонала, защиту прав и интересов пациентов. Врачи-руководители должны заботиться о систематическом повышении профессиональной квалификации своих подчиненных.

### **Медицинская помощь в мультикультурном мире**

Одна из особенностей современного мира, связанная с интенсивно идущими процессами глобализации, — это культурное разнообразие. Под этим термином понимается разнообразие образов жизни и образцов поведения,

систем убеждений и ценностей, способов образования новых общностей и объединений людей, форм осознания собственной идентичности индивидов и социальных групп. Культурное разнообразие в высокой степени характерно для нашей страны с ее многонациональным и многоконфессиональным составом, а также с резкими различиями в условиях жизни регионов.

Культурное разнообразие будет возрастать и дальше, создавая в том числе немало сложностей для системы здравоохранения. При этом следует понимать, что культурное многообразие — это не просто совокупность очень разных людей и разных проблем, но прежде всего это совершенно новая ситуация, тесно связанная с глобализацией и продолжающимся развитием демократии, правового государства и гражданского общества. Культурно отличные индивиды и группы в этих новых условиях не желают быть маргиналами, а активно борются за свои права, гарантии, свободу, достоинство, автономию и т.п.

Культурные характеристики индивидов и групп существенно влияют на их положение в обществе, в том числе и на возможность эффективной помощи со стороны медицинских работников. Например, культурные особенности будут влиять на то, как сами пациенты воспринимают свои проблемы, какими способами они пытаются с ними справиться, какие взаимоотношения и связи складываются внутри данной социальной группы, как они строят свои отношения с остальным обществом.

Поэтому в современном здравоохранении все большее значение придается уровню подготовленности медицинских работников к деятельности в условиях культурного разнообразия, издаются специальные руководства на эту тему<sup>1</sup>. Сегодня широко признано, что современный медицинский работник должен обладать так называемой культуральной компетентностью.

*Культуральную компетентность* можно определить как способность медицинского работника эффективно взаимодействовать с культурно отличными от доминирующей в данном обществе культуры (в частности, с отличными от его собственных культурных установок) индивидами и группами и помогать им в решении их проблем на основе:

- 1) специальных знаний о данной культурной общности;
- 2) понимания их собственных нужд;
- 3) специальных навыков по установлению контакта с ними и организации необходимых вмешательств и взаимодействий.

При оказании медицинской помощи (индивиду, семье, группе) врач должен с вниманием отнестись к культурным особенностям пациентов, понять их отношения с наиболее близким окружением, общиной и т.п. Если данный пациент обладает определенными культурными отличиями, то медицинскому работнику не обойтись без хорошего знания тех или иных конкретных аспектов (этнических, расовых, религиозных, связанных с особым статусом здоровья и т.п.).

Понимание проблемы культурного разнообразия для медицинских работников — это в том числе понимание уникальности каждого пациента и развитие индивидуального подхода к нему. Таким образом, владение

---

<sup>1</sup> См., например: *Purnell L. D. Guide to Culturally Competent Health Care. Philadelphia : F. A. Davis, 2008.*

специальными знаниями и навыками работы с культурно отличающимися пациентами становится одной из новых моральных обязанностей врача в современном динамично изменяющемся мире.

## Права врачей

Эти права — не какие-то особые привилегии, которые ставят врача в неравное положение по отношению к больному. Они также не направлены против пациента или же в защиту врача от больного. Смысл прав врача состоит в том, что они связаны с особой сложностью и ответственностью медицинской профессии, со значимой ролью врачей в обществе. В конечном счете права врачей нужны для оказания наилучшей помощи больному.

В Российском кодексе медицинской этики установлено следующее: «Гуманные цели, которым служит врач, дают ему основание требовать законной защиты его личного достоинства, достаточного материального обеспечения, создания условий для осуществления профессиональной деятельности как в мирное, так и в военное время»<sup>1</sup>. Врачам должны быть обеспечены условия для их профессиональной, моральной, материальной независимости, — хотя, конечно, это лишь идеал, не реализованный даже в наиболее развитых странах. В обществе должен поддерживаться высокий социальный статус врачебной профессии.

Врач имеет право на защиту чести, достоинства, профессиональной репутации. Недопустимо распространение сведений, порочащих его честь и доброе имя. В случае публичной клеветы или оскорблений (особенно через средства массовой информации) врач вправе требовать опровержения и извинений.

Врач имеет право на доступ к качественному образованию. Он нуждается в постоянном совершенствовании, изучении последних достижений медицинской науки и практики. Соответственно, общество должно предоставить врачебной профессии возможности для качественного медицинского образования, как базового, так и последиplomного.

Врач имеет право отказаться от лечения больного, если это не создает угрозу жизни и здоровью пациента и связано с невозможностью обеспечения наилучшей помощи больному по причине отсутствия взаимного доверия, из-за невыполнения пациентом медицинских назначений и т.п. Но при этом врач должен порекомендовать пациенту другого специалиста, а также выполнить необходимые формальные действия (информирование своего руководителя или соответствующего органа здравоохранения).

Врачи имеют право на беспрепятственное и бесплатное использование средств связи, принадлежащих предприятиям или гражданам, а также любого транспорта для перевозки пациента в ближайшее медицинское учреждение в случаях, угрожающих его жизни.

Ряд прав врачей закреплен также в ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Так, в ст. 72 изложены трудовые права медицинских работников:

- право на работу в надлежащих условиях труда;

---

<sup>1</sup> URL: [http://www.medinfo.ru/medzakon/medizak/kodex\\_rf.phtml](http://www.medinfo.ru/medzakon/medizak/kodex_rf.phtml) (дата обращения: 15.09.2015).

- право на профессиональную переподготовку за счет работодателя или иных средств, предусмотренных законодательством;
- право на стимулирование труда в соответствии с уровнем квалификации, со спецификой и сложностью работы, с объемом и качеством труда, а также конкретными итогами работы.

Согласно ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», медицинские работники имеют право на страхование риска своей профессиональной ответственности (этим должны заниматься специальные страховые фонды), создание профессиональных некоммерческих объединений и организаций, формируемых на добровольной основе для защиты прав медицинских работников, развития медицинской науки и практики, содействия развитию медицинской этики и т.п.

Кроме этого, органы власти вправе устанавливать дополнительные гарантии и меры социальной поддержки медицинским работникам за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджетов субъектов РФ и местных бюджетов.

## 2.4. Этика медицинской сестры

### Роль медицинской сестры в современной медицине

На современном этапе развития медицинской науки и практики значительно возросла роль медицинской сестры. По имеющимся оценкам, сестры составляют большинство медицинского персонала (до 70%) и оказывают до 80% объема непосредственной помощи пациенту. Именно на сестер ложится основная нагрузка по выполнению огромного множества практических медицинских мероприятий, в том числе по уходу за пациентами. В то время как врачи-специалисты все более уходят в технологические специальности, именно сестра становится выражением человеческой стороны медицины и здравоохранения.

От медицинской сестры требуется умение налаживать контакт с пациентами, создавать особый эмоциональный климат, необходимый для наилучшего лечения и восстановления больных. Помимо выполнения специальных процедур, сестра оказывает пациентам и психологическую поддержку, устанавливает и поддерживает длительные отношения с ними, в госпитальных условиях — обеспечивает выхаживание и ежедневную помощь.

Движение за развитие сестринского дела привело к тому, что профессия медицинской сестры сегодня в возрастающей степени воспринимается как важнейшая медицинская профессия, несколько не второсортная в сравнении с врачебным истеблишментом. Развитие сестринского дела как самостоятельной медицинской специальности дало начало формированию отдельного направления — этики сестринского дела, или сестринской этики (*nursing ethics*). Важнейшее значение имеет принятие международных и национальных документов по этике сестринского дела.

Хотя дискуссии на тему, нужна ли отдельная сестринская этика и чем она отличается от обычной медицинской (и врачебной) этики, в общем, еще продолжаются.

## Сестринское дело: философия заботы против философии автономии

В чем состоят теоретические основы сестринской этики? Среди главных теоретических концепций биоэтики сестринская этика в наибольшей степени близка этике заботы (и, в определенной мере, родственной этому направлению феминистской этике). Более того, делаются даже попытки развить альтернативный подход главному течению в биоэтике, основанному на ценностях автономии пациента.

Сторонники этики заботы стремятся развить особую философию «Я», или философию самости. Как они полагают, «Я» должно пониматься не в качестве какой-то одинокой сущности, противопоставляющей себя миру. «Я» формируется и проявляется как некая постоянная и плотная сеть взаимодействий и отношений; не может существовать без отношений с другими людьми; концентрирует в себе переживания социальных связей, отношения окружающих, их реакции и поступки.

Например, одна из представительниц этой философии Дж. Келлер утверждает, что этика автономии и этика заботы являются двумя совершенно различными и несовместимыми концепциями. Она полагает, что концепция автономии не может адекватно описать сущность «Я», так как игнорирует социальное взаимодействие человека со своим окружением. Это не значит, конечно, что тема автономии не важна для философии и этики заботы; просто автономия является лишь одним из аспектов человеческой самости, но не центром человеческого бытия вообще<sup>1</sup>.

Вместе с тем социальные отношения поддерживают настоящую автономию, поскольку человек нуждается в помощи, участии, поддержке для самостоятельного принятия решений. Так, пациенту, как правило, требуется помощь врача, для того чтобы выработать то или иное решение в отношении своего здоровья и лечения. Если пациент будет предоставлен самому себе, а врач дистанцируется от проблем пациента, то в такой ситуации отсутствуют подлинная автономия и возможность самоопределения пациента.

Таким образом, как утверждают многие сторонники философии заботы, значение проблемы автономии в биомедицинской этике было преувеличено. Подлинным основанием биоэтики должно быть именно понятие *заботы*, поскольку сама медицинская помощь по сути есть одна из форм заботы.

С этой точки зрения доктрина непатернализма (как ведущая в современной биоэтике) тоже является неадекватной. Настоящий непатернализм в клинических условиях недостижим (поскольку пациент в любом случае нуждается в помощи врача для самоопределения, а врач обладает реальной властью над пациентом) и, более того, непатернализм как полная независимость пациента вообще не нужен, так как не отвечает подлинным потребностям больного.

Соответственно, для данного альтернативного подхода в биоэтике автономия пациента не является самой главной ценностью. Поскольку «Я»

---

<sup>1</sup> См.: Keller J. Autonomy, relationality, and feminist ethics // *Hypatia*. 1997. 12 (2). P. 152–164.

может существовать только в контексте социальных взаимодействий, то основные ценности в отношениях врача и пациента (а также, конечно, сестры и пациента) — это ценности полноценного взаимодействия, такие как доверие, открытость, искренность и взаимоуважение.

Такого рода критика этики автономии, по всей видимости, заслуживает внимания. По крайней мере, она пытается прояснить смысл сестринского дела и его отличия от врачебной деятельности. Медицинская сестра, конечно, ближе к подлинному смыслу заботы, чем типичный врач, так как именно сестра обеспечивает непрерывный уход за пациентом, поддержку и сочувствие. Врач, как правило, более связан с диагностикой, назначением лечения и т.п., в то время как сестра поддерживает длительные и тесные отношения со своим подопечным.

Как показывает опыт, больные нередко выказывают даже больше доверия сестре, чем врачу. Так, например, они зачастую пытаются выяснить у сестры, какой у них на самом деле диагноз, правда ли, что им выписали хорошее лекарство, какого мнения сестра о профессионализме того или иного доктора и т.п.

Врачи в своей работе больше нацелены на то, чтобы поставить правильный диагноз, принять оптимальное врачебное решение, при этом собственно уход за пациентом остается несколько в стороне. Поэтому ценности врачебной и сестринской профессий *на практике* действительно различаются.

### **Развитие сестринского дела и сестринской этики**

Представления о сестринской этике менялись. На раннем этапе медицинская сестра рассматривалась прежде всего как послушная и дисциплинированная помощница врача. Флоренс Найтингейл, стоявшая у истоков сестринского дела, считала его, скорее, призванием, чем профессией. Она придавала сестринскому делу высокий моральный и религиозный смысл. Работа медицинской сестры выступала как выражение христианского долга помогать ближнему.

Ф. Найтингейл полагала, что сестринское дело — это замечательный путь для женщины, желающей внести свой вклад в развитие и благополучие общества. Вступать в ряды медсестер должны те, кто чувствуют в этом свое призвание и моральный долг. Поэтому Ф. Найтингейл принимала в сестры только женщин с безупречными моральными качествами и личными достоинствами.

Среди традиционных требований к медицинской сестре, сформировавшихся с самого начала этой профессии, необходимость быть вежливой, культурной, опрятной, дисциплинированной, исполнительской, пунктуальной.

В течение XX в. роль медицинской сестры постепенно менялась. Не в последнюю очередь в этом сказался и военный опыт, когда медсестры выполняли тяжелые обязанности, в том числе рисковали жизнью на поле боя. Во второй половине XX в. сфера работы медсестры значительно расширилась, возросла ее самостоятельность в принятии решений (в том числе и этических). Современная медицинская сестра имеет больше неза-

висимости, чем в предыдущий период, особенно в тех областях, где именно она играет первую роль в обеспечении медицинской помощи пациенту.

В сестринском деле сегодня используются такие понятия, как «сестринский процесс» (по аналогии с врачебным процессом), «сестринская история болезни», «сестринские назначения», «сестринский диагноз» и др. К примеру, сестринский диагноз — это комплексная диагностика ситуации больного, в центре внимания которой страдания пациента, его реакции на болезнь, проблемы качества жизни (к примеру, нарушения сна, изменения представлений о самом себе, невозможность самообслуживания и поддержания социальных связей и т.п.).

Таким образом, на современном этапе сестра — не просто помощник врача, а представитель самостоятельной профессии, для которой требуются специальные знания, навыки (в том числе довольно сложные), а также личные качества и моральные добродетели.

Кроме того, сестре тоже приходится сталкиваться с различными этическими проблемами. Например, это проблемы защиты прав и достоинства пациента, конфиденциальной информации, справедливости и борьбы с дискриминацией, доступа к качественной помощи, защиты уязвимых групп и др.

### **Ключевые понятия сестринской этики**

Дискуссии по проблемам сестринской этики показали, что этические обязанности медицинской сестры имеют собственную специфику, тесно связанную с ролью и функциями медицинской сестры в системе медицинской помощи. Сегодня широко признано, что к основным моральным понятиям сестринской этики относятся, прежде всего, такие, как ответственность, сотрудничество (кооперация), адвокация и забота.

**Ответственность** — смысл этого понятия состоит в том, что медицинская сестра, согласно возложенным на нее задачам, отвечает за укрепление здоровья, предотвращение болезней, восстановление здоровья и облегчение страданий больных. Помимо выполнения врачебных назначений, сестра также имеет собственную сферу ответственности, которая тесно связана с самой сущностью сестринской профессии. Ответственная деятельность медицинской сестры обеспечивает доверие к сестрам со стороны пациентов и общества.

**Сотрудничество (кооперация)** — это взаимодействие с другими специалистами (врачами, другими медицинскими работниками), а также специалистами смежных профессий (социальными работниками, психологами, реабилитологами, социальными педагогами и др.) для обеспечения комплексной, разносторонней помощи больному. Ценность сотрудничества означает умение ставить общие цели и реализовывать общую стратегию, достигать согласия, эффективно взаимодействовать в защиту интересов пациента. Для этого необходимы взаимоуважение, развитие партнерских отношений, равенство сторон, полноценная коммуникация.

Сотрудничество особенно важно для тех видов помощи, где нужно комплексное междисциплинарное взаимодействие. Например, это такие

задачи, как организация помощи психически больному, организация медико-социальной работы, реабилитационная помощь и др. В таких ситуациях могут быть созданы даже целые специальные междисциплинарные сети поддержки для конкретного пациента (или группы), как этого требует современная доктрина комплексной помощи.

**Адвокация** (англ. *advocacy*) — под адвокацией понимается представительство и защита чьих-либо прав и законных интересов. Адвокация считается одним из центральных и краеугольных понятий сестринской этики. Это понятие, как полагают многие специалисты, описывает и раскрывает саму природу сестринской профессии, сущность отношений сестры и пациента, а также моральный смысл задач, стоящих перед современной медицинской сестрой.

Адвокация в сестринской этике — это активная поддержка и защита пациента. Сестра выступает в роли представителя и защитника интересов пациента, поскольку тесно и непосредственно связана с его жизненной ситуацией в своей повседневной работе. Сестра должна защищать его права, достоинство, самоопределение, неприкосновенность частной жизни, благополучие в целом, помогать в облегчении страданий, в том числе физических и моральных, стремиться улучшить его качество жизни, связанное со здоровьем. Сестринский диагноз, в отличие от врачебного, нацелен не на выяснение причин заболевания, а на изучение общей ситуации пациента, его самочувствия и самовосприятия, основных источников дискомфорта.

Сестра должна также защищать больного от необоснованного риска, различных форм вреда. Это особенно важно при организации комплексной помощи пациенту, так как суждения и действия разных специалистов могут не согласовываться между собой и создавать угрозу причинения вреда. Поэтому сестра как организатор ухода за пациентом должна следить за соблюдением его интересов.

В тесной связи с моральным обязательством защиты прав и интересов пациента в современной литературе по сестринской этике обсуждается такое понятие, как *бдительность* (англ. *vigilance*). Под бдительностью понимается постоянное внимание сестры к состоянию здоровья пациента, врачебным и сестринским назначениям и их эффектам.

Бдительность означает также своевременное распознавание клинически значимых симптомов, которые могут сигнализировать о рисках, неблагоприятных изменениях в состоянии здоровья, допущенных врачебных или сестринских ошибках. Это также готовность действовать в защиту пациента, в том числе решительно вмешиваться в неблагоприятную ситуацию с целью недопущения причинения вреда пациенту.

**Забота** (англ. *caring*) — понимается как моральное обязательство заботиться о здоровье и благополучии пациента, что должно выражаться не только в выполнении технических процедур (врачебных назначений и т.п.), но и заботливым отношении и поведении. Это включает в том числе установление и поддержание эмоционального контакта с пациентом, доверительных отношений, обеспечение моральной и психологической поддержки. Это особенно важно в связи с тем, что современная медицинская помощь по ряду причин стала в высокой степени деперсонализированной

деятельностью — в ней преобладают формальные, безличные отношения (чаще всего, отношения врачей-специалистов к пациентам).

Заботливое отношение и поведение медсестры приобретает особую значимость при оказании помощи ослабленным и уязвимым пациентам.

Существует еще множество проблем в дальнейшем развитии сестринской этики. Так, предметом разногласий является то, как конкретно должна выглядеть сестринская адвокация. По этому поводу сложились две основные точки зрения.

1. Адвокация с точки зрения защиты преимущественно прав пациента (особенно, право на информированное добровольное согласие и на самоопределение по отношению к медицинским вмешательствам); в этом случае сестра разъясняет самому пациенту (его представителям) его права в системе здравоохранения и, соответственно, следит за реализацией и защитой этих прав. Такую модель адвокации можно назвать правозащитной адвокацией.

2. Форма адвокации, которую можно условно назвать защитой благополучия, где имеются элементы «мягкого» патернализма и речь идет о защите пациента с учетом всей полноты и особенностей его жизненной ситуации. По сравнению с правозащитной адвокацией, носящей более формальный характер, здесь присутствует более опекающее поведение медицинской сестры, практика заботы в чистом виде.

Кроме того, дополнительные проблемы в развитии практики сестринской адвокации состоят в том, что такая деятельность должна быть не только индивидуальной (в отношении конкретного пациента), поскольку сестре также приходится заниматься, например, адвокацией матери и ребенка, защищая их интересы, а также адвокацией на уровне семьи или даже целой общины. Это еще более сложные виды деятельности, требующие уже публичных (политических, организационных, просветительских и иных) действий.

### **Этические документы о правах и обязанностях медицинской сестры**

В преамбуле Международного этического кодекса медицинской сестры (1953) установлены фундаментальные сестринские обязанности (укрепление здоровья, предотвращение болезней, восстановление здоровья и облегчение страданий), что очерчивает сферу ее собственной ответственности в системе медицинской помощи. Кодекс состоит из четырех разделов:

- 1) медицинские сестры и общество;
- 2) медицинские сестры и практика;
- 3) медицинские сестры и профессия;
- 4) медицинская сестра и сотрудники.

В целом обязанности сестры во многом сходны с обязанностями врача: среди них ответственность за информирование пациента, сохранение медицинской тайны, безопасность медицинских вмешательств, справедливость и отсутствие дискриминации пациентов на каких-либо основаниях, уважение к правам человека, включая право на жизнь, достоинство и уважительное отношение и др.

Вместе с тем в кодексах сестринской этики присутствуют требования, отражающие специфику сестринской профессии. Многие положения тесно связаны с такими категориями сестринской этики, как адвокация, сотрудничество, забота и ответственность, и более конкретно раскрывают их сущность.

Так, в международном кодексе говорится, что при оказании помощи сестра «способствует созданию окружающей среды, в которой уважаются права человека, моральные ценности, обычаи и духовные верования индивидуума, семьи и сообщества». Речь идет о формировании необходимого устойчивого контекста медицинской помощи, в котором были бы защищены права человека, а также его моральные и культурные ценности.

Яркое проявление требований адвокации можно увидеть в следующей статье международного Кодекса: «медсестра предпринимает необходимые действия в защиту пациентов, членов их семей и сообществ, если их здоровью угрожают действия коллег или иных лиц». Согласно Этическому кодексу медицинской сестры России (1996), сестра обязана «активно вмешиваться в ситуациях, когда личное достоинство пациента во взаимодействии с медицинскими или социальными системами подвергается унижению»<sup>1</sup>. Медицинская сестра не вправе безучастно относиться к действиям третьих лиц, стремящихся нанести пациенту вред, — «этический долг медицинской сестры предпринять все возможные действия, включая обращение к административным органам для защиты своего пациента»<sup>2</sup>.

Однако право отстаивать свою точку зрения должно сочетаться с корректным поведением, в том числе по отношению к врачу. Этический кодекс медсестры России устанавливает, что если медицинская сестра «сомневается в целесообразности лечебных рекомендаций врача или сестры-консультанта, она должна тактично обсудить эту ситуацию сначала с самим врачом, а при сохраняющемся сомнении и после этого — с вышестоящим руководством»<sup>3</sup>.

В Этическом кодексе медсестры России говорится также о гарантиях и защите законных прав сестры.

Так же, как и врач, медицинская сестра имеет право на работу в условиях, отвечающих требованиям охраны труда, защиту чести и достоинства, страхование от профессиональных ошибок, профессиональную переподготовку, своевременное получение предусмотренных законодательством льгот для медицинских работников и др.

Согласно Этическому кодексу медсестры России, медицинская сестра имеет право на отказ от участия в процедурах, противоречащих ее моральным принципам. В таком случае она должна известить своего руководителя о возможном этическом конфликте и принять меры к обеспечению ее замены на другого специалиста. Но до предоставления замещающего

---

<sup>1</sup> Этический кодекс медицинской сестры России / сост. А. Я. Иванюшкин, В. В. Самойленко. СПб., 2010. С. 7.

<sup>2</sup> Там же. С. 9.

<sup>3</sup> Там же. С. 14.

специалиста она оказывает помощь в полном объеме, предписанном клиническими стандартами и назначениями.

Есть и международные нормы, касающиеся защиты прав медицинской сестры — это Конвенция Международной организации труда (МОТ) о занятости и условиях труда и жизни сестринского персонала (1977). Уже в преамбуле этого документа подчеркивается жизненно важная роль, которую играет сестринский персонал в системе здравоохранения. А в ст. 2 Конвенции говорится об обязательствах по принятию необходимых мер для обеспечения соответствующих условий труда, в том числе для продвижения и вознаграждения, которые могли бы привлекать людей к этой профессии и удерживать в ней.

Одной из сложных проблем современной организации медицинской помощи является нехватка медицинских сестер, с чем сталкиваются практически все развитые страны. Это связано со многими причинами, такими как неудовлетворительная заработная плата, малый престиж в обществе, более низкий статус в медицинском учреждении по сравнению с врачом, тяжелые условия труда, большой объем работы, эмоциональные перегрузки, случаи некорректного отношения со стороны врачей и др. Поэтому задачей администраторов и политиков здравоохранения остается создание надлежащих условий для работы медсестер, защита их прав, повышение общественного статуса, улучшение профессионального, материального и социального положения.

**А. Кронин о положении медсестер.** Арчибальд Кронин (1896—1981) — известный шотландский врач и писатель (рис. 2.3). В знаменитом произведении «Цитадель» он критикует ряд проблем системы здравоохранения (в том числе моральных), которые остаются актуальными и сегодня.

«Вся наша корпорация чересчур нетерпима и самодовольно ограничена. В силу ее структуры она косна. Мы никогда не думаем о движении вперед, об изменении системы. Мы обещаем что-то сделать, но не делаем. Годами вопим об эксплуататорских условиях работы наших сестер и сиделок, о жалких грошах, которые они получают. И что же? Их по-прежнему эксплуатируют, платят все те же ничтожные гроши» (Арчибальд Кронин, Цитадель, 1937).



Рис. 2.3. Арчибальд Кронин (1896—1981)

# Практикум

## Контрольные вопросы

1. Какие основные модели отношений «врач — пациент» (по Р. Витчу) вы можете назвать? Охарактеризуйте их.
2. Что означает понятие слабого патернализма?
3. На какие группы можно разделить основные этические обязанности врачей?
4. Что такое права пациента?
5. Чем занимаются организации пациентов?
6. Что такое суррогатное решение и кто имеет право его принимать?

## Задания

1. Проанализируйте отличия прав пациента от прав на охрану здоровья.
2. Раскройте достоинства и недостатки патернализма в системе медицинской помощи.
3. Сформулируйте сходства и отличия этических начал профессиональной деятельности врача и медицинской сестры. В чем состоят и с чем связаны особенности этики сестринского дела?
4. Дайте определение культуральной компетентности врача. Подумайте, почему врачу в современных условиях недостаточно просто владеть медицинскими навыками и одинаково хорошо лечить всех пациентов.
5. Сформулируйте, в чем заключается общий смысл прав врача.
6. Дайте определение адвокации в профессиональной этике медицинской сестры. Перечислите существующие основные формы сестринской адвокации. Проанализируйте, в чем состоят их достоинства и недостатки.
7. Изучите клятву врача (см. ст. 71 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).  
Выделите и кратко сформулируйте основные моральные принципы врачебной этики, изложенные в тексте. Какие положения клятвы являются общими с клятвой Гиппократа?
8. Изучите текст Международного кодекса медицинской этики (ВМА, 1949)<sup>1</sup>.  
Из каких разделов состоит кодекс? С какими коллегами должен «бороться» врач, согласно этому документу? В каких случаях врач освобождается от оказания неотложной помощи нуждающемуся лицу? В чем состоят основные обязанности врачей по отношению друг к другу?
9. В Российском кодексе врачебной этики сказано, что «врач может заниматься какой-либо иной деятельностью, если она совместима с профессиональной независимостью, не унижает достоинства врача и не наносит ущерба пациентам и его врачебной деятельности»<sup>2</sup> (ст. 11).

---

<sup>1</sup> URL: <http://www.medinfo.ru/medzakon/megdunarod/medetica.phtml> (дата обращения: 15.09.2015).

<sup>2</sup> URL: [http://www.medinfo.ru/medzakon/medizak/kodex\\_rf.phtml](http://www.medinfo.ru/medzakon/medizak/kodex_rf.phtml) (дата обращения: 15.09.2015).

Подумайте над этим тезисом и составьте небольшой список положительных и отрицательных примеров такой деятельности, дополнительной к основной работе врача.

**10.** С точки зрения врачебной этики врач вполне может заниматься просветительской деятельностью в средствах массовой информации относительно здорового образа жизни, профилактики заболеваний, их лечения и др. Такая общественная деятельность даже приветствуется. Но при этом публичные выступления врачей не должны содержать элементов рекламы каких-либо препаратов, методов диагностики и т.п.

Как вы считаете, как нужно правильно давать сообщения о тех или иных проблемах и медицинских средствах, чтобы при этом не присутствовало элементов рекламы, саморекламы, недобросовестной конкуренции?

**11. Информированное согласие и стандартные бланки.** В медицинских учреждениях часто используются стандартные формализованные бланки информированного добровольного согласия пациента на медицинское вмешательство.

Например, это могут быть бланки на проведение конкретного оперативного вмешательства. В таких формулярах могут быть заранее прописаны возможные риски операции. Пациенту остается лишь подписать этот бланк.

Насколько приемлемо с точки зрения врачебной этики использование таких стандартных бланков?

## Кейсы

**1.** Врач «Скорой помощи» явился по вызову к пожилому мужчине. Пенсионер жил один, причем в условиях крайней бедности и неопрятности. Выглядел он очень запущенно, за собой не следил, от него исходил соответствующий запах и т.п. Пенсионер пожаловался на сильные боли за грудиной и резкое ухудшение общего самочувствия. Врач посчитал, что пенсионер — обычный алкоголик, не стал его осматривать, посоветовал ему перейти на здоровый образ жизни и удалился. Вскоре больной погиб от инфаркта миокарда.

*Вопросы и задания к кейсу*

1. Какие этические нормы нарушил врач?  
2. Кроме того, в этой ситуации присутствует и грубое нарушение законодательства. Определите, какое.

**2.** Госпитализированный пациент обратился за помощью к адвокату с целью защиты своих прав, так как уже имел негативный опыт общения с системой здравоохранения. Однако в больнице стали препятствовать прохождению адвоката к больному на том основании, что «здесь не здание суда, а больница».

*Вопросы и задания к кейсу*

1. Какие были в данном случае нарушены права пациента? Обоснуйте.  
2. Выскажите свое мнение, как должны были правильно поступить представители больничного учреждения.

**3. Информирование родителя о состоянии здоровья подростка.** Девочка, 14 лет, проживает вместе с матерью. Обратилась в поликлинику из-за плохого самочувствия. Мать была в отъезде, девочка обратилась к врачу самостоятельно. Симптомы: высокая температура, боли при мочеиспускании, боли внизу живота, мутная моча, гнойные выделения и др. Врач первоначально предпологал острую патологию мочевыводящих путей, но более детальное обследование показало, что девочка больна гонореей, причем в осложненной форме.

Больной необходимо срочно пройти полный курс лечения в условиях стационара. В любом случае, потребуется согласие матери.

Пациентка просит госпитализировать ее без согласия матери и ни в коем случае не сообщать матери диагноз. По ее словам, мать мало интересуется жизнью дочери, не подозревает о ее ранней половой жизни, но сообщение о диагнозе нанесет матери сильный удар. Последствия, по словам пациентки, могут быть самые тяжелые и непредсказуемые для них обоих. Врач поликлиники дает направление на госпитализацию. Теперь дальнейшие действия должен совершить лечащий врач стационара. Девочка получает необходимое лечение, ждет приезда матери и вновь умоляет врача ничего не сообщать матери. Пациентка находится в тревожном и угнетенном состоянии.

#### *Вопросы и задания к кейсу*

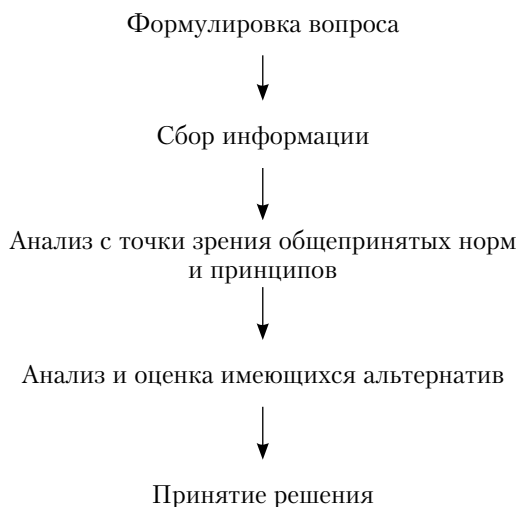
1. Каковы должны быть действия врача в этой ситуации?
  2. Какой моральный конфликт (или конфликты) присутствует в данной ситуации?
2. Постарайтесь самостоятельно разобраться в этой проблеме. Воспользуйтесь приведенной далее схемой этического анализа.

Для начала следует определить, какая информация в первую очередь понадобится для анализа ситуации.

Краткий разбор проблемы прилагается в разделе «Ответы».

Вопрос можно вынести также на коллективное обсуждение.

**Схема этического анализа ситуации.** Рассмотрим следующую схему этического анализа ситуаций, встречающихся в медицинской науке и практике. Она позволяет последовательно разобрать конкретную ситуацию, прояснить суть проблемы, а также может помочь найти и обосновать решение (рис. 2.4).



*Рис. 2.4. Схема этического анализа ситуации*

1. Формулировка вопроса: необходимо определить, в чем состоит исходная моральная проблема. Как правило, это определенный конфликт между различными этическими требованиями или ценностями. Возможно также наличие сразу нескольких конфликтов в одной ситуации.

2. Сбор относящейся к данному вопросу (релевантной) информации. Это чрезвычайно важный этап, поскольку решение проблемы должно быть основано на достоверной и полноценной информации.

Что может понадобиться для грамотного анализа ситуации?

- Специальная медицинская информация (например, о сущности того или иного заболевания, его распространенности, методах диагностики и лечения, прогнозе и др.).
- Нормативная информация — знание действующего законодательства, относящегося к данной ситуации, этических кодексов и других этических документов и др.
- Информация о непосредственных участниках проблемы (о их жизненной ситуации, представлениях, ценностях, интересах и др.).
- Информация о конкретных деталях и истории развития данной ситуации — они тоже могут оказаться релевантными для данного случая.
- Другая информация, полезная для данного случая.

3. Анализ ситуации с точки зрения общепризнанных норм и принципов (принципов биоэтики, прав человека, а также, возможно, других фундаментальных норм). На этом этапе, как правило, возникает более глубокое видение ситуации и сути морального конфликта (конфликтов).

4. Анализ имеющихся альтернатив, их оценка. Очень важно продумать различные варианты действий, решений, поискать еще какие-то возможные выходы. Иногда нахождение еще одной альтернативы само по себе может оказаться приемлемым решением усложненной проблемы.

При оценке каждой альтернативы следует взвешивать все «за» и «против», все участвующие в оценке релевантные факторы.

5. Принятие решения. Как правило, в сложных ситуациях решения имеют различные побочные эффекты и издержки, с которыми нужно считаться. Поэтому решение должно быть осмысленным и основываться на наилучшей альтернативе с учетом ее возможных отрицательных сторон.

Возможно также, что проблема должна решаться совместно с другими участниками ситуации. В этом случае следует также определить, кто будет участвовать в обсуждении проблемы и принятии решения.

**4. Случай К. Вильямсон.** Женщине тридцатилетнего возраста был установлен силиконовый имплант груди. Через некоторое время под кожей образовались множественные комки и бугры, что, как определил хирург, было связано с дефектом импланта и истечением силикона. Женщина согласилась на хирургическую операцию по замене импланта и удалению истекших частей силикона. Однако хирург сделал ей гораздо более радикальную операцию, полностью удалив молочную железу.

Этот случай в Великобритании стал поводом для судебного разбирательства (*Christine Williamson v East London & City Health Authority*, 1997).

В ходе судебного процесса было выяснено, что хирург не разъяснил должным образом свои намерения пациентке, а пострадавшая не была согласна на более обширную операцию (в том числе не давала письменного согласия на нее). Со своей стороны, врач утверждал, что в его действиях не было злого умысла; молочная железа была так повреждена силиконом, что просто убрать части силикона уже не представлялось возможным. В итоге врач был признан виновным в небрежности, а в качестве компенсации Кристин Вильямсон было присуждено 20 тыс. фунтов стерлингов.

*Вопросы и задания к кейсу*

1. Какую ошибку (умышленную или неумышленную) совершил в данном случае хирург?

2. Проанализируйте, как избежать такой ошибки при получении информированного согласия пациента.

5. Пациентка, 68 лет, находившаяся на лечении в больнице, обратилась к заведующему отделением с просьбой заменить лечащего врача, так как она посчитала, что врач невнимательно к ней относится, очень небрежно осмотрел, не выслушал ее жалобы и не назначил должного обследования. Получив отказ заведующего отделе-

нием, она обратилась с той же просьбой к главному врачу. Главный врач, не вдаваясь в подробности ситуации, тоже отказал ей, сославшись на то, что найти замену будет очень сложно.

Пациентка напомнила, что она по закону имеет право на выбор врача. На это главный врач ответил: «Вы свой выбор уже сделали, когда Вам был назначен лечащий врач. Больше у Вас нет возможности выбирать».

*Вопросы и задания к кейсу*

1. Были ли нарушены права пациента в данном случае?
2. Проанализируйте, насколько соответствовало поведение главного врача нормам медицинской этики.
3. Как, по вашему мнению, следовало бы разрешить эту конфликтную ситуацию?

**6.** Пациент К., 21 год, страдает психическим заболеванием (шизофрения), является дееспособным. Живет с семьей (с родителями, а также с братом и сестрой). В свое время он дал согласие на информирование семьи о его состоянии здоровья.

С недавнего времени по настоянию родственников психиатр начал проводить скрытое лечение больного. Это было связано с тем, что родственники опасались, что пациент не будет лечиться, если предложить ему лечение открыто (случаи отказа от лечения со стороны пациента в прошлом уже были). В итоге пациента К. удалось убедить, что у него ослабленный иммунитет, и в настоящее время больной получает психофармакологические препараты под видом поливитаминов и общеукрепляющих средств; лечение сопровождается некоторыми побочными эффектами.

*Вопросы и задания к кейсу*

1. Правильно ли поступил психиатр?
2. Нарушены ли в данном случае права пациента? Обоснуйте свою точку зрения.
3. Следует ли психиатру все же раскрыть пациенту информацию о проводимом скрытом лечении?
4. Проанализируйте выгоды и риски раскрытия информации пациенту.

**7.** Пациент говорит своему семейному врачу, что хочет пожаловаться на терапевта, который лечил его в стационаре от гипертонической болезни. Он считает, что терапевт лечил его неправильно, а назначенное лечение причинило вред здоровью. В частности, пациент утверждает, что после курса лечения гипертоническая болезнь только усилилась. Семейный врач тоже видит, что состояние больного, как минимум, не улучшилось.

Пациент спрашивает совета у семейного врача. Кроме того, пациент обдумывает вопрос о подаче в суд искового заявления.

*Вопросы и задания к кейсу*

1. Как в этой ситуации должен поступить семейный врач с моральной точки зрения?
2. Объясните, в чем сущность основного морального конфликта в этой ситуации.

**8.** Пациент работает государственным служащим. Он часто и длительно находится на лечении, получает освобождение по справке временной нетрудоспособности, а иногда находится на больничном лечении. Диагнозы на работе не сообщает, говорит лишь, что у него хронические заболевания. В итоге, когда он очередной раз освобождается от работы, его руководство отправляет запрос в поликлинику, в которой пациент получает амбулаторную помощь. В этом запросе работодатель интересуется, насколько обоснованно гражданин получает освобождения от работы. В противном случае государственное учреждение будет официально жаловаться на поликлинику.

### *Вопросы и задания к кейсу*

1. Какой моральный конфликт имеется в данной ситуации?
2. Проанализируйте, какими должны быть действия руководителя поликлиники.

**9. Сестринская адвокация.** Пожилой пациент госпитализирован в стационар с воспалительным процессом в легких. Дежурная медицинская сестра, читая лист назначений, замечает, что лечащий врач Р. назначил больному повышенную дозировку препаратов. Сестра неоднократно замечала склонность доктора Р. к агрессивной терапии и высоким дозам лекарств. Однажды высокие дозы антибиотиков, назначенные им, привели к токсическому поражению почек у одного пациента. Сестра ранее пыталась высказать свое мнение врачу, но его реакция была довольно резкой. В этот раз (то ли по ошибке, то ли умышленно) назначенная доза явно превышала допустимую. В итоге сестра отправилась прямо к заведующему отделением и рассказала ему о данной ситуации.

### *Вопросы и задания к кейсу*

1. Проанализируйте, правильно ли поступила медицинская сестра.
2. Какими моральными нормами можно объяснить ее поступок?

**10.** Врач-терапевт, проходя по больничному отделению, увидел, что в одну из палат госпитализировали пациента — его бывшего одноклассника. Зайдя в ординаторскую, он спрашивает, кто из врачей является лечащим врачом этого пациента и из чистого любопытства просит врача (а это недавно принятый на работу специалист, новый человек в коллективе) посмотреть историю болезни пациента. Однако лечащий врач отвечает, что без оснований он не будет показывать историю болезни своего пациента; или же пусть врач сначала спросит согласия у самого больного. Врач-терапевт немного удивлен этим ответом.

### *Вопросы и задания к кейсу*

1. Правильно ли поступил лечащий врач?
2. Подумайте, какой здесь присутствует моральный конфликт.

**11.** Врач-педиатр назначил новорожденному УЗИ тазобедренного сустава. Сейчас ребенку два месяца. Основания для обследования: ребенок родился недоношенный, в тазовом предлежании, есть некоторые неврологические отклонения. При осмотре видно, что у ребенка одна из ножек укорочена и кожные складки на ягодицах несколько несимметричны. Обследование необходимо для того, чтобы проверить наличие врожденных ортопедических отклонений: вывихов, подвывихов и т.п.

Врач ведет разъяснительную работу с матерью ребенка, мать соглашается на обследование. Врач убеждает мать, что УЗИ — безболезненная и безопасная процедура, которая очень полезна в данной ситуации. Однако на следующий день женщина заявляет врачу, что отец ребенка категорически против УЗИ и запрещает матери давать согласие. Отцу кто-то сказал, что УЗИ нельзя делать в раннем возрасте, так как это вредно отразится на малыше.

### *Вопросы и задания к кейсу*

1. Поразмышляйте, каковы должны быть действия врача.
2. Достаточно ли в данной ситуации согласия одной матери?
3. Может ли отец подать в суд на врача-педиатра, если без его согласия будет проведено УЗИ-обследование?

## Глава 3

# МЕДИЦИНА И РИСК

---

После изучения третьей главы студент должен:

**знать**

- понятие риска и основные теоретические подходы к его пониманию;
- основные методологические проблемы количественной оценки медицинского риска;

• основные принципы этики медицинского риска;

• классификации основных видов врачебных ошибок и ятрогений;

• правовые критерии различения обоснованного и необоснованного риска;

**уметь**

• использовать этический подход к проблеме медицинского риска для анализа конкретных ситуаций в медицине;

• раскрыть основные обязанности врача, возникающие в условиях принятия рискованных клинических решений;

• разъяснить сущность моральных проблем, связанных с врачебными ошибками и ятрогениями;

**владеть**

• основными принципами раскрытия пациенту (его представителям) информации о совершенной медицинской ошибке;

• основными принципами взаимодействия с пациентом в условиях медицинского риска и совместного принятия клинического решения.

---

### 3.1. Понятие риска и основные теоретические подходы к его пониманию

#### Значение проблемы риска в современном мире. «Общество риска»

Проблема риска в современном мире является одной из самых актуальных, и во всех развитых странах проводятся интенсивные исследования в этом направлении. Развитие основных сфер современной человеческой деятельности — науки, технологии, промышленности, энергетики и т.д. — сопровождается многочисленными и разнообразными рисками.

После первых исследований риска в 60–70-е гг. XX в. развитие этой проблематики претерпело бурный рост в 1980-е гг. и продолжается с нарастающей динамикой до настоящего времени. Понятие риска приобрело фундаментальный и междисциплинарный смысл, охватывая такие области,

как философия, политика, управление, экология, социология, демография, техника, экономика, право и др. В итоге сформировалось даже особое комплексное направление под названием «рискология».

Важнейший вклад в то, что тема риска была осознана как первостепенная общенаучная и философская проблема, внесли работы крупнейшего немецкого социолога Ульриха Бека, и прежде всего его знаменитая книга «Общество риска» (1986). В своей работе Бек показывает, что нарастание рисков становится существенной чертой современности. Массивный процесс модернизации всех сфер жизни привел общество к состоянию, которое можно охарактеризовать как *общество риска* (нем. *Risikogesellschaft*).

У. Бек показывает, что сложные общественные процессы современного мира ведут к постоянному росту опасностей. Роль научных экспертов имеет сегодня ключевое значение, однако это далеко недостаточно для ответа на существующий вызов. Поэтому борьба с риском как с глобальной опасностью, которая касается всех и всех объединяет, должна стать полем кооперации и сотрудничества. Проблемы управления рисками и участия социальных групп, специалистов и общественности становятся решающими вопросами для выживания и благополучия общества.

Для медицинской науки и практики проблема риска имеет особое значение. В целом поле всей деятельности медицины располагается между некими условными полюсами *блага* и *риска*. Риск можно понимать как некое отрицательное благо. Медицинская практика стремится к благу для пациента и одновременно — нацелена на то, чтобы не допустить его неблагоприятия. Тем самым риск выступает для медицины как отрицательная цель, от которой необходимо удаляться. При этом работа с риском и в терминах риска приобрела для современной медицины совершенно универсальный характер.

### Определение риска

Что означает понятие «риск»? Этот термин сегодня имеет довольно широкий смысл и используется в совершенно разных контекстах. Синонимами риска могут выступать такие понятия, как «опасность», «угроза», «неблагополучие» и т.п.

Однако во многих определениях риска в научной литературе этот термин используется в некотором специальном смысле, где риск связан прежде всего с понятием *неопределенности*. В связи с этим под **риском** понимают *неопределенность*, исходом которой может стать то или иное *неблагоприятное событие*.

Таким образом, *два существенных компонента риска* — это наличие неопределенности и возможность неблагоприятного события как следствия (результата, исхода) этой неопределенности.

### Основные области риска в современной медицине

Можно назвать по крайней мере следующие пять основных полей риска в медицинской сфере:

- риски, связанные с серьезными недостатками применяемых медицинских технологий;

- принятие решения о медицинском вмешательстве, содержащем риск;
- проблемы выполнения текущих медицинских процедур;
- риски, связанные с самопомощью и самолечением населения;
- проблемы, касающиеся обширных последствий научно-технологического развития.

1. **Риски, связанные с недостатками медицинских технологий.** Как правило, эти риски сопряжены с новыми методами диагностики, лечения, профилактики и т.п., только недавно внедренными или еще находящимися на стадии испытаний.

Однако существуют причины, по которым негативные эффекты могут обнаружиться и в отношении, казалось бы, уже хорошо проверенных и широко применяемых медицинских средств. Это вызвано сложностями проверки безопасности медицинских технологий. Не исключены случаи того, что медицинское средство может содержать в себе некий вредный фактор, который не так легко выявить, поскольку он проявляется в виде отдаленных результатов или относительно редких эффектов.

2. **Принятие решения о медицинском вмешательстве, содержащем риск.** Это чрезвычайно важный и обширный класс проблем. Он касается медицинских средств, которые считаются свободными от серьезных технических недостатков. Тем не менее их применение может вызывать противоречивый комплекс эффектов, как полезных, так и вредных по отношению к пациенту. Например, необоснованное назначение вмешательства может принести больному только вред.

Проблемы выбора и назначения медицинских вмешательств возникают в ситуациях принятия *клинических решений*, и здесь имеет место специфический комплекс задач и сложностей — определение показаний к вмешательству, выбор технологии, оценка пользы и риска вмешательства, учет индивидуальной ситуации пациента, контроль проведения рискованного вмешательства и т.п. В подобных ситуациях врач принимает в расчет то, что обсуждаемое или уже проводимое вмешательство способно в данных индивидуальных обстоятельствах нанести вред пациенту.

Причем понятие *вреда* следует, вообще говоря, понимать расширительно, так как проблемы назначения и проведения медицинских интервенций не сводятся только к опасности причинения физического вреда. Вмешательство может создавать для пациента также совокупность иных угроз — психологическую травму, вторжение в частную жизнь и личные ценности индивида и т.п. Например, ситуация генетического консультирования (как разновидность вмешательства) сопровождается массой рисков весьма деликатной природы — рисков, которые могут принести негативные последствия для дальнейшей жизни консультируемого пациента.

3. **Выполнение текущих медицинских процедур.** Этот класс проблем связан с конкретными процессами медицинской помощи, происходящими в больницах и других медицинских организациях. Действительно, при условии отсутствия серьезных изъянов в самой технологии и правильно принятом клиническом решении опасности могут возникнуть уже в ходе непосредственного применения технологии в условиях медицинской организации.

Например, это могут быть опасности, связанные с работой медицинского оборудования, нарушением правил безопасности, выполнением персоналом инъекций и других технических манипуляций, риском внутрибольничного инфицирования, ошибками при ведении медицинской документации, рискованным поведением самих пациентов, несогласованностью действий различных участников медицинской помощи и др.

**4. Риски, которые создаются в ситуациях самопомощи и самолечения населения.** Они возникают, как правило, вне медицинских учреждений (например, в домашних условиях) и связаны с самостоятельным приемом пациентами лекарственных препаратов, проведением мероприятий первой медицинской помощи, само- и взаимопомощью при каком-либо заболевании и т.п.

Особенно массовый характер эти риски приобрели в связи с широкой доступностью многих лекарственных препаратов. Как известно, их употребление населением нередко приобретает распространенный характер, а некоторые препараты вообще становятся частью массовой культуры (потребление антибиотиков, снотворных, противозачаточных, обезболивающих препаратов, антидепрессантов, различных стимуляторов и т.п.). К сожалению, масштабы этой опасности пока не стали предметом систематических исследований. Важное влияние на степень риска оказывают фирмы-производители и их рекламная политика.

**5. Проблемы, касающиеся обширных последствий научно-технологического развития.** Эти проблемы, относящиеся к более широкому плану, чем предыдущие, возникают не в связи с применением конкретных технологий здравоохранения, а имеют более диффузный характер и связаны с далеко идущими эффектами технологизации медицины. Часто дискуссии об этих проблемах касаются не актуальных трудностей, а тех, которые пока только потенциальны.

Разработка, появление или широкое применение той или иной биомедицинской технологии может быть связано с такими культурными, политическими, социальными, этическими и другими последствиями, которые содержат в себе серьезные риски для общества: скажем, риски в отношении общепринятых ценностей, действующих институтов, социальной структуры и т.п. Некоторые биомедицинские технологии могут принести с собой такие глобальные последствия, которые пока даже трудно оценить (например, нейротехнологии или эксперименты с клонированием). Эта тема будет рассматриваться позже (см. гл. 6).

Таким образом, проблема «медицина и риск» имеет крайне обширный, многоаспектный вид.

## Основные подходы к изучению риска

Следует выделить две из имеющихся базисных трактовок риска, распространенных в современной научной и философской литературе:

- 1) физикалистская интерпретация — риск как измеримое в вероятностных терминах *физическое событие*;
- 2) прагматическая интерпретация — риск как *человеческое действие* в условиях неопределенности.

Эти интерпретации во многом взаимно дополняют друг друга, однако при этом являются существенно различными точками зрения.

В приложении к задачам медицины физикалистская интерпретация риска важна прежде всего для исследования внутренних биомедицинских свойств медицинских технологий (фармакологических средств, физических воздействий с помощью оборудования и т.п.). Риск анализируется здесь количественными, вероятностно-статистическими методами.

Риск как действие в условиях неопределенности находится ближе к конкретным процессам медицинской практики. Здесь риск рассматривается в терминах коммуникации, ошибок, принятия решений, организационных характеристик и т.п., т.е. с точки зрения человеческого фактора. Для исследования риска как человеческого действия используются различные методы социальных наук.

### **Проблемы количественных методов изучения рисков**

Огромную значимость в современной медицине приобрели методы количественного уточнения степени риска, возникающего в той или иной ситуации; они используются сегодня во многих областях медицинской практики и медицинских исследований. Назовем некоторые типичные применения количественных методов.

Прежде всего количественные оценки риска используются в связи с проблемами *принятия решений* для различных классов практических задач медицины и здравоохранения. В этом случае уточненная оценка риска нужна для формального анализа имеющихся альтернатив с целью выбора наиболее оптимальной; при этом каждой из альтернатив приписывается определенная величина риска, которая далее учитывается в ходе сравнительного анализа. В оценку альтернатив могут быть также включены те или иные предпочтения или «полезности» пациента.

Общая методология оценки риска и выбора решения развита в специальных математических и прикладных дисциплинах (теория игр, теория решений, математическая статистика, технические науки и др.). Проблемы принятия решений в медицинской сфере охватывают не только задачи принятия *клинических решений* (по выбору врачебной тактики и назначений), но и разнообразных *управленческих решений* (на уровне учрежденческого менеджмента, а также в области общественного здравоохранения). В этих случаях могут возникнуть этические проблемы справедливости и распределения рисков.

Методы оценки риска применяются для задач диагностики и разработки клинических показаний к медицинским вмешательствам, необходимых, в частности, в сфере неотложной медицины (например, известные угрозометрические методы). Здесь используются развитые статистические подходы.

Собственный круг задач по оценке риска решают технические науки и их приложения к медицинской сфере. В частности, здесь изучаются риски, связанные с эксплуатацией медико-технических устройств.

Широкий спектр изучения рисков проводится также в эпидемиологических исследованиях. Цели таких исследований состоят в выявлении фак-

торов риска, действующих на популяции, оценке опасности этих факторов и их социальных последствий, а также в доказательстве причинно-следственных связей между действием факторов риска и наступлением неблагоприятных последствий.

Общий метод количественной оценки степени риска состоит в приписывании некоторого количественного веса тому или иному возможному неблагоприятному исходу, связанному с рассматриваемой альтернативой. Принято выражать величину риска  $R$  события  $X$  в виде произведения величины *вреда*, создаваемого этим событием,  $A(X)$  на *вероятность* его наступления  $P(X)$ . Это так называемая *классическая формула риска*:

$$R(X) = A(X) \cdot P(X).$$

Ее возможно использовать для получения оценок с различной степенью точности. Подставляемые в нее количественные данные могут быть эмпирически обоснованными. К примеру, сведения о вероятности события могут быть почерпнуты из отчетной статистики, а величина вреда может быть измерена как стоимость экономического ущерба, полученная на основе доступной фактической информации.

Однако на практике не всегда удается получить количественную оценку риска, связанного с той или иной типичной ситуацией или технологией. В этом случае приходится пользоваться только интуитивными оценками, хотя их тоже стараются уточнить каким-либо рациональным способом. Например, распространенным методом уточнения интуитивных утверждений является использование *суждений экспертов*.

В отношении процедур оценки медицинских рисков вопрос об экспертных суждениях пока остается неоднозначным. С одной стороны, экспертные суждения могут быть весьма полезны как отражение ценного опыта профессионалов, но с другой, они, конечно, не могут сравниться по надежности с информацией, полученной формальными методами в специальных исследованиях. Так, были выявлены значительные расхождения между разными группами экспертов по поводу клинической интерпретации одной и той же информации<sup>1</sup>. Однако экспертные суждения продолжают широко использоваться, так как имеется множество ситуаций, когда согласие экспертов — это единственный способ получения сколько-нибудь уточненной оценки.

Таким образом, в медицинской науке и практике используется обширная совокупность способов измерения и оценки риска, начиная от методически спланированных исследований (исследования факторов риска, технические испытания оборудования и т.п.) и заканчивая экспертными сессиями и применением неформальных, приблизительных способов оценки (оценок по аналогии, на основе исторических данных и др.).

Рациональный подход к управлению риском требует, чтобы при принятии решений использовались максимально уточненные данные (желательно, в количественной форме везде, где это возможно), а сами подлежащие управлению ситуации, в которых возникает риск, были максимально структурированы на основе этих уточненных данных.

---

<sup>1</sup> См.: Hidden barriers to improvement in the quality of care // The New England Journal of Medicine. 2001. Vol. 22 (345). P. 1612–1620.

Однако при всех достоинствах количественного подхода к оценке рисков следует отметить, что само по себе обладание числовыми оценками не является средством решения проблем медицинского риска.

Прежде всего, сами количественные оценки используются в сложном контексте клинических, политических, социальных, психологических, этических и других соображений, причем не всегда количественная техническая информация может служить решающим фактором для выбора решения. Как правило, субъекты решения могут в лучшем случае лишь включить полученные уточненные оценки (с поправкой на их точность) в процедуры принятия решений. При этом количественная информация может сделать решение более информированным, но не может подменить его.

Кроме того, количественные данные и оценки не могут быть использованы в чистом виде, а должны быть дальше содержательно истолкованы для принятия решений. Однако любая интерпретация количественной информации неизбежно субъективна. Существует значительное расхождение между индивидами по поводу оценки информации.

Так, одна и та же информация может быть расценена одним субъектом решения как сигнал о высоком риске, а другим — как вполне безопасная или надежно контролируемая ситуация. Огромную роль здесь играет также способ представления информации. В специальных исследованиях было неоднократно показано, что логически эквивалентные способы подачи информации могут восприниматься совершенно по-разному. Например, одну и ту же вероятность можно представить пациенту как шансы выжить с помощью данного лечения (например, «5 к 1») или же в зеркально противоположной форме, т.е. как шансы не выжить (соответственно, «1 к 5»), что произведет совершенно различное воздействие на больного.

Принятие решения — это всегда акт самостоятельного и ответственного выбора. Поэтому *этическая* составляющая принятия решения является критически значимой и не может быть «устранена» использованием различных точных методов и научно обоснованной информации.

Понимание этого привело к тому, что активно обсуждаемой темой в биоэтике являются *этические* аспекты медицинского риска. По причине особой важности проблем риска в современной системе медицинской помощи и здравоохранения назрела потребность в развитии особого исследовательского направления — *этики риска*, которое систематически анализировало бы этические вопросы и требования, относящиеся к безопасности и медицинским рискам.

## 3.2. Этика медицинского риска

### Этический подход к риску

Проблема риска имеет глубокие социальные и моральные основания. Известный итальянский философ Э. Агацци указывает, что риск является фундаментальным атрибутом человеческой природы. Только человек может рисковать, выбирать и принимать решения. Вхождение в ситуации

риска неразрывно связано с *моральными* проблемами свободы и ответственности — все мы ответственны за последствия наших действий, даже если эти последствия были непреднамеренными. Категория *ответственности* является здесь ключевой, так как одновременно предполагает свободу, но внутренне призывает к ее ограничению. При участии индивидов и социальных групп в рискованной деятельности (и тем более, в создании новых рисков) у них возникают определенные моральные обязанности: в том числе по предвидению риска, его оценке и предотвращению или существенному снижению.

Риск относительно недавно стал темой моральной философии, примерно с 70-х гг. XX в. До этого в моральной философии в основном обсуждались такие более традиционные понятия, как долг, обязанности, вина, вред, ответственность, последствия и т.п., иными словами — моральная философия была больше нацелена на конкретные результаты человеческих действий, чем на ситуации, когда существует только вероятность или возможность негативных последствий.

Одной из первых работ, в которой рассматривались этические аспекты риска и действий, подвергающих человека риску, была книга известного американского философа Роберта Нозика «Анархия, государство и утопия» (1974). В этой работе автор поднимает вопросы о том, какие моральные права имеют люди, которых подвергают риску, и какие должны быть морально обоснованные меры в отношении действий, создающих риск (например, в каких случаях уместны полные запреты, а в каких — разрешения, но при этом должны быть предусмотрены компенсации за риск и т.п.).

После книги Р. Нозика, с 70-х гг. XX в. началось обсуждение этических проблем риска; было высказано множество плодотворных идей, однако в полноценном виде этика риска как область моральной философии еще не сформировалась, несмотря на ее очевидную важность, в том числе для биомедицинской этики.

Уже само по себе нахождение человека в области повышенного риска — это этическая проблема. Когда мы сталкиваемся с явным риском для человека, здесь всегда уже превышен некий предел, происходит выход за какую-то грань дозволенного. В связи с этим возникает множество конкретных вопросов об этической правомерности вовлечения индивида в рискованные ситуации, уровнях допустимого риска, правилах и нормах поведения в ситуациях риска и т.п.

Конечно, возникновение риска, связанного с необходимостью медицинского вмешательства, — это объективно *вынужденная* ситуация. Здесь имеет место противоречие: с одной стороны, нам нельзя оставить больного без помощи, но с другой — сама помощь сопряжена с опасностью причинения вреда. Из этого противоречия проистекают определенные этические обязательства для врачей и медицинской системы в целом, направленные на то, чтобы наилучшим образом защитить жизненные интересы и ценности пациента.

С точки зрения этики медицинского риска риск представляет собой фундаментально *этическую* проблему. Он не сводится к техническим, административным, организационным и тому подобным вопросам. Риск

следует расценивать не только как научную проблему, которая изучается точными методами (например, вероятностно-статистическими), но и как категорию жизненной ситуации пациента, понимаемую всегда в индивидуальном плане, где важную роль играют ценности.

Иными словами, оценка и ведение медицинского риска — это не просто абстрактный подход в терминах баланса вреда и пользы, вероятностей нежелательного исхода и т.п., но и вхождение в человеческие смыслы, связанные с такими понятиями, как тревога, опасность, страдание, ответственность, забота, надежда. В ракурсе жизненной ситуации пациента риск уникален и не выразим формальными понятиями.

В условиях риска имеются различные и несводимые друг к другу перспективы, из которых он может быть рассмотрен. Так, риск рассматривается (рис. 3.1):

- 1) из перспективы того, *кто непосредственно рискует* (ее можно считать риском от первого лица);
- 2) из перспективы того, кто создает риск, сообщает о нем подвергающемуся риску субъекту и отвечает за управление риском (риск от второго лица);
- 3) в перспективе нейтральной (т.е., как правило, *научной*) оценки риска на основе изучения некоторой третьей стороны, подвергавшейся риску вне данной ситуации, например сведения о риске, полученные в клинических исследованиях (риск от третьего лица).



Рис. 3.1. Перспективы риска

Таким образом, здесь возникают позиционные различия в терминах «риск для меня», «риск для вас» и «риск для них» (или «риск вообще»). Непосредственно подвергаться риску — это совсем не то же, что подвергать риску другого, а также рассуждать о ситуациях, когда риску подвергалась нейтральная третья сторона.

Расхождение оценок риска с позиций врача и пациента подтверждается и некоторыми данными эмпирических исследований. Например, есть свидетельства, что по поводу сложных решений, связанных с искусственной поддержкой жизненных функций организма, медицинские специалисты склонны рекомендовать в отношении своих больных более агрессивную терапию, чем ту, которую они выбрали бы *для самих себя*<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> См.: *Silberfield M., Nash C., Singer P. A. Capacity to complete an advance directive // Journ. Amer. Geriatr. Soc. 1993. Vol. 41. P. 1141–1143.*

Различия трех перспектив риска имеют принципиальное значение для медицинской практики. Их наличие создает невозможность понимания риска в некотором единственно правильном, объективистском ракурсе.

Если мы сводим риск к одной лишь научной, нейтральной перспективе, игнорируя остальные, то это опасно тем, что внимание медицинских работников смещается от индивидуальных и конкретных случаев (какими как раз и являются ситуации медицинского риска) к абстрактным и всеобщим характеристикам.

Тем самым возникает обезличенный, деперсонализированный подход к риску, который несовместим с моральным пониманием задач медицинской помощи. Каждый раз медицинский риск возникает как ситуация, в которой есть участники и имеются способствующие неблагоприятному исходу или препятствующие ему факторы (компоненты риска). Рискованная ситуация *персональна*. Медицинский риск всегда направлен на конкретное лицо и ставит под угрозу чью-то жизнь и здоровье. Однако в клинических ситуациях всегда есть ближайшие агенты риска, действиями которых будет в большой мере определяться, насколько этот риск может привести к наступлению угрожающего события. Лица, выступающие агентами риска, оказываются в этической перспективе *моральными субъектами*.

Принципиальную роль для борьбы с медицинскими рисками играют *этические обязательства* в связи с риском. Этические убеждения по поводу риска имеют фундаментальное значение в системе человеческих взаимоотношений. Ведь из них вытекают дальнейшие представления о том, что следует делать (т.е. моральные нормы в отношении борьбы с риском), оценки (хорошо — плохо, нравственно — безнравственно и т.п.), концепции вины и ответственности.

Далее мы рассмотрим два основных принципа этики медицинского риска: принципы концентрации ответственности и приоритета проблем риска.

### Принцип концентрации ответственности

С этической точки зрения следует противопоставить деперсонализированному, безличному отношению к медицинскому риску усиление *личностного* начала в задачах управления риском. В ситуациях риска, которые имеют место в современной медицинской системе, должен действовать *принцип концентрации ответственности*. Он означает, что в условиях риска у работников медицинской системы возникает этическая обязанность усиления и концентрации *личной* ответственности за контроль и снижение опасности.

Это особенно важно, когда риск создается множественными участниками медицинской помощи. Действительно, в этих обстоятельствах кто-то непременно должен лично вести пациента, отвечать за его безопасность, наблюдать и опекать его. Из этого не следует, что ответственный за пациента всегда будет *виновным* в большей степени, чем другие, в случае нанесения вреда, — там, соответственно, будут действовать *правовые* категории вины, ответственности и т.п. Но это означает просто то, что с этической точки

зрения совершенно недопустимо снижать уровень заботы о пациенте, распространяя ее на всю систему и тем самым способствуя нарастанию риска.

Ситуации, когда у пациента отсутствует лично курирующий его медработник, являются недопустимыми не только с административной, но, в первую очередь, с *моральной* точки зрения.

Кстати, этические обязательства медсестры как защитника пациента (в том числе такое ключевое понятие сестринской этики, как бдительность), о которых говорилось в гл. 2, появились во многом из осознания того факта, что в современных условиях врачи-специалисты больше занимаются специализированными вмешательствами, в то время как возникает опасность оставления больного без присмотра, без личной ответственности за него со стороны медицинских работников.

В пользу необходимости усилить личностное начало в клинической практике говорят и результаты исследований, проводимые в области так называемой организационной социологии. В статье Э. Вест, посвященной обзору исследований организационной социологии в связи с проблемой безопасности медицинской помощи, приводятся, среди прочих, данные о том, что специализация и разделение труда в организациях, а также усложненные взаимодействия между работниками приводят к затруднению коммуникации, снижению эффективности производственной системы, нарастанию вероятности ошибок.

Кроме того, для многоуровневых организаций весьма типично размывание ответственности. Например, готовность работника выполнять необходимые действия по контролю ситуации зачастую оказывается сниженной, так как здесь играет роль некий стереотип ожиданий, что необходимые действия выполнит «кто-то другой». На основе имеющихся результатов Э. Вест выдвигает несколько идей для объяснения неблагоприятных событий в системе медицинской помощи. В частности, она полагает, что чем больше работников (и подразделений) участвует в оказании помощи пациенту, тем выше риск неблагоприятного исхода; напротив, чем легче можно найти конкретного работника, ответственного за координацию помощи данному пациенту, тем этот риск меньше<sup>1</sup>.

Итак, система, которая берет на себя обязательство оказывать пациенту помощь, должна усиливать и концентрировать персональную ответственность за непрерывное поддержание безопасности пациента. Курирующим лицом может выступать (в различных ситуациях) и лечащий, и семейный врач, и медицинская сестра.

Но, конечно, недопустима и иная крайность: этические требования концентрации ответственности не должны выродиться в концепцию преувеличенной *индивидуальной* вины при неблагоприятных событиях. Медицинские риски реализуются локально, но формируются системно. Отсюда следует, что риски медицинского учреждения являются предметом контроля *всего учреждения* — его лечащих врачей, сестер, техников, регистраторов,

---

<sup>1</sup> См.: West E. Organisational sources of safety and danger: sociological contributions to the study of adverse events // Quality in Health Care. 2000. Vol. 9. P. 120–126.

руководителей и т.п., а также всей системной организации медицинской помощи.

Курирующее лицо отвечает в первую очередь за ведение вверенного ему пациента, однако и остальные участники медицинской помощи принимают свою часть личной ответственности согласно своей компетенции (диагносты, физиотерапевты, постовые сестры и т.п.).

Что же касается руководителя медицинской организации, то он должен отвечать прежде всего за *системный* контроль риска: он не просто расследует чрезвычайные происшествия и наказывает виновных, а концентрирует в своих руках планирование и осуществление системных мер, обеспечивая непрерывное и опережающее ведение внутриучрежденческих медицинских рисков.

Важнейшей задачей на будущее является лучшее прояснение личного и системного вкладов в ситуации медицинского риска. Разумеется, медицинское учреждение как таковое не может нести *ответственность* в качестве морального субъекта. Ответственность несут работающие в системе люди. Системный ракурс оказывается необходим, потому что организационная система:

1) выступает средой, в которой происходит формирование риска и непосредственное проведение вмешательств;

2) значительно *опосредует* ответственность людей (должности, сфера полномочий и т.п.);

3) существенно влияет на их поведение, возможности и ограничения.

Формирование этических обязательств по борьбе с риском должно пройти между двумя крайностями — «за все ответственна система» и «за все отвечает конкретное лицо». В целях максимальной защиты пациента нужно найти разумный баланс личной и системной составляющих.

Проблема состоит в том, чтобы взаимно *усилить* их, использовать потенциал их взаимодействия. Это должно идти в точности против того состояния, которое сложилось сейчас, когда указанные компоненты *взаимно ослабляют* друг друга: слабость системных мер коренится во многом в отсутствии личной инициативы, личного начала со стороны работников медицинского учреждения, и, наоборот, слабость личного начала провоцируется отсутствием спланированных системных мер.

### Принцип приоритета проблем риска

Важнейшую роль в этике риска играет также принцип *приоритета вопросов риска перед прочими клиническими соображениями*. Этот принцип означает внимание к тому обстоятельству, что источником неблагоприятных событий и исходов медицинской помощи являются не только ошибочные клинические решения, но и решения, которые принимаются исходя из каких-либо иных соображений, чем благо и безопасность пациента.

Например, принятие клинических решений, смещенных от целей безопасности к другим соображениям, надо расценивать не просто как технически неверное, но как морально неприемлемое. Все действия, которые повышают риск пациента в угоду побочным целям, противоречат врачебной этике.

Смещенные решения, однако, встречаются на практике слишком часто. Так, типична ситуация, когда хирург настаивает на операции, пренебрегая риском пациента и высказывая свои убеждения с точки зрения некоей личной заинтересованности (например, когда он занимается научной работой по этой теме и набирает материал, — к сожалению, это не редкий случай).

Другой пример — нацеленность врача при принятии решения по поводу клинической тактики на технические достоинства того или иного лечебного или диагностического метода, которые делают более комфортной работу самого врача, но при этом подвергают больного дополнительным нагрузкам (скажем, инвазивная диагностическая процедура, которая позволяет поставить более точный диагноз, однако ценой риска или даже явного причинения вреда здоровью).

Поэтому медицинскому сообществу необходимо помнить о том, что смещенные клинические решения являются источником опасности, а также в практической деятельности разоблачать их и вести с ними систематическую борьбу. Во всех клинических ситуациях (тем более, с высоким риском) на первом месте должен стоять сам *риск* и способы его снижения, и только на втором — прочие аспекты. Любые отклонения от приоритета *безопасности пациента* следует квалифицировать как морально недопустимые.

Но тем самым мы вновь возвращаемся к самим истокам медицинской традиции: мы приходим к тому, что все случаи назначения лечения и ведения пациента должны безусловно подчиняться классическому принципу *primum noli nocere*: «Прежде всего, не вреди!» Этот фундаментальный тезис медицины следует развивать и укреплять вновь и вновь, реагируя на изменения медицинской практики и технологии и на появление новых вызовов для безопасности пациента.

В центре этического подхода к медицинскому риску должно находиться понятие *доверия*. В то же время технический подход к риску связан преимущественно с понятием *управления*.

Моральная проблема риска — это, прежде всего, проблема достижения *доверия* в условиях риска: доверия пациента к врачу, различных специалистов и участников медицинской помощи — между собой. Ведь риск влечет всеобщую напряженность. Чем больше рисков создает современная медицинская практика, тем больше взаимное отчуждение. Стратегически важная практическая задача этики медицинского риска — как обеспечить партнерство и солидарность, как сформировать *сообщество доверия* в условиях современной медицины. Это задача нравственная, по преимуществу.

### 3.3. Клинические решения в условиях риска

Принятие решения в общем лечебном процессе в известном смысле является *критическим пунктом развития событий*. Принятое врачом решение, реализуемое затем в виде вмешательства, оказывает существенное влияние на весь дальнейший ход клинического процесса.

При принятии клинического решения постоянно приходится учитывать вероятность угрожающих событий, сопряженных с медицинским вмеша-

тельством. Опасность неблагоприятного исхода может быть связана с возможными осложнениями от назначаемого лечения (к примеру, серьезные побочные эффекты фармакотерапии), неудачей самого вмешательства (скажем, рискованная хирургическая операция), действиями в условиях высокой неопределенности (быстро развивающееся патологическое состояние с неподтвержденным диагнозом) и другими обстоятельствами.

### **Обязанности врача в условиях принятия рискованного решения**

Основные обязанности врача в условиях принятия рискованного решения — это:

- 1) тщательная оценка ситуации;
- 2) адекватное взаимодействие с пациентом.

При этом врач, разумеется, должен учитывать всю полноту обстоятельств для выбора правильного курса действий (срочность ситуации, состояние пациента, сопутствующая патология и др.).

В ситуации выбора медицинского вмешательства, когда лечащий врач должен принять сложное клиническое решение, он прежде всего должен проанализировать проблему своего пациента и как можно полнее учесть все возможные риски предполагаемого вмешательства.

В процессе принятия решения должны быть учтены наиболее явные и второстепенные риски, возможные последствия вмешательства, особенности индивидуальной истории пациента. В некоторых случаях риск означает не единичную предполагаемую угрозу, а некоторое семейство угроз, для которых характерно определенное (нередко лишь очень приблизительно оцениваемое клиницистом) распределение вероятностей. Принятие решения должно взвешивать возможные клинические исходы и оценки их вероятностей.

По современным представлениям, для рационального анализа ситуации врач должен владеть научными знаниями о степени риска, для чего необходимо знакомство с научной литературой по данной проблеме (или типу проблем), включая имеющиеся научные данные по количественным оценкам риска.

При необходимости следует привлечь специалистов, которые смогут оказать помощь в выработке грамотной тактики.

Лечащий врач обязан при необходимости пригласить коллег (созыв консилиума, обращение к более опытному врачу). К сожалению, немало трагических последствий возникает из-за нередкого нарушения этого правила, когда просто в силу самонадеянности или личных амбиций врач не использует дополнительные возможности по оценке ситуации и принятию более качественного клинического решения.

Исходя из обстоятельств следует определить также, кто будет участвовать в принятии решения. Если требуется неотложная помощь, состояние пациента не позволяет ему выразить свою волю, а также нет законных представителей (для особых категорий пациентов), то решение принимает консилиум; при невозможности собрать консилиум — решение принимает лечащий (дежурный) врач. При этом должны быть соблюдены все нормы

закона (правильное оформление в медицинской документации; последующее уведомление надлежащих лиц).

В случаях, когда действует обычная модель информированного добровольного согласия (т.е. когда ситуация не экстренна, больной способен выражать свою волю и компетентно принимать решения), пациент должен быть полноценно проинформирован о сложности текущей клинической ситуации и о рисках, сопутствующих предполагаемому вмешательству. После получения информации пациент должен обдумать предоставленные ему сведения и дать согласие на вмешательство либо отказаться от него.

При обдумывании пациент, разумеется, вправе пользоваться всей необходимой ему поддержкой и помощью. Ведь риск вмешательства направлен непосредственно на него. Пациент вправе советоваться с близкими людьми, которым он доверяет, получать так называемое второе мнение, т.е. суждение независимого врача (например, из другого медицинского учреждения), повторно обращаться к своему лечащему врачу за дополнительными разъяснениями.

Со стороны лечащего врача его участие в процессе обдумывания пациентом своего решения ни в коем случае не должно сводиться к чисто формальному предоставлению пациенту необходимых сведений. Врачебная этика требует, чтобы врач был открыт к диалогу с пациентом. Врач не имеет права оставить больного без поддержки в трудной ситуации выбора решения. В этих случаях требуется совместное обсуждение всех обстоятельств, консультативная помощь врача, чтобы пациент лучше уяснил положение дел и смог рационально взвесить все «за» и «против».

### **Взаимодействие с пациентом**

Что необходимо учесть при взаимодействии с пациентом по поводу принятия рискованного решения?

Принятие клинического решения, содержащего риск, всегда создает проблемы для всех участников ситуации. Прежде всего следует отметить, что уже сам факт наличия риска является испытанием для пациента и его родственников. Когда им становится известно, что вмешательство будет содержать определенную вероятность нежелательного исхода, это само по себе оказывается стрессующим фактором, создает психологическое и моральное бремя для пациента и его семьи. Осознание риска может стать дополнительным источником проблем и осложнить состояние пациента.

Другая трудность связана с тем, что при обсуждении риска пациента (или его представителя) фактически приглашают в той или иной степени принять ответственность за выбранное решение. В зависимости от того, в какой форме и при каких обстоятельствах сделано подобное предложение, оно может быть воспринято как избегание ответственности лечащим врачом. Груз ответственности сам по себе нелегок, а при наличии у пациента подозрения, что врач боится риска и оставляет его одного, ситуация может стать для больного обостренно травмирующей.

С точки зрения этических обязательств, врач должен предоставить пациенту необходимую информационную поддержку при обсуждении пред-

полагаемого вмешательства. Но необходимо правильно представлять, в чем вообще состоит смысл информирования пациента (его представителей) о том, что данное вмешательство сопровождается риском.

Смысл информирования о риске в том, что *мы честны с вами*, но совсем не в том, что *вы сами выбрали этот рискованный путь, сами и отвечайте*. Ни в коем случае нельзя превращать информирование пациента в перекладывание на него ответственности за будущее вмешательство.

Письменное согласие пациента, удостоверяющее, что он был достаточно проинформирован о методе вмешательства, — это лишь формальное подтверждение, что все было сделано по закону. Но профессиональная этика требует большего — врач должен обеспечить пациенту также необходимую моральную и психологическую помощь. Риск предстоящего вмешательства — это общая проблема врача и пациента, и врач должен заботиться о снижении риска и достижении желаемого результата в наилучших интересах больного.

### **Разработка индивидуализированного клинического решения**

Одной из важнейших задач взаимодействия с пациентом является учет его ценностей и разработка индивидуализированного решения.

На практике врач часто принимает некие средние решения, которые вполне подходят для данного типа ситуаций к среднему пациенту. В таких обстоятельствах риск от первого лица, который ощущает пациент, не является фактором, способным так уж сильно отклонить рассуждения клинициста от некоторого стандарта, приближающегося к ожидаемой полезности в данной ситуации.

Однако проблема нахождения индивидуализированного решения становится особенно настоятельной в тех случаях, когда выбор альтернативы существенно влияет на жизненную ситуацию пациента.

Метод четырех квадратов разработали А. Джонсен и соавторы; он описан в их книге «Клиническая этика. Практический подход к этическим решениям в клинической медицине»<sup>1</sup>. Метод четырех квадратов представляет собой структурированное средство для принятия клинических решений, а также для разбора практических ситуаций. В том числе он полезен для сложных задач принятия индивидуализированных решений, чувствительных к предпочтениям самого пациента и к различным сопутствующим факторам.

Основой метода является таблица  $2 \times 2$ , состоящая из следующих клеток.

1. *Медицинские показания* — совокупность важных клинических аспектов данного случая (диагноз, прогноз, альтернативы лечения, риск осложнений и др.). На этом этапе следует собрать нужную клиническую информацию и оценить, какие имеются чисто медицинские показания к действиям в данной ситуации.

2. *Предпочтения пациента* — здесь учитывается понимание ситуации самим пациентом, его выбор, информированное согласие и т.п.

3. *Качество жизни* — необходимо оценить, как болезнь и лечение повлияют на общую жизненную ситуацию пациента, как это отразится на его качестве жизни.

---

<sup>1</sup> См.: Jonsen A. R., Siegler M., Winslade W. J. Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine. N. Y. : Macmillan, 1982.

4. *Контекстуальные характеристики* — рассматриваются значимые внешние факторы, способные повлиять на данную ситуацию и ее исход. Например, это семейное окружение пациента, экономические факторы (такие как финансовые ограничения медицинской помощи), проблемы конфиденциальности (если задействованы интересы третьих лиц или общественной безопасности), важные культурные или религиозные факторы в окружении пациента и др.

Рассмотрение этих аспектов авторы рекомендуют проводить в четкой последовательности: 1 → 2 → 3 → 4, от медицинских аспектов к контексту (рис. 3.2). Метод позволяет интегрировать в ситуацию принятия клинического решения совокупность наиболее значимых факторов для нахождения оптимальной альтернативы.

1. Медицинские показания	2. Предпочтения пациента
3. Качество жизни	4. Контекстуальные характеристики

*Рис. 3.2. Метод четырех квадратов*

*Пример.* Выбор наилучшей тактики действий в отношении пожилого пациента (75 лет) с острой пневмонией.

1. Из клинической картины следует, что больному необходимо срочное лечение, наиболее показана госпитализация.

2. Пациент настаивает на лечении дома, решительно отказывается от больничного лечения. Он информирован о возможных рисках, но утверждает, что это его осознанное решение.

3. Необходимо оценить (хотя это сложно), насколько действительно повлияет госпитализация на общую жизненную ситуацию больного. Высока вероятность, что отправка в больницу будет сильным стрессом для больного, а это скажется и на течении заболевания.

4. Оценка сопутствующих факторов: насколько смогут помочь пациенту его родственники, есть ли у медицинского учреждения ресурсы, чтобы обеспечить необходимое лечение и регулярное наблюдение на дому и т.п.

Принятие окончательного врачебного решения будет зависеть от тщательного анализа всех четырех групп факторов и ответа на все необходимые вопросы.

Специалист по медицинской этике Дж. П. Кассирер называет ряд важнейших случаев, в которых врач сталкивается с необходимостью принятия решения, особо чувствительного к личной позиции пациента.

1. Существует значительное качественное различие между исходами (например, летальный исход или инвалидность).

2. Имеется серьезное различие между лечебными стратегиями в связи с рисками осложнений (различие в вероятности, тяжести осложнений).

3. При выборе лечебной стратегии речь идет о компромиссе между краткосрочными и долгосрочными результатами.

4. Одна из альтернатив имеет (пусть и небольшую) вероятность летального исхода.

5. Видимые различия между альтернативами незначительны.

6. Пациент в особой степени стремится избежать риска.

7. Пациент придает особенное значение каким-то конкретным исходам<sup>1</sup>.

Необходимо также выбрать оптимальный стиль информирования, помочь пациенту разобраться в степени риска и выборе решения. Следует иметь в виду, что восприятие пациента зависит от множества факторов, таких, например, как состояние здоровья, его психологические особенности, пол, возраст, образование, социальный статус, культурные традиции и др. В связи с этим следует выбрать наиболее адекватную форму информирования исходя из защиты наилучших интересов пациента.

Еще раз вернемся к принципу приоритета проблем риска. Недопустимо подвергать пациента излишнему риску на основе каких-либо побочных соображений (научные интересы, самолюбие и т.п.), на первом месте должна стоять безопасность пациента. Поэтому морально неприемлемы также различные формы манипуляции пациентом или предоставляемой ему информацией, оказание на него различных форм давления и принуждения, которые встречаются на практике<sup>2</sup>.

При принятии сложного решения необходимо добиваться баланса между автономией и защитой интересов пациента (ведь принимаемые человеком решения могут быть не всегда наилучшими для его блага). Возникающие в связи с этим моральные обязательства врача могут быть выражены следующими двумя тезисами.

1. Врач должен содействовать наиболее оптимальному выбору, который наилучшим образом защищает интересы и ценности пациента.

2. Врач должен соблюдать автономию пациента и учитывать различие ситуаций агента и объекта риска.

Первый принцип исходит из предположения, что врач (в общем случае) в большей степени, чем пациент, имеет возможность определить наилучшую альтернативу для пациента. Однако второй принцип в известной степени ограничивает и корректирует действие первого.

Действительно, врач, в силу своего профессионального положения, обычно обладает превосходством в понимании ситуации. Он имеет больше возможностей, чем пациент, определить, что было бы истинным благом для больного. Профессиональный долг врача состоит в том, чтобы использовать все свои знания и опыт для достижения максимальной пользы в отношении пациента.

Вместе с тем врач должен уметь также сдерживать свою собственную профессиональную категоричность, дистанцироваться от нее. Ведь пациент обладает правом добровольного информированного согласия, т.е. фактически, с точки зрения права, выступает независимым субъектом решения по поводу согласия или отказа. Он имеет свои собственные представления о риске и благе, свои собственные ценности и предпочтения.

---

<sup>1</sup> См.: *Kassirer J. P. Incorporating Patients' Preferences into Medical Decisions // New England Journal of Medicine. 1994. Vol. 330, № 26. P. 1895—1896.*

<sup>2</sup> См.: *Presenting risk information: a review of the effects of «framing» and other manipulations on patient outcomes / A. G. K. Edwards [et al.] // J. Health Commun. 2001. № 6. P. 61—82.*

Более того, врач должен учитывать, что ситуации человека, подвергающего другое лицо риску (риск от второго лица), и человека, который подвергается риску (риск от первого лица), существенно различны. Это накладывает на клинициста обязательство адекватно выстраивать стратегию коммуникации с учетом восприятия ситуации самим пациентом и его окружением, т.е. с учетом их перспективы видения риска.

Выбор, конечно, остается за пациентом, но врач должен способствовать наиболее оптимальному выбору. К примеру, больной может склоняться к явно неудачному решению под влиянием различных иррациональных опасений и предрассудков вреда самому себе. В этом случае этическая обязанность врача состоит в том, чтобы приложить все усилия к мотивированию более рационального поведения пациента.

### Модель совместного решения

Информированное добровольное согласие пациента является международно признанным этическим и правовым нормативом медицинской практики. Однако сейчас все яснее осознается необходимость перехода к более развитым, в большей степени отвечающим правам и свободам человека и, следовательно, более чутким к индивидуальным нуждам пациента моделям взаимоотношения врача и больного.

В связи с этим в современной медицинской этике активно обсуждается такой подход, как модель совместного принятия решения (*shared decision*)<sup>1</sup>. В США эта модель была рекомендована такими влиятельными организациями, как Американская медицинская ассоциация (АМА) и Американская академия педиатрии (ААР), в качестве наиболее подходящего формата взаимодействия врача и пациента.

В чем смысл этой модели?

В обычной этико-правовой модели информированного добровольного согласия предполагается, что пациенту, в общем, лишь предоставляют необходимую информацию, после чего пациент (конечно, при условии, что он компетентен, т.е. способен принимать вполне рациональные решения) должен ее осмыслить и дать согласие на предложенное вмешательство (или отказаться от него). Соответственно, врач в рамках этой модели отвечает, прежде всего, за доставку специальной информации.

В рамках же модели *shared decision* предполагается, что решение о курсе действий будет выработано совместно врачом и пациентом на основании развитых отношений сотрудничества. С учетом того что роли и ситуации врача и пациента существенно различны, необходимое решение должно быть получено ими сообща, в диалоговом процессе. Здесь врач не просто доставляет сведения, а организует взаимодействие с пациентом, отвечает за ход их собеседований.

Другими словами, в процессе совместного решения должно произойти успешное преодоление барьера между врачом как профессионалом (носи-

---

<sup>1</sup> См.: *Sculpher M., Gafni A., Watt I.* Shared treatment decision making in a collectively funded health care system: possible conflicts and some potential solutions // *Social Science and Medicine*. 2002. Vol. 54, № 9. P. 1369–1377.

телем экспертной информации, выразителем риска от второго лица) и неспециалистом (пациентом, человеком в трудной жизненной ситуации, рискующим от первого лица). Врач не просто предоставляет пациенту некий фрагмент специальной (хоть и адаптированной) информации, но организует диалог, в котором должно произойти взаимное прояснение и согласование различающихся позиций.

Модель совместного решения во многом близка так называемой советательной модели Э. и Л. Эмануэл, о которой говорилось ранее (см. параграф 3.1).

Процесс совместного принятия решения приобретает особенно важное значение в ситуациях принятия рискованного клинического решения, когда пациента недопустимо оставлять один на один с его проблемой.

Эта модель не должна рассматриваться как нарушение этического принципа автономии пациента; наоборот, она понимается как дальнейшее углубление и содержательная поддержка этой автономии. Модель совместного решения выглядит довольно привлекательно с моральной точки зрения, так как она в явном виде выражает важный этический смысл медицинской практики — врач призван оказывать помощь пациенту в его трудной жизненной ситуации, но этически оправданная медицинская помощь должна в максимально возможной степени включать осознанное участие самого человека.

Однако эта модель во многом все еще остается, скорее, этическим идеалом, чем реально работающим, хорошо отлаженным практическим воплощением. Для ее более глубокого внедрения требуется еще значительная работа.

### Принцип двойного эффекта

Далее мы рассмотрим некоторые способы оценки моральной допустимости риска.

Широко известный в современной биоэтике принцип двойного эффекта (PDE — *the principle of double effect*) берет свое начало в средневековой традиции католической теологии. Он применяется для моральной оценки действия в тех конфликтных ситуациях, когда действие приносит противоречивые последствия — как позитивные, так и негативные.

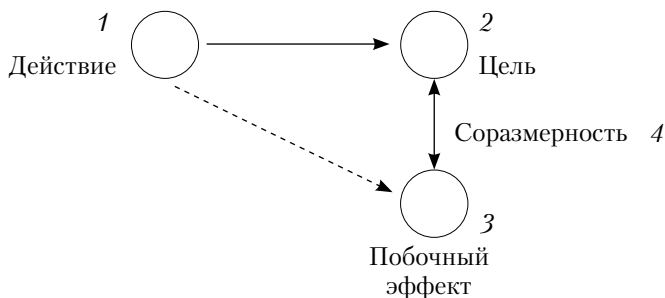
Принцип двойного эффекта состоит из следующих четырех компонентов (рис. 3.3).

1. **Природа действия** — действие само по себе не должно быть существенно неправильным; оно должно быть морально приемлемым либо, по крайней мере, морально нейтральным актом.

2. **Намерение действующего** — субъект преследует только благую цель, хотя негативный эффект может быть им предвидим (предсказуем).

3. **Различие между средствами и эффектами** — негативный эффект не должен быть *средством* для достижения позитивного эффекта (т.е. он возникает лишь как побочный эффект, неумышленно, не входит в планы субъекта как цель).

4. **Соразмерность (пропорциональность) между позитивным и негативным эффектами** — позитивный эффект должен перевешивать негативные последствия.



**Рис. 3.3. Принцип двойного эффекта:**

1 — оценка природы действия самого по себе; 2 — оценка намерений (преследует ли субъект только благую цель); 3 — оценка побочного эффекта (не есть ли он средство достижения цели); 4 — оценка соразмерности: соотношение между благом (целью) и побочным эффектом (что перевешивает)

Существует также сокращенная версия PDE, которая состоит из двух принципов: действие, которое одновременно принесит позитивные и негативные следствия, морально допустимо, если и только если:

1) субъект *не* намеревается вызвать негативный эффект (как цель либо как средство);

2) имеются соразмерные обстоятельства для получения негативного эффекта.

Принцип двойного эффекта основан на нескольких важных идеях. Прежде всего это различие между намерением и предвидением. Для моральной оценки действия принципиально важно определить, что является подлинным намерением субъекта, а что — предвидимым эффектом (но не целью и не средством). Цель и используемые средства должны быть морально приемлемые, а негативный эффект — рассматриваться субъектом как побочный.

Кроме того, важна соразмерность эффектов. Достигаемый позитивный эффект должен перевешивать негативное следствие. Если же предвидимый нами побочный эффект представляет собой несоразмерно большую степень вреда, то такое действие морально недопустимо.

Принцип двойного эффекта активно применяется и обсуждается в биоэтике как один из возможных способов оценки решений и действий. В частности, его используют для анализа клинических ситуаций, когда нужна оценка того или иного решения в связи с ожидаемыми позитивными и негативными следствиями. Риск неблагоприятного события в таком случае выступает как предвидимый негативный эффект.

Принцип PDE применяется в настоящее время также во множестве биоэтических дискуссий на темы абортов, эвтаназии, суицидов, исследований на эмбрионах, паллиативной помощи и др.

Кроме того, он получил широкую приложимость в самых разных областях, помимо биоэтики, в том числе в политической, социальной философии, философии действия, экологической этике и др. Несмотря на то что высказано немало критики в адрес этого принципа, он часто оказывается

полезным средством для прояснения той или иной проблемы и выделения ее главных компонентов, необходимых для моральных оценок.

### **Правовая оценка: обоснованный и необоснованный риск**

Существует также правовая оценка в терминах обоснованного и необоснованного риска. В действующем российском законодательстве необходимые указания на это можно найти в ст. 41 УК РФ. В ней установлено, что *не* является преступлением причинение вреда при *обоснованном* риске для достижения общественно полезной цели. (В тексте закона речь идет о причинении вреда «охраняемым уголовным законом интересам».)

Риск признается обоснованным, если преследуемая цель не могла быть достигнута не связанным с риском действием (бездействием), а лицо, допустившее риск, предприняло достаточные меры для предотвращения вреда.

Риск не признается обоснованным, если он был заведомо сопряжен с угрозой для жизни многих людей, угрозой катастрофы или общественного бедствия.

Из данной статьи видно, что обоснованный риск всегда имеет вынужденный, оправданный необходимостью характер. Действия врача по оказанию помощи пациенту содержат обоснованный риск, если:

- 1) речь идет о достижении явно полезной цели (например, спасение жизни, предотвращение неблагоприятного исхода);
- 2) риска невозможно избежать, если мы хотим достичь данной цели;
- 3) врач принимает все достаточные меры, для того чтобы снизить вероятность причинения вреда.

Легко видеть, что подход к оценке риска, который принят в ст. 41 УК РФ, является родственным этическому принципу двойного эффекта, поскольку здесь тоже присутствуют преследование полезной цели, риск как побочный и предвидимый эффект, а также требование соразмерности риска.

Дополнительным же по отношению к PDE-принципу является то, что лицо, выполняющее рискованное действие, обязано принять также достаточные меры для предотвращения вреда.

## **3.4. Врачебные ошибки и ятрогении**

### **Понятие врачебной ошибки**

Проблема врачебных ошибок издавна существовала в медицине. За причинение вреда больному в древности врача могли изгнать из врачебного сообщества, а в законах Хаммурапи (XVIII в. до н.э.) были установлены наказания для неудачливых врачей.

В наше время масштабы распространенности врачебных ошибок огромны. Например, по официальным данным Института медицины США, из-за медицинских ошибок в американских госпиталях ежегодно погибают от 44 до 98 тыс. человек (причем есть данные, что на самом деле количество

ошибок еще выше), а общие издержки из-за медицинских ошибок оцениваются в 17–29 млрд долл. США.

**Ошибки и осложнения медицинской помощи.** Согласно усредненным данным, полученным из различных исследований, до 13% случаев госпитализации пациентов является следствием негативных эффектов лечения или диагностики; почти 70% ятрогенных осложнений можно было бы избежать (в США такие осложнения охватывают около 13 млн госпитализированных пациентов ежегодно) (рис. 3.4).

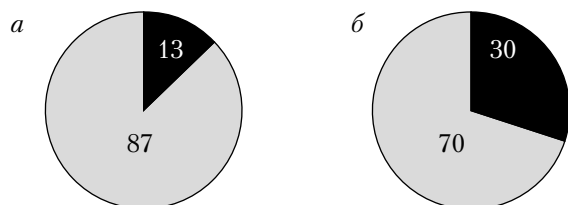


Рис. 3.4. Доля ошибок и осложнений при оказании медицинской помощи<sup>1</sup>:

*a* — следствие негативных эффектов лечения или диагностики, процент госпитализаций; *b* — процент ятрогений предотвратимы

Врачебная (медицинская) ошибка — это действия или бездействия врачей (либо другого медицинского персонала), которые причинили (или явно могли причинить) пациенту вред здоровью и нарушают нормативы медицинской помощи. Результатами врачебной ошибки могут быть осложнения течения заболевания, появление новых патологических состояний у пациента, причинение физических и нравственных страданий, более длительное течение заболевания, дополнительные расходы на лечение, неэффективное использование ресурсов здравоохранения и др.

Понятие врачебной ошибки в законе четко не определено. В действующем российском законодательстве говорится лишь о праве пациента на возмещение вреда, причиненного его здоровью при оказании медицинской помощи (ст. 19 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

Само понятие ошибки предполагает существование некоего образца или стандарта, от которого происходит отклонение. Если нет эталона «хорошей практики», то, в строгом смысле слова, невозможно говорить и о врачебных ошибках. Поэтому во многих случаях остаются сложности с идентификацией дефектов медицинской помощи. Для четкого определения врачебных ошибок нужны соответствующие правила хорошей практики или клинические стандарты.

Вместе с тем существует и множество совершенно очевидных случаев, для которых не требуется введение стандартов. Например, забытый в полости тела хирургический инструмент или тампон при операции является самоочевидной врачебной ошибкой.

<sup>1</sup> Sharpe V. A., Faden A. I. Medical harm: historical, conceptual, and ethical dimensions of iatrogenic illness. Cambridge : Cambridge University Press, 2001. P. 1.

**Ошибки медсестер при выполнении лекарственных назначений.** Исследование, проведенное в Иране (2009), в котором участвовали 237 случайно выбранных медицинских сестер, дало следующие результаты: 64,55% опрошенных сестер сообщили, что совершали такие ошибки; кроме того, 31,37% ответили, что бывали на грани совершения ошибки. Наиболее частые виды ошибок — неправильная дозировка и неправильная скорость введения препарата.

Далее, наиболее частыми причинами ошибок медсестер при выполнении лекарственных назначений являются (рис. 3.5):

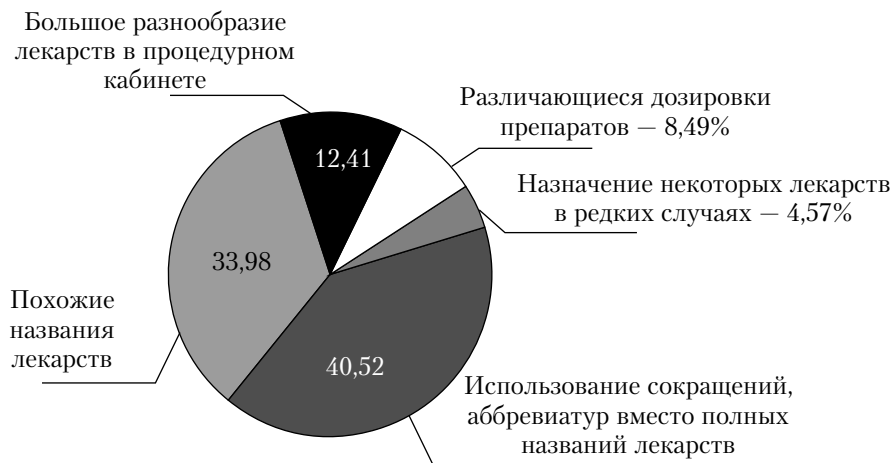


Рис. 3.5. Ошибки медсестер при выполнении лекарственных назначений, %<sup>1</sup>

### Классификации врачебных ошибок

Различными авторами предложено много классификаций врачебных ошибок. Существует известная классификация Ю. Т. Комаровского (1976), которая имеет очень детализированный характер<sup>2</sup>. Приведем ее в сокращенном варианте. Эта классификация группирует врачебные ошибки по нескольким рубрикам.

#### 1. По виду:

- 1) диагностические (по заболеваниям и осложнениям, по качеству и формулировке диагнозов, по расхождению исходного и заключительного диагнозов);
- 2) лечебные (общие, тактические, технические);
- 3) организационные (административные, документационные, деонтологические).

#### 2. По причинам:

- 1) субъективные (моральные и физические недостатки врача, недостаточная профессиональная подготовка, недостаточный сбор и анализ информации);

<sup>1</sup> Types and causes of medication errors from nurse's viewpoint / M. A. Cheragi, H. Manoochery [et al.] // Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2013. № 18 (3). P. 228–231.

<sup>2</sup> См.: Комаровский Ю. Т. Методологические основы изучения ошибок в хирургии // Клиническая хирургия. 1976. № 9. С. 54–62.

2) объективные (неблагоприятные особенности пациента и его заболевания, неблагоприятная внешняя обстановка, несовершенство медицинской науки и технологии).

**3.** По последствиям:

1) нетяжелые (временная потеря трудоспособности, ненужная госпитализация);

2) тяжелые (ненужное лечение, инвалидность, летальный исход).

**4.** По категориям, их критериям и возлагаемой ответственности:

1) заблуждение — не квалифицируется;

2) несчастный случай — имеет место при выполненных обязанностях врача, ненаказуем;

3) проступок — при нарушении врачебных обязанностей и нетяжелых последствиях ошибки, возможно административное расследование и дисциплинарное взыскание;

4) преступление — при нарушении долга врача и тяжелых последствиях ошибки, возможно уголовное преследование и наказание.

## Ятрогении

Понятие «ятрогения» родственно понятию врачебной ошибки.

---

**Ятрогении** — это патологические состояния (заболевания, осложнения, травмы), вызванные медицинскими вмешательствами. Таким образом, под ятрогениями понимаются негативные эффекты медицинских воздействий, которые выражаются в возникновении новых заболеваний у пациента либо в осложнениях и ухудшении уже имеющегося заболевания.

---

Существует также более узкий, традиционный смысл понятия «ятрогения», связанный с тем, что этот термин впервые появился в психиатрической науке и обозначал негативное воздействие врача на психику больного (т.е. своего рода отрицательную психотерапию).

Приведем классификацию ятрогений, предложенную отечественным хирургом С. Я. Долецким (1991)<sup>1</sup>.

1. Ятрогения от общения (ятрогения в традиционном смысле).

2. Алиментарная — нерациональное питание больных, имеющее следствием возникновение или развитие заболеваний.

3. Медикаментозная — выражается в побочном действии лекарственных препаратов (аллергические реакции, медикаментозные язвы желудочно-кишечного тракта и др.).

4. Манипуляционная — обусловлена инвазивными диагностическими методами и приемами (биопсией, эндоскопией и др.).

5. Наркозно-реанимационная — осложнения, возникающие при анестезиологических или реанимационных действиях (остановка сердца, дыхания, повреждение мозга и др.).

---

<sup>1</sup> См.: Долецкий С. Я. Ятрогения в хирургии // Ятрогенные болезни и повреждения. Махачкала, 1991. С. 14–18.

6. Хирургическая — различные ошибки в процессе выполнения хирургической операции.

7. Лучевая — патологические реакции при повышении дозировок рентгеновских лучей, радиоизотопов, лазерного излучения.

Некоторые авторы выделяют еще ятрогении комбинированные, а также ятрогении бездействия (или немые ятрогении) — ухудшение состояния пациента из-за того, что необходимые медицинские действия не были проведены вовремя.

Опасность ятрогений существует всегда. Медицинское вмешательство разворачивается фактически как деятельность в условиях двойного риска. До вмешательства клиницист сталкивается с некоторым уровнем исходной угрозы, связанной с состоянием пациента (морбидный риск). С началом вмешательства возникает дополнительное поле риска — комплекс опасностей, связанных с самим вмешательством (ятрогенный риск).

В нашей стране для оценки операционного риска среди различных подходов используется классификация по В. А. Гологорскому (1982)<sup>1</sup>. Она учитывает оба фактора риска: состояние больного (морбидный риск) и тяжесть операции (ятрогенный риск). Суммарная оценка использует комбинацию обоих показателей.

В сокращенном виде эта классификация выглядит так.

1. Физическое состояние больного:

- 1) больные без органических заболеваний;
- 2) больные с легкими и умеренными системными расстройствами;
- 3) больные с тяжелыми системными расстройствами;
- 4) больные с крайне тяжелыми системными расстройствами, опасными для жизни;
- 5) больные с крайне тяжелыми системными расстройствами, которые могут привести к летальному исходу в течение суток.

2. Тяжесть оперативного вмешательства:

- 1) малые операции;
- 2) средней тяжести;
- 3) обширные хирургические вмешательства;
- 4) операции на сердце и крупных сосудах;
- 5) экстренные оперативные вмешательства.

Ятрогения — очень болезненная проблема медицины. Вред, нанесенный пациенту в ходе лечения (например, патологическая реакция на лекарственный препарат, ошибка при хирургической операции, причинение травмы в процессе эксплуатации медицинского оборудования и т.п.) всегда воспринимается со стороны пациентов и их родственников *в повышенной степени* — как вред *особой моральной и психологической разрушительности* (!).

Это связано с тем, что ятрогения представляет собой в некотором смысле двойной вред: физический вред (причинение страданий, дополнительных по отношению к исходному состоянию больного) плюс нарушение моральных обязательств и ожиданий. Этот второй, моральный, компонент вреда связан с тем, что при ятрогении имеет место насилие над самим по-

---

<sup>1</sup> См.: Анестезиология: национальное руководство / под ред. А. А. Буятыяна, В. М. Микова. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. С. 454—455.

ложением пациента как лица, по определению находящегося в ситуации страдания и нуждающегося в помощи: в ответ на его уязвимое состояние и его кредит доверия, адресованный врачу, тот, кто должен был ему помочь, вместо этого причинил ему новые страдания.

### Основные этические проблемы врачебных ошибок

Врачебные ошибки представляют собой сложную проблему. Во многих случаях причинения вреда пациенту остается значительная неопределенность с выяснением причины и последствий. Выявлением и доказательством причинно-следственных связей между действиями медперсонала и исходами занимается специальное научно-практическое направление — судебно-медицинская экспертиза, причем поиск доказательств является довольно трудной задачей.

В отношении врачебных ошибок имеются сложности этические и технические (по борьбе с ошибками, их предотвращению, а также по привлечению виновных к ответственности).

К основным этическим проблемам врачебных ошибок можно отнести:

- установление вины и ответственности;
- действия в отношении пострадавшего и его родственников (прежде всего — проблема раскрытия информации о врачебной ошибке);
- моральные аспекты возмещения или исправления причиненного вреда;
- разрешение моральных конфликтов в коллективе в связи с врачебной ошибкой.

Степень ответственности виновных в причинении вреда пациенту зависит от того, как квалифицируется данное событие (заблуждение, несчастный случай и т.п.). От этого зависят и применяемые меры.

В экстренных, чрезвычайных ситуациях ошибки и неудачи происходят особенно часто. Например, массаж сердца (особенно если он выполнялся медицинским работником, не имеющим достаточной подготовки) может осложниться переломом ребер. Но справедливость требует, чтобы при расследовании были учтены все обстоятельства, в которых проводилась помощь, и было рассмотрено, что представляли собой решения и действия медперсонала.

В параграфе 3.3 говорилось о критериях обоснованного и необоснованного риска. Действия врача в чрезвычайной ситуации могут быть с правовой точки зрения также признаны действиями, проводимыми в состоянии *крайней необходимости*. Соответствующие указания даны в ст. 39 УК РФ.

В ней установлено, что *не* является преступлением причинение вреда в состоянии крайней необходимости, т.е. для устранения опасности, прямо угрожающей личности и правам данного лица или иных лиц, если эта опасность не могла быть устранена иными средствами и при этом не было допущено превышения пределов крайней необходимости.

Превышением же пределов крайней необходимости признается причинение вреда, явно не соответствующего характеру и степени угрожавшей опасности и обстоятельствам, при которых опасность устранялась, когда

вред был причинен равный или более значительный, чем предотвращенный. Такое превышение влечет за собой уголовную ответственность только в случаях умышленного причинения вреда.

Аналогично понятию обоснованного риска, действия врача по оказанию помощи признаются действиями в состоянии *крайней необходимости*, если:

- 1) имеется непосредственная опасность для больного;
- 2) она не может быть устранена другими средствами;
- 3) пациенту причинен вред меньше того, который был предотвращен (т.е. нет превышения пределов крайней необходимости).

Что касается гражданско-правовой ответственности (т.е. возмещения причиненного вреда), то по ст. 1064 ГК РФ лицо, причинившее вред, может быть освобождено от его возмещения, если это лицо докажет, что вред причинен не по его вине; вред причинен по просьбе или с согласия потерпевшего, а действия причинителя вреда не нарушают нравственные принципы общества. Аналогично при причинении вреда в состоянии крайней необходимости суд, учитывая обстоятельства, при которых был причинен вред, может освободить причинителя от возмещения вреда полностью или частично (ст. 1068 ГК РФ).

Каждый случай причиненного вреда подлежит разбору, установлению вины и ответственности. Но, к сожалению, ситуация может быть осложнена тем, что вред пациенту может быть причинен коллективно, что приводит к размыванию ответственности и не способствует повышению качества медицинской помощи. Это остается открытой проблемой медицины.

### **Раскрытие информации о врачебной ошибке**

При совершении врачебной ошибки и причинении вреда больному вполне понятно желание медицинского персонала скрыть этот факт, в первую очередь — от пациента. Однако сокрытие медицинских ошибок приносит много вреда по следующим причинам.

1. Подрывается доверие пациентов и общества к врачам.
2. Больному может быть причинен еще больший вред, который можно было бы избежать. Поскольку пациент не знает причины своего состояния, то не сможет адекватно лечиться (например, в другом медицинском учреждении).
3. Пациенты не могут дать полноценное информированное согласие на дальнейшее лечение.
4. В медицинском учреждении создается морально неприемлемая обстановка. Поскольку врачи не могут быть честными с пациентами, это неминуемо будет сказываться на качестве медицинской помощи в дальнейшем.
5. Узнав позже о причиненном вреде (например, в другом медучреждении), пациент получает моральную травму, так как чувствует, что его обманули и т.п.

Вопрос о раскрытии информации вызывает много споров. Прежде всего выдвигается аргумент против раскрытия информации, состоящий в том, что лучше ничего не говорить пациенту (если это возможно) для его же

блага, чтобы не причинять ему дополнительные страдания. При этом ссылаются на традиционную врачебную привилегию, которая позволяет скрывать информацию от больного в его интересах. Считают также, что раскрытие информации может подорвать веру больного в медицину, заставит усомниться во врачах, проводимом лечении и т.п.

Конечно, издержки раскрытия информации существуют. Но в целом предоставление сведений пострадавшему пациенту все же становится сегодня общепринятой практикой. В ряде развитых стран специальными мерами поощряется практика медицинских учреждений и врачей по раскрытию информации.

Разумеется, пострадавшему больному нужно немедленно предоставить надлежащую медицинскую помощь. Дальнейшее ведение больных, которым нанесен вред, требует внимания и такта. Если пациент продолжит лечиться в данном учреждении, в отношении него должны быть обеспечены дополнительные меры по уходу, психологической помощи, лечению и реабилитации.

Как лучше всего раскрыть информацию пациенту и, при необходимости, его родственникам?

Прежде всего, принимая решение об этом, нужно всегда действовать из интересов пациента. Пострадавшего больного надо беречь, не усугублять без нужды его физические и психологические страдания.

Раскрытие информации должно быть соразмерно причиненному вреду или имеющемуся риску. Для этого нужно руководствоваться здравым смыслом. Если ошибка незначительна, а причиненный вред — довольно мал и поправим, то особой нужды в раскрытии информации, по всей вероятности, нет. Кроме того, излишние детали совершения ошибки, если сведения о них никак не повлияют на качество дальнейшей помощи, тоже вряд ли будут полезны пациенту. В общем случае раскрытие информации и ее детальность определяются тем, насколько существенно врачебная ошибка повлияла на ход лечения и заболевания.

Если врач испытывает трудности по поводу предполагаемого раскрытия информации, то рекомендуется предварительно посоветоваться со своими коллегами, с более опытными врачами.

Для раскрытия информации нужно выбрать правильное время и правильные условия. Желательно добиться стабильного состояния пациента и подходящего времени для беседы с ним. Надо также выбрать адекватную форму для информирования. Обязательно нужно принести извинения пациенту, а также в спокойном тоне объяснить, что произошло и почему, стараясь никого не обвинять (прежде всего, самого больного) и не защищаясь заранее от возможных обвинений. Все это необходимо сделать в доверительной, искренней форме. В этом случае раскрытие информации вряд ли подорвет доверие пациента.

Исходя из обстоятельств необходимо также решить, кто будет участвовать в раскрытии информации. Либо это будет только лечащий врач, либо можно пригласить кого-либо еще, например своего руководителя, представителя администрации больницы и т.п.

Если пациент пожелает получить независимое второе мнение или консультацию от других врачей или медицинских учреждений, то он имеет на это право. Более того, в конкретных обстоятельствах может быть уместным даже, чтобы врач сам предложил пациенту для большей уверенности получить независимое мнение. Кроме того, если требуется медицинская помощь для исправления последствий причинения вреда (или какая-то иная помощь), то необходимо предложить ее пациенту; желательно сделать все возможное, чтобы смягчить ятрогенные эффекты.

Благоприятное впечатление также может произвести на пациента рассказ о том, что будет сделано в медицинском учреждении, для того чтобы избежать повторений таких случаев в будущем.

Если пациент получил эмоциональную травму, то необходимо получить сведения об этом путем конкретных вопросов. В этом случае следует предоставить пациенту также надлежащую психологическую (психотерапевтическую) помощь.

### **Другие действия при врачебных ошибках и ятрогениях**

В медицинском учреждении полезно иметь заранее разработанный *план активных действий в организации в случае причинения вреда больному*. Плохо, когда учреждение не имеет четких правил действия в таких ситуациях. Врачебные ошибки, несчастные случаи, происшествия всегда разбираются в медицинском учреждении среди профессионалов (на клинических конференциях, совещаниях и т.п.). Важнейшим требованием, с точки зрения профессиональной этики, является *извлечение опыта*: врачебные ошибки и прочие инциденты должны послужить источником знаний на будущее. Поэтому при разборе ошибки должна быть спокойная, корректная и деловая атмосфера. Ошибку может совершить каждый, но она должна научить всех.

**Инцидент в центре Даны Фарбер<sup>1</sup>.** Медицинские ошибки часто происходят самым немислимым образом.

В онкологическом центре Даны Фарбер пациентка из Бостона погибла от четырехкратной передозировки хемотерапевтического препарата. Эту дозировку не заметили по крайней мере двенадцать медицинских сестер, а также врачи и фармацевты онкологического центра. И это при том, что двумя днями раньше в данной клинике был аналогичный случай, который привел к тяжелым осложнениям у пациента, граничащим с угрозой для жизни.

Расследование в центре Даны Фарбер показало, что примерно в 5% случаев медицинские записи о пациентах оказывались в папках совсем других больных; сестры, назначавшие высокие дозы хемотерапии, не имели доступа к соответствующим инструкциям, а случаи неправильного лечения в медицинском учреждении не обсуждались.

Если была совершена вполне добросовестная ошибка (т.е. не было небрежности, нарушения должностных обязанностей и прочих злоупотреблений), то обвинения и наказания должны быть сведены к минимуму. На первом плане должен быть рациональный анализ данного случая.

---

<sup>1</sup> Associated Press. Report details errors at Cancer Institute // Washington Post. 1995. May 31. P. A20.

С моральной точки зрения, в медицинском учреждении следует всячески поощрять практику раскрытия информации пациентам при врачебных ошибках и ятрогениях. В этом случае коллеги могут делиться своим опытом друг с другом, так что процесс раскрытия информации становится менее болезненным для врачей и приносит больше пользы.

Важную роль для решения проблемы врачебных ошибок и ятрогений играют *этические комитеты при медицинских учреждениях*. Как правило, в их функции входят разбор инцидентов, консультирование врачей по вопросам раскрытия информации, помощь и поддержка пострадавших, анализ и улаживание моральных конфликтов, связанных с врачебными ошибками и ятрогениями, проведение профилактической работы. Кроме того, присутствие в этическом комитете представителей пациентов или общественности, правозащитных организаций или общественных движений способствует поддержанию доверия к медицинским работникам в обществе.

### 3.5. Безопасность в медицинских учреждениях

В современной биоэтике постепенно формируется еще одно направление, которое пока условно называется «организационная этика» (или «организационная биоэтика»). Она занимается организационными условиями оказания медицинской помощи, их влиянием на качество медицинской помощи и возникающими в связи с этим моральными проблемами. Иными словами, организационная этика в большей степени связана не столько с отношениями «врач — пациент» (как более традиционная биомедицинская этика), сколько с анализом тех системных условий, в которых происходит медицинское обслуживание пациентов. В этом смысле она является расширением более традиционной биомедицинской этики.

**Уровни клинического риска<sup>1</sup>.** По мнению Британской медицинской ассоциации (ВМА — *British Medical Assotiation*), риск ошибок и несчастных случаев в клинической медицине можно рассматривать в виде пяти уровней (или перспектив), что должно помочь прояснить соответствующие обязанности медицинских работников.

#### 1. Восприятие риска пациентом.

Часто пациенты имеют нереалистичные ожидания от медицинской помощи; поэтому задача врачей — помочь пациентам в более адекватной оценке риска при получении информированного согласия.

#### 2. Риск, связанный с недостаточной компетентностью врачей.

К примеру, частой ошибкой является неправильный диагноз. В то же время затягивание постановки диагноза и избыточные исследования ведут к риску, связанному со слишком долгим ожиданием лечения.

#### 3. Риск как результат системной ошибки.

В данном случае это не ошибка конкретного врача, а следствие серии различных взаимосвязанных событий, связанных с особенностями функционирования целой системы медицинской помощи.

---

<sup>1</sup> British Medical Association. Patient safety and clinical risk. London : BMA, 2002. № 24. P. 9.

4. Риски могут быть связаны с экономией затрат на медицинскую помощь (что может привести к неиспользованию необходимых для оказания помощи ресурсов).

5. Неустраняемые риски, связанные с самой клинической процедурой.

Даже если устранить риски предыдущих уровней, то остаются внутренние риски медицинского вмешательства, которые варьируют в связи с такими факторами, как пол, возраст, сопутствующие заболевания и т.п., и влияют на возможность большого получить пользу от медицинского вмешательства.

ВМА полагает, что подобное различие уровней может способствовать лучшему определению ответственности и обязанностей участников медицинской помощи (процесс которой нельзя оставлять непроясненным и недостаточно структурированным).

Одна из задач организационной этики — это анализ моральных проблем риска и безопасности медицинской помощи в медицинских системах.

### **Моральные проблемы обеспечения безопасности в медицинских учреждениях**

Обеспечение безопасности в медицинских учреждениях — это комплексная задача, которая включает не только административные, технические, медико-клинические и другие аспекты, но также в значительной степени и моральные.

Существует множество моральных проблем в связи с глобальной необходимостью повышения безопасности в медицинских учреждениях. Кратко рассмотрим некоторые из них.

1. В литературе по проблемам медицинских ошибок и ятрогений фактически общепринятым стал тезис о том, что атмосфера страха и наказаний за совершенные ошибки только усложняет исходную проблему и не способствует повышению безопасности.

Однако имеются требования закона, согласно которым виновный должен нести ответственность и наказание. Требования закона должны неукоснительно соблюдаться. В связи с этим создание такой свободной от страха наказания, или необвинительной атмосферы является очень сложной задачей. При этом медицинские работники должны в высокой степени проявлять самодисциплину и само- и взаимоконтроль. В итоге они должны сформировать особую культуру медицинского коллектива с принципиальным и ответственным отношением к задачам повышения качества помощи и обеспечения безопасности в медицинском учреждении.

Необходимым условием для формирования такой культуры являются высокие нравственные качества медицинских работников (или, иными словами, соответствующие добродетели, личностные черты).

2. Организованные усилия в медицинском учреждении по повышению уровня безопасности, как правило, могут сильно повлиять на коллегиальные отношения в данном коллективе, причем как в позитивную, так и в негативную сторону.

*Положительное влияние* — может повышаться уровень сплоченности, взаимопомощи, ответственности, принципиальности в медицинском учреждении, а также качество самой медицинской помощи и общий уровень профессионализма медицинских работников.

Однако потенциально имеется много и *отрицательных моральных эффектов* запланированной борьбы коллектива за качество и безопасность. Прежде всего, может нарушиться нормальная рабочая атмосфера, при этом возникнут склоки, взаимные обвинения, подозрительность, общий уровень конфликтности, что в конечном итоге скажется на оказании помощи пациентам.

Одним из проявлений такого системного искажения могут стать нарушения субординации (сестра — врач, врач — руководство и др.), когда «через голову» сестра будет жаловаться на врача или врач на заведующего отделением и т.п.

3. Еще одна моральная проблема обеспечения безопасности имеет причиной некий барьер между руководством (администрацией) и рядовыми медицинскими работниками. Если борьба за обеспечение безопасности официально объявлена сверху, но не поддержана коллективом, то она может не принести никакого эффекта. Медицинские работники будут неформально сопротивляться такой политике, покрывать, выгораживать и оправдывать друг друга, противодействовать расследованиям, внешним проверкам, скрывать от руководства случаи медицинских ошибок и ятрогений и т.п. Эта ложно понятая коллегиальность приведет в итоге к полному срыву усилий руководства.

Таким образом, без взаимного доверия между руководством и коллективом в организации никакие специальные усилия не приведут к успеху.

4. Следующая моральная проблема — это воздействие на пациентов, получающих помощь в медицинском учреждении. Здесь также возможны как позитивные, так и негативные влияния. Положительное влияние состоит в том, что пациенты будут испытывать больше доверия к медицинскому учреждению, в котором культивируется борьба за безопасность и высокое качество. Однако возможен и обратный эффект: пациенты могут быть испуганы и встревожены тем, что идет борьба с медицинскими ошибками (значит, в больнице «все так плохо») и т.п.

5. Расследование причин медицинских ошибок в учреждении может вскрыть и такую моральную проблему, как *проблема справедливости* в данной организации. В частности, могут иметь место проблемы справедливости доступа к образованию, повышению квалификации, обмену опытом и т.п. Например, не секрет, что опытные хирурги в клиниках могут полностью контролировать сложные операции, чтобы накапливать собственное мастерство; они забирают себе наиболее «интересные случаи» хирургической патологии, не делятся знаниями с более молодыми коллегами (интернами, ординаторами, начинающими врачами), и это может сказаться позже на более низком уровне подготовки более молодых врачей, совершающих ошибки.

Иными словами, то, что в клинике практикуется деление на элиту и периферию, и эти неравенства сохраняются и поддерживаются (на основе совершенно корыстных интересов, нарушающих принципы врачебной этики), — тоже может быть важнейшим фактором, влияющим на качество медицинской помощи и создающим риски для пациентов.

Это только один из аспектов справедливости. К примеру, несправедливая система вознаграждений в медицинском учреждении, при которой сотрудники теряют мотивацию к качественной работе, дальнейшему карьерному и профессиональному росту, тоже не улучшит положение дел в организации.

6. Не следует забывать также об опасности нарушения *конфиденциальности*; это может произойти, если при анализе и обсуждении врачебных ошибок, инцидентов и т.п. какие-то случаи (и в том числе информация о конкретных пациентах) станут достоянием гласности. Поэтому сохранение конфиденциальности (в том числе защита персональных данных о пациентах) являются необходимым условием при любых мероприятиях по повышению безопасности в медицинском учреждении.

Таким образом, задача повышения безопасности в организационных условиях включает в себя решение множества тонких этических проблем и достижение баланса при проведении мероприятий с потенциально противоположными эффектами. Эта задача должна базироваться на взаимном доверии людей, работающих в медицинской организации, и зависит от усилий всех сотрудников (администрации, врачей, сестер, младшего и вспомогательного персонала).

### **Программы безопасности пациентов**

Сегодня в развитых странах предпринимаются усилия по внедрению так называемых программ безопасности пациентов, которые ставят широкие цели по созданию общей культуры безопасности в медицинских учреждениях. При этом задача повышения безопасности расценивается как процесс, который должен непрерывно развиваться. Каждый достигнутый уровень становится ступенькой для более высокого уровня безопасности. *Культура безопасности* как таковая рассматривается как *атмосфера надежности, высокого профессионализма, взаимного доверия и честности*.

**Методика анализа медицинских ошибок и несчастных случаев** «Анализ корневых причин» (RCA — *Root Cause Analysis*) — групповая техника расследования медицинских ошибок и несчастных случаев.

Исходная установка состоит в том, что участники обсуждения должны анализировать инцидент без обвинений и моральных порицаний. Используется язык без оценочных суждений и терминов (таких как «небрежность», «некомпетентность» и т.п.). Для того чтобы выйти к глубоким системным причинам того или иного инцидента, используется техника «пять почему»: участники повторяют вопрос «Почему?» не менее пяти раз, выходя на каждом новом шаге на более глубокий уровень причинно-следственных связей.

Вопросы могут задаваться не обязательно в форме «Почему?», в зависимости от контекста можно задавать вопросы «Как получилось, что...», «С чем связано, что...» и т.п.

Выявление глубоких причин инцидента — это не возложение ответственности за промахи на отдельных работников, а исследование, которое ставит целью добиться того, чтобы один случай послужил уроком для последующих возможных случаев в будущем.

*Пример.* Пациент в раннем послеоперационном периоде упал в коридоре больничного отделения. При разборе случая задается серия вопросов: «Почему он куда-то передвигался? Как получилось, что он оказался один в коридоре? Почему его никто не сопровождал?» и т.п.

*Объяснения:* он не знал, что нельзя вставать; у него не было возможности сообщить персоналу о своих потребностях; медперсонал не был проинструктирован должным образом.

*Выводы:* должен быть усилен контроль за прооперированными больными, следует ввести специальные инструкции для персонала, самих больных, в палатах отделения должна быть улучшена система оповещения медперсонала.

Для того чтобы программа действительно принесла пользу, она должна быть тщательно спланирована и подготовлена, иначе она может вызвать ряд осложнений (в том числе таких, о которых только что говорилось). Программа безопасности потребует от сотрудников и администрации определенных усилий, а также предъявит высокие требования к их нравственным качествам. При этом она не должна превращаться в некое напыщенное мероприятие, а проводиться в спокойной и деловой обстановке.

Важнейшим компонентом любой программы безопасности должно быть усиление внимания за соблюдением медицинскими работниками *правового статуса пациента*. Различного рода злоупотребления (даже мелкие) в отношении прав пациентов, которые может позволить себе персонал, следует расценивать как симптомы неблагополучия. Примерами таких нарушений могут служить проявления неуважительного отношения (грубость, равнодушие), неинформирование пациента перед медицинскими вмешательствами, легкомысленное обращение с конфиденциальной информацией, пренебрежение мнением пациента при выборе лечебной программы и т.п.

При закреплении тенденции к несоблюдению прав пациентов у медицинского персонала создается стереотип небрежных действий, который несет в себе повышенную вероятность дефектов медицинской помощи.

Более качественное соблюдение прав пациентов окажет положительное влияние на создание культуры безопасности. Ведь соблюдение и защита прав пациента в медицинской организации предоставляет пациентам определенные возможности самозащиты от различных опасностей. Здесь достаточно вспомнить такие существенные права, как право на выбор врача, допуск законного представителя, консультацию специалиста.

Большое значение придается праву на *информированное добровольное согласие*, практика которого расценивается сегодня как один из значительных факторов снижения риска.

Полноценное информирование пациента перед медицинским вмешательством, как говорилось ранее, должно включать сведения о рисках, присущих данному вмешательству, и о возможных альтернативах ему, что дает возможность пациенту принять обоснованное решение.

Процедура информированного добровольного согласия дисциплинирует и самих врачей, что тоже весьма существенно. Действительно, врачи, выработавшие привычку работать в полноценном режиме информированного согласия, всегда сами владеют информацией о рисках, связанных с тем или иным вмешательством. Уже одно это способно удержать их от выбора неоправданно рискованных процедур.

Таким образом, тесное взаимодействие с пациентами, соблюдение их прав (и прав их представителей), поддержание высокого профессионального и этического уровня медицинской профессии являются важнейшими факторами обеспечения безопасности в медицинских учреждениях.

# Практикум

## Контрольные вопросы

1. Каковы основные подходы к научному пониманию риска?
2. Какие основные области медицинского риска вы можете назвать?
3. Что такое врачебная ошибка, какие вы знаете виды врачебных ошибок?
4. Что такое ятрогения, какие есть виды ятрогений?
5. Что такое обоснованный и необоснованный риск (согласно действующему законодательству)?
6. Каковы основные признаки понятия «действие в условиях крайней необходимости» (согласно действующему законодательству)?

## Задания

1. Почему нельзя полагаться только на количественные оценки риска при принятии решений в практической медицине? Приведите аргументы.
2. В чем состоит проблема раскрытия информации пострадавшим пациентам о ятрогении? Какие есть аргументы «за» и «против», какие имеются вероятные издержки раскрытия информации пациентам и их родственникам?
- 3\*. Как можно использовать формулу риска в тех ситуациях, когда у нас нет вполне уточненных данных (например, данных научной литературы)?
4. Что означает принцип концентрации ответственности в отношении медицинского риска?
5. В чем состоят основные этические проблемы повышения безопасности в медицинских учреждениях?
- 6\*. Лечение, которое врач собирается назначить пациенту, сопровождается существенным риском причинения вреда. Подумайте, как могло бы быть морально обосновано рискованное медицинское вмешательство с точки зрения следующих этических концепций:
  - утилитаризм;
  - принципализм;
  - этика добродетелей.

## Кейсы

**1. Восприятие риска.** В 70-е гг. XX в. в западных странах был проведен ряд исследований так называемых психометрических подходов к изучению восприятия риска. Оказалось, что общество и его отдельные группы воспринимают многие виды рисков искаженно, преувеличивая или, наоборот, преуменьшая значение многих опасностей по сравнению с научно обоснованными данными. В известных исследованиях ряда авторов (П. Словик, С. Лихтенштейн, С. Фишхофф и другие) было показано, что субъективное восприятие риска во многом зависит от того, как субъект представляет себе неблагоприятный исход или его последствия, а также как он воспринимает природу риска и в какой форме представлена ему информация о риске.

В частности, было выяснено, что опасность обычно осознается как более высокая в ряде следующих случаев.

1. Неблагоприятный исход является новым, неизвестным, экзотическим.
2. Последствия исхода кажутся разрушительными, в том числе влияющими на последующие поколения (например, ядерная катастрофа, новое биологическое оружие и др.).

3. Действие фактора риска невидимо, может быть отсрочено во времени.

4. Риск выглядит как непредсказуемый, неконтролируемый.

Однако риски, которые, как кажется, легко контролируются самим индивидом или выглядят как обычные, банальные, часто преуменьшаются с субъективной точки зрения.

Данные психометрических исследований важны для медицины и здравоохранения. Они помогают прояснить, как субъективное восприятие риска влияет на понимание пациентом своей ситуации, его принятие решений, взаимодействие врача и пациента во время обсуждения медицинского вмешательства и получения информированного согласия. Они также помогают понять сложность задач общественного здравоохранения в отношении просвещения общественности и снижения уровня здравоохранительных рисков в обществе.

#### *Вопросы и задания к кейсу*

1. Исходя из перечисленных в кейсе данных, попробуйте ответить на вопрос, как будет воспринимать средний индивид:

1) опасность потребления генно-модифицированной продукции;

2) вред курения;

3) вред неправильного питания (например, переедания; пищи, богатой холестерином и углеводами и т.п.);

4) опасность заразиться ВИЧ-инфекцией при бытовом общении с ВИЧ-инфицированным;

5) риск заболеть сахарным диабетом в зрелом возрасте (диабет второго типа) из-за неправильного питания;

6) опасность заразиться вирусом Эбола;

7) опасности малоподвижного образа жизни?

2. Продумайте стратегию беседы с больным по поводу изменения его образа жизни (например, это пациент с сердечно-сосудистой патологией, который ведет малоподвижный образ жизни, употребляет пищу, богатую холестерином, курит).

**2. Ятрогения словом.** Гражданин М., 45 лет, проходил плановый медицинский осмотр по профессиональным показаниям. По итогам обследования был признан вполне здоровым. Однако в ходе осмотра один молодой врач неосмотрительно бросил гражданину фразу: «Какая-то у Вас подозрительная худоба».

Это имело множество следствий. Придя домой, гражданин М. просмотрел массу сайтов в Интернете, «нашел» у себя немало опасных заболеваний, проявляющихся в том числе потерей веса. В дальнейшем он потерял сон и аппетит, стал раздражительным и тревожным, это стало серьезно сказываться на его работоспособности и выполнении профессиональных обязанностей, что привело к потере работы. Изменения в его психологическом состоянии и проблемы с работой неминуемо сказались и на семейных отношениях.

#### *Вопросы и задания к кейсу*

1. Определите, какую ошибку допустил врач.

2. Был ли причинен гражданину М. моральный вред?

*Примечание.* Для юридического определения того, что такое моральный вред, см. ст. 151 Гражданского кодекса РФ.

**3.** У пожилого больного, находящего на лечении в больничном учреждении, на фоне сердечной недостаточности развился массивный гидроторакс (скопление невоспалительной жидкости в плевральной полости). Это привело к появлению симптомов выраженной дыхательной недостаточности — затрудненного дыхания и цианоза (синюшной окраски кожи и слизистых оболочек).

Врач-интерн, проходящий обучение в больнице, получил задание от своего руководителя сделать больному плевральную пункцию с целью удаления плевральной жидкости. Сам руководитель крайне занят, так как этот день оказался очень напряженным, и руководителю необходимо оказать помощь еще многим больным.

Интерн неоднократно присутствовал при выполнении плевральной пункции, ассистировал, но никогда не делал ее самостоятельно. Он теоретически знает технику этой процедуры и все детали ее выполнения. Тем не менее он не уверен, что сможет сделать плевральную пункцию сам. При этом у руководителя нет времени на обсуждение проблемы, он должен идти к другим пациентам.

#### *Вопросы и задания к кейсу*

1. Какой моральный конфликт здесь возникает?
2. Проанализируйте, какими должны быть действия врача-интерна.

**4. Отказ от полезной информации и драматический исход.** Пожилой пациент был прооперирован по поводу хронического холецистита. Помимо этого заболевания, он страдал также ишемической болезнью сердца, гипертонической болезнью II степени и бронхиальной астмой.

Вскоре после операции его состояние значительно ухудшилось, в связи с чем он был переведен в палату интенсивной терапии. Для нормализации состояния ему было назначено много различных препаратов. Родственники больного (жена и сын) обратились к лечащему врачу, а потом к заведующему отделением с просьбой отменить ряд лекарств, которые могут ухудшить его состояние. Родственники больного это хорошо знали по опыту.

Однако информацию о том, как лучше лечить пациента и какие препараты он не переносит, никто не воспринял. Возможно даже, что настойчивость родственников возымела обратный эффект, и отношение к больному изменилось в худшую сторону.

Агрессивная терапия была продолжена, но состояние пациента продолжало ухудшаться. Через некоторое время наступил летальный исход от сердечной недостаточности.

#### *Вопросы и задания к кейсу*

1. Какие нормы врачебной этики здесь были нарушены?
2. Назовите и проанализируйте основные причины, которые привели к трагическому исходу в данной ситуации.
3. Какие меры вы бы предприняли на месте руководителя данного стационара?

**5.** Пациент Р., 28 лет, недавно женат, страдает вялотекущей шизофренией, скрывает это состояние от жены. Регулярно получает лечение у психиатра, не сообщая жене своего диагноза. Семейный врач, принимая жену, случайно выдает ей тайну гражданина Р. После этого в семье происходит конфликт, который завершается разводом.

#### *Вопросы и задания к кейсу*

1. Как бы вы расценили поступок семейного врача?
2. Проанализируйте, имеет ли право гражданин Р. требовать компенсации в судебном порядке за причиненный ему моральный вред.

**6.** У пожилого пациента после проведенной плановой операции на желудочно-кишечном тракте развилось осложнение в виде сепсиса. Пациент около недели провел в палате интенсивной терапии и получал соответствующее лечение. Сейчас состояние пациента нормализовалось, он переведен в обычную палату. Ни пациент, ни его родственники не знают, что случилось на самом деле.

*Вопросы и задания к кейсу*

1. Нужно ли раскрывать информацию пациенту (или его родственникам) в данном случае?
2. Аргументируйте свое решение.

7. В хирургическом отделении была совершена драматическая ошибка. По случайности была выполнена холецистэктомия (удаление желчного пузыря) не тому пациенту. В итоге пострадавший пациент лишился желчного пузыря, а операция, которая была ему показана, так и не была проведена.

Пациент еще не знает о случившемся.

*Вопросы и задания к кейсу*

1. Продумайте и представьте план действий в этой ситуации.
2. Как наилучшим образом, с точки зрения защиты интересов пациента, сообщить ему о происшествии?

8. У пожилого пациента диагностирована аневризма брюшного отдела аорты, довольно крупная по размерам. Велик риск разрыва аневризмы; однако имеется и значительный операционный риск. Пациент имеет сопутствующие заболевания, в том числе тромбоз глубоких вен и аллергические реакции. Хирург, взвесив все риски, все же склоняется к проведению операции.

*Вопросы и задания к кейсу*

1. Подумайте, как правильно проинформировать пациента о предполагаемом вмешательстве и имеющихся рисках.
2. Как правильно отразить это в медицинской документации?
3. Более общий вопрос состоит в том, какой именно уровень медицинского риска следует считать настолько значительным, что о нем обязательно должно быть сообщено пациенту.

9. Вопросы снижения риска в системе медицинской помощи часто связаны с деликатными аспектами коллегиальных взаимоотношений.

Вы замечаете, что ваш коллега-терапевт постоянно использует неправильные схемы антибиотикотерапии; кроме того, он часто назначает антибиотики необоснованно и не учитывает их побочные эффекты, которые возникают в том или ином конкретном случае. В итоге это вредит пациентам, которых он лечит (например, затягиваются сроки лечения). Пока серьезных ятрогений не было, однако эта ситуация вас очень настораживает.

*Вопросы и задания к кейсу*

1. Каковы должны быть ваши действия в данной ситуации?
2. Подумайте, как сообщить врачу о его постоянных ошибках.

10. **Прямая угроза жизни и здоровью несовершеннолетнего.** Ребенок семи лет, первоклассник, госпитализирован из школы с высокой температурой в тяжелом состоянии. Клиническая картина: одышка, тахикардия, частое затрудненное дыхание, синюшность губ и носогубного треугольника. В больнице была диагностирована острая пневмония. Наблюдаются симптомы дыхательной недостаточности. Ребенку требуется срочное круглосуточное лечение в условиях стационара.

Школьный врач, которая сопровождала ребенка, рассказала, что это школьник из не совсем благополучной семьи. Родителей неоднократно вызывали в школу, однако они никогда не приходят и вообще не интересуются жизнью ребенка. Школьник плохо питается, плохо одет, ослаблен, имеет отставание в весе по сравнению с воз-

растной нормой, часто болеет. Уже несколько дней он ходил в школу с повышенной температурой, врач освобождала его от занятий и писала записки родителям, но они не реагировали.

После госпитализации и назначения соответствующего лечения администрация больницы известила родителей о состоянии здоровья ребенка и попросила их прийти, так как требуется письменное согласие родителей на оказание медицинской помощи несовершеннолетнему. Через некоторое время явился отец, вел себя довольно возбужденно и враждебно. От него пахло алкоголем.

Родитель в резкой форме отказал врачам дать согласие на лечение и потребовал немедленной выписки ребенка из стационара. Врачи попытались объяснить отцу всю тяжесть ситуации и настоятельно убеждали его в необходимости оказания помощи ребенку в стационарных условиях. Однако переубедить отца не смогли. Отец продолжает категорически отказываться от медицинской помощи и хочет забрать ребенка. При этом готов подписать, как он говорит, любые документы, а также согласен с возможными негативными последствиями отказа от медицинской помощи ребенку.

#### *Вопросы и задания к кейсу*

1. Проанализируйте, какой моральный конфликт присутствует в этой ситуации.
2. Как должны поступить врачи?
3. Можно ли лечить ребенка без согласия родителя в данном случае?
4. Существуют ли правовые способы подействовать на родителя в данных обстоятельствах?

*Примечание:* см. ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и ст. 77 Семейного кодекса РФ.

5. Попробуйте применить для решения этой задачи схему этического анализа ситуации, приведенную в практикуме к гл. 2.

**11.** В гл. 3 говорилось, что важнейшую роль в этике медицинского риска играет принцип приоритета вопросов риска перед прочими клиническими соображениями. Тем не менее на практике врачи порой принимают решения, которые повышают риск причинения вреда пациенту, причем это происходит на основе тех или иных побочных соображений.

Одним из таких факторов может быть боязнь врача попасть под судебное преследование.

Пациентка, 29 лет, беременна, на восьмом месяце. Не замужем. Это ее первая беременность. Беременность протекает в пределах нормы, сделаны все необходимые исследования. Состояние здоровья плода нормальное. Что же касается самой беременной, то ее нельзя назвать полностью здоровой. Женщина получает терапевтическое лечение у врача-кардиолога, так как имеет проблемы со стороны сердечно-сосудистой системы. Кроме того, в прошлом она имела аллергические реакции на ряд препаратов. По ряду причин пациентка просит акушера-гинеколога сделать ей операцию кесарева сечения. В частности, пациентка ведет себя довольно невротично и тревожно. Она очень боится боли, связанной с родами, а также считает, что кесарево сечение поможет ей лучше сохранить фигуру. Кроме того, кто-то ей сказал, что кесарево сечение будет также более полезно для здоровья новорожденного.

Женщина настаивает на своих правах, напоминает, что у нее есть право на выбор вмешательства. В случае отказа врача от проведения операции она готова подать исковое заявление в суд.

Врач-гинеколог не видит оснований для проведения операции кесарева сечения. Тем более что он опасается за здоровье женщины в связи с сопутствующими заболеваниями; он полагает, что операционный риск в данном случае достаточно значителен, а естественные роды при необходимом сопровождении были бы предпочтительнее.

Однако врачу-гинекологу крайне нежелательно было бы оказаться в суде. Помимо тягот, связанных с самим разбирательством, врача не устраивает также то, что, как он полагает, судебный процесс нанесет ущерб его репутации среди коллег и пациентов.

*Вопросы и задания к кейсу*

1. Должен ли поступать врач в соответствии с желаниями пациентки?
2. Определите, какова должна быть тактика врача в данной ситуации.
3. Возможно ли судебное преследование врача за невыполнение пожеланий пациентки?

**12.** Хирург, который работал утром после ночного дежурства, совершил серьезную ошибку: вместо новокаина он ввел пациенту раствор хлористого кальция. Это привело к возникновению обширных некрозов у пациента и потребовало последующего длительного лечения.

*Вопросы и задания к кейсу*

1. Примените методику анализа корневых причин для разбора этого случая. Какие рекомендации можно предложить для недопущения таких инцидентов в будущем?
2. Какова должна быть стратегия поведения медицинских работников по отношению к пострадавшему больному в данной ситуации?

## Глава 4

# ЭТИКА БИМЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

---

После изучения четвертой главы студент должен:

### **знать**

- историю развития биомедицинских экспериментов на человеке;
- ключевые требования основных международных биоэтических документов по проведению научно-медицинских исследований с участием людей;
- права людей — субъектов исследований;
- основные моральные нормы, регулирующие проведение исследований на животных;

### **уметь**

- применять основные биоэтические требования по организации и проведению клинических исследований на людях;
- следовать основным моральным нормам, связанным с проведением экспериментальной практики в практической медицине;
- применять основные этические принципы обращения с лабораторными животными;

### **владеть**

- основными моральными принципами поведения врача, вовлеченного в клинические исследования;
  - навыками анализа моральных конфликтов, связанных с научно-медицинскими исследованиями на людях.
- 

## 4.1. История биомедицинских экспериментов на человеке

### История экспериментирования на человеке

Об экспериментировании на людях в древние времена известно мало. Например, имеются сведения, что в Древнем Египте разрешалось проводить исследования на осужденных преступниках, а представитель александрийской науки Эрасистрат (около 300—262 до н.э.) экспериментировал на рабах. Но следует учесть, что экспериментирование как осознанный научный метод появилось гораздо позже — только с начала Нового времени (конец XVI—XVII в.).

Один из первых клинических экспериментов в истории медицины поставил в XVI в. знаменитый французский хирург Амбруаз Паре (1510—1590). Но курьезно то, что этот эксперимент состоялся случайно, сам по себе. В то время полагали, что огнестрельные раны надо прижигать кипящей смолой,

дабы уничтожить «пороховой яд». Во время одного из сражений у А. Паре закончилась смола, и он просто применил чистую повязку. На следующий день он обнаружил лучшее состояние по-новому обработанных ран по сравнению с теми воспаленными и болезненными ранами, которые были обожжены смолой. Но, конечно, до появления методологии сравнения контрольной и экспериментальной групп было еще очень далеко.

В эпоху Нового времени известный английский философ Ф. Бэкон выступает за научное обоснование медицинской практики. Он критикует бездоказательность лечебных методов (из-за чего шарлатаны, например, могут приобретать ничем не оправданную славу и почет). Но при этом Бэкон признает трудности развития экспериментирования на человеке из-за моральных соображений.

В 1754 г. врач британского флота Дж. Линд провел специальное исследование, взяв несколько групп моряков, больных цингой, и назначив каждой разное питание. Результаты были убедительны: только в той группе, где больные получали цитрусовые, наступило выздоровление, тогда как состояние других больных оставалось тяжелым. Этим была доказана связь между режимом питания и здоровьем (хотя витамины тогда еще не были известны). Впоследствии применение цитрусовых вошло в обязательную практику профилактики и лечения цинги.

Первым экспериментом, оказавшим большое влияние на медицинскую науку и практику, было исследование английского врача Эдварда Дженнера (1749—1823), основоположника вакцинации. Дженнер заметил, что сельские доярки часто болеют коровьей оспой, но их болезнь протекает легко, а затем у них появляется невосприимчивость и к человеческой оспе. В 1796 г. Дженнер провел эксперимент на мальчишке, введя ему материал из пузырька больной коровьей оспой. Когда позже мальчику была проведена прививка натуральной оспы, заболевание не развилось. Дженнер повторил опыты на себе и других людях. Вакцинацию стали применять в европейских странах, и в последующем оспа пошла на убыль.

В течение XIX в. практика экспериментирования расширяется; имеется немало случаев постановки экспериментов врачей на самих себе или своих родственниках.

Немецкий терапевт И. Йорг (1779—1856) испытывал на себе 17 различных лекарств в меняющихся дозировках, чтобы оценить их воздействие на организм. Отечественный врач-инфекционист Г. Н. Минх (1836—1896) прививками на самом себе доказал, что кровь больных возвратным тифом является источником заражения. Знаменитый немецкий хирург Вернер Форсман (1904—1979), лауреат Нобелевской премии, разработал метод катетеризации сердца и в 1929 г. испытал его на себе, чтобы доказать его безопасность: он самостоятельно ввел себе катетер через локтевую вену в правое предсердие.

Основоположник экспериментальной медицины великий французский ученый Клод Бернар (1813—1878) в своих работах поднимает вопросы моральной приемлемости экспериментирования на людях и приходит к выводу, что подвергать людей риску аморально и потребностями научного прогресса нельзя оправдать насилие над благополучием отдельно взятого человека.

## Современный этап

Рубежным событием для формирования этики медицинских исследований стал судебный процесс над нацистскими врачами (1946—1947). В ходе международного судебного расследования было вскрыто множество фактов постановки преступных экспериментов над заключенными концентрационных лагерей: умышленное заражение смертоносными инфекциями, погружение людей в ледяную воду, лишение кислорода, воздействия отвлекающими газами и др.

Одним из результатов судебного расследования стала разработка положений Нюрнбергского кодекса (1947), в котором впервые были сформулированы международные этические принципы проведения медицинских исследований на человеке.

На первое место в Кодексе был помещен принцип добровольного согласия субъекта. Лица, проводящие эксперимент, получали личную обязанность гарантировать качество информированного согласия. Кодекс устанавливал также необходимость надежной защиты субъектов исследований от причинения вреда, физических и психических страданий.

Тем не менее Кодекс далеко не сразу стал руководящим документом для проводимых в различных странах исследований на человеке.

В США ситуация стала меняться после выхода в свет в 1966 г. статьи Г. Бичера «Этика и клинические исследования». Генри Бичер — известный американский анестезиолог, физиолог, хирург. В своей статье он привел 22 примера исследований, проводимых с явным риском для жизни и здоровья испытуемых, причем без информирования их об опасностях эксперимента. В частности, это были случаи умышленного заражения умственно отсталых детей гепатитом, введения живых раковых клеток пожилым больным, лишение пациентов со стрептококковой инфекцией лечения пенициллином и др. Г. Бичер пришел к выводу, что проведение аморальных экспериментов является совсем не редкой практикой среди исследователей-медиков.

Таким образом, Нюрнбергский кодекс, который, как могло показаться, был направлен преимущественно против преступлений военного времени и нацистского режима, оказался актуальным и для исследовательской практики демократических стран в условиях мира. Следует заметить также, что в 1964 г. Всемирная медицинская ассоциация приняла так называемую Хельсинскую декларацию, которая продолжала положения Нюрнбергского кодекса, еще раз устанавливая требование информированного согласия, а также другие нормы по защите испытуемого.

Случаи, описанные Г. Бичером, стали широко цитироваться в американской прессе в период с 1966 по 1973 г. Последовали и другие публикации аналогичного содержания, что, наконец, привлекло внимание широкой общественности, а также влиятельных медицинских организаций к этой проблеме.

Действительно, проблема существовала. Было немало случаев проведения исследований на заключенных преступниках, пациентах психиатрических клиник, обитателях домов престарелых. Помимо благородных и драматических экспериментов, врачей на самих себе, имеется немало свидетельств

совершенно аморальных экспериментов, например умышленного заражения людей без их ведома теми или иными заболеваниями. Некоторые случаи становились известны и подвергались критике, однако при этом широкой огласки и привлечения внимания общественности так и не было.

Кстати, в самих США в годы Второй мировой войны были широко развернуты медицинские исследования для нужд военного времени, прежде всего для обеспечения армии (разработка новых лекарств, методов профилактики заболеваний и др.). Причем свободно практиковались исследования на умственно отсталых, душевнобольных, заключенных, солдатах и т.п. Все это оправдывалось суровыми потребностями военного времени. К сожалению, и в послевоенный период, когда США продолжили так называемую войну с болезнями, эта практика в научно-медицинском сообществе не исчезла.

Привлечение внимания общественности к нарушениям этики грозило крупными скандалами. На это отреагировали (опасаясь, что это скажется в том числе на их финансовом положении) две влиятельные организации в США, занимающиеся регулированием научно-медицинской деятельности — Национальный институт здравоохранения (NIH) и Федеральное агентство по контролю пищевых и лекарственных средств (FDA). Они приложили много усилий для радикальных изменений в сфере регулирования исследований на человеке.

В 1973 г. Конгресс США создает специальную Национальную комиссию по защите людей, участвующих в биомедицинских и поведенческих исследованиях. Хотя Комиссия имела временный характер, она сыграла важнейшую роль в изменении политики научно-медицинских исследований. Большинство выработанных ей рекомендаций стали основой принятых в дальнейшем регуляторных законов.

Кроме того, в 1978 г. Комиссия опубликовала так называемой *отчет Бельмонта* (или Бельмонтский доклад) — важнейший документ, в котором были ясно сформулированы основные принципы проведения исследований на людях. Т. Бичамп был привлечен к работе Комиссии (хотя не был официально ее членом) и принял активное участие в написании окончательного документа и в изложении Бельмонтских принципов (однако они были выдвинуты независимо от него участниками Комиссии).

Отчет Бельмонта имел огромное влияние не только на развитие исследовательской этики, но и на формирование биоэтики вообще как самостоятельной дисциплины; аналогичные по содержанию биоэтические принципы стали основой классической принципалистской концепции Бичампа — Чилдреса.

С этого времени разворачивается правовое и этическое регулирование биомедицинских исследований в США, а вслед за этим, в международном сообществе.

### **Основные документы, регламентирующие исследования на людях**

Во второй половине XX в. произошла индустриализация биомедицинских исследований на людях. Сейчас нет такой тесной связи между экспериментатором и испытуемым, которая была в прошлые времена. Исследования проводятся в массовом порядке, крупномасштабно, с большим

количеством участников, а также участвующих сторон. Многие исследования проводятся сразу в нескольких странах в международном формате. В исследованиях играют свою роль крупный капитал (прежде всего фармацевтические кампании), частные инвесторы, государственные органы, научные центры, медицинские учреждения и другие участники. Тем актуальнее в этих условиях становятся задачи защиты прав испытуемых и соблюдения основополагающих принципов этики.

За послевоенный период принято немало новых биоэтических документов международного и национального уровня. Вопросами регулирования биомедицинских исследований занимается целый ряд влиятельных международных организаций — ООН, Всемирная медицинская ассоциация (ВМА), ЮНЕСКО, Международный совет медицинских научных обществ (CIOMS), Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и др. Основополагающие принципы Нюрнбергского кодекса были развиты в последующих биоэтических документах.

Хельсинкская декларация ВМА 1964 г., неоднократно обновлявшаяся, устанавливает основные принципы защиты прав и безопасности испытуемых; возлагает на врача ответственность за состояние здоровья исследуемых субъектов; требует, чтобы исследовательский проект получал одобрение комитета по этике на основе предоставления ему информации и доступа к контролю в ходе исследования. Главные положения Хельсинкской декларации были реализованы в национальных законодательствах ряда стран. Этот документ остается одним из самых влиятельных в области регуляции биомедицинских исследований.

Среди основных биоэтических документов, регулирующих проведение биомедицинских исследований, следует назвать также:

- Международные руководящие принципы этики для биомедицинских исследований на человеке (CIOMS, 1982, обновленная версия 2002 г.);
- Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине (ЕС, 1997);
- Директива № 2001/20/ЕС Европейского парламента и Совета Европейского союза «О сближении законодательных, регламентарных и административных положений государств — членов ЕС о надлежащей клинической практике в процессе проведения клинических исследований лекарственных средств для человека» (2001, с изм. и доп. от 18 июня 2009 г.);
- Руководства для работы комитетов по этике, проводящих экспертизу биомедицинских исследований (ВОЗ, 2000).

## **4.2. Этические принципы биомедицинских исследований на человеке**

### **Бельмонтские принципы**

В Бельмонтском докладе (1978) были сформулированы основные принципы проведения биомедицинских исследований на человеке. Они вошли в стандартные курсы биоэтики, а также использовались во многих доку-

ментах по биоэтике. Поэтому их уже можно считать классическими. Это следующие три принципа: уважение личности, благо (благодеяние), справедливость. Конечно, они не исчерпывают собой все этические вопросы биомедицинских исследований, но представляют собой исходный этический каркас для дальнейшего анализа и разработки этической регуляции исследований на человеке.

1. Принцип уважения личности состоит из двух требований:

а) уважение автономии индивидов, которые способны делать самостоятельный выбор и принимать решения;

б) защита лиц, которые имеют ограниченную автономию (т.е. в той или иной степени повышено зависимых от других или особо уязвимых), от различных форм вреда или иных злоупотреблений.

2. Принцип блага (благодеяния) также состоит из двух правил:

а) не причинять вред;

б) необходимо добиваться максимально возможной пользы и сводить к минимуму возможный вред.

Требование непричинения вреда следует понимать прежде всего в том смысле, что недопустимы исследования, ставящие целью умышленное причинение вреда испытуемым.

Принцип блага формулируется в Бельмонтском докладе в строгом смысле как этическое обязательство, которое распространяется на отдельных исследователей и общество в целом. Организаторы и исполнители индивидуальных исследовательских проектов должны заранее заботиться о том, чтобы максимизировать пользу и снизить риск, которые могут быть связаны с данным исследованием. То же касается и исследования, взятого в целом: члены более многочисленного сообщества должны оценить во временной перспективе полезные эффекты и риски, которые могут возникнуть вследствие прироста знаний и развития новых методов.

Важнейшая проблема, связанная с принципом благодеяния, состоит в том, чтобы определить, когда допустимо идти на риск а когда от исследования следует отказаться. Риски исследования должны быть только обоснованными — и в свете ожидаемых выгод, и с точки зрения абсолютного значения того риска, которому подвергается испытуемый.

**Случай цитокинового шторма.** Добровольцам — участникам научных исследований должны быть обеспечены максимально безопасные условия. Однако, к сожалению, не всегда удается предусмотреть степень риска исходя из предыдущих стадий исследований. Широкое внимание общественности привлек случай, который произошел в 2006 г. в Лондоне. Шести здоровым добровольцам был введен экспериментальный препарат TGN1412, представляющий собой моноклональные антитела, стимулирующие Th2-лимфоциты. Несмотря на то что в предыдущих исследованиях на мышах не было выявлено токсических свойств препарата, у всех добровольцев уже через час после его введения стали нарастать различные болезненные симптомы (боль в пояснице, тошнота, лихорадка, сердцебиение, отек шеи и др.).

Выяснилось, что препарат TGN1412 вызывает бурную иммунологическую реакцию организма — так называемый цитокиновый шторм, способный привести к самым тяжелым последствиям. В итоге добровольцев пришлось лечить в реанимаци-

онном отделении. Представители фирмы, проводившей исследование, утверждали, что они точно следовали утвержденному протоколу, а побочные реакции (которых не было у животных) были совершенно неожиданными.

Этот случай до сих пор остается спорным, так как ряд экспертов полагают, что исследователи могли и должны были предвидеть эффекты подобного стимулирования иммунной системы.

Реализация принципа благодеяния сталкивается с множеством методологических и этических сложностей. Если обычное медицинское вмешательство направлено непосредственно на благо пациента, то исследование нацелено на выгоду и прирост знаний в будущем, поэтому сравнение актуального риска и потенциальных выгод оказывается трудной задачей. Сами выгоды зачастую нелегко оценить, особенно на начальных стадиях исследований. Степень риска тоже может быть недостаточно определенной, несмотря на предпринимаемые меры предосторожности. Однако запрет на все исследования, которые превышают минимальный риск и не дают непосредственных выгод для участников исследований (например, для детей), может заблокировать многие перспективные исследования, которые могли бы принести значительную пользу в будущем.

Кроме того, с точки зрения этики риска (см. гл. 3), риск не является полностью объективизируемой, научно понимаемой категорией. При вовлечении людей в рискованную ситуацию возникают различные позиции риска (риск от первого лица и т.д.), что затрудняет как оценку риска, так и принятие решений о деятельности в его условиях.

3. Требование справедливости связано с тем обстоятельством, что научное исследование кому-то приносит пользу, а кто-то испытывает на себе его тяготы. Но как достичь справедливого баланса тягот и выгод исследования?

Принцип справедливости содержит в себе несколько разных концепций. К основным элементам принципа справедливости относят концепции:

- дистрибутивной (распределительной) справедливости;
- компенсаторной справедливости;
- справедливости как взаимности (взаимного обмена).

*Дистрибутивная справедливость* означает прежде всего честное распределение выгод и бремени исследования. В Международных руководящих принципах для биомедицинских исследований на человеке (CIOMS, обновление от 2002 г.) говорится, что дистрибутивная справедливость предполагает как минимум следующее:

1) риски исследования не должны быть полностью возложены на группы или популяции, которые не получают выгоды от данного исследования;

2) те, кто участвует в получении пользы от исследования, должны также участвовать и в рисках;

3) различия в распределении выгод и издержек могут быть оправданы только тогда, когда они основаны на каких-то этически важных различиях (например, на особой уязвимости какой-то группы).

*Компенсаторная справедливость* — субъекты, которые каким-либо образом пострадали от участия в исследовании, заслуживают соответствующей компенсации (в виде адекватного лечения, денежной компенсации и т.п.).

*Справедливость как взаимность* — участники исследований и группы (общины) заслуживают определенного вознаграждения, после того как исследование завершено, поскольку именно благодаря тому, что они рисковали и испытывали определенные тяготы, были получены полезные, общественно значимые результаты. Например, пациенты — участники исследований вправе получить медицинскую помощь после исследования, если они в ней еще нуждаются.

Признание требования справедливости как взаимности присутствует в Хельсинкской декларации. Так, ст. 19 Декларации устанавливает, что биомедицинское исследование является этически оправданным только тогда, когда имеется разумная вероятность, что группы населения, среди которых проводится исследование, получают выгоду от его результатов. По ст. 30 Декларации, по завершении исследования каждому пациенту, вовлеченному в исследование, должен быть гарантирован доступ к наилучшим методам (лечебным, диагностическим или профилактическим), выявленным в данном исследовании.

Актуальность принципа справедливости постоянно возрастает в связи с тем, что в настоящее время проводится много биомедицинских исследований, которые осуществляют (и спонсируют) представители развитых стран в странах, отстающих в социально-экономическом развитии. Такие исследования, как правило, выгодны для их организаторов и спонсоров по ряду причин. Но здесь возникает множество предпосылок для неравенства и несправедливости. Несправедливо, в частности, когда исследование проводится среди бедных популяций, а его результатами будут пользоваться люди из так называемых среднего или высшего классов общества. Также несправедливо, когда бедные страны не получают никакой пользы от участия в биомедицинских исследованиях.

Проведение межнациональных исследований с участием развивающихся стран — это широко обсуждаемая проблема. Среди основных этических требований, которые оправдали бы проведение исследований представителями богатых стран в развивающихся странах, можно назвать следующие.

Исследования должны проводиться с максимальной защитой прав испытуемых и с уважением культурных традиций стран и общин, где проходят исследования.

Несправедливо, когда исследования в развивающихся странах проводятся полностью в интересах богатых стран. Этически оправдано, когда исследования актуальны также для здравоохранительных нужд стран и популяций, в которых проходят исследования.

Несправедливо, когда по завершению исследовательского проекта люди — участники исследования не получают необходимой помощи, в которой они нуждаются, а также когда представители богатых стран не предоставляют популяциям и сообществам, вовлеченным в исследования, никаких благ и никакого вознаграждения.

Однако запреты на проведение межнациональных исследований в развивающихся странах тоже являются крайностью. Тем самым возникает дискриминация и унижение, развивающиеся страны заранее расцениваются как неспособные к участию в современных исследованиях с соблюдением

необходимых правовых и этических требований. Во многих развивающихся странах есть сторонники межнациональных исследований, утверждающие, что в этих странах вполне возможны цивилизованные научные исследования. Кроме того, важно, что польза от таких исследований для нуждающихся индивидов и популяций может быть достигнута довольно быстро. Это выгоднее, чем ждать, когда аналогичные исследования будут проведены в развитых странах и по истечении длительного времени эти результаты станут доступными (если будут доступны вообще) для жителей бедных стран.

Принцип справедливости должен учитывать не только справедливое распределение тягот в обществе, но и распределение потенциальных выгод от исследований. Не стоит рассматривать во всех случаях участников исследований заранее в качестве рискующих. Например, соображения выгоды от исследования выходят на первый план, если риск не столь значителен (если вообще есть) по сравнению с доступом к помощи, который иными способами данная группа вряд ли получит. К примеру, определенные социальные группы, страдающие туберкулезом или ВИЧ-инфицированные, вообще могут не иметь доступа к медицинской помощи и качественному уходу вне исследования.

Таким образом, справедливым решением было бы в определенных обстоятельствах включение в исследование представителей тех сообществ, которые хотели бы участвовать, так как это для них важная возможность получения лечения и ухода.

### **Реализация основных этических принципов биомедицинских исследований**

В отчете Бельмонта рассматриваются следующие общие правила, которые необходимы для реализации вышеназванных трех ведущих этических принципов. Как и сами Бельмонтские принципы, они только создают первоначальную рамку для дальнейшего развития и применения исследовательской этики.

**1. Информированное добровольное согласие.** Это требование выступает средством для выполнения принципа уважения личности. Процедура согласия, в свою очередь, состоит из трех ключевых элементов: информации, понимания и добровольности.

**Информация.** Большинство кодексов устанавливают довольно стандартные темы информирования, которые включают цели исследования, метод, ожидаемые результаты и риски, а также ряд дополнительных пунктов, касающихся организации исследования и прав испытуемого. Однако в отчете Бельмонта подчеркивается, что добровольцу может потребоваться больше данных, чем обычному пациенту, так как он сталкивается с вмешательствами, которые не являются ни необходимыми для его лечения, ни хорошо известными в отношении пользы и рисков. Таким образом, возникает важное отличие от процедуры ИДС в клинической этике. Здесь можно предложить стандарт «разумного добровольца»: информирование должно быть достаточным, для того чтобы доброволец мог осознанно решить, стоит ли ему принимать участие в «приросте знаний», подвергая себя исследовательскому воздействию.

При этом если исследование требует неполного раскрытия информации, это оправданно только тогда, когда:

- 1) неполное информирование необходимо для решения исследовательских задач;
- 2) отсутствуют скрытые риски для испытуемых, превышающие минимальный риск;
- 3) имеется план опроса испытуемых после завершения исследований и распространения среди них результатов исследования.

**Понимание.** Исследователи обязаны убедиться, что участники исследования адекватно осознают предоставляемую им информацию. Чем серьезнее риски исследования, тем значительнее эта обязанность исследователей. В отдельных случаях имеет смысл провести специальные тесты на понимание предоставляемой испытуемым информации. Исследователи несут ответственность за утверждение о том, что участники исследования понимают сообщаемые сведения.

В отличие от информирования при обычном медицинском вмешательстве, здесь требуется особое внимание к тому, чтобы информация была адекватно воспринята добровольцем перед принятием решения об участии в исследовании.

В случаях некомпетентности или недостаточной компетентности испытуемого (возраст, незрелость, умственное расстройство и т.п.) каждый разряд исследуемых должен рассматриваться отдельно. По мере возможности следует давать им право выбора, уважая их как личности. Требуется также получение разрешения других сторон в качестве меры защиты испытуемого от причинения вреда. В качестве такой третьей стороны должны выступать люди, способные действовать в интересах участника исследования, наблюдать за исследованием, а также отказаться от дальнейшего участия в исследовании в интересах испытуемого.

**Добровольность.** Согласие на участие в исследовании должно быть дано добровольно, что означает действительную свободу выбора и отсутствие различных воздействий на индивида (принуждение, давление, манипуляция и др.), которые нарушают его возможность самоопределения и склоняют к принятию решения в пользу заинтересованных лиц, применяющих эти морально недопустимые приемы.

**2. Оценка рисков и благ.** Это способ реализации второго морального принципа исследовательской этики — принципа блага (благодеяния). Суть этого требования состоит в том, чтобы исследование было обосновано приемлемым соотношением блага и риска.

Благо в отчете Бельмонта понимается как некая позитивная ценность, связанная со здоровьем или благополучием больного. Риск — это возможность причинения различных форм вреда (психологического, физического, юридического, социального и экономического). Риски и блага могут относиться как к индивидуальным участникам исследования, так и к их семьям, отдельным группам людей, обществу в целом. Принцип благодеяния требует, чтобы участники исследований были защищены от вреда, но чтобы при этом не была потеряна значительная польза, которая может быть достигнута данным исследованием.

Оценка рисков и благ должна быть произведена как можно точнее. С наибольшей ясностью необходимо оценить вероятность и степень возможного вреда; эти компоненты соответствуют классической формуле риска (см. параграф 3.1). В тех случаях, когда приходится использовать качественные, недостаточно определенные термины, нужно добиваться уточненных оценок.

В отчете Бельмонта приводятся следующие условия оправданности исследования с точки зрения соотношения блага и риска:

1) грубое или негуманное обращение с участниками исследования недопустимо всегда;

2) следует свести риски к минимально необходимым; кроме того, важно определить, нужно ли вообще использовать человека в исследовании;

3) при значительном риске серьезного вреда должно быть проведено особое обоснование рисков (в том числе с учетом вероятности благ для участников исследования или, в редких случаях, очевидной добровольности участия);

4) привлечение уязвимых групп требует обоснования целесообразности их участия; для принятия решений в таких случаях необходим ряд критериев, включая природу и степень риска, ситуацию данной группы, сущность ожидаемых благ;

5) действительные блага и риски исследования должны быть тщательно зафиксированы в документах и процедурах, применяемых при информированном согласии.

**3. Отбор участников исследования** служит реализации третьего морального принципа исследовательской этики — принципа справедливости.

Правила отбора должны учитывать, кого и с какой целью мы привлекаем в исследования, насколько справедливым будет распределение рисков и пользы для испытуемых.

Справедливость на индивидуальном уровне означает беспристрастность отбора испытуемых: недопустимо предлагать исследование, несущее благо, пациентам, которые более привлекательны для исследователей, а в более рискованные процедуры включать нежелательных пациентов.

На социальном уровне следует учитывать, какие группы общества вполне могут нести тяготы исследования, а какие и так уже обременены проблемами. Некоторые классы потенциальных участников (например, уязвимые группы) могут вовлекаться в исследование только при наличии обоснования. В исследование, предполагающее в большей степени риски, чем терапевтическую пользу, следовало бы включать менее уязвимые и обремененные слои общества (за исключением специальных исследований, которые прямо направлены на изучение тех или иных целевых групп).

Отдельные уязвимые группы могут с большей вероятностью становиться испытуемыми из-за их доступности, зависимости и удобства для организаторов (например, малоимущие, тяжелобольные и т.п.). Поэтому надо защищать их от несправедливого вовлечения в исследования.

Но правила справедливого отбора реализуют в основном только одну разновидность справедливости — дистрибутивную (распределительную). Другие виды справедливости — компенсаторная и справедливость как взаимность — не были отражены в должном виде среди Бельмонтских принципов. Поэтому к правилам справедливого отбора требуются дополнения.

В отношении **компенсаторной справедливости** и **справедливости как взаимности** основополагающим требованием является использование справедливых условий самого исследования (с которыми испытуемые должны быть ознакомлены в процессе информированного согласия). Для компенсаторной справедливости это значит, что условия исследования должны включать необходимые гарантии компенсации для испытуемых. Справедливость как взаимность реализуется через заранее спланированные компоненты исследовательского проекта, предполагающие определенные вознаграждения для участников исследований и (или) для общественных групп по завершению исследования.

Для того чтобы суммировать вышесказанное, сведем рассмотренные моральные принципы, их составные части и реализующие их правила в таблицу (табл. 4.1).

Таблица 4.1

### Принципы и правила биомедицинских исследований на человеке

Принципы	Составные части принципов	Правила
Уважение личности	Уважение автономии. Защита лиц с ограничением автономии	Информированного добровольного согласия
Благо (благодеяние)	Непричинение вреда. Максимизация пользы, минимизация вреда	Оценка рисков и благ
Справедливость	Распределительная. Компенсаторная. Справедливость как взаимность	Отбор участников исследований. Справедливые условия исследования

## 4.3. Клинические исследования

### Ключевые термины исследовательской этики

В Бельмонтском докладе и в ряде других важнейших документов по биоэтике проведено основополагающее различие между научным исследованием (*research*) и медицинской практикой.

Понятие практики, как это сформулировано в Бельмонтском докладе, «по преимуществу относится к вмешательствам, которые направлены исключительно на улучшение здоровья отдельного пациента или клиента и от которых обоснованно ожидается успешный результат. Цель медицинской или поведенческой практики — установить диагноз, провести превентивное лечение или терапию в отношении конкретных индивидов»<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> См.: Бельмонтский доклад «Этические принципы и рекомендации по защите человека при проведении исследований» // Аналитические материалы по проекту «Анализ нормативно-правовой базы в области прав человека в контексте биомедицинских исследований и выработка рекомендаций по ее усовершенствованию. М. : Изд-во Московского гуманитарного университета, 2007. С. 274.

В то же время термин «исследование» «используется для обозначения деятельности, которая направлена на проверку гипотезы, позволяет делать выводы и тем самым получать обобщенное знание (выраженное, например в теориях, принципах или констатации связей). Исследование обычно описывается в формальном протоколе, в котором формулируется цель и устанавливается ряд процедур, направленных на достижение этой цели»<sup>1</sup>.

Важно разобраться с этими ключевыми понятиями, потому что существует множество промежуточных или мало определенных вариантов действий в медицинской сфере, что может приводить к значительной путанице в понятиях.

Не всякое исследование, которое проводится в системе здравоохранения, подпадает под строгое понятие научного исследования. К примеру, разного рода исследования (сборы данных, анализ статистики, наблюдения и др.), которые проводятся с целью усовершенствовать качество медицинской помощи, повысить эффективность использования медицинских ресурсов, улучшить уровень обслуживания населения, повысить безопасность помощи и т.п., используются для внутреннего практического пользования и не предполагают прироста научных знаний (и, соответственно, научной публикации) и не являются в строгом смысле слова научными исследованиями.

К основным признакам, отличающим научное исследование от текущей медицинской практики, можно отнести следующие.

1. Цель медицинской практики — улучшение здоровья, конкретная польза для данного пациента (группы и т.п.). Цель исследования — прирост научного знания (которое имеет обобщенный характер).

2. Медицинская практика ориентирована на пользу данному конкретному пациенту в настоящее время; исследование — на пользу в будущем (когда полученные научные знания будут внедрены в практику).

3. Результаты научных исследований представляются в виде теорий, гипотез и т.п. (т.е. в научной форме), а также должны быть опубликованы. Другие формы исследовательской деятельности (например, с практическими целями) не обладают этими свойствами.

4. Медицинская практика должно строго преследовать благо пациента и защищать его от вреда; в то же время научное исследование может умышленно создавать неопределенность и даже некоторый риск (с целью приобретения новых знаний).

При этом следует обратить внимание, что медицинская практика и научное исследование могут проводиться *одновременно*, когда, например, пациентам оказывается медицинская помощь и в то же время они участвуют (в качестве добровольцев) в испытании новых лекарственных препаратов. В такой ситуации врач может одновременно выступать и как лечащий врач, и как ученый-исследователь, что усложняет его деятельность и может привести к конфликту его профессиональных ролей. Одновременное оказание медицинской помощи и проведение научного исследования в отношении одних и тех же индивидов является важной проблемой медицинской этики.

---

<sup>1</sup> См.: Бельмонтский доклад «Этические принципы и рекомендации по защите человека при проведении исследований». С. 275.

Существует еще одна область деятельности, в некотором смысле промежуточная между практикой и исследованием в строгом смысле слова. Это ситуации отклонения от общепринятой медицинской практики или использование непроверенных (недостаточно проверенных) медицинских методов. Такой вид деятельности нельзя считать научным исследованием в строгом смысле слова.

Эту область деятельности обозначают терминами «непроверенная практика», «экспериментальная практика», «терапевтическая инновация».

Вообще говоря, этот вид деятельности является частным случаем более общего понятия «экспериментирование» (англ. *experimentation*), которое само по себе недостаточно определено. Экспериментирование представляет собой некий поиск, направленный на приобретение опыта, создание новых видов практики и т.п. От научного исследования оно отличается отсутствием четких формальных процедур, а от медицинской практики тем, что может нести больше риска и меньше ожидаемого блага для пациента.

Таким образом, мы можем выделить три важнейшие сферы деятельности в медицине:

- 1) обычная, или проверенная, медицинская практика;
- 2) научные исследования;
- 3) экспериментальная практика, или терапевтическая инновация.

## Методология клинических исследований

**Клинические исследования**, или клинические испытания, — широко распространенный в современной медицине вид научных исследований. Клинические исследования (точнее, контролируемые клинические исследования) — это экспериментальные исследования, проводимые на людях, в специально спланированных контролируемых условиях с целью оценки медицинских вмешательств (их эффективности, безопасности и других свойств).

При проведении научно-медицинских исследований, в том числе клинических испытаний, используют конкретные методологические схемы, которые также называют дизайном исследования. **Дизайн исследования** — это определенная система условий, требований и методологических приемов, спланированная для достижения заданных исследовательских целей.

Наиболее строгим дизайном, дающим наиболее надежные доказательства в отношении проверяемых медицинских вмешательств, считается дизайн так называемого рандомизированного клинического исследования (RCT — *randomized controlled trial*). По современным представлениям, оно должно служить стандартом клинического испытания вообще.

**Из истории RCT.** Один из первых отчетов об исследовании эффективности лечения с помощью метода рандомизированного контролируемого испытания (RCT, РКИ) появился в 1952 г. В этой работе изучалась эффективность лечения туберкулеза стрептомицином — первым препаратом, который оказался действенным анти-туберкулезным средством. Одним из авторов статьи был известный английский эпидемиолог и медицинский статистик Остин Брэдфорд Хилл, который сам в свое время перенес туберкулез. Широкое признание РКИ как наиболее надежного спо-

соба доказательства эффективности медицинских вмешательств приходит позже, начиная только с 1970-х гг., во многом благодаря влиянию шотландского эпидемиолога Арчибальда Кокрана (Кохрейна) (1906–1988), который учился статистике у О. Б. Хилла.

А. Кокран призвал медицинское сообщество к строгим проверкам медицинских технологий с помощью метода РКИ как золотого стандарта. Кроме того, он настаивал на необходимости вести методическую проверку и реферирование всей выходящей научной литературы, в которой описываются результаты научных исследований и апробаций медицинских вмешательств.

В 1993 г. была образована международная некоммерческая организация — Кокрановское сотрудничество (*Cochrane Collaboration*), которая активно воплощает в жизнь идеи А. Кокрана. В том числе эта организация регулярно готовит систематизированные обзоры выходящих статей по различным проблемам медицины.

Смысл рандомизированного клинического испытания состоит в том, чтобы сравнить две как можно более одинаковые (с точки зрения исходного риска, прогностических факторов и даже прочих неучтенных переменных) группы пациентов: одна группа получает экспериментальное лечение, другая выступает в качестве контрольной. Рандомизация состоит в распределении пациентов по группам таким способом, чтобы они распределялись случайно и имели равную вероятность попадания в обе группы, без каких-либо предпочтений (рис. 4.1). Для этого используются специальные технические приемы, например таблицы случайных чисел.

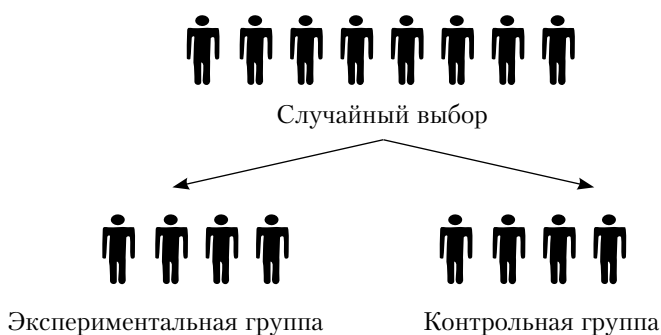


Рис. 4.1. Схема рандомизированного клинического исследования

Кроме того, для повышения надежности исследования используют метод маскировки, основанный на том требовании, чтобы участники испытаний (испытуемые) не знали, какая из групп получает экспериментальное, а какая — контрольное лечение. Часто контрольным воздействием выступает имитация лечения — плацебо.

Сегодня используют сложные схемы маскировки, например такие, когда об условиях испытания не осведомлены ни пациенты, ни участвующий медицинский персонал (двойное слепое испытание), а иногда также и лица, непосредственно обрабатывающие полученные данные (тройное слепое испытание). Дизайн замаскированного рандомизированного клинического испытания, по современным представлениям, позволяет избежать ошибок в выводах и добиться более высокой надежности результатов.

Выделяют четыре стандартные фазы, или стадии клинического исследования. Но исследование может быть завершено раньше (например, при обнаружении высокого риска причинения вреда, о чем должно быть обязательно сообщено научному сообществу). Перед проведением исследований на людях обязательно проводят исследования на лабораторных животных (так называемые доклинические испытания), основной целью которых является оценка токсичности препарата.

*Первая фаза* клинического исследования — проверка безопасности данного метода, а также получение других начальных данных: проводится на небольшом числе добровольцев, чаще всего это здоровые люди.

*Вторая фаза* — оцениваются дальнейшие характеристики данного метода, в том числе на пациентах, для которых он предназначен. Основная цель — проверка эффективности и безопасности лечения. Число участников может достигать нескольких сотен.

*Третья фаза*, как правило, представляет собой собственно рандомизированное контролируемое испытание, которое может быть довольно масштабным и включать от нескольких сотен до тысяч участников — пациентов. Исследуемый метод сравнивается либо с неким стандартным методом, либо с плацебо (плацебо-контроль). Если по результатам проведенного РСТ новый метод признается удовлетворяющим основным требованиям (эффективности, безопасности и др.), то исследование считается завершенным, и его организаторы могут заниматься далее вопросами формального одобрения (лицензирования и т.п.) для его применения на практике.

*Четвертая фаза* (постмаркетинговые исследования) состоит в изучении практического применения нового метода, а также его эффектов. Исследования могут включать проверку безопасности, долговременных эффектов его действия, оценку различных дозировок, наблюдение за различными группами пациентов, к которым применялся данный метод и т.п.

### **Этические проблемы рандомизации. Клиническое равновесие**

Рандомизация как ключевая процедура в клиническом испытании сама по себе создает этические проблемы. Представим, что клиническое исследование нового препарата проводится в группе пациентов, действительно нуждающихся в медицинской помощи. При каких условиях врач, имея обязательства блага по отношению к пациенту, вправе использовать своих больных для клинического исследования, в том числе с применением случайного распределения их по группам?

Концепция клинического равновесия является попыткой ответить на этот вопрос. Понятие клинического равновесия (*clinical equipoise*) ввел Бенджамин Фридмен в 1987 г. С этого времени данная концепция является развивающейся и широко обсуждаемой темой в биоэтической литературе, хотя, конечно, имеет и своих критиков. Вкратце ее основные положения состоят в следующем.

Условием для включения пациентов в клиническое исследование является существенная неопределенность по поводу того, какой из двух методов лечения (стандартный или новый) является более эффективным. Разу-

меется, если есть надежные данные в пользу какого-то метода (т.е. неравновесие), то врачебная этика требует, чтобы лечащий врач назначал своим пациентам более эффективное лечение.

Собственно, цель клинического испытания в том и состоит, чтобы нарушить исходную неопределенность сдвинуть равновесие в ту или другую сторону.

Неопределенность или сомнения должны существовать внутри профессионального медицинского сообщества. Сам врач, конечно, может иметь собственные предпочтения в пользу того или иного лечения, но он должен принимать во внимание существенное разногласие на уровне медицинского сообщества (рис. 4.2).

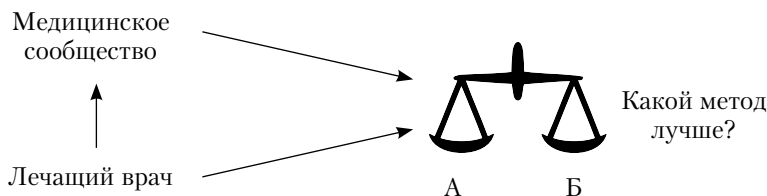


Рис. 4.2. Клиническое равновесие:

А — новый метод; Б — стандартный метод

Как участник исследования, врач обязан добиваться чистоты эксперимента. Для этого ему следует сдерживать собственное мнение и следовать всем методологически строгим процедурам участия в эксперименте. Он формально должен поддерживать предположение о клиническом равновесии при проведении клинического исследования.

В этих условиях процедура рандомизации не только выражает требование научной методологии, но также оправдана этически, поскольку врач дает равные шансы своим пациентам получить тот или иной вариант лечения. Тем самым он реализует моральный принцип *справедливости* в отношении своих пациентов. Но еще раз следует обратить внимание на то, что клиническое исследование должно быть вызвано научной необходимостью и наличием значимой неопределенности в медицинском сообществе (а не какими-то другими соображениями, например коммерческими).

### Лечащий врач и исследователь: конфликт ролей

Выше было описано различие медицинской практики и научного исследования. Из-за существенной разницы в ценностях, целях, методах этих двух сфер деятельности у врача, когда он выступает по отношению к своим пациентам одновременно и как лечащий врач, и как исследователь, может наступить определенный конфликт ролей, в том числе включающий конфликт этических принципов.

Врачу, вовлеченному в исследование, нужно следить за тем, чтобы исследование проводилось по стандартам научной методологии, но при этом с соблюдением всех требований медицинской этики и с защитой интересов пациента.

Одна из главных сложностей этой двойной роли состоит в том, что врачу в ходе исследования зачастую приходится принимать и врачебные решения в пользу пациента. К примеру, если врач участвует в «двойном слепом» клиническом испытании, то он находится в неведении, какой препарат получают его больные, что может сказаться на его принятии решений и на состоянии здоровья пациента.

В итоге страдают либо интересы исследования, либо качество лечения (либо и то и другое).

К основным задачам врача, вовлеченного в клинические исследования, следует отнести следующие:

- 1) убедиться, что исследование оправдано научной необходимостью и следует необходимым методологическим нормам;
- 2) заботиться о максимальном снижении риска для пациентов;
- 3) в любых ситуациях стремиться прежде всего к благу для пациентов, в том числе при необходимости выводить больного из исследования;
- 4) противодействовать любым способам эксплуатации участников исследований, а также несправедливому распределению благ и рисков;
- 5) соблюдать все нормы исследовательской этики в отношении защиты прав испытуемых.

### **Клиническая мiskonцепция**

Термин появился в 1982 г. в работе Пауля Аппельбаума и соавторов. Понятие терапевтической мiskonцепции (*therapeutic misconception*) обозначает феномен, многократно наблюдавшийся в практике клинических исследований, который состоит в том, что вовлеченные в испытание пациенты не осознают глубоких различий между медицинской практикой и научным исследованием.

Когда их приглашают принять участие в исследовании, то их положительное решение может базироваться не на полноценном информированном согласии (о целях, ожидаемых эффектах, рисках исследования и т.п.), а совсем по другим причинам. Как правило, они доверяют своему врачу и считают, что участие в исследовании будет означать лечение новым более качественным препаратом. Многие, особенно неизлечимые и тяжелобольные, полагают, что это исследование поможет им вылечиться, даст им надежду. Таким образом, возникают завышенные ожидания и непонимание того, что процедура может быть непроверенной и рискованной, а само исследование, к примеру, может не быть нацеленным на непосредственную пользу.

В итоге нарушается основополагающий принцип информированного добровольного согласия, на котором должно базироваться вовлечение пациентов. Это может грозить, помимо прочего, тем, что после исследования пациенты могут испытывать разочарование, недовольство и даже страдания, т.е., в итоге, им будет причинен вред.

Однако терапевтическая мiskonцепция может воздействовать и на самих врачей. По различным субъективным причинам врачи сами могут забыть о различии медицинской практики и научного исследования. Если врач лично

увлечен тем или иным новым методом, не соблюдая требования клинического равновесия, то он может (в том числе неосознанно) оказывать влияние на пациентов, подталкивая их к участию в исследовании, вселяя в них веру в позитивный эффект нового лечения и т.п. Таким образом, это тоже ведет к нарушениям как методологической чистоты эксперимента, так и норм этики.

Вывод, который следует из концепции терапевтической мiskonцепции, состоит в том, что врачи, вовлеченные в научные исследования, должны осознавать влияние этого феномена на потенциальных участников исследований, подробно и доступно разъяснять им отличие исследования от медицинской помощи, понятие добровольности, смысл предполагаемого исследования (например, возможность того, что пациенты в слепом исследовании могут получить плацебо, т.е. вообще не получать лечения), связанные с ним ожидания и риски, а также права участников исследований.

### **Этические проблемы применения плацебо в клинических исследованиях**

**Плацебо** — это фармацевтический продукт, который имитирует исследуемый препарат (по форме, цвету, вкусу и т.п.), но не содержит активного фармакологического компонента.

Применение плацебо в клинических исследованиях (для сравнения с оцениваемым препаратом) представляет собой проблему, поскольку тем самым пациенты оказываются лишены лечения, что противоречит принципу блага.

Правила использования плацебо были введены в ст. 29 Хельсинкской декларации и разъяснении к ней. Там говорится, что предпочтительным является сравнение нового метода с *наилучшим* из имеющихся (т.е. со стандартом); плацебо же должно применяться с особой осторожностью и лишь в случаях отсутствия действительно эффективной терапии.

Однако применение плацебо этически допустимо (даже при наличии эффективной терапии) в случаях:

- 1) когда применение плацебо безусловно необходимо для оценки эффективности или безопасности какого-либо медицинского метода;
- 2) когда пациенты не будут подвергаться дополнительному риску серьезного или необратимого вреда, поскольку изучается медицинский метод в отношении незначительного заболевания.

При этом должны соблюдаться все другие этические нормы, в том числе проведение соответствующей этической и научной экспертизы.

В дополнение к этим правилам следует добавить, что перед использованием плацебо испытуемые должны быть полноценно проинформированы о сути исследования, в том числе о том, что им может в случайном порядке достаться плацебо, а не активный препарат, о степени риска для здоровья в случае получения плацебо вместо лечения, а также о том, что они сохраняют право на качественное лечение после завершения исследования.

Вообще говоря, в программу клинических исследований должны быть встроены процедуры, которые позволяют вмешаться в исследование, если состояние испытуемого ухудшается.

## 4.4. Другие виды исследований с участием человека

### Эпидемиологические исследования

Существует еще одна область исследований, которая тоже довольно широко охватывает людей в качестве ее участников. Это так называемые эпидемиологические исследования.

Под **эпидемиологическими исследованиями** понимается изучение причин болезней, распространенности заболеваний, анализ различных факторов, влияющих на здоровье общества и его отдельных групп, изучение состояния здоровья населения, а также оценка деятельности служб здравоохранения и проводимых ими мероприятий. Эпидемиологические исследования очень важны для организации деятельности общественного здравоохранения.

**Из истории эпидемиологических исследований.** Одно из самых известных эпидемиологических исследований в истории медицины выполнил в XIX в. знаменитый английский врач Джон Сноу (1813–1854) (рис. 4.3), которого называют отцом анестезиологии. В то время ошибочно считалось, что холера передается через вредные воздушные испарения (миазмы). Сноу провел сравнительное исследование заболеваемости населения Лондона в зависимости от того, какая водоснабжающая компания отвечала за поставку воды в том или ином месте города. Выяснилось, что компания *Southwark and Vauxhall* поставляла воду, загрязненную фекалиями, а компания *Lambeth* — чистую. Этому соответствовало и драматическое соотношение случаев заражения холерой в зависимости от поставщика воды. Сноу проанализировал огромное количество фактических данных и смог доказать водный путь передачи холеры.

Это помогло остановить эпидемию холеры в Лондоне в 1854 г.

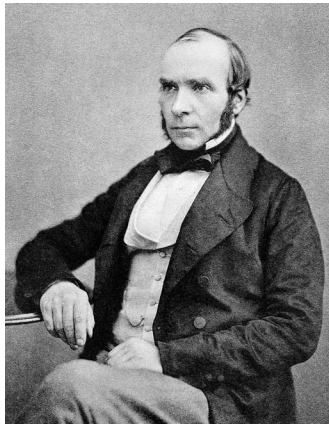


Рис. 4.3. Джон Сноу (1813–1854)<sup>1</sup>

Как правило, эпидемиологические исследования представляют собой спланированные наблюдения (обсервационные исследования) по специальным методикам.

<sup>1</sup> URL: [https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/c/cc/John\\_Snow.jpg](https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/c/cc/John_Snow.jpg).

Помимо задач охраны здоровья общества, эпидемиологические исследования все шире применяются сегодня также для нужд клинической медицины. Они используются для оценки действия лекарственных препаратов (на постмаркетинговой стадии, т.е. после поступления препарата на рынок), изучения опыта применения препарата практическими врачами, отслеживания долгосрочных последствий приема препарата и т.п.

Поскольку эпидемиологические исследования в основном базируются на *наблюдениях*, их регуляции в прошлые десятилетия не придавалось существенного значения, а основное внимание было уделено более острым этическим проблемам *экспериментов* на человеке.

Однако постепенно выяснилось, что обсервационные исследования тоже могут создавать риск причинения вреда участникам исследований. Ярким примером может служить скандально известное Таскиджийское исследование в штате Алабама, когда объектом многолетнего наблюдения (1932–1972) были чернокожие мужчины, больные сифилисом, которым специально не назначали никакого лечения (хотя в то время такое лечение уже было вполне доступно) с целью изучения процесса естественного протекания сифилиса.

Таким образом, как показывает таскиджийская история, наблюдение, которое подвергает больного вполне предотвратимому риску вреда, следует считать этически недопустимым исследованием. Таскиджийский эксперимент подробнее рассматривается в практикуме к этой главе.

Одной из главных проблем, которая возникает при эпидемиологических исследованиях, является потенциальный конфликт между интересами отдельных больных или групп и более обширными популяциями и обществом в целом.

Кроме того, все отчетливее осознается, что наблюдательные исследования способны причинить вред индивидам и группам в большей степени не прямого физического характера, а, скорее, социоэкономической и социокультурной природы на основе использования или раскрытия полученной в ходе исследования информации. Например, это может быть информация о заболеваемости, образе жизни, предрасположенностях той или иной этнической группы; разглашение подобных данных может причинить значительный вред конкретной популяции.

В итоге эпидемиологические исследования тоже стали предметом регуляции на национальном и международном уровне. Актуальность регуляции таких исследований возрастает в связи со все более широким их проведением, а также с растущими техническими возможностями сбора и анализа разнообразной биомедицинской информации.

К основным международным документам по эпидемиологическим исследованиям относятся:

1) Международные руководства по этической экспертизе эпидемиологических исследований (*International Guidelines for Ethical Review of Epidemiological Studies*), CIOMS, 1991 (актуальная версия 2008);

2) Надлежащая эпидемиологическая практика: Руководства для правильного проведения эпидемиологических исследований (*Good epidemiological Practice: IEA Guidelines for Proper Conduct of Epidemiological Research*), Международная эпидемиологическая ассоциация (IEA), 2002 (актуальная версия 2007).

## Основные этические принципы эпидемиологических исследований

Проведение эпидемиологических исследований должно основываться на общепринятых принципах и правилах исследовательской этики. Так, Международные руководства CIOMS устанавливают в качестве ведущих уже известные нам принципы уважения личности, блага и справедливости.

Но особую значимость для эпидемиологических исследований приобретают информационные проблемы — сбор, хранение, использование и защита информации о пациентах и группах.

Правовые нормы, регулирующие обработку и защиту персональных данных в Российской Федерации, установлены Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», который нацелен на защиту прав и свобод человека и гражданина при обработке его персональных данных, включая защиту прав на неприкосновенность частной жизни. На положения этого закона следует опираться при разработке формы согласия и планировании мероприятий по сбору, обработке и хранению персональных медицинских данных.

Из особенностей эпидемиологических исследований вытекают их специфические этические проблемы. Пристальное внимание следует уделить процедурам получения согласия от участников исследований; при этом надо разъяснить пациентам суть исследования, правила сбора и использования персональных данных, права участника исследования. Как правило, в таких исследованиях чаще всего используются обезличенные (анонимные) данные, что тоже должно быть сообщено участнику. Он сохраняет право выйти из исследования и изъять свои данные из баз данных, однако он должен знать, что это может оказаться технически невозможным по причине их обезличенности.

Имеются ситуации, когда эпидемиологические исследования проводятся без согласия пациентов. Например, могут использоваться данные, собранные ранее, но в других целях. Очевидно, что спросить согласия всех субъектов данных физически невозможно (особенно, если это огромные массивы). Для всех случаев проведения исследований без первоначального согласия индивидов необходимо специальное разрешение этического комитета или другого уполномоченного органа.

При получении согласия следует принимать во внимание также культуральные особенности популяции, в которой проводятся исследования (так как эпидемиологические изыскания часто проводят в развивающихся странах) (например, для работы с общинами может потребоваться согласие местных лидеров общин, что не исключает получения индивидуального согласия от всех участников).

В эпидемиологических исследованиях могут использоваться не только медицинские записи, но и конкретные биологические образцы. Это тоже должно быть отражено в процедурах получения согласия. Если в исследовании планируются дополнительные процедуры для взятия таких образцов (крови, клеток или тканей, генетического материала и т.п.), то такие процедуры тоже отражаются в информации для пациента, включая связанные с этим риски и различные неудобства.

Учитывая то, что эпидемиологические исследования могут иметь длительный, даже многолетний характер, рекомендуется периодически подтверждать согласие участников на продолжение исследований. Если условия проведения исследования по каким-либо причинам изменены, то его организаторы должны обновлять или заново получать информированное согласие от участников. Соответственно, процедуры периодического подтверждения или обновления согласия должны быть заранее разработаны в протоколе исследования для представления этическому комитету или другому полномочному органу.

Одной из недостаточно проясненных этических проблем в эпидемиологических исследованиях является феномен случайных открытий, когда из собранной информации можно получить выводы, не входившие в первоначальные задачи исследования. Например, из полученных персональных данных можно выявить у пациента дополнительные факторы риска (скажем, генетической природы). В итоге возникает проблема, как использовать эти данные, раскрывать ли их пациенту. Имеют ли индивиды право на обнаруженные данные неблагоприятного содержания? Не причинит ли раскрытие такой информации вред пациенту?

В подобных случаях приходится искать наилучшее решение в интересах пациента, применяя принципы блага и непричинения вреда и оценивая общую ситуацию. Лучше всего учитывать возможность таких ситуаций до начала исследования (что должно быть отражено в процедуре информированного согласия), если это позволяют условия исследования. В любом случае, при каких-либо затруднениях этической природы рекомендуется обращаться за консультацией к этическому комитету или другому полномочному органу.

### **Экспериментальная практика, или терапевтическая инновация**

Использование нового, недостаточно проверенного метода с практической целью, т.е. для оказания помощи конкретному больному, называется **экспериментальной практикой**. Как уже говорилось, понятие экспериментальной практики (терапевтической инновации) не может быть отнесено к научному исследованию в строгом смысле слова, если здесь нет целенаправленного сбора данных для получения обобщаемых знаний и дальнейшей научной публикации. В таком случае мы имеем дело хоть и с экспериментированием, но лежащим где-то в неопределенном «между» научным исследованием и обычной медицинской практикой.

Этически значимая особенность экспериментальной практики состоит в том, что непроверенный метод может создавать для пациента риск выше допустимого. Терапевтические инновации на практике встречаются не так часто и, как правило, не поощряются администраторами медицинских учреждений и различными контролирующими органами. К сожалению, этот вид деятельности до сих пор не отрегулирован надлежащим образом, что создает проблемы.

Основополагающие принципы применения терапевтической инновации изложены в Хельсинкской декларации (версия 2013 г.), ст. 32. Приведем их вместе с кратким комментарием.

1. Условием для применения неапробированного или нового метода должно быть *отсутствие* проверенных профилактических, диагностических и терапевтических методов либо их неэффективность. Тем самым резко ограничивается круг таких ситуаций. В том числе, по современным представлениям, суждение о неэффективности имеющихся медицинских методов должно быть основано на хорошем знании научной литературы и подтверждено надежными научными данными.

Таким образом, этически недопустимо применять какой-либо новый метод просто на основе произвольного мнения или желания врача, без научного обоснования.

2. Врач должен получить согласие пациента. В данном случае получение согласия должно быть проведено особенно тщательно, поскольку пациент должен осознать, что предлагаемый метод является новым, а также возможные связанные с этим опасности. Необходимо также разъяснить, что *не существует* приемлемых альтернатив в этой ситуации (или имеющиеся варианты неэффективны). Важно также убедиться в достаточной степени компетентности пациента для принятия решения. В данной ситуации следует стремиться не просто к информированию пациента и получению согласия, но к реализации модели совместного решения (см. параграф 3.3).

3. Врач вправе применять инновационный метод, если, по мнению врача, это «дает надежду на спасение жизни, восстановление здоровья или облегчение страданий». Иными словами, если есть ожидание довольно существенного блага для пациента, вплоть до спасения жизни. Однако данное условие является наиболее неопределенным в ст. 31, поскольку неясно, на чем базируется «мнение врача» и что означает выражение «дает надежду». В любом случае, это должны быть какие-то разумные основания, на которых врач может выстраивать свои ожидания.

К примеру, это могут быть положительные результаты предварительных научных исследований, посвященных данному методу.

4. По возможности, эти применяемые новые средства должны стать объектом исследования с целью оценки их безопасности и эффективности, а новая информация должна документироваться и, при необходимости, публиковаться. Это означает, что применение нового метода должно сближаться с научным исследованием и стимулировать дальнейшие исследования.

5. В отношении применения нового метода должны соблюдаться все другие этические нормы (в частности, все относящиеся к делу положения Декларации).

Общее правило по поводу отношения к новым методам лечения установлено также в части А отчета Бельмонта («Граница между практикой и исследованием»). Там подчеркивается, что любые значительные инновации, подпадающие под понятие экспериментальной практики, должны стать на ранних стадиях предметом научного исследования для оценки их безопасности и эффективности. Соответственно, комиссии медицинской практики должны настаивать на том, чтобы существенно новые методы входили в формальные исследовательские проекты.

## Рекомендации по использованию клинических инноваций на практике

Существует опасность, что клиницисты могут использовать определенные группы пациентов (прежде всего тяжелобольных и неизлечимых) для отработки на них своих идей и инноваций (например, новых хирургических приемов).

В Великобритании в 2001 г. был опубликован документ, посвященный расследованиям несчастных случаев среди несовершеннолетних пациентов, связанных с хирургическим экспериментированием посредством свободных вариаций одного операционного метода. Это так называемый отчет Кеннеди, получивший широкую известность. Для того чтобы защитить пациентов от дальнейших злоупотреблений инновациями, в отчете был предложен ряд следующих рекомендаций.

1. Любой специалист, выполняющий установленную процедуру впервые, должен действовать под руководством (наблюдением) коллег, имеющих необходимые навыки и опыт.
2. Для любой новой инвазивной процедуры, выполняемой в первый раз, должно быть обосновано, что она применяется в интересах пациента; она должна быть также одобрена местным комитетом по исследовательской этике.
3. Пациенты имеют право знать, до какой степени новой или экспериментальной является процедура, и каков опыт врача, который будет ее выполнять.
4. Необходима организация тренинга хирургов, особенно для новых хирургических техник<sup>1</sup>.

Позже эти рекомендации были использованы в национальной регуляторной политике Великобритании, в частности был создан государственный регистр новых методов вмешательств для оценки их эффективности и безопасности.

### 4.5. Этика экспериментирования на животных

Животные широко используются в современной медицине, в научных исследованиях и в системе образования. Так, биомедицинские исследования с использованием животных необходимы для разработки и оценки новых методов лечения, фундаментальных исследований (биологических структур и функций, заболеваний и др.), создания биологических продуктов (вакцин, антител и т.п.) и других целей. Кроме того, эксперименты на животных практикуются в системе образования: в учебных планах медицинских вузов предусмотрены обязательные занятия по изучению организма животных, а также по отработке на них различных медицинских навыков. Причем такие занятия ввиду своей уникальной практической пользы не могут быть заменены никакими альтернативами.

Столько широкое использование животных в биомедицинских целях поднимает вопросы этического отношения к животным.

---

<sup>1</sup> См.: Final Report. Learning from Bristol: the report of the public inquiry into children's heart surgery at the Bristol Royal Infirmary 1984–1995. Bristol Royal Infirmary Inquiry, 2001.

**Масштабы использования лабораторных животных**<sup>1</sup>. Лабораторные животные продолжают использоваться в огромных масштабах для экспериментов в медицине, биологии, для тестирования в химической, фармацевтической, пищевой, косметической промышленности. Оценки ежегодного использования в некоторых странах:

- США — около 1,04 млн (сюда не входят крысы, мыши, птицы, рептилии и др.). Использование мышей и крыс оценивается примерно в 100 млн;
- Канада — около 3,33 млн. При этом примерно 128,873 млн подвергаются сильным болевым воздействиям;
- Великобритания — около 4,12 млн. Из них примерно 2,94 млн используются в экспериментах без обезболивания.

## История экспериментирования на животных

Вивисекция, или рассечение живых организмов, в научных целях применялась в медицине с античной эпохи. Известный древнеримский врач Клавдий Гален (около 129—210 гг.) активно использовал вскрытие животных различных видов для изучения анатомии, и полученные результаты прямо применял к человеческому организму. Поэтому в дальнейшем в анатомической науке под влиянием Галена долгое время было множество заблуждений, которые были исправлены только с XVI в., начиная с работ Везалия.

Начиная с Нового времени, когда рождается сам экспериментальный метод в естествознании, исследования на животных становятся все более частыми. При этом такие эксперименты были очень жестокими, поскольку обезболивания тогда не существовало, да и само отношение экспериментаторов к животным было совершенно бездушным — причинение животным боли и страданий вообще не рассматривалось как жестокость. В этом сказывалось, помимо прочего, влияние Р. Декарта (1596—1650), который считал животных всего лишь «автоматами», или биологическими механизмами.

Так, Б. Спиноза (1632—1677) в своей «Этике» писал о том, что обществу следует отбросить ненужную сострадательность в отношении к животным и обращаться с ними в соответствии с заботой о собственной пользе.

В XIX в. сфера экспериментов на животных расширяется. Это было, в частности, связано с развитием физиологии как новой самостоятельной науки, прежде всего во Франции. Исследования на животных служили источником знаний о различных функциях организма. Крупнейший французский ученый Ф. Мажанди (1783—1855) совершил ряд открытий в области физиологии с помощью экспериментов на животных.

Ученик Мажанди, основоположник экспериментальной медицины и патологической физиологии, Клод Бернар (1813—1878) достиг еще больших научных успехов. При этом он утверждал, что эксперименты на человеке неэтичны, поэтому для нужд научного прогресса допустимо и необходимо использовать животных. Сам Бернар в том числе проводил на животных крайне жестокие эксперименты, заканчивавшиеся их мучительной гибелью.

К концу XIX в. возникла еще одна область медицины, которая тоже в большой мере была обязана своими успехами исследованиям на животных — микробиология (Л. Пастер, Р. Кох и другие). Благодаря использова-

---

<sup>1</sup> Animal experiments: Overview. URL: <http://www.peta.org/issues/animals-used-for-experimentation/animals-used-experimentation-factsheets/animal-experiments-overview>).

нию животных удалось изучить многие инфекционные заболевания и разработать вакцины против них.

Однако постепенно появляется и оппозиция экспериментированию на животных. Со второй половины XIX в. движение против vivisection и жестокого обращения с животными становится довольно активным, преимущественно в Великобритании, где в 1875 г. усилиями ирландской писательницы Френсис Кобб учреждается Общество защиты животных, используемых для vivisection. Конечно, открытие анестезии несколько смягчило проблему, однако огромное количество экспериментов на животных все равно проводилось без обезболивания.

В 1876 г. в Великобритании принимается первый в мире закон о защите лабораторных животных («Закон о жестокости в отношении животных»), который регулировал постановку экспериментов на них и предписывал применение анестезии. Этот закон действовал до 1986 г., когда был заменен более современным аналогичным законом.

Однако «Закон о жестокости...» не остановил активность движения в защиту животных, а, скорее, способствовал тому, что оно стало еще решительнее, поскольку противники vivisection считали, что этот закон является лишь полумерой и на самом деле не служит надежным инструментом для защиты животных.

В XX в., когда медицинская наука становится масштабной индустрией, проблема гуманного отношения к лабораторным животным становится еще актуальнее. Движение в защиту животных значительно усилилось в середине XX в. Это было связано со многими причинами. Здесь сказались и различные разоблачения случаев жестокого обращения с животными в науке, и научные исследования, показавшие, что животные (особенно высокоразвитые) имеют довольно сложную организацию, в том числе эмоциональную, вступают в социальные взаимоотношения, используют собственный язык и т.п.

Приводилось множество аргументов против экспериментов на животных. Так, один из аргументов состоял в том, что научная и медицинская элита, участвующая в жестоких экспериментах, не имеет морального права лечить людей и не может называться элитой, потому что такие эксперименты морально развращают человека.

Кроме того, движение в защиту животных было частью общего демократического процесса борьбы с дискриминацией в обществе. Так, в 70-е гг. XX в. даже появился термин «специсизм», или «спесиесизм» (от лат. *species* — вид). Он возник по аналогии с такими понятиями, как расизм и сексизм и означает дискриминацию человеком других биологических видов на основании предполагаемого превосходства человека.

В XX в. постепенно формируется особое общественное движение за права животных (хотя и весьма разнородное и противоречивое в своих идеях). Одним из наиболее влиятельных авторов, работающих в этом направлении, является известный австралийский философ и биоэтик Питер Сингер, опубликовавший в 1975 г. ставшую знаменитой книгу «Освобождение животных», в которой он убедительно критиковал специсизм и выступал против причинения страданий животным.

Движения против экспериментов на животных и за права животных усиливались и путем создания общественных организаций, например та-

ких, как Фронт освобождения животных (ALF), Люди за этическое обращение с животными (PETA) и Международная ассоциация против болезненных экспериментов на животных (IAAPEA).

Общественные акции в защиту животных сопровождались скандалами. Случалось, что представители общественных движений (например, ALF) врываются в лаборатории и научные центры, ломали оборудование и «освобождали» лабораторных животных. В результате был причинен крупный материальный ущерб научно-медицинским учреждениям, который оценивается в миллионы долларов.

Кстати, еще одну этическую проблему поднимает развитие ксенотрансплантации (пересадка органов от животного к человеку). Ведь если это новое направление достигнет крупных успехов, то появится еще одна область массового использования животных — изъятие органов.

Со своей стороны, представители медицинского сообщества, конечно, возражали против отказа от экспериментов на животных. Очевидный аргумент состоит в том, что исследования на животных приносят огромную пользу для общества, а интересы человека все же выше, чем интересы или «права» животных. Все это потребовало более серьезного анализа проблемы, в том числе философского и этического обсуждения. В итоге в рамках биоэтики стала формироваться новая область — этика исследований на животных. Появилась и международная регуляция экспериментов на животных, их использования в науке и образовании.

Под влиянием правозащитных движений и регуляторных документов стало уделяться больше внимания обращению с животными, уходу за ними и условиям проведения экспериментов. Возникла также тенденция уменьшения количества экспериментов на животных, а некоторые косметические фирмы стали отказываться от тестирования своей продукции на животных.

По данным британской «Ежегодной статистики научной деятельности с живыми животными» (*Annual Statistics of Scientific Procedures on Living Animals*), для экспериментов используются следующие виды животных<sup>1</sup> (рис. 4.4):

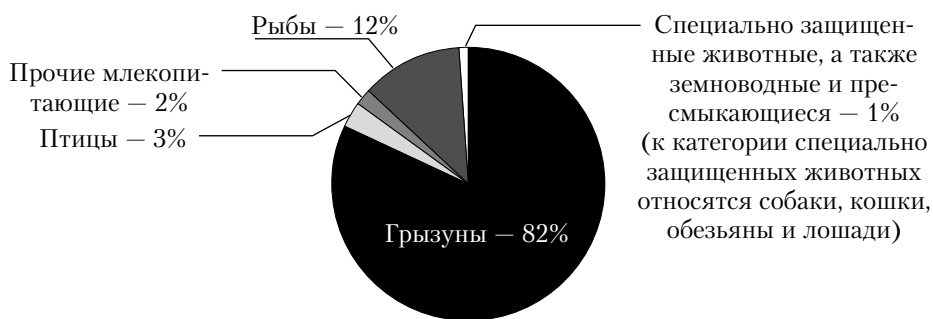


Рис. 4.4. Виды животных, используемых для экспериментов

Но в целом вопрос о правах животных и их моральном статусе остается открытым и служит источником для многих дискуссий.

<sup>1</sup> URL: <http://www.mirror.co.uk/news/technology-science/science/uk-conducts-more-4-million-5570420>.

## Современная регуляция исследований на животных

В ряде стран на уровне национального законодательства приняты специальные документы по регуляции биомедицинских исследований на животных. Такие документы существуют в США, Великобритании, Франции, Швеции и других странах. Одна из наиболее разработанных систем защиты животных действует в Австралии.

Международное регулирование исследований на животных опирается на ряд важных документов. К основным из них следует отнести следующие.

Некоторые общие положения по поводу использования животных были введены еще в Хельсинкской декларации.

В 1985 г. Международный совет медицинских научных обществ (CIOMS) принял Международные руководящие принципы для биомедицинских исследований с использованием животных (обновлены в 2012 г.).

В 1986 г. Совет Европы (г. Страсбург) принял Европейскую конвенцию по защите позвоночных животных, используемых в экспериментальных и других научных целях.

В нашей стране проведение экспериментов на животных регулируется «Правилами проведения качественных клинических испытаний в Российской Федерации» (1999); кроме того, еще с 1977 г. действуют «Правила проведения работ с использованием экспериментальных животных» (приказ Минздрава СССР).

### Правило 3R Берча – Рассела

Правило 3R стало международным стандартом использования животных в экспериментальных целях. В частности, оно применяется в Международных руководящих принципах CIOMS. Его предложили У. Рассел и Р. Берч в 1959 г. в работе «Принципы гуманной методики эксперимента».

**Правило 3R.** Аналогом правила 3R в русском языке может служить правило 3У – уменьшить, улучшить, уберечь (табл. 4.2).

Таблица 4.2

Правила 3R и 3У

№	3R	3У
1	<i>Reduction</i> – сокращение	Уменьшить число используемых животных
2	<i>Refinement</i> – улучшение	Улучшить качество методик
3	<i>Replacement</i> – замена	Уберечь животных от эксперимента вообще

Концепция 3R (от англ. *reduction, refinement, replacement*) – включает следующие три основных принципа.

1. *Reduction* – сокращение, т.е. максимально достижимое уменьшение числа животных, используемых для экспериментов или учебных целей. Здесь имеется в виду то, что вполне можно и необходимо сокращать количество животных без потери качества научного исследования; это достига-

ется за счет совершенствования исследовательских стратегий и применения более мощных средств статистического анализа.

2. *Refinement* — улучшение, т.е. совершенствование методов экспериментирования, для того чтобы снизить или вообще исключить негативные (болевые, вызывающих дискомфорт и стресс) воздействия на животное; это достигается за счет использования различных обезболивающих препаратов, нетравматичных инструментов, а также улучшения содержания лабораторных животных.

3. *Replacement* — замена, т.е. замещение животных в исследованиях или обучении различными альтернативными объектами (моделями) всегда, когда это возможно. Примерами заменителей могут выступать искусственные модели, компьютерные системы, культуры тканей и др. Можно также заменять высокоорганизованных животных низкоорганизованными.

Использование тканевых культур (*in vitro*) считается сегодня очень перспективным способом для замены живого организма. На культурах тканей можно проверять действие препаратов или других медицинских вмешательств; кроме того, они довольно дешевы для производства.

Расширяется также сфера компьютерного моделирования (*in silico*), которая считается очень перспективной для дальнейшего прогресса в медицине. Сложнейшие компьютерные модели уже построены для клеток, органов, биохимических процессов. Создаются виртуальные пациенты, на которых изучают развитие заболевания и действие лекарств. В модель организма пациента включают огромное число параметров (порядка нескольких тысяч), которые имеют значение для его состояния здоровья и течения заболевания. Зная заданные значения параметров, можно эффективно выявлять факторы, вносящие вклад в патологический процесс, изучать эффекты действия препаратов. Апробация лекарств на виртуальных пациентах позволит в будущем ускорить и удешевить процессы их разработки, уточнить их воздействие на организм, найти оптимальные способы применения.

Много альтернатив животным можно использовать и в обучении. К их числу относятся, помимо компьютерных моделей, различные механические модели, стимуляторы и тренажеры, фильмы, деловые игры, обучающие интерактивные системы, эксперименты на растениях, а также строго контролируемое преподавателем экспериментирование студентов на самих себе.

Использование альтернатив в учебных целях имеет ряд собственных преимуществ. Например, учебный материал может использоваться многократно; он может быть хорошо спроектирован для наилучшего достижения заданных учебных целей; его можно совместить с системой контроля знаний и самооценки учащихся и т.п.

Гуманное обращение с экспериментальными животными в системе медицинского образования — особенно актуальная проблема. Необходимо стремиться к тому, чтобы у студентов-медиков в ходе обучения не культивировалась жестокость, бездушное отношение к животным (что потом может сказаться и на их последующей медицинской практике).

## Основные этические принципы обращения с экспериментальными животными

К базисным этическим принципам обращения с экспериментальными животными, помимо правила 3R, можно отнести следующие.

1. Эксперименты на животных допустимы только тогда, когда они необходимы для получения новых научных знаний (либо качественного обучения специалистов); недопустимы научные эксперименты, не создающие прироста новых знаний либо дублирующие уже проведенные исследования.

2. При проведении биомедицинских исследований на животных должны строго соблюдаться действующие правовые и этические нормы.

3. Эксперимент на животных должен быть обоснован углубленным изучением научной литературы по данной проблеме, для эксперимента следует выбрать наилучший экспериментальный дизайн, должен быть тщательно обоснован выбор животных.

4. Эксперименты на животных должен проводить только квалифицированный персонал, знающий соответствующие правовые и этические нормы, а также владеющий современными научными и техническими методами; содержание животных и уход за ними должен обеспечиваться специалистами по ветеринарной медицине или учеными-биологами.

5. Эксперименты на животных, причиняющие боль и страдание, выполняющиеся без анестезии, калечащие животных, всегда требуют особого научного и этического обоснования в их необходимости; если нет настоятельной необходимости в их проведении, то от таких исследований следует отказаться.

6. При проведении экспериментов на животных необходимо проявлять гуманность, как в ходе самого эксперимента, так и в отношении ухода и содержания животных; должны быть приняты меры, позволяющие избежать излишнего стресса, боли, физических страданий или повреждений у животных; следует всегда использовать обезболивание (кроме случаев, когда это невозможно по условиям самого эксперимента).

7. Недопустимо использование животного для экспериментов, причиняющих боль и страдание, более одного раза (за исключением случаев, когда серия испытаний необходима по условиям самого эксперимента).

8. После завершения исследований (в послеоперационном периоде) животные должны получать квалифицированное лечение, паллиативную помощь (в том числе обезболивание) и уход.

9. После завершения исследований на животном, которые привели к нарушению его жизнеспособности или инвалидизации, животное должно быть своевременно умерщвлено наиболее безболезненным способом (эвтаназией).

10. Лаборатории, научные и учебные учреждения, в которых проводятся эксперименты на животных, должны быть аттестованы полномочными органами, в том числе они должны проверяться на соответствие стандартам качественной лабораторной практики.

11. Лаборатории, научные и учебные учреждения, в которых проводятся эксперименты на животных, должны проверяться этическими комитетами

и другими независимыми внешними наблюдателями; рекомендуется также привлекать к оценке работы таких учреждений представителей общественности, правозащитных организаций и движений в защиту животных.

## Практикум

### Контрольные вопросы

1. Что такое дизайн исследования?
2. Что такое экспериментирование и чем оно отличается от научного эксперимента в строгом смысле слова?
3. Что такое рандомизированные клинические исследования? Из каких фаз они состоят?
4. Что такое терапевтическая мiskonцепция?
5. Назовите основные этические проблемы эпидемиологических исследований.
6. В чем состоит правило 3R при проведении исследований на лабораторных животных?

### Задания

1. Чем отличается ИДС при исследовании от ИДС при медицинском вмешательстве? Почему участнику исследования может потребоваться больше информации, чем в обычных клинических условиях?
2. В чем состоит основополагающее различие между медицинской практикой и научным исследованием? Назовите основные критерии этих различий.
3. Назовите и проанализируйте основные аргументы противников экспериментов на животных.
4. При каких условиях этически допустима экспериментальная практика (терапевтическая инновация) в системе медицинской помощи?
5. В чем состоят основные задачи врача, вовлеченного в клинические исследования?
6. С помощью каких моральных правил происходит реализация Бельмонтских принципов проведения исследований? Заполните следующую таблицу.

Принципы	Составные части принципов	Правила
Уважение личности		
Благо (благодеяние)		
Справедливость		

7. Изучите Конвенцию о правах человека и биомедицине (1997)<sup>1</sup>.

Что выше, согласно Конвенции, интересы и благо отдельного человека или интересы общества и науки? Кто утверждает проект предполагаемого научного исследования и как это происходит?

<sup>1</sup> См., например: Аналитические материалы по проекту «Анализ нормативно-правовой базы в области прав человека в контексте биомедицинских исследований и выработка рекомендаций по ее усовершенствованию». М., 2007. С. 56–70.

## 8. Изучите Хельсинкскую декларацию (1964)<sup>1</sup>.

Кто утверждает протокол исследования и как это происходит? В каких случаях врачи должны прекращать исследование? На кого возлагается ответственность за испытуемых?

9. В исследовательской этике существует концепция чистого риска (*net risk*), которая используется как способ определения степени опасности исследований для наилучшей защиты интересов испытуемых.

Считается, что исследование создает чистые риски, если испытуемым предлагается неудовлетворительное соотношение риска и пользы по сравнению с альтернативами (одной или более), включая невмешательство в ситуацию вообще.

И напротив, исследование не создает чистых рисков, если соотношение риска и пользы по крайней мере не хуже, чем имеющиеся альтернативы, включая невмешательство в ситуацию.

Существуют некоторые виды вмешательств, которые очевидным образом создают чистые риски, и поэтому они обязательно подлежат оправданию в общем контексте исследования. Например, таким чистым риском является забор крови у добровольцев.

Определите в нижеследующих примерах, в каких из них имеется чистый риск:

- 1) проведение спинномозговой пункции;
- 2) сбор образцов ДНК;
- 3) введение пациентов в состояние психологического стресса;
- 4) взятие физиологических проб у здоровых людей.

10\*. Ознакомьтесь с Конвенцией о правах человека и биомедицине, где говорится о необходимости обеспечения уважения достоинства человека<sup>2</sup>.

Можете ли вы привести примеры экспериментов на людях, которые унижают человеческое достоинство? Попробуйте предложить критерий, как можно отличить те морально недопустимые эксперименты, которые унижают человеческое достоинство.

## Кейсы

1. Пациент проходит лечение в стационаре по поводу гипертонической болезни. Его приглашают принять участие в клиническом испытании, которое посвящено оценке эффективности нового зарубежного препарата, предназначенного для контроля артериального давления. Исследование оплачивается зарубежными фирмами и охватывает большой круг испытуемых. В ходе исследования пациент чувствует ухудшение состояния и сообщает лечащему врачу о своем желании прекратить участие в исследовании.

Врач говорит пациенту, что ухудшение состояния является временным и вполне ожидаемым эффектом, так что больному не следует тревожиться. Кроме того, врач утверждает, что пациент не имеет права досрочно выйти из исследования. Во-первых, пациент подписал добровольное согласие на исследование. Во-вторых, исследуемый препарат является довольно дорогим, и на пациента уже затрачены определенные средства. Поэтому своим выходом из исследования он принесет финансовые убытки фирме и, косвенно, медицинскому учреждению. В итоге пациент нехотя соглашается продолжать участвовать в испытании.

Кстати, название препарата пациенту не сообщили — в целях «чистоты эксперимента», как было сказано организаторами исследования.

<sup>1</sup> См., например: Аналитические материалы по проекту «Анализ нормативно-правовой базы в области прав человека в контексте биомедицинских исследований и выработка рекомендаций по ее усовершенствованию». С. 49–55.

<sup>2</sup> Там же. С. 56–70.

### *Вопросы и задания к кейсу*

1. Правильно ли проводилось исследование?
2. Проанализируйте, прав ли был лечащий врач в этом случае, и аргументируйте свою точку зрения.

**2. Учебные эксперименты на животных.** В медицинском вузе постоянно практикуют операции на здоровых собаках с учебной целью, обосновывая это тем, что хирург обязательно должен учиться оперировать на живом «материале».

### *Вопросы и задания к кейсу*

1. Насколько этична такая практика?
2. Объясните, имеется ли здесь моральный конфликт.
3. Какие должны быть надежные основания для оправдания подобной практики?

**3. История с таскиджийским исследованием.** В 1972 г. в США были опубликованы результаты 40-летнего эксперимента, проводившегося Национальной службой здравоохранения США в Алабаме на группе из почти 400 неграмотных афроамериканцев, больных сифилисом. Это так называемое таскиджийское исследование (*Tuskegee study*, 1932–1972), получившее широкую огласку и вызвавшее значительный общественный резонанс.

Эксперимент был задуман, для того чтобы изучить естественное развитие сифилиса. Были отобраны только мужчины с продвинутой стадией заболевания. У них периодически забирали кровь для анализа и проводили другие исследования. *Никакого лечения при этом не проводилось.* Больные даже не были проинформированы об их заболевании (хотя лечение этого венерического заболевания, конечно, в то время уже существовало). По сути, это было просто наблюдение за тем, как люди страдают от сифилиса, от его осложнений (например, теряли зрение) и умирали. Известие об этом циничном «научном эксперименте» потрясло общественность; Конгресс США немедленно прекратил это исследование и издал закон, запрещающий когда-либо в будущем проведение подобных изысканий. Законодательные меры привели к становлению в США новой системы контроля за медико-научными исследовательскими проектами.

В 1997 г. президент США Б. Клинтон принес официальное извинение за это научное исследование.

Однако деструктивные социальные последствия таскиджийского исследования были весьма обширны. Он активно обсуждался в печати, стал сюжетом многих телевизионных передач и даже художественного фильма. Но особенно сильно этот эксперимент повлиял на чернокожее население США, усилив их традиционный страх перед медицинскими исследованиями и недоверие к официальной медицине в целом. Он вошел в самобытный фольклор чернокожих американцев и стал для них поистине символом медицинских злоупотреблений и жестокости.

Любопытно, кстати, что в то время ряд ученых полагал, что темнокожие переносят сифилис легче, чем белые люди.

Следует отметить, что многими чернокожими медицина по-прежнему воспринимается как чуждая для них сфера белых, а черные, по высказываемым ими мнениям, лишь используются белыми в качестве «подопытных свинок». Для самой же американской системы здравоохранения до сегодняшнего дня это негативное отношение (не в последнюю очередь по вине «наследства Таскиджи») выражается в непропорционально малом участии афроамериканцев в медицинских исследованиях.

Эта история сказала и при эпидемии ВИЧ-инфекции в США в 1990-е гг. Подорванное доверие афроамериканцев к медицинской системе привело к тому, что они отказывались сотрудничать с врачами, не желали участвовать в исследованиях, проводимых среди чернокожего населения. Популярность также приобрели слухи

о том, что вирус ВИЧ — это специально созданное белыми врачами оружие, призванное истребить темнокожее население. В итоге эпидемия ВИЧ приобрела в США гораздо менее контролируемые формы.

*Вопросы и задания к кейсу*

1. Какие моральные принципы были нарушены в таскиджийском исследовании?
2. Подумайте, чем поучительна эта история для научно-медицинского сообщества.

**4. Испытание нового препарата против малярии.** Малярия остается одной из серьезных проблем современного здравоохранения, особенно в странах с жарким климатом. Более того, распространение малярии все увеличивается. Это связано в том числе с развившейся устойчивостью возбудителя малярии к стандартным средствам антималярийной терапии. Очень велика детская смертность от этого заболевания.

Фармацевтическая фирма ведет разработки нового препарата для борьбы с малярией. Предварительные испытания прошли успешно. Планируется проведение клинического исследования: это будет рандомизированное двойное слепое испытание с участием одной экспериментальной группы и двух контрольных. Экспериментальная группа получит новый препарат, одна контрольная группа — стандартное лечение, другая — плацебо. Исследование предполагается проводить на несовершеннолетних, для чего требуется получить согласие их родителей. По условиям проекта, по окончании исследования все больные дети получают стандартное лечение малярии. Кроме того, им гарантированы бесплатное питание и уход на период проведения исследования.

Эксперимент проводится среди бедных групп населения, поэтому организаторы надеются, что родители охотно согласятся на участие в проекте.

*Вопросы и задания к кейсу*

1. Соответствует ли данный проект необходимым этическим нормам?
2. Этично ли использование плацебо в данной ситуации?
3. Проанализируйте, насколько справедливым является данное исследование по отношению к испытуемым.

**5.** В центре сосудистой хирургии разрабатывается новый оперативный метод лечения заболеваний вен нижних конечностей. Предполагается рандомизированное исследование, в котором контрольная группа будет получать стандартное хирургическое лечение, а экспериментальная — прооперирована новым методом.

В целях предотвращения у пациентов возможного стресса, связанного с получением информации о том, что на них будет испытываться новый метод, организаторы исследования решают скрыть от пациентов его детали — для блага самих же больных. По плану исследователей, испытуемым будет предложено дать согласие на участие в исследовании, информация о котором будет сообщена лишь в общих чертах. Организаторы подают заявку в этический комитет, однако эксперты из комитета не утверждают этот проект. В их заключении указано, что пациенты обязательно должны быть полностью проинформированы о сути предполагаемого исследования.

Исследователи, со своей стороны, заявляют, что новый метод не создает повышенного риска для больных по сравнению с уже опробованными стандартными оперативными вмешательствами. Исследователи уверены в новом методе, так как он успешно прошел доклинические испытания. Они считают также, что излишне детализированная информация о том, что это новый метод, сама по себе может вызывать стресс у пациентов и, таким образом, потенциально может принести больше вреда, чем собственно операция.

*Вопросы и задания к кейсу*

1. Кто прав в данном случае: этический комитет или исследователи?

2. Подумайте, как наиболее правильно с моральной точки зрения было бы организовать данное исследование.

**6\***. Туберкулез стал одной из серьезнейших проблем медицины инфекционных заболеваний и общественного здравоохранения. Одна из причин роста заболеваемости туберкулезом состоит в появлении новых форм возбудителя, обладающего высокой сопротивляемостью к имеющимся средствам противотуберкулезной терапии.

Экспериментальный противотуберкулезный препарат, разработка которого была основана на новых принципах, был исследован в контролируемом рандомизированном исследовании на больных с упорным течением туберкулеза. Контрольная группа получала одну из стандартных схем лечения заболевания. Эксперимент был рассчитан на довольно длительный срок. Через некоторое время в состоянии здоровья экспериментальной группы стали проявляться улучшения. В то же время выявились и некоторые побочные эффекты препарата, с которыми испытуемые были вполне готовы смириться. Исследователи стали склоняться к тому, чтобы прекратить испытание и обеспечить доступ к новому препарату также больных из контрольной группы. Они посчитали, что было бы несправедливым лишать их более качественного лечения.

Однако возникло следующее разногласие. Этический комитет, наблюдавший за исследованием, полагает, что исследование не может быть закончено раньше срока, так как это скажется на достоверности получаемых данных и в конечном счете не принесет пользы больным. Вместе с тем некоторые независимые эксперты, к которым обратились организаторы проекта, высказались в поддержку досрочного завершения исследования и предоставления всем испытуемым доступа к новому препарату.

*Вопросы и задания к кейсу*

1. Объясните, какой моральный конфликт здесь присутствует.
2. Какое решение данной проблемы вы бы предложили?

**7.** Планируется исследование по изучению влияния на психику человека таких экстремальных условий, как длительное лишение общения с другими людьми, дефицит внешних впечатлений, нахождение в однообразной среде, работа в замкнутом пространстве. Для этого здоровых добровольцев будут помещать в соответствующие искусственные условия на сроки различной длительности. Предполагается, что результаты этих исследований будут полезны для изучения причин возникновения и развития депрессии и других психопатологических состояний. Они также могут иметь важное прикладное значение для лучшего обеспечения условий работы некоторых профессий, деятельность которых связана с подобными экстремальными условиями (космонавты, полярники, подводники и др.).

Учитывая специфические особенности подобных экспериментов, продумайте и сформулируйте, о чем конкретно следует информировать добровольцев при получении согласия на подобное исследование.

*Вопросы и задания к кейсу*

1. Какие ключевые моменты должны быть тщательно проработаны в дизайне исследования?
2. Сформулируйте, какими правами должны пользоваться добровольцы в данном исследовании.

**8\***. Доктор А., психотерапевт по своей специализации, является убежденным сторонником психосоматической медицины. Он считает, что многие соматические заболевания имеют на самом деле психогенную природу. Более того, он полагает, что

во многих случаях, когда заболевание имеет ярко выраженный психосоматический характер (что он определяет с помощью своих психодиагностических методик), медикаментозное лечение по ряду причин только вредит пациентам (создает зависимость от соматической терапии, создает иллюзию улучшения, не решает и усугубляет первичные психологические проблемы).

Доктор А. утверждает, что он разработал психотерапевтическую методику лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки; у него уже накоплен опыт положительных результатов, о чем он сообщал в своих публикациях в медицинских журналах. Общество врачей-гастроэнтерологов настоятельно рекомендует ему провести клиническое исследование оценки эффективности его метода в соответствии со строгими научными стандартами. Как говорилось в гл. 4, золотым стандартом проверки эффективности медицинских вмешательств является рандомизированное контролируемое исследование (желательно также «слепое» или «двойное слепое»).

Доктор А. принципиально не против такого исследования, так как оно окончательно убедило бы медицинское сообщество в результативности его метода. Однако здесь возникают технические и этические сложности. В частности, доктор настаивает, что экспериментальная группа должна получать только психотерапевтическую помощь.

#### *Вопросы и задания к кейсу*

1. Подумайте, как следует спланировать исследование, чтобы не подвергать риску пациентов, не лишая их на период испытания необходимой помощи, и чтобы результаты были максимально достоверны.

2. С какой контрольной группой следует сравнивать группу пациентов, получающую психотерапевтическую помощь по методу доктора А.?

3. Можно ли использовать плацебо?

4. Кто будет нести ответственность за возможное ухудшение состояния пациентов в течение исследования?

5. Решите, как следует информировать пациентов при получении согласия.

9. Доктор сотрудничает с фармацевтической фирмой, которая проводит клинические испытания новых препаратов. Он регулярно получает денежное вознаграждение от фирмы за то, что привлекает новых добровольцев — своих пациентов к участию в клинических испытаниях. При этом он считает, что все это в конечном счете — для блага самих пациентов, так как во время исследования они будут иметь доступ к новым методам лечения, а также будут получать улучшенное наблюдение и уход.

#### *Вопросы и задания к кейсу*

1. Подумайте, этично ли поведение данного доктора с точки зрения врачебной этики.

2. Создаются ли какие-то риски для пациентов в связи с поведением врача?

## Глава 5

# ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ОТДЕЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОБЛАСТЕЙ

---

После изучения пятой главы студент должен:

**знать**

- смысл основных моральных проблем современной реаниматологии;
- содержание основных моральных проблем современной трансплантологии;
- основные проблемы современной репродуктивной этики;
- основные проблемы психиатрической этики;
- моральные проблемы борьбы с современными эпидемиями (на примере ВИЧ);

**уметь**

- изложить основные правила изъятия донорских органов и тканей по действующему отечественному законодательству;
- охарактеризовать основные правила применения новых репродуктивных технологий по действующему отечественному законодательству;

**владеть**

- первоначальными навыками защиты лиц, страдающих психическими расстройствами;
  - первоначальными навыками защиты прав лиц, живущих с ВИЧ (ЛЖВ).
- 

### 5.1. Смерть и умирание в эпоху новых медицинских технологий

#### Проблема критериев смерти человека. Смерть мозга

Примерно до 70-х гг. XX в. смерть понималась как полное и необратимое прекращение таких жизненно важных функций организма, как дыхание и кровообращение. Но развитие медицины, прежде всего реаниматологии, привело к радикальному расширению возможностей искусственной поддержки жизненных функций. Это изменило и представления о наступлении смерти.

В реаниматологии было введено различие клинической и биологической смерти, которое отражает возможности оказания помощи умирающему организму. Клиническая смерть — это обратимое состояние, в течение которого организм еще можно вернуть к жизни путем реанимационных мероприятий. Биологическая смерть — необратимое прекращение жизненно важных функций.

**Критерии смерти** — это признаки, по которым можно определить окончательную степень прекращения жизненно важных функций и наступление смерти организма. Помимо традиционного критерия (необратимая остановка дыхания и кровообращения), в медицине появился и такой новый критерий, как смерть мозга.

Понятие смерти мозга было введено первоначально в неврологии после описания состояния так называемой запредельной комы французскими учеными П. Моларом и М. Гулоном. Концепция смерти мозга основана на понимании смерти человека как необратимого нарушения *критических* систем организма, т.е. таких систем, которые невозможно заменить ни сейчас, ни в будущем искусственными или биологическими системами, а такой незаменимой системой является мозг человека.

Понятие «смерть мозга» означает гибель всего мозга, в том числе его ствола, с необратимым бессознательным состоянием, прекращением самостоятельного дыхания, исчезновением всех стволовых рефлексов.

Новый критерий смерти как смерти мозга был разработан в 1968 г. группой специалистов в г. Гарварде (США) и получил название гарвардских критериев. Основной целью разработки нового подхода к определению смерти являлось стремление избежать бесполезных реанимационных мероприятий, когда и усилия медиков, и использование ресурсов оказываются напрасными. В том же 1968 г. новый критерий смерти как смерти всего мозга, включая ствол, был принят в Сиднейской декларации ВМА. Затем во многих странах мира новый критерий был утвержден на уровне национальных законодательств.

Несмотря на широкое принятие нового критерия, с ним связаны и определенные проблемы. Так, по сравнению с традиционным критерием, он выглядит не столь интуитивно убедительным, поскольку трудно согласиться, что организм мертв, в то время когда он продолжает функционировать с помощью аппаратов искусственного жизнеобеспечения. Существуют определенные возражения также с философской точки зрения. Поэтому дискуссии в отношении этого критерия продолжаются.

С развитием трансплантационной медицины критерий смерти мозга приобрел особую значимость, поскольку с определением смерти мозга стал одновременно решаться вопрос, у кого можно забирать органы для пересадки (продолжая искусственно поддерживать жизненно важные функции). Поэтому крайне важным вопросом (в том числе с этической и юридической точки зрения) становится точное определение смерти мозга и исключение возможных диагностических ошибок.

Пожалуй, не так уж много можно назвать примеров проблем медицинской науки и практики, которым уделялось бы столь пристальное внимание, как вопросу диагностики смерти человека. Международная практика очень строго регламентирует процедуры, связанные с применением критерия смерти человека.

В нашей стране, согласно ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ст. 66), моментом смерти человека считается биологическая смерть (необратимая гибель человека) или момент смерти мозга. Смерть мозга понимается как полное и необратимое прекращение

всех его функций, регистрируемое при работающем сердце и искусственной вентиляции легких.

Смерть мозга устанавливается *консилиумом* медицинской организации, в которой находится пациент. В состав консилиума должны входить анестезиолог-реаниматолог и невролог, имеющие опыт работы в отделении интенсивной терапии и реанимации *не менее пяти лет*. Кроме того, в состав консилиума не могут входить специалисты, участвующие в заборе и пересадке органов или тканей. Это требование введено для исключения заинтересованности лиц, участвующих в определении смерти мозга.

В то же время биологическая смерть устанавливается на основе наличия трупных изменений и может проводиться медицинским работником — врачом или фельдшером. Таким образом, определение смерти мозга — это ситуация, которая возникает только в контексте специальных реанимационных мероприятий.

В нашей стране в соответствии с законодательством утверждена также Инструкция по определению момента смерти человека, согласно которой диагноз «смерть мозга» устанавливается на основе целого комплекса признаков (клинических тестов), указанных в этом документе. При определении смерти мозга человека медицинские специалисты обязаны строго и тщательно исполнять инструкцию, в том числе проводить поочередно всю серию необходимых тестов во избежание ошибок.

### **Проблема отказа от лечебных мероприятий**

В эпоху высоких технологий возникли такие ситуации, когда можно искусственно поддерживать жизнь организма без надежды привести его в сознание и вернуть к нормальной жизни. Было немало случаев необоснованно долгой и бесполезной реанимации, некоторые из них приобрели широкую известность. В итоге появилось даже такое понятие, как «право на достойную смерть». Продолжаются споры по поводу того, как далеко могут и должны простираться реанимационные мероприятия, когда их можно прекращать (или не начинать), кто должен принимать решения об этом и какими правами обладает сам пациент.

Одной из попыток решить проблему обоснования реанимационных мероприятий является практика распоряжений на будущее (*advance directives*), состоящая в том, что человек заранее изъявляет свою волю по поводу того, как лечить его в критическом состоянии. Например, он может заранее отказаться от искусственного жизнеобеспечения. Такая практика широко принята в развитых странах.

Кроме того, в ситуациях, когда пациент не может выразить свою волю, применяется суррогатное принятие решений с помощью представителя пациента. Общие этические принципы суррогатного решения в критических ситуациях состоят в следующем.

1. Представитель пациента должен точно следовать инструкциям или пожеланиям больного, изложенным в распоряжении на будущее (если они существуют) и сообразно этому принимать решение в конкретной ситуации.

2. Если не были даны распоряжения на будущее, представитель пациента должен действовать, исходя из своего знания особенностей больного, и стремиться найти решение, которое принял бы сам пациент, если бы оказался в данных обстоятельствах.

3. Если нет представителя, который хорошо знал бы пациента, особенности его личности и его ценностей, то решение должно базироваться на защите лучших интересов пациента исходя из того, что пожелал бы обычный разумный пациент в данных обстоятельствах.

Практика суррогатных решений и распоряжений на будущее остается предметом этических дискуссий. Например, часто обсуждаются вопросы о том, насколько прошлое решение пациента (который сейчас неспособен выразить свою волю) имеет силу в настоящем, т.е. в какой мере мы можем предполагать непрерывность личности и неизменяемость со временем ее предпочтений и ценностей.

### Вегетативное состояние

Одной из сложных проблем реаниматологии является так называемое вегетативное состояние, при котором смерти мозга нет, однако, по всей видимости, утрачена возможность человека прийти в сознание. При этом жизнь организма при некотором относительно небольшом объеме постоянной помощи (в том числе адекватном парентеральном питании и уходе) продолжается. Если признать такой организм мертвым, то это противоречит очевидному.

Точнее, этот феномен получил название персистирующего вегетативного состояния (ПВС), которое характеризуется:

- 1) полным отсутствием осознания себя и окружающей действительности;
- 2) сохранностью цикла сна и бодрствования;
- 3) полной или частичной сохранностью вегетативных функций мозга (в том числе ствола).

Персистирующее вегетативное состояние может наступить вследствие коматозных состояний различного генеза, повреждений головного мозга, неврологических заболеваний. Для системы здравоохранения ПВС является серьезной проблемой, поскольку число таких больных довольно велико и продолжает расти, и на их содержание уходит много средств. Известны случаи довольно длительного (многолетнего) нахождения пациентов в таком состоянии (например, один пациент пробыл в таком состоянии, так и не приходя в сознание, 25 лет).

**Масштабы проблемы ПВС.** По многим причинам точно оценить распространенность синдрома ПВС в различных странах не представляется возможным. Существуют лишь приблизительные оценки, причем некоторые данные исследований существенно различаются (табл. 5.1).

**Данные о расходах на поддержание пациентов с ПВС.** Также трудно оценить величину расходов на помощь пациентам с ПВС, но имеющиеся оценки показывают, что эти расходы колоссальны. Однако эти оценки дают значительный разброс. Вот некоторые из них (табл. 5.2).

Распространение ПВС в разных странах<sup>1</sup>

Страна	Количество на 100 тыс. человек	Общее количество	Исследование
Франция	2	—	<i>Sailly (1994)</i>
Великобритания	2–2,5	—	<i>Macdonald (1998)</i>
Япония	2,5	—	<i>Higashi et al. (1981)</i>
Канада	2,8	800	<i>Ivan (1990)</i>
США	5,4–13	10–25 тыс. взрослых 4–10 тыс. детей	<i>Cranford (1995)</i>
США	5,8–9,6	15–25 тыс.	<i>AMA Council (1990)</i>

Таблица 5.2

Расходы на поддержание пациентов с ПВС<sup>2</sup>

Страна	Расходы	Исследование
США	Расходы варьируют в зависимости от штата, типа учреждения и др. 18–25 тыс. долл. США в год в Миннесоте; 12 тыс. долл. США в год в Массачусетсе (в единственном опубликованном случае)	<i>Cranford (1988)</i>
США	149 200 долл. США первые три месяца, далее 126 000 – 180 000 долл. США в год	<i>Multi-Society Task Force (1994)</i>
Новая Зеландия	3–12 тыс. новозеландских долл. в месяц	<i>Hollows (1995)</i>

Медицинская проблема ПВС состоит в том, что в этом состоянии сохраняется неопределенность по поводу возможности прихода в сознание и восстановления организма; хотя, конечно, со временем вероятность выхода из ПВС снижается. Тем не менее у некоторых пациентов не полностью утрачивается способность к восстановлению сознания, бывают моменты некоторого возвращения сознания, а также зафиксирован по крайней мере один случай полного выздоровления. Немалую роль играют технические трудности диагноза и прогноза, которые пока не преодолены медицинской наукой.

В 1989 г. ВМА опубликовала так называемое заявление о ПВС, в котором говорится о необходимости разработать и использовать критерии необратимости ПВС, которые могли бы помочь в принятии решений о продолжении или прекращении жизнеобеспечения таких пациентов. Со своей стороны, ВМА рекомендует считать обоснованным критерием необрати-

<sup>1</sup> *McCullagh P. Conscious in a Vegetative State? A Critique of the PVS Concept. Kluwer Academic Publishers, 2004. P. 279–280.*

<sup>2</sup> *Ibid. P. 271–273.*

мости ПВС (с низким риском ошибки) нахождение в нем в течение 12 месяцев, а для лиц после 50 лет — в течение пяти месяцев. Если же семья пациента желает прекратить искусственное жизнеобеспечение до рекомендуемого срока, то последнее слово остается за врачами с учетом местных правовых и этических норм.

Состояние ПВС поднимает множество этических проблем, связанных с применением критериев смерти и попыткой дать оценку пограничным состояниям. Здесь конфликтуют такие этические понятия, как «священность жизни» и «право на достойную смерть», а также «уважение к личности», что выражается в практических трудностях принятия суррогатных решений в интересах пациента.

### Проблема эвтаназии

Эвтаназия — одна из наиболее обсуждаемых проблем в современной биоэтике. Слово «эвтаназия» означает «легкая», или «благая», смерть (от греч. *eu* — благой, благородный и *thanatos* — смерть). Термин был предложен известным английским философом Ф. Бэконом. Сам Бэкон понимал эвтаназию в смысле обеспечения адекватного ухода за умирающим, ближе к современному понятию паллиативной помощи (см. далее).

Эвтаназия связана со сложнейшей моральной проблемой: как должны относиться врачи (медработники) к ситуациям, когда медицинская помощь в обычном смысле уже не принесет пользы, а пациент находится в тяжелом неизлечимом состоянии и испытывает значительные страдания.

В широком смысле под эвтаназией в настоящее время понимают различного рода действия (или бездействия) медицинских работников, способствующие уходу из жизни неизлечимого пациента, испытывающего глубокие страдания. Существенно важно, что эти действия (бездействия) соответствуют желанию самого пациента либо его родственников (при его невозможности выразить свою волю).

Различают активную и пассивную эвтаназию. Активная эвтаназия — это какие-либо преднамеренные действия с целью ускорить наступление смерти пациента. Пассивная — это отказ от жизнеподдерживающего лечения, после чего уход из жизни происходит естественным путем.

Существуют и более детальные классификации разновидностей действий, подпадающих под понятие эвтаназии.

Имеются аргументы как в защиту, так и против эвтаназии. Среди основных *аргументов в защиту* эвтаназии можно назвать следующие.

1. Человеку должно быть предоставлено право на самоопределение, в том числе он должен иметь право сам выбирать, продолжать ли ему жизнь или прекратить ее. Если человек страдает от неизлечимого заболевания и не хочет больше жить, медики не вправе препятствовать ему.

2. Право страдающего человека избавить от страданий близких. Неизлечимое состояние и страдания пациента влекут также страдания его родственников и близких, ухаживающих за ним и сочувствующих ему. Желание уйти из жизни в таком случае может рассматриваться как стремление избавиться от тягот своих окружающих.

3. Аргумент качества жизни. Возможны такие ситуации, связанные с неизлечимым заболеванием и мучительными страданиями, что сама жизнь утрачивает ценность для пациента: качество жизни снижается до критического уровня, за которым наступает желание уйти из жизни. Соответственно, медицина (одна из главных целей которой — обеспечение качества жизни пациента) оказывается бессильна и вправе допустить эвтаназию в такой ситуации. В таких экстраординарных обстоятельствах эвтаназия рассматривается не как жестокость или преступление, а, наоборот, как сострадание.

Некоторые *аргументы против* эвтаназии.

1. Недопустимость с точки зрения фундаментальных ценностей врачевания. Практика эвтаназии — это искажение и разрушение самой сущности медицинской профессии. Врачи не должны убивать; сохранение человеческой жизни — высшая ценность врачебного дела.

2. Аргумент скользкого склона (англ. *slippery slope*) — означает возможность злоупотребления какой-либо легализованной медицинской практикой (например, эвтаназией, стерилизацией и т.п.), необоснованного применения ее ко все большему кругу людей, в том числе в корыстных целях. Иными словами, достаточно один раз узаконить какую-то сомнительную практику, то, даже при строгом регулировании, она будет применяться все чаще и чаще, что приведет к ее массовому характеру.

3. Эвтаназия как антистимул для развития медицинской науки и практики. Легализация эвтаназии отрицательно повлияет на дальнейшее развитие медицины, так как может существенно ослабить стремления медиков искать новые средства лечения или помощи для неизлечимых заболеваний и состояний.

В подавляющем большинстве стран эвтаназия запрещена (в том числе в России — ст. 45 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»). В нескольких, очень немногих странах она разрешена (например, в Нидерландах), но ее применение строго регламентируется законом с целью исключения ошибок и злоупотреблений.

Проблема, однако, состоит в том, что запрет на эвтаназию не учитывает сложность тех ситуаций, которые встречаются в медицинской практике. Имеются данные (хотя точной статистики нет), что добровольный уход пациентов из жизни с участием медработников — очень частое явление практически во всех развитых странах. То есть на самом деле эвтаназия негласно проводится, несмотря на юридические запреты.

Таким образом, проблема эвтаназии остается открытой. В этой сложнейшей проблеме затрагиваются фундаментальные ценности общества, медицинской профессии, понимания жизни и смерти, человеческого достоинства, смысла страданий и сострадания.

#### **Из международных документов о проблемах терминальных состояний**

1. «В процессе лечения врач обязан, если это возможно, облегчить страдания пациента, всегда руководствуясь его интересами.

Исключения из данного принципа не допускаются даже в случае неизлечимых заболеваний и уродств.

Врач не продлевает мучения умирающего, прекращая по его просьбе, а если больной без сознания — по просьбе его родственников, лечение, способное лишь отсрочить наступление неизбежного конца.

Отказ от лечения не освобождает врача от обязанности помочь умирающему, назначив лекарства, облегчающие страдания» (из Венецианской декларации о терминальном состоянии (ВМА, 1983)).

2. «Эвтаназия как акт преднамеренного лишения жизни пациента, даже по просьбе самого пациента или на основании обращения с подобной просьбой его близких, неэтична. Это не исключает необходимости уважительного отношения врача к желанию больного не препятствовать течению естественного процесса умирания в терминальной фазе заболевания» (Декларация об эвтаназии (ВМА, 1987)).

## Паллиативная помощь

Паллиативная помощь и хосписное движение часто рассматривают в качестве альтернативы эвтаназии. В докладе Комитета ВОЗ по обезболиванию при раке (1989) было заявлено, что медицинскому сообществу следует развивать программу паллиативного лечения, а не вовлекаться в борьбу за легализацию эвтаназии.

Венецианская декларация ВМА о терминальном состоянии (1983) рассматривает эвтаназию как неэтичную и устанавливает, что врач обязан облегчать страдания пациента, в том числе даже в случае неизлечимых заболеваний и уродств.

**Паллиативная помощь** — вид медицинской помощи неизлечимым (терминальным) больным, направленный на облегчение болевого синдрома и других страданий, сопутствующих умиранию, а также на максимально возможное улучшение качества жизни в таких ситуациях, включает комплексную помощь медицинского, социального, психологического характера.

Хосписное движение стало развиваться в мире в последнюю треть XX в. (первый современный хоспис появился в Великобритании в 1967 г., в России — в 1990 г.). **Хосписные службы** — это специализированные учреждения, оказывающие комплексную помощь больным в терминальной стадии заболеваний.

Среди аргументов в пользу паллиативной и хосписной помощи как альтернативы практике эвтаназии можно назвать следующие.

Отмечено немало случаев, когда терминальные больные, попав в хоспис, отказывались от прежнего желания уйти из жизни. Многие решения об эвтаназии принимаются под влиянием депрессии; при оказании психологической помощи такое желание исчезает. Страдания неизлечимых больных во многом связаны не столько с болью, сколько с психосоциальными причинами (страх, одиночество, отчаяние, боязнь утраты человеческого достоинства и т.п.).

Хосписные службы оказывают разностороннюю помощь: медицинскую, психологическую, социальную, духовную. Персонал хосписа нередко включает, помимо медработников, также психологов, социальных работников, просто волонтеров — людей доброй воли, а также поддерживает сотрудничество с религиозными организациями. Поскольку хосписное движение довольно молодо, у него еще много нерешенных проблем.

Среди основных задач хосписа — обеспечение медицинского наблюдения и паллиативной медицинской помощи, психологическая помощь и поддержка пациента и его семьи, поддержание активного образа жизни пациента.

Главная моральная задача хосписной службы состоит в том, чтобы не просто облегчить терминальному больному уход из жизни, но помочь человеку достойно жить до последних дней даже в условиях тяжелого заболевания и сопутствующих ему страданий.

## 5.2. Моральные проблемы трансплантации органов и тканей

Развитие трансплантологии чрезвычайно расширило возможности медицины и спасло жизни многим людям. Ключевым событием для рождения современной трансплантологии считается 1967 г., когда южноафриканский врач Кристиан Бернард произвел первую в мире успешную пересадку сердца человеку. После этого трансплантология вступила в эпоху стремительного развития, освоив множество сложных операций и новые возможности сопутствующей иммунологической терапии (с введением в практику иммуносупрессоров с начала 1980-х гг.). Сегодня в мире производятся десятки тысяч операций по пересадке органов. Новейшие достижения трансплантологии связаны с успешной пересадкой уже целых комплексов органов и тканей.

Однако прогресс трансплантационной медицины сопровождается ростом правовых и этических проблем, для решения которых требуются совместные усилия специалистов в области медицины, биологии, права, этики и других дисциплин.

К основным этическим и правовым проблемам трансплантологии следует отнести проблемы:

- определения момента смерти человека;
- изъятия донорского материала (у живого донора или трупа);
- торговли человеческими органами и тканями;
- распределения дефицитных ресурсов (донорских органов и тканей);
- ксенотрансплантации и др.

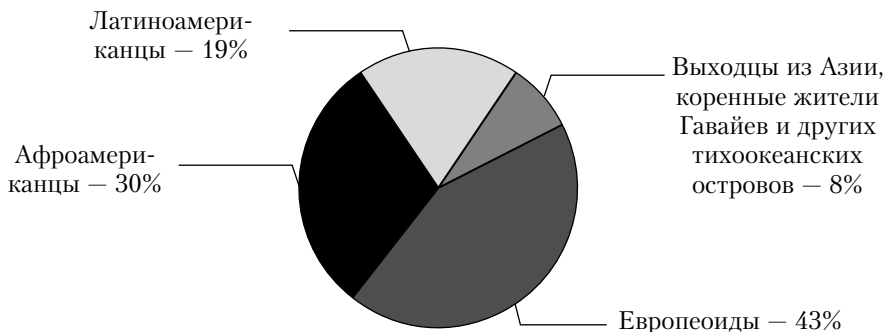
### **Объемы пересадки и дефицит донорских органов в США<sup>1</sup>:**

- в 2014 г. пересадка органов была произведена 29 532 пациентам;
- каждый день в среднем 79 пациентов получают донорские органы. Однако каждый день из-за нехватки донорских органов в среднем умирает 21 человек, зарегистрированный в листе ожидания;
- добавление нового потенциального реципиента в лист ожидания происходит в среднем каждые 10 мин.

**Доноры.** В 2014 г. прижизненные доноры — 62% женщин и 38% мужчин. Умершие доноры (почти противоположное соотношение) — 40% женщины и 60% мужчины.

**Лист ожидания.** Этнический состав пациентов в национальном листе ожидания на май 2015 г. представлен на рис. 5.1.

<sup>1</sup> Данные U. S. Department of Health and Human Services. URL: <http://www.organdonor.gov/about/data.html>.



**Рис. 5.1. Этнический состав пациентов, состоящих в листе ожидания на донорские органы в США**

По данным на декабрь 2012 г., после трансплантации через пять лет наблюдения были живы пациенты, которым пересадили:

- почки (умершего донора) — 83,4%;
- почки (живого донора) — 92%;
- сердце — 76,8%;
- печень (умершего донора) — 74,3%;
- печень (живого донора) — 81,3%;
- легкое — 55,2%.

### **Проблема определения смерти человека в трансплантологии**

Изъятие здоровых органов у человека, у которого диагностирована смерть мозга, представляет собой серьезную проблему, смысл которой состоит в необходимости исключить как ошибки в определении смерти, так и различные злоупотребления.

Как говорилось в прошлом параграфе, по российскому законодательству, диагноз смерти мозга в медицинском учреждении может проводиться только консилиумом, в состав которого входит не менее трех специалистов, включая реаниматолога и невролога с соответствующим опытом работы. Определение смерти мозга проводится путем поочередно выполняемой серии специальных тестов.

Кроме того, для обеспечения объективности и предотвращения конфликта интересов при постановке диагноза смерти мозга медицинские работники не должны быть непосредственно связаны с пересадкой органов. Согласно закону РФ от 22 декабря 1992 г. № 4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека», в диагностике смерти в случае предполагаемого использования органов запрещено участие трансплантологов и членов бригад, обеспечивающих деятельность донорской службы и оплачиваемых ею (ст. 9).

### **Проблемы изъятия донорского материала**

В зависимости от того, идет ли речь о заборе органов у живого донора или от умершего организма, эти проблемы различаются.

Прижизненное изъятие органов должно базироваться на следующих двух основных этических принципах:

- 1) минимизация вреда, причиняемого донору;
- 2) добровольное и информированное донорство.

Важность первого принципа обусловлена тем, что в данном случае осуществляемое в отношении донора медицинское вмешательство не только не несет ему никакого блага, но причиняет определенный вред здоровью. Помимо риска, связанного с самой операцией, возможен вред, связанный с лишением органа (когда, например, речь идет о прижизненной пересадке почки). Поэтому необходимо тщательно оценить целесообразность такой операции и ее допустимость с точки зрения здоровья донора.

По российскому законодательству, забор материала у живого донора производится только при отсутствии альтернативных методов лечения, эффективность которых сопоставима с эффективностью пересадки органов или тканей. Условием для забора органов должно быть всестороннее медицинское обследование донора и наличие заключения консилиума специалистов о возможности изъятия у него органов или тканей. Изъятие органов у несовершеннолетнего не допускается (за исключением пересадки костного мозга) (ст. 11 закона РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека»).

У живого донора допускается изъятие только парного органа, части органа или ткани, лишение которых не повлечет необратимого расстройства здоровья (ст. 13 закона РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека»). Как правило, от живых доноров чаще всего пересаживают почки, долю печени и ткани костного мозга.

Донорство должно осуществляться свободно, добровольно, сознательно, недопустимы какие-либо принуждения. Согласие донора означает, что он предупрежден о возможных осложнениях в связи с данным вмешательством и письменно подтверждает свое согласие.

Не допускается изъятие материала у лиц, которые находятся в служебной или иной зависимости от реципиента (ст. 6 закона РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека»).

Вместе с тем врачи должны заботиться также о благе реципиента, поэтому существуют ограничения на круг живых доноров. По действующему закону, донор должен находиться с реципиентом в генетической связи, за исключением случаев пересадки костного мозга (ст. 11 закона РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека»). Изъятие органов не допускается, если донор страдает заболеванием, представляющим опасность для жизни и здоровья реципиента (ст. 6 закона РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека»).

В отношении изъятия донорского материала от трупа возникает вопрос о необходимости получения согласия распоряжаться телом умершего человека. Выделяют две основные модели распоряжения телом умершего: модель презумпции согласия и модель презумпции несогласия (или испрошенного согласия).

Первая модель предполагает, что если человек при жизни не *запретил* пересадки своих органов или тканей при жизни, то он автоматически «согласен» на изъятие материала после смерти. В противном случае его родственники (законные представители) должны заявить о своем несогласии на забор его органов (тканей).

В соответствии со второй моделью забор материала проводится только в том случае, если при жизни человек явно заявлял о своем *согласии* на изъятие органа, либо родственники четко выражают согласие на изъятие (в случае, когда умерший не оставил такого заявления). Иными словами, без явно выраженного согласия запрещено изымать органы умершего человека.

Первая модель — презумпция согласия — действует в нашей стране (ст. 8 закона РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека») и в некоторых других странах (Финляндии, Польше и др.). Вторая модель — презумпция несогласия — принята в США, Канаде, Германии, Нидерландах и др. Существуют и промежуточные модели, пытающиеся совместить некоторые черты обеих вышеназванных.

Сравнивая модели презумпции согласия и презумпции несогласия, прежде всего следует отметить, что эти модели основаны на разных этических системах.

Презумпция согласия основана на коллективистской системе ценностей, согласно которой общество должно основываться на принципах взаимопомощи и взаимной заботы. Но еще одна предпосылка презумпции согласия состоит в том, что человек после смерти не властен над своим телом, так что общество может распоряжаться его органами. Презумпция несогласия в большей степени защищает индивидуалистические ценности: автономию личности, ее право на самоопределение, в том числе на распоряжение собственным телом после окончания жизни.

Обе модели имеют свои достоинства и недостатки, которые противоположны друг другу в каждой из моделей.

Презумпция согласия обеспечивает большее количество материала для пересадки (что очень хорошо с точки зрения потребностей системы здравоохранения), а также проста с процедурной точки зрения, так как здесь не нужно получать согласия от родных умершего человека или устанавливать, какова была его прижизненная воля. Один из основных недостатков состоит в том, что облегченная процедура изъятия органов может способствовать различным злоупотреблениям (например, теневой торговле органами).

Презумпция несогласия привлекательна тем, что защищает фундаментальное право человека на распоряжение своим телом, а также снижает возможности злоупотреблений. Основные недостатки — потенциально меньшее количество органов для пересадки, более сложные процедурные аспекты (табл. 5.3).

В настоящее время проблема оптимальной модели, регулирующей забор органов, остается открытой и продолжает обсуждаться. Существует также много этических и технических вопросов, как наилучшим образом реализовать ту или иную конкретную модель.

## Сравнение двух основных моделей посмертного изъятия органов

Название модели	Смысл	Система ценностей	Достоинства	Недостатки
Презумпция согласия ( <i>opt-out</i> )	Несогласие на изъятие (отказ) должно быть выражено в явном виде	В большей мере коллективистская	Процедурно проще, больше материала для пересадок	Меньше противостоит злоупотреблениям, не защищает в должной мере право человека на распоряжение своим телом
Презумпция несогласия ( <i>opt-in</i> )	Согласие на изъятие должно быть выражено в явном виде	В большей мере индивидуалистическая	Защищает право человека на распоряжение своим телом, противодействует злоупотреблениям	Процедурно сложнее, меньше материала для пересадок

## Проблемы распределения донорского материала

Трансплантационная медицина сталкивается с постоянной проблемой острой нехватки донорских органов. По имеющимся оценкам, в развитых странах для пациентов до 65 лет потребность в донорском материале удовлетворена только на 5–6%, причем эта потребность непрерывно растет.

Дефицит донорских органов, разрыв между количеством нуждающихся и числом выполненных пересадок продолжает драматически увеличиваться (рис. 5.2).

Картина за 20 лет (1993–2013) выглядит следующим образом. В 1993 г. было выполнено 15,756 операций, в листе ожидания зарегистрировано 23,198 человек. В 2013 г. соотношение уже 28,954 к 121,272<sup>1</sup>.

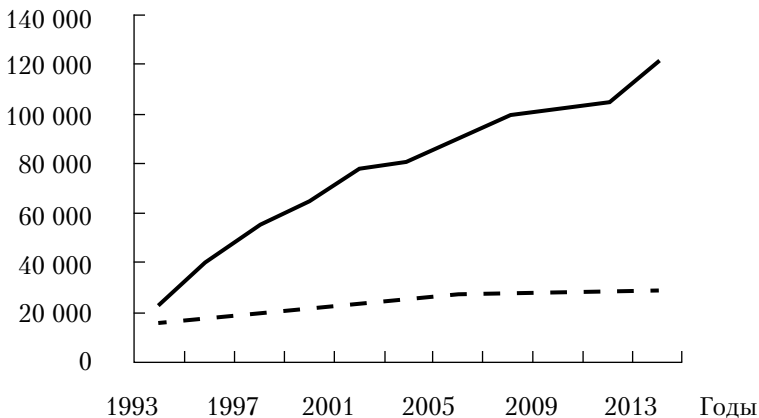


Рис. 5.2. Динамика роста дефицита донорских органов в США:

----- количество операций; — лист ожидания

<sup>1</sup> Данные U. S. Department of Health and Human Services. URL: <http://www.organdonor.gov/about/data.html>.

В этих условиях особенно напряженной становится проблема справедливого распределения донорских органов. Поскольку донорского материала намного меньше, чем его требуется, то очевидно, что оптимальное решение этого вопроса невозможно технически.

Исходным этическим принципом распределения донорского материала (но, правда, принцип этот имеет, скорее, негативный, запрещающий характер) является следующий. Отбор реципиентов для пересадки не должен проводиться на основе каких-то социальных привилегий или их экономического статуса (способности оплатить трансплантацию). Все нуждающиеся должны иметь равные права.

На практике приоритетным критерием выступает иммунологическая совместимость донора и реципиента, поскольку именно от этого в первую очередь зависит польза пересадки. Для решения этого вопроса имеются специальные базы данных по трансплантологии и процедуры проверки на биологическую совместимость.

Еще один критерий — очередность. Критерий не самый лучший, но позволяющий как-то упорядочить отбор реципиентов. Для этого используют специальные листы ожидания, в которые включены потенциальные реципиенты. Кроме того, следует учитывать такой критерий, как тяжесть состояния (условно говоря, это оценка, кто может ждать дольше, кто — не может). В некоторых ситуациях учитывается также время доставки органа к месту проведения операции (так как время между изъятием органа и его пересадкой, как правило, очень ограничено).

В итоге решения принимаются на основе совокупности этих критериев и с учетом обстоятельств той или иной ситуации. Конечный выбор также зависит от особенностей национального регулирования, так как оно отличается в разных странах. В целом проблема распределения донорских органов остается весьма драматичной по причине дефицита материала, организационных проблем самой трансплантационной практики, а также из-за сложности обсуждения этических аспектов понятия справедливости как таковой. Поэтому продолжаются постоянные обсуждения и поиск различных механизмов и форм распределения в трансплантационной медицине.

### **Проблема торговли человеческими органами и тканями**

Эта проблема является продолжением и следствием проблемы острого дефицита донорского материала. Международные документы запрещают продажу органов для пересадки. В частности, об этом говорят Декларация ВМА о трансплантации человеческих органов (1987) (п. 8) и Конвенция СЕ о правах человека и биомедицине (1997) (ст. 21).

Запрет на торговлю человеческими органами связан со многими причинами, прежде всего с опасностями развития криминального бизнеса (в том числе связанного с такими преступлениями, как похищение людей, убийства, работорговля, принуждение к изъятию органов и т.п.). Есть и фундаментальная этическая причина запрета коммерциализации пересадок органов — тело человека не должно становиться объектом купли-продажи, так

как это пагубно скажется на самих устоях общества и отношениях людей между собой.

Между тем черный рынок донорского материала действительно существует. Предложение этого рынка создают как добровольцы, продающие свои органы (чаще всего это почки), так и преступные организации, занимающиеся насильственным изъятием органов у своих жертв. Этот подпольный рынок имеет огромный оборот, весьма прибылен, и бороться с ним как на национальном, так и на международном уровне, очень сложно. В итоге теневой бизнес приобрел трансграничный характер и создал сеть преступных структур, с помощью которых по криминальным каналам циркулируют части человеческого тела (от бедных стран и социальных слоев к богатым покупателям), закрепляя глобальную несправедливость.

Конечно, купля-продажа органов запрещена не только этическими документами, но и законом, на чем основываются правоохранные меры по борьбе с этим уродливым явлением. В нашей стране предусмотрено уголовное наказание за преступления, связанные с криминальными трансплантациями (за принуждение к изъятию органов и тканей человека для трансплантации и т.п.).

Однако простой запрет на торговлю органами не решает проблему, поскольку имеются объективные предпосылки для становления этого теневого бизнеса (в том числе обнищание целых регионов, слабость международных правоохранных институтов и др.). Сложность решения этой проблемы даже заставляет некоторых экспертов высказываться в пользу частичной легализации уже существующего рынка органов или хотя бы искать какие-то замены ему, например различные формы материальной компенсации добровольцам, жертвующим свои органы в законном порядке.

### **Новая проблема трансплантологии: маргинальные органы**

Дефицит донорских органов привел к тому, что для пересадки с недавнего времени стали использовать маргинальные органы (от лат. *margo* — край, граница), т.е. органы, которые не подпадают под общепринятые критерии пригодности. Для них применяются так называемые расширительные критерии. Маргинальными считаются органы, взятые у умершего донора старше 60 лет либо у донора более 50 лет, страдавшего при жизни инсультом, гипертонией или нарушенным функционированием почек. Это позволяет несколько уменьшить остроту проблемы дефицита донорских органов, но поднимает ряд новых моральных проблем.

Прежде всего, следует ожидать, что при пересадке маргинального органа уменьшается полезность трансплантации. Кроме того, может возрастать риск, если, например, пересаженная почка имела расстройства функционирования уже при жизни донора. Таким образом, пациент подвергается сложной операции с не очень понятной ожидаемой пользой, что влияет на соотношение блага и риска в неопределенную сторону и противоречит принципам «делай благо» и «не навреди».

Обостряется также проблема информирования реципиента: стоит ли информировать его о маргинальной пересадке, во всех ли случаях инфор-

мировать и как информировать. Сообщая пациенту о маргинальной трансплантации, мы можем спровоцировать у него серьезный стресс, но и скрывать информацию — тоже является проблематичным с точки зрения общепринятых биоэтических представлений. Кроме того, мы ставим пациента перед сложным выбором (соглашаться или нет), тем более в той ситуации, когда других альтернатив для пересадки может не появиться в обозримом будущем.

Еще одна проблема — если у трансплантологов есть выбор, то кому пересаживать нормальные, а кому маргинальные органы? В основном хирурги придерживаются следующего правила: маргинальные органы пересаживают менее тяжелым больным, а наиболее здоровые — самым тяжело больным. Но это тоже довольно спорное решение с точки зрения принципа справедливости. Получается, что при распределении органов более здоровый жертвует своим здоровьем в пользу более тяжело больного и получает менее качественный орган. Существует и противоположное мнение: маргинальные органы следует пересаживать более тяжелым пациентам, а нормальные — более здоровым.

В целом, маргинальная трансплантология — пока недостаточно изученная область исследований; не хватает надежных данных о том, насколько хуже пересадка маргинальных органов по сравнению с нормальными, насколько снижается качество жизни или выживаемость при таких трансплантациях.

В итоге проблема маргинальных органов оказывается еще одной открытой областью научно-медицинских и биоэтических поисков.

## Ксенотрансплантация

Пересадка органов между разными биологическими видами называется **ксенотрансплантацией**. В медицине под этим термином понимается пересадка органов и тканей от животного к человеку. Проблему дефицита органов, а также ряд других проблем развития трансплантологии (например, технические и этические сложности забора человеческих органов) можно было бы решить за счет освоения новой области — пересадки органов от животных.

Из немногих проведенных на человеке экспериментов по пересадке целых органов животных пока что опыт имеется только негативный: пересаженный орган живет очень недолго (от нескольких дней до недель).

**Случай Бэби Фэй** (рис. 5.3). В медицинском центре университета Лома Линда (Калифорния) 26 октября 1984 г. новорожденной девочке была произведена первая в мире ксенотрансплантация — пересадка сердца бабуина. Сама девочка имела тяжелый врожденный дефект сердца: так называемый гипопластический синдром левых отделов сердца (при котором отсутствует фактически половина сердца). У этого оперативного вмешательства с самого начала не было шансов на успех. Жизнь новорожденной искусственно поддерживалась множеством медицинских манипуляций: внутривенным питанием, введением гормонов, подключением к аппарату искусственного дыхания, подавлением иммунной реакции отторжения, стимуляцией сердечной деятельности и др.



*Рис. 5.3. Бэби Фэй (Baby Fae)*

Тем не менее средства массовой информации широко рекламировали этот эксперимент и преподносили его как великий прорыв в медицине. Средства, затраченные на эксперимент над новорожденной, были колоссальными. Девочка смогла прожить с пересаженным сердцем только 21 день.

Этот случай вызвал бурные этические и правовые дискуссии специалистов и широкой общественности. Был выявлен ряд неприглядных деталей в организации самого эксперимента. До сих пор этот случай поднимает вопросы о том, насколько уместно ставить рискованные и авантюрные эксперименты над людьми, оправдывая их научными целями.

На сегодняшний день в области ксенотрансплантации эксперименты ведутся прежде всего в отношении пересадки человеку клеток и тканей для лечения тех или иных заболеваний.

Основные ксенотрансплантационные проблемы биологического и технического характера: развитие острого иммунологического конфликта; возможность заражения зоовирусами; необходимость массовых поставок животных для изъятия органов и тканей. Высшие приматы, хотя и являются близкими биологическими родственниками человека, не подходят для этих целей по ряду причин.

Наиболее перспективным донором считаются свиньи, которые имеют близкий человеку генотип и анатомическое строение и давно используются в животноводстве. Надежды возлагают на так называемых трансгенных свиней, которым пересажен ген человека; у таких свиней ткани более совместимы с человеческими, менее подвержены иммунному отторжению. Высказываются мнения, что такие исследования имеют большое будущее. Имеются также данные о результатах успешного введения клеток свиней человеку при некоторых заболеваниях, например при сахарном диабете.

Даже если предположить, что могут быть решены все проблемы биологического и технического характера, то остается ряд этических трудностей.

Прежде всего возникает вопрос о допустимости и границах перепроектирования человеческого тела, так как есть опасность нарушения человеческой идентичности и целостности организма после пересадок биоматериала животных.

В частности, здесь действует тот же аргумент скользкого склона: практика ксенотрансплантации может стать со временем все более массовой, так что человеческое тело одного и того же индивида может в принципе заменяться все большим числом органов и тканей животного. Результаты такой далеко идущей переделки человеческого организма совершенно неопределенны с моральной и культурной точки зрения.

Аргументы против ксенотрансплантаций высказывают также сторонники защиты прав животных, ведь развитие ксенотрансплантологии должно дать поистине неиссякаемый источник биологического сырья. Тем самым возникает новая область эксплуатации животных и новая отрасль их массового потребления.

Пока очень трудно прогнозировать, как успехи ксенотрансплантации скажутся на состоянии общества, его самовосприятии, отношении к окружающей среде и т.п.

Международное сообщество, в том числе в лице влиятельных медицинских организаций, призывает к осторожности и строгому контролю за проводимыми исследованиями в области ксенотрансплантации.

**Из международных документов в области ксенотрансплантации:** «Пятьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения настоятельно призывает государства-члены:

1) разрешать ксеногенную трансплантацию только в том случае, если существуют эффективные национальные механизмы нормативного регулирования и надзора, контролируемые национальными органами здравоохранения;

2) сотрудничать в разработке рекомендаций и руководящих принципов в целях гармонизации практики во всем мире, включая защитные меры, соответствующие принятым в международном плане научным стандартам, для предупреждения риска потенциальной вторичной передачи любого ксеногенного инфекционного агента, который может инфицировать реципиентов ксеногенных трансплантатов или ближайшее окружение реципиентов, в особенности за пределами национальных границ;

3) поддерживать международное сотрудничество и координацию в целях предупреждения и эпиднадзора за инфекциями, возникающими в результате ксеногенной трансплантации» (из резолюции WHA57.18 Всемирной ассамблеи здравоохранения, 2004).

Разумеется, после первых убедительных успехов ксенотрансплантологии понадобятся и хорошо обоснованные этические рекомендации и документы.

В завершение обзора этических вопросов трансплантации следует заметить, что проблема дефицита донорских органов и тканей остается очень острой в современной медицине, что побуждает искать новые пути ее решения (табл. 5.4).

*Таблица 5.4*

#### **Возможные пути решения проблемы дефицита донорских органов и тканей**

Путь решения	Способ решения
Пересадка человеческих органов и тканей	Различные способы поощрения донорства (легализация хорошо контролируемого рынка органов и др.)
	Расширение критериев пригодности для донорских органов («маргинальные органы»)
Альтернативные решения	Ксенотрансплантация (пересадки от животных)
	Стимуляция регенерации (восстановления) органов самого пациента

Путь решения	Способ решения
	Замена искусственными или комбинированными (биомеханическими) органами
	Выращивание органов вне человеческого тела (биотканевая инженерия)
	Другие экспериментальные способы

### 5.3. Репродуктивная этика и вмешательства в репродукцию человека

#### Понятие репродуктивной этики

В связи с многочисленными этическими проблемами репродуктивных вмешательств и технологий постепенно оформилась отдельная область биоэтики — репродуктивная этика.

**Репродуктивная этика** — область биоэтики, которая занимается этическими проблемами вмешательств в репродукцию человека и смежными вопросами, связанными с научными и практическими аспектами развития репродуктивной медицины и биологии.

Три основные сферы приложения репродуктивной этики, или ее ядро, — это зачатие (оплодотворение), беременность (развитие плода), рождение.

Эти области сегодня в возрастающей степени находятся под научно-технологическим контролем со стороны биомедицины. И в каждой из этих сфер возникают этические проблемы и принимаются важные решения. Сюда относятся проблемы контрацепции, искусственного прерывания беременности, вспомогательных репродуктивных технологий и др. При этом область репродуктивной этики охватывает или затрагивает также более широкий круг смежных вопросов, например допустимость исследований на эмбрионах или эмбриональных клетках, поиск радикально новых репродуктивных технологий типа репродуктивного клонирования и т.п.

#### Искусственное прерывание беременности (аборты)

Аборты традиционно остаются одной из наиболее дискуссионных тем биомедицинской этики. Исторически отношение к абортам менялось. Уже в клятве Гиппократов присутствует обязательство врача не участвовать в процедурах плоудоизгнания. С приходом христианства отношение к абортам стало очень строгим, вплоть до суровых наказаний. Позже отношение постепенно становилось мягче, в том числе появилось понятие прерывания беременности по медицинским показаниям (в Парижской медицинской академии, 1852) при угрозе жизни и здоровью женщины.

Первой страной, где было разрешено легальное проведение абортов (1920), была Советская Россия, хотя на определенном этапе (примерно 1936—1955) аборты вновь запрещались. Постепенно в течение XX в.

аборты легализуют в ряде других стран. Однако в целом отношение к этой проблеме в современном обществе остается сложным. В разных странах по ряду причин (сложившиеся традиции, степень влияния религии и др.) законодательство в отношении к абортам сильно различается. Есть страны, где отношение к абортам очень строгое: они либо полностью запрещены, либо выполняются только по очень ограниченным показаниям (например, Ватикан, Польша, Ирландия и др.). Есть, наоборот, страны, где отношение к абортам довольно свободное (Великобритания, Исландия и др.); имеется также масса промежуточных вариантов.

**Дело Роу против Уэйда: из истории легализации абортов в США.** Верховный суд США 22 января 1973 г. принял окончательное решение по делу Роу против Уэйда. Это историческое событие имело огромные политические, социальные, правовые и иные последствия как в США, так и во всем мире. Судебное дело длилось довольно долго, его суть состояла в том, что истица (выступавшая под псевдонимом Джейн Роу) пыталась добиться права на прерывание нежелательной беременности. В Техасе, где жила истица, аборт в то время разрешался только в случаях изнасилования и кровосмесительной связи (инцеста).

Впрочем, к моменту рассмотрения дела в Верховном суде Дж. Роу уже благополучно родила, так что вместо нее активно выступали ее адвокаты — от имени всех женщин. Сама истица позже стала противницей абортов.

Верховный суд, ссылаясь на конституционное право на частную жизнь, признал право женщины прерывать беременность по собственному желанию. Аборт разрешался на сроках беременности, когда плод еще не является жизнеспособным. Государство, согласно решению суда, не должно ограничивать прерывание беременности в первом триместре (за исключением только случаев, когда это необходимо для защиты здоровья женщины). Тем самым впервые было установлено право женщины на определенных сроках беременности добровольно прерывать ее.

Дело Роу против Уэйда — одно из самых громких судебных дел в США. С момента судебного решения в американском обществе наступили глубокие разногласия и даже раскол по поводу как самого этого решения (его оспаривали, например, с юридической точки зрения), так и по поводу проблемы абортов вообще. Это противостояние сопровождалось не только спорами, но также шумными, агрессивными и даже противозаконными акциями и продолжается до сих пор.

В 1992 г. Верховный суд в деле *Planned Parenthood v. Casey* подтвердил предыдущее решение, однако предоставил штатам право вводить различные ограничения на условия проведения аборта (но не создавая непреодолимых препятствий для беременных, желающих сделать аборт).

Можно (с достаточной долей условности) выделить следующие основные моральные подходы к проблеме аборта.

1. Либеральный подход — отличается наиболее свободным и терпимым отношением к абортам. Он исходит из того, что у женщины есть право самостоятельно распоряжаться своим телом, в том числе процессами беременности и деторождения, а также планировать количество детей. В своих крайних вариантах либеральный подход отрицает моральный статус эмбриона и считает нерожденный плод частью тела женщины.

2. Консервативный подход — отличается строгим, осуждающим отношением к абортам. Основан на концепции сакральности жизни, в соответствии с которой нерожденный плод имеет такую же высшую ценность, как

и любая человеческая жизнь. Эмбрион имеет право на жизнь, достоинство, уважительное отношение.

3. Умеренный подход — аборты допускаются, но по медицинским или социальным показаниям. Аборт как право женщины не поощряется.

Ключевой вопрос в отношении проблемы абортов (так же, как и в отношении репродуктивных технологий) — о моральном статусе эмбриона. Быть моральным субъектом означает иметь фундаментальные права — такие, как право на жизнь, достоинство, неприкосновенность, уважительное отношение.

С какого момента зародыша можно считать самостоятельным и индивидуальным существом? Здесь мнения существенно расходятся. Данные эмбриологии свидетельствуют, что у зародыша начинается сердцебиение с 18-го дня беременности, а собственная система кровообращения (и собственная кровь) формируется к 21-му дню. Но уже на 13—14-й день зародыш (с появлением так называемой первичной полоски) приобретает индивидуальные черты (а до этого зародыш еще может расщепиться на два и более эмбриона). На основе этого среди биоэтиков и ученых возникло предложение называть зародыш до 14-го дня развития предэмбрионом, а с 14-го — собственно эмбрионом и считать его моральным субъектом. Однако сторонники консервативной позиции (прежде всего, религиозной этики, в частности — православного вероучения) убеждены, что человеческая жизнь начинается уже с момента зачатия, поэтому разделение беременности на какие-то периоды, когда эмбрион еще не является человеком и уже является человеком — морально недопустимо.

По всей видимости, суть проблемы заключается в следующем: вопрос о том, является ли эмбрион человеческой жизнью (и если да, то с какого момента) — это вопрос не научного характера (т.е. это не вопрос биологии или эмбриологии), а *моральный*.

По российскому законодательству женщина вправе прервать беременность по собственному желанию при сроке беременности до 12 недель. Искусственное прерывание беременности проводится по социальным показаниям — при сроке до 22 недель, по медицинским — независимо от срока беременности. При этом вопросы прерывания беременности всегда решаются комиссией и каждый случай должен разбираться индивидуально. Перечень медицинских показаний (это, как правило, серьезные заболевания матери или тяжелые пороки развития плода) и социальных показаний утверждены специальными постановлениями. Причем в целом в Российской Федерации наблюдается тенденция сокращения числа медицинских и социальных показаний для выполнения абортов.

Вместе с тем есть и динамика снижения количества абортов в нашей стране.

**Статистика и причины искусственных абортов в Российской Федерации.** В 2011 г. Росстат и Минздрав РФ совместно с Фондом ООН в области народонаселения (ЮНФПА) и Центром по контролю и профилактике заболеваний США провели выборочное обследование репродуктивного здоровья населения (ВОРЗ, 2011). Это первое исследование такого рода в нашей стране. Оно проводилось по международной методологии среди 10 тыс. женщин репродуктивного возраста (от 15 до 44 лет) в 60 регионах России.

Динамика абортa оценивалась для двух периодов времени: 2005–2008 и 2008–2011 гг. За этот период произошло заметное снижение так называемого «суммарного коэффициента абортa» на 17% (с 1,2 до 1,0 абортa на одну женщину).

Приведем некоторые данные этого обследования<sup>1</sup>.

1. Планирование беременности влияет на ее исход. Из 92% беременностей, закончившихся абортa, являлись несвоевременными 31%, а нежелательными — 62% (рис. 5.4).

2. Основная причина проведения абортa (рис. 5.5).



Рис. 5.4. Ответы на вопрос, планировали ли они беременность

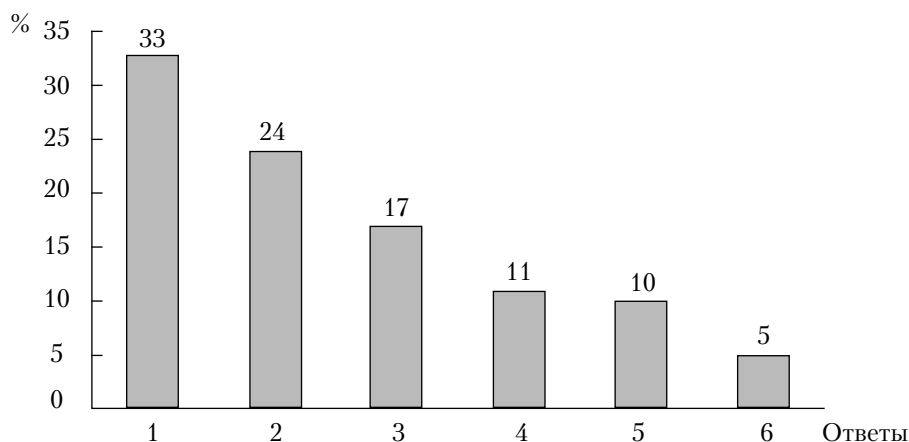


Рис. 5.5. Ответ респонденток на вопрос о причине абортa:

1 — не может содержать еще одного ребенка; 2 — не хочет иметь еще одного ребенка; 3 — партнер против ребенка; 4 — состояние здоровья; 5 — хочет отложить рождение ребенка; 6 — другие

Противники абортa утверждают, что нежеланную беременность совсем не обязательно прерывать абортa, ведь имеются и альтернативы: можно родить ребенка и отдать его в детский дом (в том числе временно) или передать кому-нибудь (например, бездетной семье) на усыновление (удочерение) и воспитание.

<sup>1</sup> Репродуктивное здоровье населения России 2011. Резюме отчета. М.: Информационно-издательский центр «Статистика России», 2012. С. 13–15.

## Репродуктивные технологии

Такие технологии предназначены для лечения бесплодия. Это очень актуальная проблема: от бесплодия страдают примерно 15–20% супружеских пар. Репродуктивные технологии основаны на крупных достижениях науки и технологии, которые позволили проводить тонкие операции и поддерживать жизнь половых клеток и эмбрионов вне организма. Одновременно технологии вмешательства в репродукцию человека породили множество острых моральных проблем.

Понятие вспомогательных репродуктивных технологий (англ. ART — *assisted reproductive technology*) охватывает группу методов биомедицинского вмешательства и контроля в отношении зачатия и ранних стадий эмбрионального развития нового организма; при использовании этих методов зачатие или какие-то стадии развития зародыша происходят *вне материнского организма*, во внешней среде.

Основными репродуктивными технологиями считаются следующие три:

- *искусственное оплодотворение* (инсеминация);
- *экстракорпоральное оплодотворение* (ЭКО);
- *суррогатное материнство*.

Однако выделяют и другие технологии (например, *криоконсервацию гамет*, *ИКСИ* (интрацитоплазматическую инъекцию сперматозоида) и др.).

### Искусственное оплодотворение

Метод был разработан в животноводстве; уже в XIX в. его использовали для оплодотворения кобыл и коров, а в XX в. применили к женщинам. Метод представляет собой искусственное оплодотворение женщины спермой мужа или донора (при женском или мужском бесплодии). При этом сперматозоиды вводятся в полость матки.

Выделяют две формы искусственного оплодотворения (ИОД) — гомологическое (внутрисемейное) и гетерологическое — оплодотворение вне семьи, спермой донора.

В принципе, внутрисемейное оплодотворение не вызывает каких-то особых этических проблем, поскольку здесь не нарушается целостность семейных отношений. Гетерологическое является более спорным методом. Основные проблемы, связанные с ним: нарушение целостности семейных отношений (появляются «разные» родители — биологический и социальный); проблема выбора ребенка «по заказу» (поскольку родители вправе выбрать донора по определенным антропометрическим показателям), что тоже подрывает традиционные представления о деторождении.

### Экстракорпоральное оплодотворение

Экстракорпоральное оплодотворение (англ. IVF — *in vitro fertilization*) впервые было применено в 1978 г. в Кембридже; первым ребенком из пробирки была девочка Луиза Браун. В 1986 г. ЭКО было впервые использовано в нашей стране. Метод оказался довольно результативным как

при женском, так и при мужском бесплодии. Показаниями к ЭКО являются не поддающиеся терапевтическому лечению бесплодие либо заболевания, при которых невозможно наступление беременности без ЭКО.

**Некоторые факты об ЭКО и о применении ART вообще<sup>1</sup>.** Одна из шести сексуальных пар во всем мире испытывает какую-либо форму бесплодия по крайней мере однократно в течение репродуктивной жизни.

Физиологическими проблемами объясняются 20–30% бесплодия мужчины, физиологическими проблемами женщины — 20–35%, в 25–40% случаев проблемы имеют оба партнера, в 10–20% случаев причина не выявляется.

Потребность во вспомогательных репродуктивных технологиях (диагностике и процедурах) в мире растет примерно на 10% ежегодно.

Начиная с 1978 г. более 5 млн детей в мире рождено с помощью ЭКО.

Ежегодно в мире выполняется около 1,5 млн циклов ЭКО, что приводит к рождению примерно 350 тыс. детей.

Большинство случаев применения ART приходится на женщин в возрасте 30–39 лет.

Европа лидирует по проведению процедур ART (55% всех проведенных в мире циклов).

В 2011 г. наиболее активными европейскими странами по проведению ART были: Франция (85 433 циклов), Германия (67 596), Испания (66 120), Италия (63 777), Великобритания (59 807), Россия (56 253).

Для понимания этических проблем, связанных с ЭКО, необходимо знать технические особенности этого метода. Вначале происходит так называемая гиперстимуляция яичников, в результате чего у женщины созревает сразу несколько яйцеклеток (чего не бывает в обычных условиях). Это делается для того, чтобы гарантировать успешный результат. Затем яйцеклетки изымаются из женского организма, оплодотворяются, и полученные эмбрионы некоторое время выращиваются вне организма (в так называемом (CO<sub>2</sub>-инкубаторе). После производится пересадка (имплантация) эмбриона (чаще — нескольких эмбрионов) в матку.

Если возникает многоплодная беременность, то позже осуществляется так называемая редукция, т.е. уничтожение лишних зародышей. Она представляет собой разрушение зародыша в полости матки под ультразвуковым контролем с помощью иглы.

Существует еще один вариант ЭКО, когда (при невозможности получить яйцеклетку у женщины) используют донорскую яйцеклетку. Донорство может быть безвозмездным (как правило, донором выступает родственница или знакомая пациентки) либо платным. Такой вариант фактически представляет собой суррогатное материнство наоборот.

К основным моральным проблемам, связанным с применением ЭКО, следует отнести следующие.

1. Проблема лишних зародышей. Путем гиперстимуляции удается получить сразу несколько яйцеклеток (в некоторых случаях до 10 и более). В итоге возникают избыточные зародыши, которые затем либо уничтожа-

---

<sup>1</sup> Данные ESHRE — Европейского общества репродукции человека и эмбриологии. URL: <http://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/ART-fact-sheet.aspx>.

ются, либо могут быть каким-либо способом использованы. Но поскольку зародыш — это человеческая жизнь, возникают острые этические проблемы допустимости таких процедур.

2. Возможность манипуляций с зародышами вне организма. Перед пересадкой эмбриона в полость часто проводят так называемую преимплантационную (генетическую) диагностику на предмет наличия генетической патологии у зародыша. Возможно также определение пола будущего ребенка. Одна из этических проблем, связанных с преимплантационной диагностикой — возможность селекции, а также дискриминации зародышей по полу и другим характеристикам.

3. Возможность промышленного использования эмбрионов. С помощью так называемой криоконсервации зародышей (их замораживают и хранят при температуре жидкого азота) можно длительное время сохранять их вне организма. После размораживания их можно использовать: для имплантации другим женщинам, а также в научных (для экспериментов) или даже промышленных целей (использование тканей, клеток, экстрактов и т.п.).

Теоретически возможно даже специальное выращивание эмбрионов женщинами не для деторождения, а в других целях (что порождает проблему «женщины-инкубатора»).

Из-за наличия напряженных моральных проблем в ряде стран действует довольно жесткое законодательство по ЭКО. В частности, запрещается или ограничивается процедура редукции лишних эмбрионов, ограничивается число подсаживаемых в матку эмбрионов, запрещается использование донорских яйцеклеток (например, в Италии ЭКО разрешено только для семейных пар с использованием их собственных гамет). А в таких странах, как Коста-Рика и Германия, ЭКО законодательно запрещено.

Дискуссии по поводу ЭКО привели к выработке этических рекомендаций, призванных смягчить остроту моральных проблем, связанных с этим методом. К таким рекомендациям относятся следующие.

Необходимо использовать щадящую стимуляцию овуляции (т.е. назначение меньших доз специальных препаратов), чтобы получить как можно меньше яйцеклеток (и в итоге — меньше лишних эмбрионов).

Избыточные эмбрионы должны не уничтожаться, а передаваться другим бесплодным парам, причем рекомендуется делать это не за деньги, а в виде безвозмездного дарения.

Желательно подсаживать в матку как можно меньше эмбрионов для исключения многоплодной беременности.

Предпочтительно использовать только половые клетки самой семейной пары и не поощрять донорство гамет.

Выращивание, а также использование человеческих эмбрионов в промышленных или иных, не детородных, целях недопустимо.

Медицинские работники перед проведением процедуры ЭКО должны проводить тщательное информирование женщины (семейной пары) о сущности этого метода, включая технические особенности, а также связанных с ним рисках и последствиях его применения.

В Российской Федерации действуют правовые ограничения на применение ЭКО. В частности, не допускается выбор пола будущего ребенка

(за исключением случаев возможности наследования патологии, связанной с полом). В полость матки разрешается подсаживать не более двух эмбрионов (в крайнем случае — трех, с обязательным информированием о рисках). Решение в отношении лишних эмбрионов должно принимать лицо, которому принадлежат данные зародыши, с письменным оформлением согласия. При многоплодной беременности редукция проводится при наличии информированного согласия; количество зародышей, подлежащих редукции, определяет женщина с учетом рекомендаций врача. Использование эмбрионов человека в промышленных целях не допускается.

## Суррогатное материнство

Эта репродуктивная технология вызывает этические проблемы и бурные споры даже, по-видимому, в большей степени, чем метод ЭКО.

Первый успешный случай суррогатного материнства зарегистрирован в 1981 г. в США. Хотя сама идея этого метода довольно древняя: есть сведения, что еще в Античности были случаи рождения женщиной ребенка для другой семьи.

Суррогатное материнство, как правило, используется при бесплодии семейной пары. Сущность этого метода состоит в том, что яйцеклетка одной женщины оплодотворяется искусственным путем, а полученный эмбрион подсаживается другой женщине, которая его вынашивает, рождает и передает семейной паре. При этом одна женщина называется донором (или генетической матерью), а другая (вынашивающая ребенка) — суррогатной матерью.

Возможно и так называемое частичное суррогатное материнство, когда женщина — суррогатная мать одновременно выступает и донором яйцеклетки. В этом случае она же является и генетическим родителем.

К основным моральным проблемам, связанным с суррогатным материнством, относятся следующие.

1. Разрушение целостности семейных отношений. Суррогатное материнство становится все более доступным и массовым, что не может не вызывать озабоченность с точки зрения традиционных представлений о семье и семейных ценностях.

2. Проблема установления материнства и права матери. В различных странах этот вопрос регулируется по-разному. Имеется немало случаев, когда суррогатная мать отказывалась возвращать ребенка в семейную пару. Действительно, ситуация, когда у ребенка сразу две матери, создает острые конфликты. С помощью правового регулирования стремятся разрешить или хотя бы смягчить эту проблему.

3. Общее количество родителей. Теоретически, если использовать донорство половых клеток, возможно наличие максимально *пяти* родителей у ребенка(!). Это женщина-донор, мужчина-донор, суррогатная мать и семейная пара — заказчик (социальные родители). Очевидно, что это совершенно экстраординарная ситуация.

4. Суррогатное материнство дает возможность стать матерью в неограниченно пожилом возрасте. Это подрывает все традиционные понятия

о материнстве вообще, а также создает угрозу правам ребенка, так как вряд ли естественный уход и забота о ребенке возможны при наличии престарелой матери.

5. Коммерциализация деторождения ведет к тому, что суррогатная мать, вынашивая ребенка за вознаграждение, становится товаром, женщиной-инкубатором.

6. Моральные и психологические проблемы ребенка — они могут быть довольно острыми, если он узнает о своем происхождении.

В ряде стран (например, в Германии, Австрии, Франции) суррогатное материнство запрещено. Международные этические рекомендации комитета СЕ по биоэтике и искусственным методам деторождения состоят в том, чтобы ограничить суррогатное материнство и применять его только по обоснованным показаниям. Права суррогатной матери должны быть защищены (в частности, ей должно быть обеспечено право оставить ребенка себе). Этически неприемлемой считается практика коммерческого суррогатного материнства.

В России разрешено суррогатное материнство, в том числе за вознаграждение. Суррогатной матерью может быть женщина в возрасте 20—30 лет (в том числе замужняя), имеющая не менее одного здорового собственного ребенка и медицинское заключение о состоянии здоровья. Суррогатная мать не может быть одновременно донором яйцеклетки (т.е. запрещено так называемое частичное суррогатное материнство).

Статус родителей после родов методом суррогатного материнства в нашей стране определяется так. Согласно Семейному кодексу РФ, в качестве родителей регистрируются лица, состоящие в браке и давшие согласие на имплантацию эмбриона суррогатной матери, но только с ее согласия. После совершения записи суррогатная мать не вправе оспаривать материнство.

Поскольку суррогатное материнство создает сложные юридические проблемы, то все более важную роль в их решении играет сегодня составление тщательно продуманных договоров и квалифицированная адвокатская помощь.

Противники суррогатного материнства и других вспомогательных репродуктивных технологий утверждают, что в случае бесплодия всегда имеется альтернатива применению этих методов: ведь в детских домах много детей без родителей, которые ждут усыновления (удочерения) и мечтают о нормальной семейной жизни в домашних условиях с любящими родителями.

## 5.4. Этика в психиатрии

Психиатрическая этика занимается моральными аспектами психиатрической помощи и защиты прав душевнобольных. Люди, страдающие психическими заболеваниями и расстройствами, — очень уязвимая группа. Их права нарушаются особенно часто и легко, даже в развитых странах. Исторически сложилось так, что общество в первую очередь старалось обезопасить себя от лиц с психической патологией, изолировать их от общества, а не обеспечить им необходимую помощь и заботу.

## История отношения к душевнобольным

На протяжении долгого времени в обществе преобладало отрицательное, враждебное отношение к душевнобольным. Общество их всячески отвергало и боролось с ними. Их изгоняли из городов, обрекали на нищету и бродяжничество или же изолировали в специальных учреждениях тюремного типа. Лечение душевнобольных, за редким исключением, практиковалось крайне жестокое: их сажали на цепи, подвергали голоду и побоям, использовали всевозможные мучительные «лечебные приемы», по сути представлявшие собой физические и нравственные истязания.

Великим реформатором психиатрии является французский врач Филипп Пинель (1755—1826), который вскоре после начала Великой французской революции провел медико-социальную реформу (1793): он снял цепи с больных, вызволил их из ужасных условий и выступил за радикально новое гуманное отношение к душевнобольному человеку.

Идеи Пинеля постепенно распространялись в европейских странах. В XIX в. английский врач Дж. Конолли предлагал предоставить душевнобольным как можно больше свободы и не применять в отношении них меры стеснения (принцип *No restraint* — «Никакого стеснения»). В 1839 г. он отменил смирительные рубашки для душевнобольных. С большим трудом, преодолевая порой яростное сопротивление и многовековые предрассудки, новая система организации психиатрической помощи постепенно внедрялась в развитых странах.

Еще одной огромной проблемой психиатрии было отсутствие сколь-нибудь убедительных средств лечения. Эволюция психотропных препаратов начинается с первых барбитуратов, которые стали использоваться с 1903 г. Однако они создавали высокую лекарственную зависимость для пациентов, поэтому в психофармакологии шел постоянный поиск более благоприятных лекарств. Прогресс в этой области ускорился с середины XX в., начиная со случайного обнаружения Дж Кейдом лечебных эффектов лития (1949). С 1950-х гг. появляются новые препараты, способные эффективно воздействовать на психопатологические состояния, что дало возможность медикаментозного вмешательства при шизофрении и иных серьезных психических заболеваниях.

Однако появление психотропных препаратов создало новую проблему для психиатрии. Появилось излишнее увлечение медикаментами, когда психические расстройства, которые нуждались в тонкой психотерапевтической помощи, грубо залечивались мощными препаратами, что приносило пациентам больше вреда, чем пользы, и само отношение психиатров к душевным болезням стало склоняться к тому, что психическая патология имеет сугубо биологическую (в частности, биохимическую) природу и должна лечиться медикаментами. Эти проблемы не решены до сих пор.

При этом отношение медицинского сообщества к душевнобольным в XX в. продолжало оставаться сложным. В психиатрических учреждениях сохранялись суровые нравы, практиковались жесткие меры обращения с пациентами, применение мер стеснения и прямого насилия и т.п.

Новая волна критики психиатрической помощи возникла в 60—70-е гг. XX в. Ряд авторов в разных странах (Ф. Базалья, Э. Гоффман, П. Конрад,

Р. Лэнг, М. Фуко, Т. Шаш и другие) выступили с идеями о том, что психиатрия на самом деле является не лечебной помощью, а институтом социального контроля. С помощью психиатрии общество отвергает определенные группы людей и подвергает их дискриминации. Уже сам психиатрический диагноз — это клеймо, которое определяет изгнание человека из общества и его постоянное местонахождение — психиатрическую лечебницу.

Под влиянием этих идей возникло широкое общественное движение, получившее название «антипсихиатрия». Оно приобрело скандальную известность своими радикальными политическими требованиями и даже акциями против психиатрических учреждений.

Но от антипсихиатрии была и несомненная польза — это движение выявило ряд действительно серьезных проблем и ту несправедливость, которая продолжала существовать в обществе в целом и среди медиков по отношению к душевнобольным людям. В последние десятилетия психиатрическое сообщество, специалисты по биоэтике, юристы, международные организации стали активнее и последовательнее заниматься проблематикой психического здоровья и защитой прав лиц с психическими расстройствами. Реформа психиатрической помощи еще не завершена.

### **Уязвимость психических больных**

Одно из важнейших отличий психиатрии от других медицинских областей — то, что ее пациенты являются высокоуязвимой группой. Психическое расстройство само по себе делает человека беззащитным среди окружающих, на это накладывається также многовековой негативный стереотип восприятия таких людей в обществе.

Против людей, страдающих психическими расстройствами, повсеместно совершаются акты насилия. Нерешенной проблемой практически во всех странах является систематическое и грубое нарушение прав и свобод лиц с психическими расстройствами — личных, политических, экономических, социальных.

**Примеры жестокого обращения с душевнобольными**<sup>1</sup>. Би-би-си (1998) сообщила, как в одной из стран в обычных психиатрических больницах пациентов запирали на замок, надевали кандалы и регулярно избивали. Зачем? Потому что считалось, что психическое заболевание — это зло, а в того, кто болеет им, вселились злые духи.

Одна неправительственная организация (НПО), отстаивающая права людей с психическими расстройствами, задокументировала пренебрежительное и грубое обращение с детьми и взрослыми в учреждениях закрытого типа в большинстве стран. Случаи, когда детей привязывают к кроватям и оставляют лежать в собственных испражнениях, не оказывая никакой медицинской или реабилитационной помощи, являются довольно частыми.

Другая НПО проинформировала общественность о том, как в некоторых странах продолжают держать пациентов в «клетках-кроватях» в течение многих часов, дней, недель, а иногда месяцев и лет. В одном из отчетов указывалось, что два пациента

---

<sup>1</sup> Справочник базовой информации ВОЗ по психическому здоровью, правам человека и законодательству. Всемирная Организация Здравоохранения, 2005. С. 4.

находились в подобных условиях по 24 часа в сутки в течение последних 15 лет. Люди в «клетках-кроватях» часто не получают никакого медикаментозного лечения и не проходят реабилитации.

Лица с психическими расстройствами подвергаются разнообразным формам дискриминации. Это касается доступа к качественной психиатрической помощи, медицинского страхования, социальной помощи, трудоустройства и занятости, образования, жилищных условий, культурных благ и др.

Работа психиатра при взаимодействии со своими пациентами осложняется тем, что многие из них находятся (в разной степени) в состоянии некомпетентности; это затрудняет принятие решений, получение согласия и вообще весь процесс лечебного взаимодействия. Крайней степенью некомпетентности является недееспособность пациента, официальное признание которой требует судебного решения и назначения законного представителя, который, соответственно, должен получать информацию и принимать решения от лица пациента.

Само психическое заболевание имеет некий социально порицаемый характер. Быть психически больным «стыдно», поэтому многие лица с психическими расстройствами боятся обратиться к врачу; а будучи клиентами психиатрических заведений, стараются скрыть это от окружающих, коллег по работе и т.п. Психиатрический диагноз оказывается как бы клеймом на всю жизнь: этот феномен социологи называют терминами «стигма» и «стигматизация» (что означает некий социальный приговор тому или иному индивиду или группе).

Чувство стыда и вины, мешающие пациентам обращаться за помощью и реализовывать другие права, называют также термином «внутренняя стигма».

Отторжение обществом душевнобольных, стигматизирующий характер их диагноза в итоге приводят ко все более усиливающейся социальной изоляции, исключению душевнобольных из полноценной общественной жизни. А это еще больше отягощает течение расстройства. Поэтому, как правило, лицам с серьезными психическими расстройствами требуется не только медицинская, но и социальная помощь. Одна из фундаментальных целей современной социальной работы — это помощь по социальному включению, или инклюзии (англ. *social inclusion*), социально дезадаптированных индивидов и групп.

Сложная природа психических расстройств и трудности их диагностики создают возможность применения психиатрии для немедицинских, в том числе для репрессивных целей, о чем убедительно заявляли сторонники антипсихиатрического движения. История психиатрии показывает, что эта область медицины может использоваться в политических целях как средство подавления инакомыслия и политической оппозиции.

Отдельной проблемой остается обращение с пациентами в психиатрических стационарах. Тем более что в психиатрии часто практикуется не только добровольное, но и принудительное лечение. Больные в учреждениях закрытого типа зачастую содержатся в недопустимых условиях. Их подвергают мерам стеснения и изоляции, лишают нормального

питания, ухода и удовлетворения элементарных бытовых потребностей, принуждают к труду (в том числе унижительному), жестоко наказывают по любому поводу, подвергают различным издевательствам и истязаниям. Многие пациенты, особенно с серьезными заболеваниями, обречены находиться в стационарах пожизненно.

### **Особенности клинической этики в работе психиатра**

Специфика психиатрической этики тесно связана с особым характером психических заболеваний и психиатрической помощи.

Уже сам поставленный диагноз психической болезни может принести пациенту значительный вред. Помня об этом, психиатр должен особенно тщательно проводить обоснование диагноза. Отдельной проблемой является сообщение пациенту о его диагнозе. Это необходимо делать в деликатной форме, максимально ограждая пациента от причинения ятрогенного вреда.

По причине стигматизирующего и дискриминирующего характера психиатрического диагноза есть немало предложений полностью отменить его. В последнее время в международном медицинском сообществе появилась тенденция избегать термина «психическое заболевание»; взамен чаще используют более широкий и неопределенный термин «психическое расстройство». А в Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод (1950) использовано традиционное понятие «душевнобольные».

Принимая решение о госпитализации пациента, следует взвесить все обстоятельства (в том числе состояние пациента, его домашнюю обстановку, возможность получения помощи в амбулаторных условиях, основания для круглосуточного стационарного наблюдения и помощи и др.). Как правило, сама госпитализация может оказать сильное дополнительное стрессовое воздействие, повлиять на всю жизненную ситуацию пациента. Это воздействие называют термином «госпитальная травма».

Необходимо особо внимательно относиться к применению недобровольной госпитализации, где требуются не только явные и убедительные основания, но и выполнение всех юридических процедур.

Общепринятым принципом в современной психиатрии при выборе вида помощи пациенту является принцип наименее ограничительной альтернативы. В некотором смысле его можно считать современным аналогом принципа *No restraint*. Он означает, что при наличии выбора следует выбирать тот вариант оказания психиатрической помощи, который носит наименее ограничительный характер для пациента. Например, амбулаторная помощь предпочтительнее стационарной, а добровольная госпитализация предпочтительнее недобровольной.

Назначение лечения должно проходить в формате информированного добровольного согласия в той мере, в какой оно максимально возможно. Следует стремиться к информированному и осознанному участию в лечении даже серьезно больных и недееспособных пациентов.

При выборе конкретной лечебной программы врач-психиатр должен учесть побочные эффекты психотропных препаратов, особенно сильнодей-

ствующих. Их побочное действие может быть весьма массивным и даже вызывать различные ятрогенные осложнения (двигательные нарушения, эмоциональные расстройства и др.). В целом психиатрическая помощь способна принести вред и госпитализацией, и постановкой диагноза, и конкретными методами вмешательств. По ряду причин это медицинская область повышенного ятрогенного риска для пациента, поэтому здесь исключительно важна тщательная оценка рисков и пользы, а этический принцип непричинения вреда особенно актуален.

Огромное значение в работе психиатра имеют вопросы конфиденциальности и защиты информации. Недопустимо разглашение информации о состоянии и лечении пациента без законных оснований. Тайна диагноза в отношении психиатрии должна соблюдаться особенно строго, учитывая то, какой серьезный вред может быть причинен пациенту в случае незаконного предоставления информации третьим лицам.

Однако очень сложными с этической точки зрения оказываются ситуации, когда врач имеет основания полагать, что сообщение пациенту правды о его диагнозе и состоянии может причинить ему значительную травму, в то время как пациент настаивает на получении такой информации. В этом случае врач должен учесть обстоятельства и принимать решения в защиту наилучших интересов пациента. Необходимо выбрать такой режим информирования (в том числе деликатная форма, информирование в виде предположения, неразглашение излишних деталей диагноза, моральная поддержка больного и т.п.), который в максимальной степени позволил бы снизить негативные последствия для пациента.

Еще одна проблема возникает при необходимости передачи информации третьим лицам по вынужденным причинам. До конца эта проблема еще окончательно не отрегулирована, и законодательства разных стран расходятся по этому вопросу. Но основными причинами, когда конфиденциальность может быть ограничена, как правило, являются: риск для самого пациента (в частности, необходимость госпитализации); опасность для третьих лиц в связи с его состоянием и намерениями; необходимость правоохранительных действий.

В случае недееспособности пациента может возникнуть еще один круг проблем, связанных с взаимоотношениями врача с законным представителем (опекуном) больного. Деликатная проблема может состоять в том, что пациент в силу своего расстройства или же по вполне разумным причинам не доверяет опекуну, а также просит врача не информировать своего законного представителя. Врач в любых обстоятельствах должен действовать в защиту интересов пациента. Ему должно быть безразлично, насколько действия опекуна действительно отражают интересы больного. При необходимости надо обращаться в компетентные органы с целью защиты пациента.

### **Защита прав лиц с психическими расстройствами**

На международном уровне принят ряд основополагающих документов по охране психического здоровья:

- Декларация ООН о правах умственно отсталых лиц (1971);

- Принципы по защите психически больных лиц и улучшению психиатрической помощи (ООН, 1991);
- Мадридская декларация Всемирной психиатрической ассоциации (1996);
- Закон о психиатрической помощи: десять основных принципов (ВОЗ, 1996);
- Руководящие принципы по поощрению прав лиц, страдающих психическими расстройствами (ВОЗ, 1996);
- Рекомендация 1235 по психиатрии и правам человека (ПАСЕ, 1994);
- Рекомендация № 10 Комитета министров Совета Европы «Относительно защиты прав человека и достоинства лиц с психическими расстройствами» (2004).

В отношении этического и правового регулирования психиатрической помощи и защиты прав лиц с психическими расстройствами требуется более широкий контекст, чем просто обеспечение надлежащей медицинской помощи.

Поскольку лица с психическими расстройствами являются уязвимой группой с особыми потребностями, то должны быть приняты специальные меры по защите их от дискриминации, эксплуатации, несправедливости со стороны общества. Помимо качественной медицинской (психиатрической) помощи, они нуждаются также в реабилитации и реинтеграции в общество, обеспечении им равных прав по сравнению с другими людьми, включая права экономические, социальные и культурные. Все это должно быть обеспечено широким комплексом мер политического, юридического, социального характера.

## **5.5. Эпидемия и этика (СПИД: морально-этические проблемы)**

Эпидемия ВИЧ-инфекции и СПИДа оказалась глобальным вызовом для медицинской науки и практики, для организации здравоохранения и в развитых, и в бедных странах, законодательства и биоэтики.

Само происхождение этой болезни и ее внезапное появление до сих пор окончательно не изучены наукой. Одна из более или менее обоснованных версий происхождения ВИЧ говорит о том, что он возник в Африке из вируса иммунодефицита обезьян путем серии мутаций.

СПИД — синдром приобретенного иммунодефицита человека; он выступает завершающей стадией развития ВИЧ-инфекции в организме. Впервые случаи СПИДа были зарегистрированы в 1981 г. в США. Вскоре был выделен и вирус, вызывающий эту патологию. Люди, больные СПИДом, погибают от различных тяжелых заболеваний, которые являются следствием глубоко ослабленного иммунитета.

К 80-м гг. XX в. инфекционные болезни (по крайней мере, в развитых странах) уже не представляли основной угрозы, и прорыв нового, к тому же неизлечимого заболевания, стал полной неожиданностью. Масштабы новой эпидемии поражали воображение. К началу XXI в. ВИЧ-инфекция распространилась по всему миру, т.е. приобрела характер пандемии. Только

в США, по различным оценкам, к этому времени насчитывалось около 900 тыс. инфицированных; но наиболее тяжелая ситуация в мире сложилась в странах Африки к югу от Сахары.

### Проблемы раннего этапа борьбы со СПИДом

К раннему этапу противодействия СПИДу можно отнести приблизительно первое десятилетие эпидемии, т.е. 80-е гг. XX в. На этом этапе были выявлены основные особенности новой эпидемии и новые глобальные опасности, связанные с этим заболеванием. К основным проблемам данного этапа можно отнести следующие.

1. Необходимость выработки срочных мер противодействия новому заболеванию. Повышенная тревога в обществе из-за неизвестного и неизлечимого заболевания стимулировала активный поиск мер как медицинского (поиск методов диагностики, профилактики, лечения), так и организационного содержания.

2. Осознание специфического характера ВИЧ-инфекции в связи с ее эпидемиологическими особенностями. Было обнаружено, что болезнь передается через биологические жидкости организма. Основные пути передачи — половой, инструментальный (через инъекции и другие медицинские манипуляции), гемотрансфузионный, от беременной или кормящей матери к ребенку; возможно также заражение медработников через контакты с кровью и другими жидкостями ВИЧ-инфицированного человека. Эти особенности говорили о том, что эпидемию, в принципе, можно взять под контроль.

Кроме того, было выявлено, что основными группами риска являются в первую очередь маргинальные слои общества: потребители инъекционных наркотиков; гомосексуальные группы; лица, занимающиеся проституцией. Из всего этого напрашивался вывод о жестких и решительных мерах в отношении основных источников угрозы, как путей передачи, так и распространителей инфекции.

3. СПИДофобия. В итоге дискриминация и стигма стали постоянным спутником новой болезни. ВИЧ-инфицированные воспринимались в обществе крайне негативно. Сложился определенный тип мышления в терминах «виновник — жертва». Маргинальные группы воспринимались без сочувствия, как виновники, несущие наказание за свой образ жизни. Однако были и невинные жертвы, например дети, заразившиеся от матери, или люди, заразившиеся при переливании крови; но отторгали и их. В обществе сформировался панический страх и неприятие людей, зараженных ВИЧ или больных СПИДом — СПИДофобия. В том числе частыми случаями на раннем этапе эпидемии были акты насилия в отношении ВИЧ-инфицированных.

4. Проблема обязательного тестирования на ВИЧ. С 1985 г. стали доступны методы диагностики ВИЧ-инфекции в организме человека (тест на антитела). Сразу возникли бурные споры по поводу необходимости обязательного тестирования всех людей или обширных популяций в обществе. Проблемность такой меры была связана также с тем, что выявление ВИЧ-

носительства самому индивиду ничего, кроме колоссального морального вреда, не приносило, поскольку каких-либо лечебных средств против ВИЧ по-прежнему не было.

Ситуация стала меняться с 1987 г., когда появился первый антивирусный препарат — азидотимидин (AZT). Это дало основания полагать, что тестирование может принести пользу ВИЧ-инфицированному (в виде раннего начала специфической терапии, а также профилактики сопутствующей патологии). Более того, в 1990-е гг. выяснилось, что AZT также снижает риск передачи инфекции от матери к плоду.

Результатом дискуссий, а также новых научных открытий стал своеобразный компромисс в отношении проблемы ВИЧ-тестирования. В обществе стали поощрять и пропагандировать *добровольное* ВИЧ-обследование. Однако во многих странах стали вводить обязательное тестирование для определенных контингентов (например, для беременных и доноров крови). При этом тестирование должно проводиться с тщательным соблюдением прав пациента и, прежде всего, с надлежащим информированием.

5. Этический конфликт между интересами индивида и общества. Появление новой и неизлечимой инфекционной болезни стало фактически вызовом всей сложившейся индивидуалистической системе биоэтики с ее защитой прав пациента, уважением автономии больного, информированным добровольным согласием и др. Возникли специфические проблемы принятия мер по защите интересов общества.

Так, помимо проблемы добровольного (обязательного) тестирования, сюда можно отнести проблемы обязательной регистрации новых случаев ВИЧ, проведения эпидемиологических исследований (по выявлению цепочек контактов), извещения сексуальных партнеров лиц с ВИЧ и др. Все эти меры неминуемо нарушали индивидуальные права и свободы.

Учитывая особенности эпидемии ВИЧ, в том числе довольно большое количество инфицированных, а также длительный бессимптомный характер течения болезни, стало все более осознаваться, что массовые принудительные меры могли привести к обширным нарушениям прав человека в современном обществе. И кроме того, оставалось неочевидным, что такие принудительные меры могли бы принести чисто эпидемиологическую пользу, еще более дискриминируя определенные группы общества и усиливая СПИДофобию.

На раннем этапе проходило много дискуссий о необходимости таких мер, в конечном счете они тоже привели к компромиссным решениям (с разными деталями в разных странах). Многие вопросы остаются еще нерешенными, но в целом представления стали сдвигаться в пользу защиты прав ВИЧ-инфицированных лиц.

### **Защита прав ВИЧ-инфицированных**

Уже на раннем этапе борьбы с ВИЧ-инфекцией на фоне продолжающихся дискуссий стала осознаваться важность защиты прав ВИЧ-инфицированных. Усиление дискриминации, применение принудитель-

ных мер не только не смогут преодолеть эпидемию, но загонят ее вглубь, что только осложнит решение данной проблемы. Важную роль в осознании этого сыграла в том числе активность правозащитных организаций и общественных движений в защиту прав ВИЧ-инфицированных. На изменение отношения общественности к проблеме ВИЧ повлияли в некоторых странах также трагические истории известных людей (писателей, музыкантов и др.), ставших жертвами новой болезни.

Постепенно приходит широкое понимание того, что ВИЧ-инфицированные тоже являются людьми и, независимо от причин заражения и образа жизни, они нуждаются в поддержке общества и соблюдении их законных прав.

На международном и национальном уровнях принимаются важнейшие документы, направленные на недопущение дискриминации и защиту прав и интересов ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом. Одним из важнейших документов в этой области являются Международные руководящие принципы «ВИЧ/СПИД и права человека» (Управление Верховного комиссара по правам человека и Объединенная программа ООН по ВИЧ (СПИД) (ЮНЭЙДС), 1996, последняя редакция 2006 г.). В этом документе рекомендованы необходимые системные меры, которые должны принять государства для защиты прав лиц с ВИЧ (СПИДом).

Один из главных выводов, включенных в текст Международных принципов, состоит в следующем. Интересы здоровья общества не вступают в противоречие с индивидуальными правами человека в связи с проблемой ВИЧ. Наоборот, есть убедительные основания полагать, что, когда права человека защищены, инфицируется меньшее количество людей, а сами ВИЧ-инфицированные, больные СПИДом и их семьи лучше справляются с трудностями, связанными с этой инфекцией.

ВИЧ-инфицированные не должны быть отторгнутой и изолированной популяцией в обществе. Они имеют право на уважительное отношение, соблюдение всех прав пациента, а также доступ к медицинской помощи.

Тестирование на ВИЧ-инфекцию должно проводиться добровольно, за исключением четко определенных законом случаев. При добровольном исследовании также возможно, по желанию клиента, анонимное тестирование.

Тестирование совершается при надлежащем информировании до и после процедуры. В частности, при выявлении ВИЧ-инфекции клиенту сообщается о возможностях повторного тестирования (поскольку возможны ошибки), гарантиях соблюдения прав ВИЧ-инфицированного, особенностях течения заболевания без лечения и при лечении, а также необходимости исключить дальнейшее распространение ВИЧ-инфекции.

Недопустимо необоснованное ограничение прав ВИЧ-инфицированных, в том числе дискриминационного характера: увольнение с работы либо отказ в приеме на работу, отказ от медицинской помощи, в приеме в образовательные учреждения и т.п.

Учитывая стигматизирующий характер ВИЧ, необходимо строго соблюдать правило конфиденциальности в отношении ВИЧ-инфицированных и принимать надлежащие меры к неразглашению конфиденциальной информации. В тех случаях, когда данные о пациенте передаются в другие

учреждения и органы (например, для регистрации), пациента следует известить об этом, а также о гарантиях неразглашения информации третьим лицам. Соответственно, в медицинских информационных системах необходимо применять надлежащие меры по защите персональных данных пациентов.

Отдельной проблемой является доступ ВИЧ-инфицированных к качественному медицинскому лечению. Уже к середине 1990-х гг. количество препаратов для сдерживания ВИЧ-инфекции расширилось, и к концу XX в. были разработаны и внедрены в практику схемы комбинаторной терапии ВИЧ — высокоактивная антиретровирусная терапия (ВААРТ). Эти методы позволили сдерживать развитие ВИЧ-инфекции в организме и увеличивать продолжительность и качество жизни пациентов. Однако такое лечение остается слишком дорогим, государственные программы обеспечения препаратами не могут охватить всех нуждающихся, так что эта острая проблема остается открытой.

Конечно, у ВИЧ-инфицированных имеются не только права, но и обязанности. Главная их обязанность — не допускать дальнейшего распространения инфекции в связи с их состоянием. В частности, при выявлении ВИЧ-инфекции индивида должны предупредить об ответственности за создание опасности заражения либо заражение другого лица, а также проконсультировать о необходимых мерах предосторожности. Но в целом обеспечение ответственного поведения ВИЧ-инфицированных — это задача не только медицинских работников, но и общественного здравоохранения, для чего необходимы комплексные программы для широкой ответственности и специально для ВИЧ-инфицированных по формированию ответственного поведения для противодействия эпидемии ВИЧ.

### Проблема доступа к экспериментальному лечению

Эпидемия ВИЧ повлияла и на нормы исследовательской биоэтики. Если до этого основная этическая задача состояла в защите людей от испытаний на них непроверенных препаратов, то уже в 1980-е гг. появились правозащитные движения за право ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом на *участие* в исследованиях и ускоренный доступ к новому экспериментальному лечению. Это было связано с первыми сообщениями об антивирусном эффекте азидотимидина. Требования активистов из объединений ВИЧ-инфицированных людей сопровождались переговорами с официальными кругами, лоббированием, публичными демонстрациями и другими акциями.

ВИЧ-инфицированные настаивали на том, что у неизлечимо больных имеются особые права из-за специфики своего состояния. У них есть *право на риск* в их ситуации, и им некогда ждать, когда будет одобрено новое лекарство, поскольку обычные процедуры такого лицензирования слишком длительны.

В итоге в США пришлось ввести такие новые механизмы, как «расширенный доступ» и «ускоренное одобрение». Благодаря этим мерам множество пациентов, не включенных в исследования, получили эксперимен-

тальные препараты. Изменение правил одобрения привело к тому, что уже к 1992 г. были беспрецедентно быстро разрешены к использованию анти-вирусные препараты нового поколения — диданозин и зальцитабин.

Много внимания ассоциации ВИЧ-инфицированных людей уделили активизации дальнейших научных исследований по проблеме ВИЧ и СПИДа и расширению возможности для больных стать их участниками. Это говорит также об определенном изменении взаимоотношений медицины и общества, об активном воздействии общества и его отдельных групп на научные исследования и политику создания новых лекарств. Эта проблема, вероятно, будет появляться также в связи с потребностями других уязвимых групп.

### **Этические проблемы в связи с профессиональным риском медработников**

Медицинские учреждения являются одним из источников опасности заражения ВИЧ-инфекцией. Медработники, контактируя с пациентами (которые потенциально могут быть ВИЧ-инфицированными), оказываются, таким образом, в области профессионального риска. В настоящее время выяснено, что риск для медработника заразиться при выполнении медицинских процедур (например, случайно поранившись во время операции, получив прямой контакт с кровью пациента и т.п.) не очень велик (по сравнению с другими путями заражения), но все же он имеется. СПИДофобия не могла не коснуться медработников (и их вполне можно понять). Тем не менее врач не имеет морального права отказывать в помощи ВИЧ-инфицированному.

В целом проблема обеспечения надежной защиты медработников от профессионального риска в ходе оказания помощи ВИЧ-инфицированным еще не решена. Однако строгое соблюдение всех правил безопасности в любом случае необходимо для избежания заражения не только ВИЧ, но и другими серьезными инфекционными болезнями (например, гепатитом).

Это же касается и профессиональных обязанностей медработников по недопущению заражения других пациентов — при выполнении переливаний крови, операций, инъекций и т.п. Все эти обязанности имели важнейшее значение и раньше, но в эпоху эпидемии ВИЧ приобрели особую актуальность.

Еще одна проблема — нередкое сокрытие ВИЧ-инфицированными своего ВИЧ-статуса в медицинских учреждениях. Медработники (в большинстве случаев) не имеют законных средств обязать пациента раскрыть свой ВИЧ-статус или пройти обследование. Поэтому технические меры профилактики и безопасности остаются здесь главным средством.

Есть также очень сложная проблема в отношении ВИЧ-инфицированных медработников. Что делать медработникам в случае заражения ВИЧ, продолжать ли им дальше свою профессиональную деятельность или осваивать другую профессию? Это прежде всего касается тех видов деятельности, которые предполагают выполнение инвазивных процедур (хирургия, стоматология и др.).

Для медработника этичным было бы информировать пациентов о своем ВИЧ-статусе и предлагать им выбор. Однако, с учетом общественных страхов, это может привести к нежелательной огласке, причинению психотравмы пациентам, а также к дискриминации самого медработника. В этической литературе имеются разные точки зрения по этому поводу, и проблема все еще далека от решения.

### **Уроки эпидемии ВИЧ. Социальная солидарность и взаимопомощь**

Прогресс в области медицинских технологий и организационных мероприятий привели к тому, что за период развития эпидемии ВИЧ многое изменилось в положительную сторону. Были преодолены многие страхи, предрассудки и мифы в отношении ВИЧ (СПИДа) — они если и не исчезли, то перестали быть влиятельными факторами.

Стало ясно, что ВИЧ-инфицированные могут вести полноценную жизнь, быть сознательными и ответственными членами общества, не несут такой опасности, как это казалось в первые десятилетия эпидемии. Новые методы терапии позволили значительно увеличить продолжительность и качество жизни среди ВИЧ-инфицированных.

Сейчас ВОЗ рекомендует использовать термин ЛЖВ (лица, живущие с ВИЧ), поскольку это больше отражает нынешние реалии. «Большой СПИДом» — это сугубо медицинское понятие, которое отражает только заключительные стадии ВИЧ. Не следует также больше воспринимать ЛЖВ в терминах «виновник» или «жертва», так как это совершенно ничего не дает для улучшения ситуации. С помощью многих мероприятий (общественного здравоохранения, общественных движений и др.) были достигнуты заметные успехи в преодолении дискриминации и стигмы в отношении ЛЖВ.

Эпидемия ВИЧ — это проблема не столько сугубо медицинская, сколько комплексная: она включает аспекты политические, социальные, экономические, организационные, правовые, культурные и др. Это проблема общества в целом.

Выяснилось, что общество вполне способно контролировать и сдерживать ВИЧ. Об это свидетельствует ряд успешных программ и стратегий, реализованных в разных странах. Повысилась осведомленность общества в вопросах профилактики заражения ВИЧ. Распространение эпидемии в последние годы замедлилось; хотя, конечно, говорить об облегчении еще очень рано.

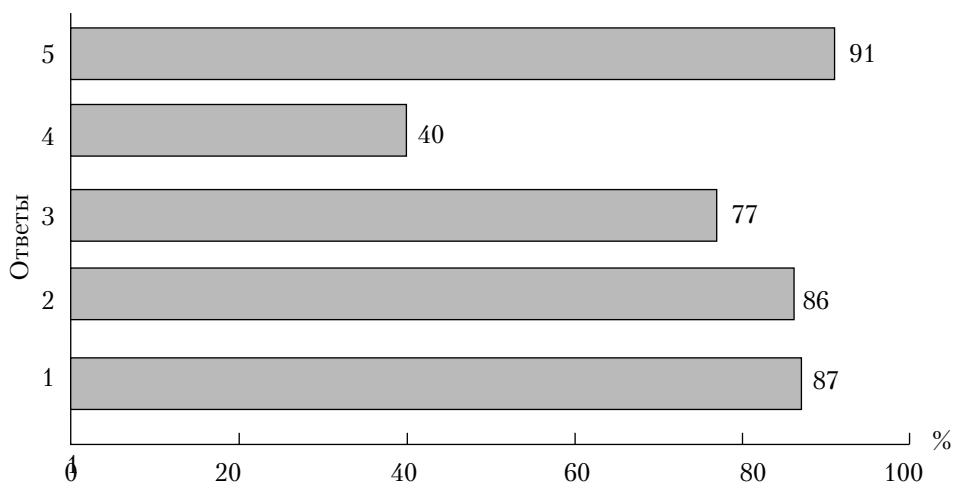
#### **Осведомленность российских женщин о различных аспектах ВИЧ (СПИДа)<sup>1</sup>.**

В рамках проекта «Выборочное обследование репродуктивного здоровья 2011» изучалась также осведомленность российских женщин репродуктивного возраста (15–44 лет) о ВИЧ (СПИДе). Обследование показало довольно высокую степень осведомленности (рис. 5.6).

---

<sup>1</sup> Репродуктивное здоровье населения России 2011. С. 49.

Как правило, данные знания увеличивались с возрастом, уровнем образования, сексуальным опытом.



*Рис. 5.6. Осведомленность женщин о ВИЧ (СПИДе), %:*

1 — знают основные способы предотвращения передачи ВИЧ; 2 — знают, что не существует лечения СПИДа; 3 — знают, что заболевание может протекать бессимптомно; 4 — знают, что существуют лекарства, снижающие вероятность передачи ВИЧ от матери к ребенку; 5 — знают как минимум одно учреждение, где производится тестирование на ВИЧ

Еще один вывод: более эффективными являются не принудительные меры, а комплексные программы, основанные на добровольности, сотрудничестве и доверии, включающие специалистов, волонтеров, широкую общественность, а также ЛЖВ. Важную роль сыграло привлечение самих ЛЖВ и больных СПИДом к различным программам помощи для повышения эффективности и прозрачности действий. В том числе значителен вклад самих ЛЖВ в помощь другим лицам с аналогичным состоянием.

Но огромное множество проблем остается нерешенными (этических, правовых, социальных, экономических, научно-медицинских и др.). Одна из самых острых проблем — сохраняющееся резкое неравенство в глобальном распределении бремени эпидемии, поскольку достигнутые успехи отражают картину в основном лишь в развитых странах. Поэтому фундаментальной этической задачей является организация помощи бедным и наиболее страдающим от ВИЧ странам со стороны развитых стран.

Наступление ВИЧ (СПИДа) ярко высветило ряд специфических проблем биоэтики в области борьбы с эпидемиями. Сходные вопросы возникают и по поводу таких инфекционных заболеваний, как туберкулез, гепатит, новых вирусных эпидемий (например, лихорадки Эбола). Там тоже имеются проблемы дискриминации по статусу здоровья, стигматизации, применения принудительных мер или ограничений в правах. Фундаментальную роль играет конфликт между интересами личности (ее правами и свободами) и интересами охраны здоровья общества. Уроки борьбы с ВИЧ (СПИДом) должны помочь обществу в решении этих проблем «эпидемии и этики».

## Практикум

### Контрольные вопросы

1. Назовите основные моральные подходы к проблеме абортов. В чем они заключаются?
2. Что такое активная и пассивная эвтаназия?
3. Какие критерии необратимости персистирующего вегетативного состояния были предложены Всемирной медицинской ассоциацией?
4. Перечислите основные сферы приложения репродуктивной этики.
5. Что такое внутренняя стигма пациента, страдающего тем или иным социально порицаемым заболеванием? Как она сказывается на жизненной ситуации пациента?

### Задания

1. В чем состоят основные аргументы в пользу паллиативной и хосписной помощи как альтернативы практике эвтаназии?
2. Каковы сравнительные достоинства и недостатки презумпций согласия и несогласия как моделей забора органов в трансплантационной медицине?
3. Почему в последнее время в медицинском сообществе избегают термина «психическое заболевание»?
4. Перечислите и проанализируйте основные этические аргументы против ксенотрансплантации.
5. В чем состояли основные проблемы раннего этапа борьбы с эпидемией ВИЧ?
6. Что означает задача социальной инклюзии по отношению к душевнобольным?
7. Вы семейный врач, нужен ваш совет. К вам обратилась семейная пара, женщине 32 года, у нее было несколько беременностей, которые завершились выкидышами. Семейная пара очень хочет иметь ребенка. Они уже договорились с будущей суррогатной матерью, гражданкой Н., ей 33 года, замужем, имеет троих детей, состояние здоровья вполне нормальное. Мнение супруга будущей суррогатной матери еще не спрашивали.  
Можно ли гражданке Н. по закону стать суррогатной матерью, платно или бесплатно будет происходить вынашивание и кто будет считаться отцом ребенка? Что бы вы ответили на эти вопросы?
8. Изучите Конвенцию о правах человека и биомедицине<sup>1</sup>. Часть 6 Конвенции посвящена проблемам трансплантаций.  
При каких условиях допускается изъятие органов или тканей у живого донора для трансплантации?
9. Изучите Декларацию о трансплантации человеческих органов (ВМА, 1987)<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> См., например: Аналитические материалы по проекту «Анализ нормативно-правовой базы в области прав человека в контексте биомедицинских исследований и выработка рекомендаций по ее усовершенствованию». С. 56–70.

<sup>2</sup> URL: [http://www.med-pravo.ru/International/Transpl\\_Decl.htm](http://www.med-pravo.ru/International/Transpl_Decl.htm) (дата обращения: 15.09.2015).

Кто имеет право проводить операции по трансплантации? Что должно предшествовать операции по трансплантации?

**10.** Изучите закон РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Какими правами обладают лица, страдающие психическими расстройствами? Кто может быть представителем гражданина, получающего психиатрическую помощь? Что означает независимость врача-психиатра при оказании психиатрической помощи?

**11. Адвокация прав душевнобольных.** В правозащитную организацию поступает сообщение от представителей пациентов, страдающих психическими расстройствами. Представители сообщают, что в психиатрическом стационаре N района имеет место жестокое обращение с больными, применение недопустимых и бесчеловечных средств воздействия на пациентов, систематическое нарушение их прав.

Представьте, что вы участвуете в работе этой правозащитной организации. Как должна поступить правозащитная организация, куда обратиться, какие предпринять действия и т.п.?

Соберите из доступных источников необходимую информацию о способах защиты прав душевнобольных. Продумайте, какими возможностями обладает правозащитная организация в данной ситуации. Разработайте план грамотных, отвечающих закону действий правозащитной организации в подобной ситуации.

Результаты своей работы изложите в виде доклада.

**12.** В биоэтической литературе можно встретить точку зрения, согласно которой для психиатрической этики, учитывая особый характер психической патологии и специфику оказания психиатрической помощи, наиболее адекватными являются такие этические концепции, как этика добродетелей или этика заботы. Утверждается также, что именно эти моральные теории лучше всего проясняют смысл психиатрической помощи и поэтому должны служить теоретической основой для развития психиатрической этики как отдельной области биомедицинской этики.

Согласны ли вы с данной точкой зрения? Обоснуйте. В чем состоит особый характер психиатрической помощи и взаимоотношений врача и пациента?

**13.** Напряженная проблема дефицита донорских органов заставляет искать новые пути ее решения. Одним из возможных вариантов может служить разрешение продажи органов донорами-добровольцами (т.е. легализация рынка донорских органов), но это должно происходить по строгим правилам.

Например, одно из предложений подобного рода выдвинули Ч. Эрин и Дж. Харрис<sup>1</sup>. Они полагают, что можно сформировать морально приемлемый рынок донорских органов. Для этого он должен обладать следующими характеристиками.

Рынок должен функционировать только в рамках имеющей собственное управление административно-территориальной единицы (штат или государство); продавать органы (и в равной степени получать их) имеют право только постоянные жители этого административного субъекта; имеется единый официальный покупатель (например, департамент здравоохранения), который справедливо распределяет купленные органы на основе критериев медицинской приоритетности; прямые покупки-продажи органов, помимо этого официального учреждения, исключены. Кроме того, требуется постоянный строгий контроль по пресечению злоупотреблений в этой сфере.

<sup>1</sup> См.: *Erin C. A., Harris J. An ethical market in human organs // J. Med Ethics. 2003. № 29. P. 137–138.*

В этом случае, как полагают авторы, рынок мог бы функционировать на вполне моральной основе, без негативных эффектов теневого рынка.

Согласны ли вы с данным предложением? Имеются ли все же какие-либо опасности в случае разрешения такого «морально приемлемого» рынка? Есть ли у вас лучшие предложения по организации легального рынка? Какие вообще могут быть побочные эффекты от легализации рынка донорских органов?

**14. Вирус гепатита С и биоэтика.** Проблема гепатита С очень актуальна для современного здравоохранения. В мире этим вирусом инфицированы более 150 млн человек. Основной путь передачи инфекции — через инфицированную кровь, что происходит при выполнении медицинских манипуляций, а также при различных травмах бытового характера (в том числе микротравмах при маникюре, нанесении татуировок и пирсинга и др.).

Больные гепатитом С очень часто испытывают на себе последствия несправедливого отношения и дискриминации, связанных с этим заболеванием. Так же, как и ВИЧ, гепатит С имеет повышенную распространенность в различных маргинальных группах общества (например, среди ВИЧ-инфицированных, потребителей инъекционных наркотиков, заключенных). Однако, по сравнению с ВИЧ-инфекцией, моральным и правовым проблемам помощи лицам с гепатитом С уделяется пока недостаточно внимания. Крайне напряженной является также проблема доступа больных к соответствующему лечению (при этом, в отличие от ВИЧ, гепатит С в принципе является излечимым заболеванием).

Используя данные специальной литературы, проведите самостоятельное исследование на тему «Моральные проблемы помощи лицам с гепатитом С: дискриминация, неравенство, защита прав». Результаты представьте в виде доклада.

## Кейсы

**1. Случай Карен Квинлан: пределы реанимации.** Молодая женщина Карен Квинлан (1954—1985), которая жила с приемными родителями, в 1975 г. потеряла сознание после приема транквилизаторов в комбинации с алкоголем. Больше в сознание она уже никогда не вернулась. Состояние, в котором она находилась, было, по всей видимости, персистирующим вегетативным состоянием. Ее жизнь поддерживалась с помощью аппарата искусственного дыхания. Кроме того, Карен искусственно кормили с помощью питательной трубки, введенной через нос.

Ее приемные родители пришли к выводу, что надежды на выздоровление не осталось, и Карен никогда не придет в себя. Они обратились в суд с просьбой прекратить жизнеподдерживающее лечение. Они считали, что их дочь имеет право на достойную смерть в ситуации, когда возвращение к нормальной жизни уже невозможно. Следует отметить, что Карен явно испытывала страдания: она иногда приходила в состояние возбуждения, металась, издавала звуки, похожие на стоны, задыхалась. Ее близким было мучительно наблюдать ее в этом состоянии.

Родители также утверждали, что сама Карен никогда не хотела бы оказаться в таких условиях. Ранее она сама заявляла, что не хотела бы этого. Однако письменных свидетельств она никаких не оставила.

Суд оказался в сложной ситуации, поскольку в то время не было судебных решений касательно прав пациентов или их семей в отношении смерти и умирания. Фактически речь шла об эвтаназии (которая запрещена законом). Кроме того, состояние Карен не подпадало под понятие «смерть мозга» (функционировал как минимум ствол мозга). Поэтому данный случай был связан со значительной юридической неопределенностью. В итоге судья отказал родителям Квинлан, в том числе потому, что на процессе речь шла о парадоксальном «праве на смерть», которого не существовало в конституции.

Родители не сдавались и продолжали обращаться в апелляционные суды. В итоге в 1976 г. Верховный суд штата Нью-Джерси вынес решение в пользу родителей, ссылаясь на конституционное право на личную свободу. Суд дал этому праву широкую трактовку, включающую разрешение пациенту умереть путем отключения систем жизнеобеспечения.

В 1976 г. Карен отключили от аппарата искусственного дыхания, однако, как ни удивительно, она продолжала жить в бессознательном состоянии. Она провела в этом состоянии почти 10 лет (!). В 1985 г. Карен Квинлан скончалась от пневмонии.

Случай Карен Квинлан привлек самое пристальное внимание общественности. Он послужил основой для разработки дальнейших юридических решений и документов, регламентирующих вопросы, связанные с правами пациентов в отношении смерти и умирания.

#### *Вопросы к кейсу*

1. Какой моральный конфликт (конфликты) имел место в данной ситуации?
2. Какие сложные вопросы биоэтики оказались в центре внимания общественности в связи с данной ситуацией?

2. Гражданка Р., 28 лет, ВИЧ-статус положительный. В организации, где она работает, руководство распорядилось, чтобы все сотрудники принесли оформленные санитарные книжки. В перечне необходимых сведений присутствуют и результаты тестирования на ВИЧ. При этом данная организация не связана с какими-то видами работ, где от работников требуется освидетельствование на ВИЧ. Гражданка Н. в панике, так как она до сих пор скрывала от коллег свой ВИЧ-статус и опасается теперь отрицательных последствий для своей профессиональной карьеры и для отношений с коллегами.

#### *Вопросы и задания к кейсу*

1. Насколько законно требование начальства?
2. Подумайте, нарушены ли в данном случае права гражданки Р.
3. Врач-гинеколог, узнав о том, что беременная женщина, которую он наблюдает, имеет положительный ВИЧ-статус, пытается убедить ее в том, что ей следует прервать беременность. Он аргументирует это тем, что не стоит рожать ребенка, заранее обреченного на жизнь с ВИЧ-инфекцией.

#### *Вопросы и задания к кейсу*

1. Проанализируйте моральные аспекты этой ситуации.
2. Как вы оцениваете действия врача-гинеколога?
4. Потенциальный донор, женщина 25 лет, согласилась на изъятие почки для пересадки своему брату (т.е. она находится в генетической связи с реципиентом). Донору были разъяснены риски предполагаемой процедуры, было получено согласие на операцию. За день до операции донор отказывается от операции, объясняя это тем, что она внезапно испугалась последствий для своего здоровья при изъятии почки. Между тем пересадка жизненно необходима для спасения ее брата. Врачи говорят ей, что после данного согласия она уже не вправе отказаться от операции.

#### *Вопросы и задания к кейсу*

1. Правы ли врачи? Имеет ли право донор отказаться от операции в такой ситуации?
2. Проанализируйте, были ли допущены ошибки врачами на предыдущих стадиях работы с донором.

5. Семейная пара решила зачать ребенка с помощью экстракорпорального оплодотворения. Они обратились в клинику и просят, чтобы им помогли родить девочку.

*Вопрос к кейсу*

1. Должны ли медработники удовлетворить их желание, т.е. должны ли они планировать пол будущего ребенка на основании пожелания будущих родителей?

**6. Случай Нади Сулеман.** Надя Сулеман (также Сулейман, Nadya Suleman) из США в январе 2009 г. родила одновременно восемь детей с помощью ЭКО, став «октомамой». Причем до этого у нее уже было шесть детей, все рожденные (с 2001 г.) посредством экстракорпорального оплодотворения. Она — одинокая мать (была замужем, развелась); воспитывает теперь 14 детей (рис. 5.7).



Рис. 5.7. «Октомама» Надя Сулеман<sup>1</sup>

Надя Сулеман является убежденной сторонницей искусственного оплодотворения. Поэтому ее история могла бы служить целям пропагандирования этого репродуктивного метода. Однако все оказалось сложнее.

После рождения одновременно восьмерых малышек она быстро стала мировой знаменитостью, участвовала в ряде телевизионных шоу и в других проектах. Но общественная реакция на это событие была по большей степени отрицательной. В частности, высказывались мнения, что такое большое количество детей ей нужно было в корыстных целях (например, для участия в программах помощи многодетным матерям или для публичной известности). В связи с этим было много дискуссий. Неясно также, как она собирается материально содержать такое большое количество детей, поскольку данные о ее финансовом положении не внушают оптимизма, несмотря на ее собственные заявления. Столь же сложно обеспечить одновременно обычный родительский уход такому количеству новорожденных (да и остальным детям, родившимся раньше).

Противоречивы и сведения о том, что явилось причиной столь экстремально многоплодной беременности. Сама Надя заявляла, что не рассчитывала на такое большое количество новорожденных, что ей было подсажено меньшее число эмбрионов, но, возможно, в результате их деления в конечном счете родилось именно восемь. Однако есть сведения, что ее лечащий врач, специалист по репродуктивным технологиям, под-

<sup>1</sup> URL: [http://news.xinhuanet.com/photo/2012-05/02/c\\_123065782.htm](http://news.xinhuanet.com/photo/2012-05/02/c_123065782.htm) (дата обращения 15.09.2015).

садил ей 11 или 12 эмбрионов, в нарушение действующих стандартов. Деятельность ее лечащего врача стала в США предметом специального расследования. В 2009 г. он был исключен из Американского общества репродуктивной медицины.

В любом случае, эта история обострила множество вопросов этического характера. Допустимо ли с моральной точки зрения рожать детей в корыстных целях?

Где границы автономии в распоряжении собственным телом, в том числе в отношении деторождения (включая искусственное)?

А если человек просто хочет, чтобы у него было большое количество детей, кто может ему запретить?

Вправе ли современное демократическое государство регулировать число детей у индивидов и семей, которые захотят иметь их «слишком много»?

Должны ли медицинские работники (в данном случае — специалисты по репродукции) следовать желаниям своих клиентов, если эти желания противоречат здравому смыслу?

Должно ли общество брать на себя заботу об обеспечении таких «экстремально многодетных» семей (в том числе, например, обеспечивать бесплатную медицинскую и социальную помощь)?

#### *Вопросы и задания к кейсу*

1. Как бы вы ответили на эти вопросы?
2. Можно вынести эти вопросы также на обсуждение в группе.

7. Планируется клиническое испытание с участием недееспособных пациентов, получающих медицинскую помощь в психиатрическом стационаре. Речь идет о проверке нового кардиологического препарата с антиаритмическим действием. Происходит отбор потенциальных участников, имеющих кардиологические проблемы. Опекуну испытуемых приглашают дать согласие на участие в исследовании. При этом им говорят, что препарат вполне безопасен и прошел соответствующие предварительные проверки.

#### *Вопрос к кейсу*

1. Насколько правильно с этической точки зрения проведение подобного исследования?

8. Известный писатель и сценарист выступает на телевидении и рассказывает о своей жизни. Он решился сделать признание для общественности, что он — ВИЧ-инфицированный, но справляется со своей проблемой, получает необходимые антивирусные препараты.

В прошлом у него был трудный период, когда он принимал наркотические средства, в том числе инъекционные. Нарушение обычных правил безопасности и стало причиной заражения писателя. В телепередаче он призывает общество лучше относиться к ВИЧ-инфицированным, а также выступает против их дискриминации.

После телепередачи мнения публики разделились. Многие люди высказались против его выступления. Писатель лично и телеканал получили немало возмущенных писем по поводу того, что в телепередаче якобы рекламировался тот образ жизни, который привел к заражению ВИЧ. Кроме того, писателя обвиняли в том, что свою личную историю он сделал достоянием общественности, что говорит только о желании любой ценой сделать саморекламу; его личная история, утверждали оппоненты, лишь подаст дурной пример для молодежи.

#### *Вопросы и задания к кейсу*

1. Как вы считаете, правильно ли поступил писатель, рассказав о своей истории?
2. Была ли достигнута цель его выступления и почему?
3. Проанализируйте, чем поучителен этот случай в отношении проблем борьбы с эпидемией ВИЧ.

9. Молодой человек с положительным ВИЧ-статусом поступает на учебу в высшее учебное заведение. Он приходит в студенческую поликлинику вуза с намерением получить там обычную амбулаторную помощь, при этом он сообщает о своем ВИЧ-статусе. В поликлинике ему говорят, что он должен получать помощь в специализированном центре, так как там имеются необходимые специалисты, лекарства и т.п., а студенческая поликлиника не имеет право принимать его.

*Вопросы и задания к кейсу*

1. Проанализируйте эту ситуацию.
2. Насколько правомерен отказ студенческой поликлиники в предоставлении медицинской помощи ВИЧ-инфицированному студенту?

## Глава 6

# ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ НОВЫХ БИМЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

---

После изучения шестой главы студент должен:

**знать**

- основные особенности инновационных технологий биомедицины и их моральное значение;
- основные этические проблемы медицинской генетики и геномной медицины;
- основные особенности генетической информации и риски, связанные с ее использованием;
- сферу главных проблем современной нейроэтики;
- основные проблемы современной наноэтики;

**уметь**

- использовать международные биоэтические документы, регламентирующие генетические исследования;
- оценивать моральные аспекты генетических исследований;

**владеть**

- навыками анализа моральных проблем инновационных технологий биомедицины;
  - основными этическими принципами проведения генетического тестирования и скрининга.
- 

### 6.1. Инновационные технологии биомедицины

#### Эпоха биомедицины и биотехнологии

Множество новых этических проблем связано с динамично развивающимися биомедицинскими областями. Достижения в этих направлениях ведут не только к накоплению фундаментальных знаний, но и к разработкам ряда радикально новых технологий, которые называют также инновационными биомедицинскими технологиями. Уже имеющиеся, а также ожидаемые успехи имеют настолько глобальный характер, что нередко говорят о наступившей эре биомедицины и биотехнологии.

Часто используемое понятие «биотехнология», как это обычно бывает, имеет довольно размытый смысл. Но можно выделить по крайней мере два значения этого термина, которые можно назвать узким и широким.

В узком смысле под биотехнологией понимают особый вид *производственных* технологий, а именно различные производства на основе биоло-

гических процессов. При этом, как правило, биотехнология в современном смысле — это использование различных способов стимуляции и модификации биопроцессов на базе научных знаний и новых технических достижений. В итоге современные биотехнологии оказываются способны производить крайне редкие или инновационные продукты.

Роль биотехнологии как производственной технологии для медицины становится все значительнее. Биотехнология позволяет получать в массовом количестве полезные и порой незаменимые биологические продукты. Первым продуктом, полученным в биопроизводственных процессах с помощью генно-инженерных методов, был человеческий инсулин (1982). К концу XX в. было поставлено на биопроизводственную основу множество новых продуктов: гормон роста, эритропоэтин, интерферон и др.

Но есть и более широкий смысл понятия «биотехнология». Он охватывает различные современные способы глубокого вмешательства в биологические процессы и структуры с целью их контроля, изменения, а также создания радикально новых биологических эффектов. Иными словами, это сфера возможностей постановки под технический контроль самих биологических начал живой материи. Как правило, такие глубокие вмешательства предполагают воздействия на биомолекулярном уровне.

В параграфе 1.2 говорилось, что термин «биомедицина» сегодня часто применяют к наиболее высокотехнологичным и быстро развивающимся отраслям медико-биологических наук. Поэтому понятия «биомедицина» и «биотехнология» (в широком смысле) — довольно близки по значению. Однако биомедицина — это прежде всего систематическое применение фундаментальных биологических знаний и методов к задачам медицинской помощи. Сфера приложения же биотехнологии в широком смысле может выходить далеко за пределы медицины.

К наиболее инновационным разработкам биомедицины относятся такие направления, как генетика и геновая инженерия, регенеративная медицина, наномедицина, нейротехнологии, биоинженерия и др.

### **Понятие конвергентных технологий**

Биомедицина, разумеется, развивается не изолированно, а в самой тесной связи с параллельными разработками и достижениями в ряде других фундаментальных областей.

Термин «конвергентные технологии» означает группу наиболее передовых высокотехнологичных разработок современной науки. К конвергентным технологиям принято относить следующие четыре области:

- 1) нанотехнологии;
- 2) биотехнологии (в широком смысле);
- 3) информационные технологии;
- 4) когнитивные науки и нейротехнологии.

Используется также термин NBIC-технологии (*Nano-Bio-Info-Cogno*).

Слово «конвергенция» в переводе с латинского означает схождение, сближение. Конвергентные технологии получили свое название в связи с тем, что они испытывают все большее сближение, поскольку достиже-

ния в одном из этих направлений оказывают сильное влияние на прогресс в других областях.

К примеру, успехи в информационной технологии создают новые технические возможности для управления информацией в исследовательских целях. Проект «Геном человека» (по расшифровке генетической информации) не был бы завершен столь успешно и рекордно быстро, если бы одновременно не произошли крупные изменения в компьютерной технологии. И наоборот, разработки в генетике способствуют продвижению в области реализации фундаментальной идеи *биокомпьютера*, работающего на основе ДНК.

В то же время каждое из этих направлений является комплексным по своей природе. Так, когнитивные науки переживают сегодня бурный прогресс, связанный с крупными достижениями сразу во многих направлениях — в области компьютерного моделирования, искусственного интеллекта, изучении нейронных сетей, нейробиологии и др.

Ожидается, что совместно конвергентные технологии должны вывести общество к совершенно новым горизонтам освоения и управления веществом, энергией, информацией. Кроме того, это будут и радикально новые возможности понимания и управления живыми организмами и человеческим сознанием.

### **Инновационные технологии биомедицины и их моральное значение**

Наиболее инновационные разработки биомедицины имеют ряд общих характеристик как с технической, так и с моральной точки зрения. Вместе они представляют собой как бы единый мегапроект современной биомедицинской науки и технологии.

1. Стремление к выходу на фундаментальный уровень строения материи. Одновременно это означает и достижение наиболее фундаментального контроля над биопроцессами и биоструктурами — контроля на молекулярном уровне.

2. Эти разработки нацелены в конечном счете на создание радикально новых состояний, процессов, конструкций, объектов и т.п. Например, радикально новые конструкции разрабатываются в области *биомекатроники*, в них комбинируется биологическая ткань, механика, электроника (прямые взаимодействия с мозгом и др.). Такие принципиально новые объекты аномальны с точки зрения естественных биологических закономерностей, являются глубоко искусственными по своей сущности.

3. Эти разработки уже оказывают (и еще более окажут в будущем) огромное влияние на мораль и ценностные системы. Они стимулируют беспрецедентный пересмотр традиционных представлений, культурных различий и социальных норм.

В связи с новыми научно-техническими достижениями происходит переопределение и переоценка традиционных различий живого и неживого, естественного и искусственного, организма и машины, природы и технологии. Размываются или постепенно трансформируются устоявшиеся представления о человеческой жизни и человеческом теле. Ценностные

конфликты возникают и будут возникать неизбежно, причем конфликты самые глубокие, фундаментальные, затрагивающие основы человеческого существования.

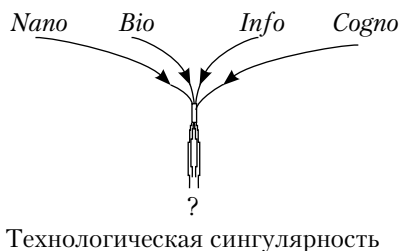
4. Возможность использования результатов этих разработок в самых широких целях, в том числе немедицинских. Действительно, инновационные биомедицинские технологии имеют потенциально намного большую сферу приложения, чем задачи медицины и здравоохранения. Поэтому их можно отнести не просто к медицинским, а более широко — к *антропо- и биотропным* воздействиям. Иными словами, они являются инструментами воздействия на человека и живую материю вообще.

Чем шире и глубже становятся возможности контроля человека (его здоровья, поведения, функциональных состояний, психофизиологических возможностей, генетического аппарата и т.п.), тем сильнее эти базовые возможности влияют не только на медицину и здравоохранение, но и оказывают существенное влияние на другие сферы.

Результаты таких разработок могут быть применены в военном деле, разведке и работе спецслужб, криминалистике, пенитенциарной системе, государственном управлении, системе образования и т.п. Помимо сложного и противоречивого влияния на системы ценностей, еще одна опасность, связанная с ними, состоит в том, что они могут быть использованы в откровенно деструктивных целях.

5. Высокая степень неопределенности. Это крайне затрудняет возможность прогнозов и оценки в отношении возможных эффектов и последствий конкретных результатов в той или иной инновационной области.

Примером высшей степени неопределенности в этой сфере является так называемая проблема технологической сингулярности. Термином «технологическая сингулярность» обозначают то совершенно непредставимое состояние, которое возникнет в результате окончательного схождения конвергентных технологий, когда *Nano-Bio-Info-Cogno* вместе выйдут к некоей предельной точке контроля над веществом, живой природой, сознанием и информацией (рис. 6.1).



**Рис. 6.1. Конвергентные технологии**

Значительные методологические сложности в отношении прогнозов и оценок этих разработок ведут к тому, что здесь в значительной мере приходится опираться на различные мысленные эксперименты и идеализации, на воображение и научную фантастику. Это сильно затрудняет возмож-

ности рационального обсуждения потенциальных проблем и последствий этих инновационных технологий.

Одновременно возникают практические сложности выстраивания регуляторной политики по поводу данных разработок: разрешать их или полностью запрещать, если разрешать, то как их направлять и регулировать.

Для инновационных технологий биомедицины в высшей степени характерна так называемая *дилемма Коллингриджа*, часто обсуждаемая в дискуссиях по рискам технологического развития.

Эта дилемма была представлена Д. Коллингриджем в работе «Социальный контроль технологии» (1980) в виде следующего парадокса: на ранних стадиях развития технологии, когда ее вполне можно взять под контроль, мы обычно еще не имеем достаточно знаний, чтобы эффективно управлять ею, а с течением времени, когда уже приобретено достаточно знаний и опыта для управления данной технологией, установить контроль над ней оказывается трудно или почти невозможно<sup>1</sup>.

6. Фундаментальное влияние на смысл и установки медицинской деятельности. Наиболее инновационные биомедицинские разработки глубочайшим образом меняют представления о медицине, ее возможностях и целях.

На платформе этих разработок происходит радикальный сдвиг в базовой стратегии медицинской деятельности — *к медицине тотального контроля*. Это означает следующее.

В предыдущие эпохи медицина являлась преимущественно *ассистирующей*, т.е. она была прежде всего деятельностью помогающей, поддерживающей, стимулирующей естественные силы организма (лат. *vis medicatrix naturae*), а также часто выжидательной. В XX в. с появлением действительно эффективных медицинских методов она впервые стала медициной активного вмешательства, т.е. медициной *интервенционной*.

Разработки XXI в. нацелены на достижение максимально глубокого и обширного контроля биологических структур и процессов. Генетизация, молекуляризация, информатизация являются важнейшими тенденциями биомедицины. Новейшая медицина стремится определять вероятности возникновения тех или иных состояний, контролировать причины заболеваний, их генетические основы, молекулярные механизмы патогенеза, перепланировать биопроцессы и биоструктуры, задавать им принципиально другие свойства, сращивать биологическое и неорганическое.

В пределе, с развертыванием все более мощных технологий, медицина может превратиться из средства помощи в ситуациях страдания в поле постоянного инструментального наблюдения за организмом и технического конструирования в сфере самих биологических основ человеческой жизни.

Одним из следствий такого фундаментального сдвига в возможностях и установках медицины является активно обсуждаемая в биоэтической литературе так называемая *проблема энхансмента*.

Энхансмент (англ. *enhancement* — усиление, увеличение) — это использование медицинских средств не для помощи больному, а для улучшения

---

<sup>1</sup> См.: *Collingridge D. The Social Control of Technology*. N. Y. : St. Martin's Press, 1980.

функциональных качеств здорового человека. Например, психофармакологические препараты новых поколений по своим возможностям выходят за пределы помогающей медицины и могут применяться (и некоторые уже применяются) для усиления памяти, продления бодрствования, повышения работоспособности и т.п.

Термин «энхансмент» также иногда используется как попытка провести различие между действительно необходимыми медицинскими вмешательствами для оказания помощи и теми действиями, которые вовсе не необходимы (и не обязательны для медработников).

Это понятие отражает переход от нацеленности медицины на патологию (медицинская помощь как традиционная цель) к новым целям в виде достижения сверхнормы.

Проблема энхансмента (она злободневна уже сейчас и станет еще актуальнее в будущем) порождает много сложных моральных вопросов о том, как разграничить энхансмент и обычную медицину, о допустимости энхансмента (и если да, то в каких границах), о том, может ли он быть частью медицинской практики, а также, конечно, о фундаментальном смысле и установках самой медицинской деятельности в новых научно-технологических условиях.

## **6.2. Медицинская генетика и геномная медицина**

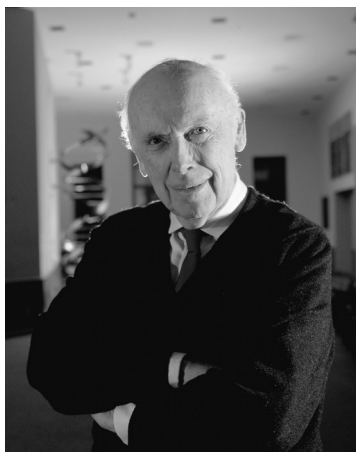
Генетика как раздел биологии и медицины уже не первое десятилетие привлекает пристальное внимание ученых, биоэтиков, широкой общественности. В последнее время интенсивность исследований в этой области достигла беспрецедентного уровня. Однако развитие генетики порождает массу сложных проблем, поэтому сегодня огромное количество дискуссий и публикаций посвящено именно генетике. Мы рассмотрим только некоторые из этических и социокультурных проблем, связанных с продвижением генетической науки.

### **От генетики к геномике**

Революционные изменения в медицине, связанные с прорывом в изучении генома человека, начались буквально на наших глазах и уже идут полным ходом. Во второй половине XX в., с 1953 г., когда была раскрыта структура молекулы ДНК, магистральным направлением молекулярной медицины стало изучение молекулярных механизмов наследственности. Сегодня все более понятно, что открытие двойной спирали ДНК (Ф. Крик, Дж. Уотсон) было одним из основополагающих научных достижений XX в. и науки вообще, сопоставимых, например, с открытиями всемирного тяготения, строения атома и радиоактивности.

Изучение генетического аппарата продвигалось постепенно. Генетический код был расшифрован в период 1961—1966 гг., в 1970 г. был найден важный биологический инструмент, позволяющий «разрезать» молекулу ДНК (фермент рестрицирующая эндонуклеаза), а к 1973 г. американские

ученые С. Коэн и Г. Бойер разработали технику переноса генов из одного организма в другой, что стало началом технологии рекомбинантных ДНК и открыло эру *молекулярной биотехнологии*. Но решающий рывок в изучении человеческого генома как целостного образования произошел в последнее десятилетие XX в. (рис. 6.2).



**Рис. 6.2. Джеймс Уотсон, один из открывателей двойной спирали ДНК и первый руководитель проекта «Геном человека»**

В США 1 октября 1990 г. официально стартовала программа «Геном человека», которая быстро приобрела международный характер. Она поставила своей целью определение нуклеотидных последовательностей (секвенирование) всего генома человека. В предыдущий период столь амбициозная цель была недостижима из-за отсутствия соответствующих технологических (в том числе компьютерных) возможностей. Да и к началу 1990-х гг. требуемая технологическая инфраструктура была еще недостаточно развита, так что запуск этого проекта во многом явился дерзкой авантюрой. Однако в ходе его выполнения необходимая технологическая поддержка претерпела значительные усовершенствования, что позволило ускорить реализацию проекта и выполнить его даже раньше, чем поначалу предполагалось, и с лучшими результатами.

Следует отметить также, что проект «Геном человека» сам по себе стимулировал и биоэтические исследования. Частью проекта «Геном человека» в США были программы исследований этических, правовых и социальных следствий развития генетики (ELSI), на что было выделено около 3–5% от общего финансирования проекта.

В процессе продвижения программы «Геном человека» современная генетика стала переходить в новую фазу, которую принято называть *геномикой*. Этот термин был предложен в 1987 г. В отличие от более традиционной генетики, занимавшейся единичными генами, геномика — это исследование функций и взаимодействий всех генов в геноме. Это изучение всего генетического аппарата как целого, включая комплексные взаимодействия между его подсистемами, а также его взаимоотношения со средой.

## Перспективы геномики и геномной медицины

Результаты изучения генома, как ожидается, будут иметь колоссальные медицинские приложения. Сегодня говорят о том, что медицина фактически вступила в новую эру — эру *геномной медицины*, а формальным началом этой эры считают 14 апреля 2003 г., когда (точно к 50-й годовщине открытия Крика — Уотсона) было официально объявлено о полном секвенировании генома человека.

Уже сейчас можно предсказать, что с этого момента медицина постепенно будет все больше втягиваться в орбиту геномики, и, по всей видимости, в самом деле находится в начале новой эпохи, которую уже называют постгеномной эрой. Геномная медицина — новая парадигма медицинской науки и практики, основанная на систематическом применении знаний генома человека к задачам диагностики, лечения, прогноза, профилактики, реабилитации и др.

Уже получены ценные сведения о роли генных факторов во множестве патологических состояний. Возрастает роль клинического использования диагностики, основанной на ДНК. Все большую клиническую пользу приносит *генетическое тестирование* — анализ человеческих нуклеотидных структур (ДНК, РНК), а также иных биологических структур, значимых для клинико-генетических заключений о генных нарушениях, фенотипах и т.п. Результаты генетического тестирования могут оказать (и уже начинают оказывать) большое влияние на клиническую практику (например, при лечении таких состояний, как эндокринная неоплазия, лейкемия, коронарный атеросклероз и др.).

Геномика окажет самое глубокое воздействие на медицинское мышление в целом. Само представление о здоровье и болезни будет испытывать (и, в общем, уже испытывает) влияние со стороны генетических данных. Это будет происходить, несмотря на то что безукоризненных геномов не бывает. Каждый геном содержит некоторые дефекты (по принятым оценкам, примерно 1—2%), так что понятие генетической нормы является расплывчатым. Тем не менее с расширением области генетических прогнозов уже сегодня начинается переход от более зримых параметров здоровья и патологии к скрытым, вероятностным факторам.

Кроме того, фундаментальные объяснения здоровья и болезни все больше будут связаны с молекулярно-биологическим уровнем: представления о молекулярном здоровье и молекулярной патологии станут неотъемлемым компонентом медицинского мышления.

Еще одним ожидаемым следствием развития геномики является то, что она должна оказать поистине революционное влияние на фармакологию, на разработку новых лекарств. Как считают, на основе достигнутого фундаментального понимания генетики и биохимии ряда заболеваний будет создан рациональный базис для систематического конструирования высокоприцельных лекарственных воздействий. Генетические знания должны обеспечить нас в будущем массой новых фармакологических мишеней: по предварительным оценкам экспертов, число молекулярных мишеней для потенциального лекарственного воздействия возрастет как минимум в 10 раз и составит от 5000 до 10 000.

Новейшая молекулярная генетика должна также способствовать существенному продвижению в разрешении фундаментальной биомедицинской проблемы *индивидуальности* пациента. Изучение индивидуальных геномов должно обеспечить нас платформой для развития специализированного индивидуального подбора и назначения лекарственных препаратов. Новая отрасль *фармакогенетика* (фармакогеномика), которая сейчас бурно развивается, с дальнейшим улучшением методов получения информации о пациентах откроет эру по-настоящему *индивидуальной фармакологии*. Данные фармакогенетики сегодня начинают входить в клиническую практику для предсказания лекарственных реакций у пациентов.

Уже этот краткий обзор достижений и перспектив новейшей генетики (геномики) дает представление о том, что происходящие в медицине изменения действительно во многом носят фундаментальный революционный характер.

### **Критика геномики как масштабного научного проекта**

Впечатляющий прогресс геномики как стратегически значимой общемедицинской программы сопровождается и критическими замечаниями.

Прежде всего, следует сказать о том, что исследование генома человека только начинается, и впереди еще необозримое множество неизвестного.

Крайне усложнились представления о самом геноме как таковом. Растет понимание того, что геном на самом деле представляет собой некую единую систему, состоящую из сложных модулей, в которой идут различные многосторонние взаимодействия. Даже традиционное понятие гена как некоего отдельного образования, трактуемого как единица наследственности, стало более спорным, так что трудно сказать, что дальше будут называть геном и сохранится ли вообще этот термин.

Изучение генома человека принесло много новых загадок. К примеру, это загадка избыточной ДНК. По различным оценкам, нуклеотидные последовательности, которые выполняют кодирующую функцию (т.е. являются собственно генами), составляют около 10–15% всего генома. Это значит, что гены как таковые занимают лишь малую часть генома, большая же часть ДНК пока совершенно непонятна. Эта неизвестная ДНК, как предполагается, выполняет какие-то иные функции. Предполагалось даже, что избыточная ДНК (*junk DNA*) вообще не несет никаких функций и существует просто для того, чтобы самовоспроизводиться, т.е. является своего рода паразитической структурой, которая существует сама для себя, хотя это предположение не очень убедительно.

Таким образом, официальные заявления об успешной расшифровке генома человека, адресованные широкой общественности, это еще далеко не вся правда.

Исследование генома человека — это яркое и масштабное мероприятие, которое привлекает внимание широкой общественности и крупного бизнеса. Однако сегодня все чаще высказывается озабоченность тем, что геномика сталкивается с опасностью повторения той же самой ошибки, которую уже совершил проект геномной инженерии, — слишком большие обещания и массивная пропаганда.

Крупные вложения в генетику создают проблему перераспределения ресурсов и отвлекают научные усилия и финансирование от решения других, остроактуальных проблем здравоохранения.

Приведем в связи с этим одно из наиболее радикальных мнений, которое высказал британский врач Джеймс Ле Фаню, автор известной книги «Взлет и падение медицины»<sup>1</sup>. Он считает генетические исследования лишь разрекламированным коммерческим предприятием. Несмотря на гигантские инвестиции, реальная отдача от генетических исследований все же мала. По его мнению, генетика предоставляет нам лишь *псевдообъяснения*, в то время как истинные причины и механизмы заболеваний по-прежнему лежат в «океане незнания».

Более того, Ле Фаню полагает, что молекулярно-генетический проект вообще следует считать атрибутом *упадка* современной медицины. Вразрез с широко распространенными суждениями о бурном прогрессе медицинской науки, он показывает в своем историческом обзоре важнейших событий медицины XX в., что золотой век медицины на самом деле *уже прошел*.

Так, назревающей острейшей проблемой является снижение эффективности антибиотиков. Огромный антибиотиковый ресурс прошлых десятилетий сегодня фактически исчерпан. Производство новых антибактериальных препаратов становится все более дорогим и сложным. Микроорганизмы все быстрее находят способы обезвредить новые препараты, а их динамичная эволюция и обмен генетическим материалом ведут к появлению особых *мультирезистентных* микроорганизмов, которые весьма опасны и уже почти не поддаются лечению. Антибиотиковая эра близка к закату. Это означает, что медицина вскоре столкнется с новой волной очень сложных проблем, к которым следует серьезно готовиться.

## Генетическая информация: особенности и опасность

Доступ к генам, контроль генетического аппарата в перспективе могут привести к новым, беспрецедентным способам контроля общества над своими собственными биологическими основаниями. Это уже сейчас вызывает серьезные опасения. И это выглядит как парадокс: несмотря на официально высказываемый заинтересованными кругами оптимизм в отношении генетики, само общество, скорее, воспринимает прогресс геномной медицины с нарастающей тревогой.

Озабоченность общественности во многом связана с особенностями самой генетической информации. И из-за этих ее свойств *генетическая информация небезопасна*, как, возможно, никакая другая.

### Из международных документов в области генетики

В ст. 4 Декларации о генетических данных человека говорится, что особый статус генетических данных человека связан с их конфиденциальным характером, так как они:

- позволяют прогнозировать генетическую предрасположенность индивида, и последствия прогнозирования могут оказаться серьезнее, чем предполагается в момент получения данных;

---

<sup>1</sup> *Le Fanu J.* The Rise and Fall of Modern Medicine. London : Little Brown, 1999.

- могут оказывать сильное воздействие на семью, включая потомков, и даже на целые группы населения;
- могут содержать информацию, о важности которой может быть неизвестно во время сбора биологических образцов;
- могут иметь культурное значение для отдельных лиц или групп.

Прежде всего, генетическая информация — это доступ к биологическим параметрам *уникальности* человеческих индивидов. Это одна из причин ее важнейшего научно-практического (а также фундаментально-философского) значения. Доступ к индивидуальной биологии может стать ключевым фактором для улучшения медицинской помощи. Но этот же доступ может привести и к различным неблагоприятным последствиям, в том числе катастрофического характера, например стать основой для нового витка террористических угроз (конструирование высокоприцельного биологического оружия).

Генетика предоставляет *надьиндивидуальные* биомедицинские сведения. Специфика генетической информации состоит еще и в том, что она относится не только к единичному организму. Например, она может сообщить нам нечто о тех или иных общностях (скажем, об этнических группах), что тоже является моментом, вызывающим опасения в плане дискриминации: различие общностей по тем или иным биологическим признакам или неким биопсихосоциальным предрасположенностям вполне может стать новым, причем научно обоснованным двигателем этнической вражды, ксенофобии и расизма.

С точки зрения взаимоотношений врача и пациента, генетическая информация становится вызовом для соблюдения норм конфиденциальности и автономии. Указывая на признаки, которые передаются между поколениями, генетическая информация вовлекает в круг участников обсуждения также родственников пациента и тем самым подрывает признанную международными стандартами *индивидуалистическую* этику медицинской помощи. Например, выявленная наследственная патология относится не только лично к больному, обратившемуся за медицинской консультацией или обследованием, может возникнуть конфликт врачебной тайны и необходимости действовать в интересах других людей (к примеру, детей пациента). Эти новые этические и легальные коллизии пока еще находятся в стадии обсуждения.

Генетика зачастую воспринимается как некая *фундаментальная прогнозистика*, поскольку она выдает свои прогнозы на первичном молекулярном уровне.

Специалисты по генетике постоянно подчеркивают, что генетические прогнозы не следует трактовать излишне категорично, так как жизнь — это сложное взаимодействие генов, других регуляторных систем организма и окружающей среды. Они настаивают, что генетический детерминизм, который широкая общественность связывает с молекулярной генетикой, слишком преувеличен. Однако эти общественные страхи победить очень трудно.

Общество часто воспринимает суждения на основе генетики как некий окончательный приговор, который вписан в саму природу того или иного

человека или социальной группы. Выставленный генетический диагноз или прогноз легко может стать причиной угнетения, стигматизации человека или социальной общности. Наследственная предрасположенность к наркомании, алкоголизму, ВИЧ, психическому заболеванию у человека может никогда и не реализоваться. Однако клеймо наследственного порока неустранимо.

Нередко высказываются опасения, что генетическая информация может быть использована для отказа в приеме на работу, страховании, получении образования, предоставлении ссуд и т.п. Между прочим, кое-где уже успели произойти случаи злоупотребления генетикой, которые тут же получили широкую огласку, что вполне понятно на фоне повышенных эмоций общества.

Так, одна американская компания занялась забором крови у своих работников для ДНК-тестирования без разъяснения им целей обследования. На самом деле она решила таким способом решить свои проблемы с сотрудниками, требовавшими компенсации за инвалидность в связи с неврологическим расстройством (с так называемым туннельным синдромом), которое наступило, как считали рабочие, вследствие выполняемой работы.

Компания намеревалась выявить у рабочих генные дефекты и тем самым доказать, что заболевание было вызвано не профессиональной деятельностью, а наследственными факторами. Когда намерение компании раскрылось, правомерность обследования была сразу оспорена федеральной комиссией. И хотя по медицинским и юридическим причинам попытка компании вообще не имела смысла, эта история вызвала широкий резонанс и продемонстрировала озабоченность публики как одно из первых подтверждений имеющихся опасений<sup>1</sup>.

В 2003 г. Сенатом США был введен специальный Закон против генетической дискриминации (*Genetic Nondiscrimination Act*), защищающий граждан от потенциальной дискриминации по генетическим параметрам на работе и в связи со страхованием. Сам по себе указанный Закон есть реакция на тот факт, что специфический источник дискриминации *уже существует*. Генетическая информация как как фактор дискриминации — совершенно новая социальная проблема, которая требует дальнейшего публичного обсуждения и адекватных законодательных инициатив.

### **Международные биоэтические документы в области генетики**

Высокая значимость этической составляющей генетических исследований и применения генетики отражена в ряде международных биоэтических документов. Среди них следует назвать следующие:

- Заявление о генетическом консультировании и генной инженерии (Всемирная Медицинская Ассоциация, 1987);
- Конвенция Совета Европы о правах человека и биомедицине (1997);
- Рекомендованное международное руководство по этическим проблемам медицинской генетики и генетических служб (ВОЗ, 1997);

---

<sup>1</sup> См.: Clayton E. W. Ethical, legal, and social implications of genomic medicine // New England Journal of Medicine. 2003. № 349 (6). P. 562–569.

- Всеобщая декларация о геноме человека и правах человека (ЮНЕСКО, 1997);
- Руководящие принципы осуществления Всеобщей декларации о геноме человека и правах человека (резолюция ЮНЕСКО, 1999);
- Генетическая конфиденциальность и недискриминация (резолюция Экономического и Социального Совета ООН, 2001);
- Международная декларация о генетических данных человека (ЮНЕСКО, 2003).

### **6.3. Этические проблемы прикладных генетических методов**

#### **Генетическое тестирование**

Под генетическим тестированием понимают любые исследования (тесты), с помощью которых получают генетические данные об индивидах. Сфера генетического тестирования сейчас активно развивается, становится все доступнее для населения. Более того, согласно ряду международных рекомендаций (в частности, ВОЗ), генетическое тестирование обязательно должно быть доступно как часть необходимых для населения программ и услуг здравоохранения.

Однако практическое применение генетического тестирования сталкивается с рядом этических проблем. Прежде всего, это проблемы, связанные с такими классическими принципами биоэтики, как благо и непричинение вреда.

Безусловным обоснованием генетического тестирования должна быть польза для пациента, т.е. возможность обеспечить на основе результатов теста эффективную диагностику или профилактику наследственного заболевания. Во многих случаях, однако, тестирование не приносит такой непосредственной пользы. Прежде всего, это ситуации, когда для данного наследственного заболевания не имеется результативного лечения (или профилактики).

Ярким примером предсказания без помощи является хорей Гентингтона — наследственное состояние, которое вызывает прогрессирующую двигательную и когнитивную дисфункцию, начинающуюся где-то в середине жизни. Тестирование на это заболевание дает высоконадежный результат — если у человека (имеющего больного родителя) находят соответствующий генный дефект, то риск болезни практически равен 100%. Однако для болезни Гентингтона нет никакого эффективного лечения или профилактики. Человек, проходящий тестирование на предмет данной болезни, просто узнает неминуемо ждущее его будущее, что, естественно, приносит только страдания.

Опыт показывает, что, например, в Великобритании только пятая часть людей с риском болезни Гентингтона соглашается пройти обследование.

Далее, этически спорным представляется тестирование, которое не может гарантировать надежного прогноза. Таковым является тестирование для обычных заболеваний, которые не являются наследственными в узком

смысле слова (как моногенные болезни), а имеют сложную природу, например сердечно-сосудистые заболевания. Здесь имеющиеся тесты пока неспособны дать достаточно информации, а выявляют лишь определенную вероятность, предрасположенность. Поэтому ценность такого тестирования зависит от того, насколько полученная информация действительно может быть использована для оценки риска развития заболевания у данного индивида и для принятия мер профилактики (например, для коррекции образа жизни, питания и т.п.).

Крайне дискуссионный вопрос — генетическое тестирование несовершеннолетних. Обследование ребенка на предмет предрасположенности к заболеваниям, которые могут развиваться в более отдаленном будущем, вызывает у специалистов ряд возражений, которые могут быть вкратце изложены следующим образом.

Тестирование, проведенное в детстве, лишает человека возможности сделать автономный выбор во взрослом состоянии (взрослый мог бы не решиться на такой тест) и конфиденциальности, которая предоставляется взрослым (относительно самого факта тестирования и его результатов). Более того, знание ребенком своего генетического статуса может изменить его развитие и взаимоотношения внутри семьи и со сверстниками, что, в частности, может привести к стигматизации и дискриминации. Измененные ожидания по поводу умственных способностей ребенка, его будущего состояния здоровья и будущих взаимоотношений могут затронуть глубочайшие уровни его самовосприятия и иметь разрушительные социальные, эмоциональные, психологические, образовательные и другие последствия<sup>1</sup>.

В связи с этим, согласно рекомендациям ВОЗ, проведение генетического тестирования несовершеннолетнего следует считать оправданным только тогда, когда имеется непосредственная польза для него. В иных случаях рекомендуется отложить тестирование до наступления совершеннолетия и права гражданина на самоопределение.

Еще одна этическая проблема возникает тогда, когда в результате тестирования оказываются затронуты интересы родственников пациента. Например, выявление наследственной болезни у данного индивида может означать такую же проблему (или ее высокую вероятность) у его близких родственников. В связи с этим крайне важно было бы, чтобы они тоже прошли тестирование и приняли необходимые меры в отношении своего здоровья. Однако здесь возникает проблема конфиденциальности медицинских сведений. В прошлом параграфе уже говорилось, что генетическая информация из-за своих особенностей подрывает индивидуалистический характер принципов биоэтики.

В данной ситуации вступают в противоречие принцип *конфиденциальности* (для данного пациента) и принцип *блага* (для его родственников).

По крайней мере, врач обязан сказать пациенту о настоятельной потребности ввести в курс дела также его родственников для их блага и постараться убедить его раскрыть необходимые сведения родственникам.

---

<sup>1</sup> См.: The troubled helix: Social and psychological implications of new human genetics / ed. by Th. Marteau, M. Richards. Cambridge : Cambridge University Press, 1996. P. 166.

В целом же эта проблема остается недостаточно отрегулированной и требует специальных правовых решений по поводу законного нарушения конфиденциальности без согласия пациента. В некоторых странах такие процедуры уже имеются. Это, по всей видимости, отражает некую новую тенденцию к расширению показаний отхода от принципа конфиденциальности в условиях, когда оказываются затронуты жизненные интересы более широкого круга участников.

Что должны в первую очередь соблюдать медицинские специалисты, проводящие генетическое тестирование?

Особую важность здесь приобретает надлежащее информирование пациента перед тестированием и получение информированного согласия. Пациент должен получить (и усвоить) всю необходимую предварительную информацию, чтобы представлять себе суть обследования и его возможные результаты. В частности, ему нужно сообщить (и довести до его понимания) степень точности данного теста, смысл вероятностного характера ожидаемых результатов, какие последствия (в том числе негативные) для жизненной ситуации пациента могут принести полученные в ходе тестирования данные. Отдельно следует также оговорить возможность сообщения полученной информации родственникам или членам семьи. Сама процедура ИДС должна быть тщательно протоколирована.

### **Преимплантационная и пренатальная генетическая диагностика**

Развитие методов генетической диагностики привело к появлению таких специальных процедур, как преимплантационная и пренатальная диагностика.

*Преимплантационная диагностика* проводится в ходе экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) перед внедрением зародыша в матку женщины. Микрохирургическим методом у зародыша получают образец ДНК и далее производят генетическую диагностику на ряд наследственных заболеваний (таких как миодистрофия Дюшенна, гемофилия и др.). При наличии патологии зародыш, как правило, уничтожается.

*Пренатальная диагностика* — генетическая диагностика зародыша, производимая в ходе беременности. Здесь также выявляется наличие генетической патологии, что далее ведет к принятию решения о сохранении или прерывании беременности. Следует также отметить, что получение необходимых биологических образцов (с помощью такого метода, как амниоцентез) само по себе сопровождается риском повреждения плода, осложнения или прерывания беременности.

Преимплантационная и пренатальная диагностика по существу представляют собой вмешательство в жизнь человека на самых ранних ее стадиях. Наличие этих процедур заставляет общество спорить о моменте начала человеческой жизни, моральном статусе эмбрионов и допустимости евгеники.

*Евгеника* — довольно сложное понятие, обозначающее комплекс разнообразных представлений о возможностях и способах улучшения человеческой природы. Термин предложил в 1883 г. британский ученый Ф. Гальтон.

Евгеника подразделяется на негативную и позитивную. Негативная — это комплекс мер, препятствующих воспроизводству различных менее полноценных членов общества (преступников, психических больных, умственно отсталых и др.). Позитивная — комплекс мер для увеличения в популяции «наиболее ценных людей» (наиболее одаренных, работоспособных и др.).

Сама по себе евгеника имеет долгую историю и в разные исторические периоды проявлялась как система социально-политических мер или как набор научных идей. До сегодняшнего дня евгеника как проект (который постоянно меняется с развитием общества и его мировоззрения) остается крайне дискуссионной темой.

В отношении преимплантационной и пренатальной диагностики важно то, что здесь мы имеем дело с самыми непосредственными прямыми евгеническими процедурами по генетическим основаниям, что вызывает драматические моральные проблемы и дискуссии. Приведем пример.

Один из наиболее авторитетных мыслителей нашего времени, крупнейший немецкий философ Ю. Хабермас посвятил моральным проблемам генетики специальную работу под названием «Будущее природы человека. На пути к либеральной евгенике?»<sup>1</sup> В этой книге он рассматривает некий возможный сценарий развития общества, при котором могут быть узаконены процедуры генетического тестирования и вмешательства (в частности, преимплантационная диагностика).

По мнению Ю. Хабермаса, это может стать новой евгенической утопией, которая недопустима потому, что при этом будут подорваны этические устои общества, разрушено моральное отношение человека к другим (прежде всего, отношения между поколениями), признание их равными себе. Хабермас категорически не принимает легализацию либеральной евгеники, поскольку в результате люди уже не смогут относиться к самим себе как к этически свободным и морально равным существам.

В итоге эти виды диагностики остаются крайне спорными с моральной точки зрения процедурами, а в такой стране, как Германия, преимплантационная диагностика (так же, как и ЭКО) вообще запрещена.

### **Генетический скрининг**

В отличие от тестирования, проводимого индивидуально, скрининг — это исследование распространенности определенного генетического фактора в некоторой популяции или группе. Скрининг обычно проводится в рамках программ общественного здравоохранения. Хорошо обоснованный скрининг может принести значительную пользу обществу, например скрининг новорожденных на излечимые заболевания. Ярким примером является широко практикуемое обследование новорожденных на фенилкетонурию (которое, кстати, проводится довольно простым методом, не требующим ДНК-диагностики).

---

<sup>1</sup> *Habermas J.* Die Zukunft der menschlicher Natur. Auf dem Weg zu einer liberalen Eugenik? Frankfurt am Maim, 2001 ; *Хабермас Ю.* Будущее человеческой природы. На пути к либеральной евгенике? М., 2002.

Проведение программ скрининга может сопровождаться такими негативными эффектами, как риск постановки ошибочного диагноза (ложноположительный результат), выявление заболевания без возможности его лечения, стигматизация и дискриминация лиц с выявленными заболеваниями или генетическим риском, недобровольность выполняемых процедур, разглашение полученных данных третьим лицам (например, работодателям, страховщикам и т.п.) во вред индивиду и др.

Разработка программ генетического скрининга должна базироваться на оценке их пользы для данной популяции или общества в целом, приемлемости технических характеристик скрининга (сложность, точность и др.), социальных, этических, политических следствий, а также экономической эффективности. Кроме того, участникам программы скрининга должно быть обеспечено соблюдение всех прав пациента, что в том числе должно сопровождаться выполнением надлежащих процедур информированного добровольного согласия.

### Генетические биобанки

В современных биомедицинских исследованиях важную роль играют биобанки, которые представляют собой специальные системы хранения биологических образцов (таких как клетки, ткани, органы, генетический материал и др.). Сбор генетических образцов и создание генетических биобанков стали очень популярны среди исследователей непосредственно в связи с успехами расшифровки генома человека. Биобанки используются не только для медицинских нужд: например, ряд стран собирают банки ДНК для криминалистических целей. Существуют также национальные базы генетических данных (например, в Великобритании).

**Использование баз данных ДНК для судебных целей**<sup>1</sup>. Сегодня все шире используются биобанки ДНК для судебных целей. Лидером в этом отношении является Великобритания, где собраны образцы ДНК от 3,4 млн человек (6% населения) и 263 923 профиля ДНК, собранных с различных криминальных происшествий (табл. 6.1). Уже сейчас вероятность того, что профиль ДНК нового криминального случая совпадет с профилем индивида, уже имеющимся в базе, составляет примерно 52% (но сюда, конечно, входит и ДНК жертв и других невиновных людей — участников криминальных случаев).

Таблица 6.1

**Данные по Англии и Уэльсу об использовании ДНК в судебных целях в 2002–2006 гг.**

Показатель	2002–2003	2003–2004	2004–2005	2005–2006
Количество индивидуальных профилей ДНК	2 099 964	2 371 120	2 802 849	3 534 956
Использование ДНК для расследований	21 098	20 489	19 873	20 349

<sup>1</sup> Levitt M. Forensic databases: benefits and ethical and social costs // British Medical Bulletin. 2007. № 83. P. 235–248.

Показатель	2002–2003	2003–2004	2004–2005	2005–2006
Доля расследований с помощью ДНК в общем количестве расследований, %	0,36	0,34	0,35	0,37

Там, где есть возможность получить образцы ДНК, доля расследованных преступлений, к примеру, возрастает для домашних краж с 16% (это национальный уровень) до 41%, а для краж из автомобилей — с 8 до 63%. Но в целом только около 0,36% преступлений расследуются с помощью ДНК, и это число остается пока постоянным, несмотря на то что количество хранящихся профилей все возрастает.

Следует отметить ряд этических проблем, связанных с созданием и использованием биобанков:

- проблема сохранения конфиденциальности информации (в тех случаях, когда можно идентифицировать донора образца), проблема неправомерного использования образцов (в том числе для различных немедицинских целей);
- проблема получения согласия на долгосрочное использование образцов;
- вопросы обладания собственностью на образцы и др.

Еще одна проблема состоит в так называемых случайных открытиях, когда при обследовании образцов случайно обнаруживается высокий генетический риск заболевания (в ходе исследования, преследующего другие цели), встает вопрос, следует ли сообщать об этом донору образца.

Для решения этих и других проблем необходимо дальнейшее развитие международного и национального регулирования. Одним из важнейших документов в области сбора, хранения и использования генетического материала является Международная декларация о генетических данных человека (ЮНЕСКО, 2003).

### Генная терапия

Совокупность методов, направленных на исправление функционирования генов в человеческом организме, называется *генной терапией*. Она находится на экспериментальной стадии, несмотря на то что уже накоплен определенный опыт ее применения к человеку.

Генная терапия представляет собой яркий пример разрыва между генетическими знаниями и возможностями применить их к реальной медицинской помощи. Изначально она рассматривалась как революционный по своей эффективности способ лечения заболеваний. Несмотря на первые успехи, которые обнадежили исследователей, сейчас энтузиазм экспериментаторов стал слабее.

Различают соматическую и зародышевую (фетальную) генную терапию. *Соматическая генная терапия* — это воздействие на организм взрослого че-

ловека, при котором эффекты вмешательства не передаются по наследству. *Зародышевая терапия* (она находится пока лишь в стадии разработки) является воздействием на эмбрион, при котором генетические видоизменения могут коснуться всех клеток развивающегося организма, а также оказаться наследуемыми следующими поколениями.

На проведение генной терапии в отношении половых клеток пациента действует международный запрет.

В настоящее время эксперименты по генной терапии на человеке проводятся с большой осторожностью, потому что их результаты могут быть непредсказуемыми. В литературе описано немало успешных случаев применения генной терапии как при наследственной, так и иной патологии.

Однако накопились и отрицательные результаты. Нередко лечебные эффекты от введения в человеческий организм терапевтических генов, оказываются нестойкими: искусственные генные конструкции не функционируют в организме надлежащим, клинически значимым образом. Появились данные и о драматических осложнениях генной терапии. При проведении клинических испытаний отмечены случаи развития лейкемии у пациентов, у которых поначалу, как казалось, наблюдались положительные эффекты<sup>1</sup>.

Широкий общественный резонанс вызвал случай в Пенсильванском университете, когда при введении 18-летнему пациенту Дж. Джелсингеру вирусного носителя, содержащего терапевтические гены, возникла острая иммунная реакция, которая проявилась в системном воспалении и завершилась трагическим исходом. Этот случай стал поводом для детальных разбирательств по поводу действительного положения дел с безопасностью клинических испытаний в области генной терапии. Как выяснилось, эксперимент сопровождался многочисленными нарушениями, начиная уже с процедуры получения информированного согласия.

По итогам расследования случая Джелсингера в США была разработана специальная программа обеспечения безопасности и защиты участников исследований<sup>2</sup>.

В настоящее время эксперименты по генной терапии в развитых странах предварительно проходят серьезное обоснование с привлечением независимых экспертов и представителей общественности. Кроме того, назрела необходимость более детальной и строгой международной регуляции проведения экспериментов по генной терапии.

Таким образом, несмотря на многообещающий характер этого направления медицинских вмешательств, по причине множества проблем и опасностей, связанных с генной терапией, данный метод лечения, по всей видимости, еще не скоро будет развит до уровня клинической практики.

---

<sup>1</sup> См.: Shine K. I. Technology and health // Technology in Society. 2004. Vol. 26, № 2–3. P. 137–148.

<sup>2</sup> См.: Responsible Research: A systems Approach to Protecting Research Participants. Washington : The National Academies Press, 2002.

## 6.4. Нейроэтика

### Предметная сфера нейроэтики

Нейроэтика исследует этические, социальные, политические проблемы, связанные с развитием нейронауки и нейротехнологий. Это одно из бурно развивающихся новых направлений биоэтики.

Под нейротехнологиями понимаются современные способы работы с человеческим мозгом (воздействия или взаимодействия); они являются частью когнитивных технологий и поэтому входят в состав NBIC (конвергентных технологий). К современным нейротехнологиям относятся новые мощные психофармакологические препараты, имплантируемые в мозг чипы, высокие технологии изображений (визуализации) мозга, внечерепная магнитная стимуляция и др.

Нейроэтика занимается широким кругом вопросов. Наиболее прикладные клинические проблемы нейроэтики связаны прежде всего с такими областями, как неврология, нейрохирургия и психиатрия. Однако нейроэтика имеет и фундаментальное философское значение, поскольку стремительное развитие нейронауки и нейротехнологии затрагивает такие важнейшие понятия, как сознание, поведение и его основы, личность (ее целостность, идентичность и др.), свободу воли.

Необходимость развития новой области биоэтики стала все отчетливее осознаваться к концу XX в. на фоне впечатляющих успехов в исследовании человеческого мозга и нарастании связанных с этим новых моральных проблем. Важнейшим событием для формирования нейроэтики стала конференция в Сан-Франциско в мае 2002 г. под названием «Нейроэтика: создавая карту дисциплины». На этой конференции в том числе был предложен (известным американским журналистом У. Сэфиром) и сам термин «нейроэтика» как название области, исследующей моральные проблемы современной нейронауки и технологических вмешательств в деятельность мозга.

В дальнейшем нейроэтика быстро оформляется как самостоятельная область. В 2006 г. создается Международное общество нейроэтики, открываются центры нейроэтических исследований при академических учреждениях, появляются специализированные журналы и учебные курсы.

Одна из причин актуальности нейроэтики состоит в том, что широкие возможности нейронауки выходят далеко за пределы медицины. В частности, нейротехнологии могут использоваться в военных целях и в работе спецслужб. В связи с этим в 2009 г. Национальный исследовательский совет США опубликовал специальный отчет «Возможности нейронауки для будущих военных приложений», посвященный оценке использования нейронауки в военных целях<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> National Research Council «Opportunities in Neuroscience for Future Army Applications». Washington : The National Academies Press, 2009.

## Моральные проблемы нейроимиджинга

Одной из наиболее обсуждаемых тем нейроэтики являются моральные проблемы развития и применения технологий нейровизуализации, или нейроимиджинга. В состав методов нейроимиджинга входят компьютерная, диффузная оптическая, магнитно-резонансная томографии и другие техники. Эти новые технологии предоставляют возможности глубокого изучения структуры головного мозга, а также его физиологической активности, что имеет огромное значение для диагностики психопатологии, а также для технической поддержки нейрохирургических вмешательств.

К этическим проблемам клинического и научно-медицинского применения нейроимиджинга относятся следующие. Подобно эпидемиологическим исследованиям (см. параграф 4.4), результаты, полученные посредством нейроимиджинга, могут содержать непредвиденные данные о том или ином пациенте (например, это может быть диагноз психиатрического или неврологического расстройства или высокий риск развития патологического состояния).

Соответственно, сообщение о таких находках может существенно повлиять на жизненную ситуацию индивида — от причинения психотравмы до необходимости принятия решений о дальнейшем обследовании, лечении, изменении образа жизни и т.п. Вопросы о раскрытии (или нераскрытии) информации о случайных открытиях следует решать до начала исследования во время получения информированного согласия; необходимо уважать право индивида на самоопределение, которое в том числе включает его право как знать о своем состоянии здоровья, так и *не знать*.

Кроме того, следует иметь в виду, что прогнозы на основе данных нейроимиджинга способны сами по себе причинить вред индивиду, поскольку они могут относиться к патологическим состояниям, для которых в настоящее время нет средств лечения; либо же они могут иметь лишь вероятностный характер, не гарантируя высокой степени точности. Поэтому к выдвигению прогнозов на основе результатов нейроимиджинга следует подходить осторожно и взвешенно. В этом смысле предсказательные суждения по результатам нейроимиджинга подобны генетическим прогнозам.

Отдельной проблемой является сохранение *конфиденциальности* участников исследований, так как при нейровизуализации имеется возможность идентификации того или иного участника по уникальным характеристикам получаемого изображения (например, можно воссоздать его лицо либо идентифицировать его по индивидуальным особенностям активности мозга). С накоплением массивов данных (поскольку исследования в области нейровизуализации становятся все шире) эта проблема оказывается все более актуальной.

Значительно большие проблемы возникают в связи с возможностью немедицинского применения нейроимиджинга.

Например, технологии нейровизуализации позволяют идентифицировать конкретные психические состояния человека, что в некотором смысле является приближением к чтению мыслей. Широко обсуждается сегодня техническая возможность использования нейроимиджинга в качестве де-

тектора лжи нового поколения. Так, имеются данные исследований, согласно которым можно различить, видит ли мозг знакомую (уже виденную) или незнакомую картину. Если предъявить подозреваемому картину места преступления, то становится возможным установить, бывал ли он на этом месте. При развитии соответствующих технических средств это можно будет применять к уголовным расследованиям.

Также чтение мыслей или распознавание каких-то психических особенностей может быть использовано для диагностики тех или иных личностных свойств, склонностей человека (например, склонности к противоправному поведению, агрессивности, алкоголизму, наркомании и др.). Уже сейчас высказывают опасения, что это может повлиять на изменения в законодательстве, социальной политике, трудоустройстве (к примеру, если будет введен обязательный нейроимиджинг при приеме на какие-либо должности) и т.п.

Кроме того, при обследовании активности мозга (например, в чисто научных целях) могут обнаружиться данные о человеке, которые скрыты от него самого. Это может быть не обязательно патология, но просто неприятные для индивида его личные особенности или склонности, о которых он не знал (и предпочел бы не знать).

Определение эмоциональных состояний человека посредством функционального ядерно-магнитного резонанса (fMRI) может быть использовано для распознавания и выявления тех или иных индивидов с целью предупреждения террористических актов; в настоящее время ведутся разработки дистанционных fMRI-сканеров, которые могут быть пригодны в том числе для систем общественной безопасности (их можно будет устанавливать в местах скопления людей). Очевидный интерес технология fMRI имеет и для оборонных ведомств.

Скорее всего, тревоги общественности пока обгоняют реальные возможности нейроимиджинга. Немалый вклад в разогрев таких страхов вносит пресса. Кроме того, необходима действительно высокая надежность получаемых данных, чтобы их можно было использовать как свидетельства в суде или для других целей. Тем не менее растущие технические возможности нейроимиджинга заставляют уже сегодня обсуждать и анализировать моральные, социальные, политические следствия развития технологий неврoвизуализации.

Высказываются опасения, что развитие нейроимиджинга (и его внедрение в социальные практики) может породить новые формы дискриминации людей (или социальных групп), в данном случае — по различиям в функционировании мозга, тех или иных диагностируемых способностях и личностных свойствах и т.п. Соответственно, это приведет к ряду негативных социальных и культурных следствий.

С фундаментальной точки зрения развитие нейроимиджинга влечет весьма спорные следствия этической и метафизической природы, так как впервые дает беспрецедентную возможность выхода к традиционно закрытой реальности — к *сознанию других людей*.

Помимо того что это может породить радикально новые социальные практики в обществе, нейроимиджинг может привести к нарушению мно-

гих традиционных представлений и норм, посягая на приватность и автономию личности, создавая феномен открытого сознания, и в итоге — к постепенному формированию «общества людей с прозрачным мозгом».

### Ментальный энхансмент

В изучении биохимии мозга были достигнуты крупнейшие результаты, которые порой характеризуют как революцию нейромедиаторов. Выяснено, что определенная группа биохимических посредников — нейромедиаторов (серотонин, дофамин, норэпинефрин и др.) имеют фундаментальное значение для деятельности нервной системы. Их уровень и функционирование прямо выражаются в субъективном самочувствии, самооценке, эмоциях индивида и др. Тем самым перед нами начинает все больше вырисовываться структура той биохимической машины, которая является биологическим коррелятом ментальных состояний человека.

Уже сейчас психофармакология имеет на вооружении мощные средства, которые могут влиять на человеческое сознание (управлять настроением, поведением, вести к личностным изменениям). Очевидно, что раскрытие биохимии мозга и развитие средств влияния на нее влечет огромные следствия — социальные, культурные, политические и др.

На Западе напряженные дискуссии вызвали такие препараты, как риталин и прозак. Их потребление в последнее время приобрело массовый характер, а обсуждение социальных и этических проблем их использования уже стало хрестоматийным примером современных проблем нейроэтики.

*Риталин* — психотропный стимулятор, по структуре близкий наркотику кокаину, активно используется для лечения синдрома «дефицит внимания и гиперактивность» (ADHD), диагноз которого часто ставят слишком подвижным детям. Действие риталина — повышение внимания, улучшение способности сосредоточиться, легкая эйфория. Его широкое потребление стало государственной проблемой в развитых странах, особенно в США. Риталин имеет серьезные побочные эффекты, но есть заинтересованные группы, которые его защищают. Сложное социокультурное влияние риталина состоит в том, что он фактически стал средством медикаментозного решения проблем воспитания слишком подвижных детей. Причем многие подвергают критике сам синдром ADHD как социально сконструированное новое заболевание.

Антидепрессант *прозак* (повышающий уровень нейромедиатора серотонина) оказывает сложное воздействие, устраняя депрессию, снижая агрессивность, улучшая самооценку человека, повышая чувство собственной ценности. При этом отмечено, что он вызывает определенные личностные изменения (человек в некотором смысле становится другим — происходит некая перемена интересов, установок, ценностей). Препарат имеет немало побочных эффектов. В США чуть ли не каждый десятый (особенно женщины) принимают прозак или его аналоги.

Важно отметить, что прозак применяется (в том числе благодаря рекламе) фактически не только как лекарство для лечения психопатологии, но даже как средство решения жизненных проблем (таких как подчиненность, отсутствие решительности и уверенности в себе, карьерные неудачи и т.п.).

Развиваются психофармакологические препараты новых поколений. Их можно будет применять для создания нужного настроения, усиления памяти, повышения психологического комфорта и т.п. Так, препарат модафинил обеспечивает длительное бодрствование (можно не спать и быть активным долгое время); он уже нашел применение в армии США и НАТО. Его назначают военным, несущим дежурство, летчикам, выполняющим ночные полеты и т.п.

Вполне ожидаемо, что скоро общество получит возможность ментального микроменеджмента — ежедневного управления настроениями и психологическими состояниями. Проблема состоит в том, что новые психофармакологические средства могут использоваться не только для лечения заболеваний, но и для ментального энхансмента, т.е. достижения сверхнормы функционирования человеческого мозга. В итоге эти новые препараты, как ожидается, дадут человеку возможность действовать более эффективно за счет прямого воздействия на мозг с помощью психохимического допинга. Уже сейчас появился термин «косметическая психофармакология», отражающий эти новые возможности нейропрепаратов.

**Когнитивный энхансмент в США<sup>1</sup>.** Психофармакологические препараты все чаще используются для когнитивного энхансмента. Как правило, это применение назначенных врачом препаратов не по прямому назначению. Сюда входит прием психостимуляторов (для улучшения внимания и успехов в учебе), препаратов против сна, антидепрессантов (для улучшения настроения) и других лекарств.

По различным данным (на 2008 г.), от 5 до 35% студентов американских колледжей используют психостимуляторы (в частности, риталин); применение препаратов специально для целей когнитивного энхансмента (улучшения внимания, процессов учебы) студентами американских колледжей варьирует от 3,7 до 11%.

Результаты исследования, опубликованные в журнале *Nature* весной 2008 г., включают следующие данные (опрошено 1,427 респондентов): 288 человек (20%) признались, что использовали прописанные лекарства для целей когнитивного энхансмента, в том числе:

- около 12% использовали не по назначению риталин;
- около 8% принимают лекарства для немедицинских целей каждую неделю или ежедневно;
- примерно 69% считают, что вполне допустимо было бы «подкреплять» деятельность мозга с целью ментального энхансмента (при условии отсутствия явных побочных эффектов препаратов).

Другое перспективное направление нейротехнологии — внечерепная (транскраниальная) магнитная стимуляция мозга. Методы стимуляции уже сейчас начинают применять для лечения хронических болевых синдромов, купирования симптомов болезни Паркинсона; идут также исследования по лечению этими методами депрессии и других психопатологических состояний. Отдельной проблемой является безопасность этих новых методов, поскольку их долговременные эффекты пока не проверены в достаточной степени.

---

<sup>1</sup> См.: *Racine E. Pragmatic Neuroethics: improving treatment and understanding of the mind-brain.* MIT Press, 2010. P. 11–12, 122.

Кроме того, методы стимуляции мозга тоже (подобно психофармакологическим препаратам), как свидетельствуют оценки экспертов, можно будет применять для энхансента — для продления периода бодрствования, улучшения памяти, процессов обучения и других когнитивных функций.

Применение нейротехнологий с целью ментального энхансента размывает границы понятий «здоровье» и «болезнь», «норма» и «патология». Возникает множество социальных и культурных неопределенностей. Становится непонятно, где же подлинный человек, если его человеческие чувства и эмоции (такие, например, как грусть, тревога, вина, просто плохое настроение) можно «исправлять» лечебными средствами.

Особая проблема для этического контроля за исследованиями нейронауки состоит в том, что по ряду очевидных причин некоторые исследования в области новых нейротехнологий могут быть засекречены и закрыты для доступа общественности.

## **6.5. Наномедицина и нанозтика**

### **Понятие нанотехнологий и наномедицины**

Под нанотехнологиями понимают техники работы в диапазоне нанометрических масштабов (1–100 нм). Нанотехнологии считаются одним из ведущих, стратегически важных направлений XXI в. Сегодня эта отрасль бурно развивается. В ее развитие индустриальные страны вкладывают гигантские средства. Как ожидается, будущие нанотехнологии дадут возможность создавать молекулярные структуры с принципиально новой организацией (в том числе с особыми, наперед заданными свойствами — химическими, физическими, биологическими), например сверхпрочные, сверхчистые, теплоустойчивые, гибкие, биосовместимые и т.п. Ведутся также разработки по созданию наномеханизмов, способных действовать на атомном уровне.

Это будет иметь огромные приложения в различных отраслях (промышленности, связи, информатике, продовольственной сфере, военном деле, экологии, энергетике и других отраслях).

К примеру, проблема очистки окружающей среды могла бы быть решена на молекулярном уровне путем массового производства специальных уборочных наномашин и наномолекул, систематически связывающих и перерабатывающих отходы и вредные вещества.

Сам термин «нанотехнология» ввел в 1986 г. американский исследователь Э. Дрекслер. В своих работах он выдвинул проект молекулярной сборки необходимых микроструктур и микрообъектов как технологическую задачу для будущего. На самом деле разработки в сфере нанотехнологий представляют собой семейство довольно разнородных исследований — это химический катализ, эксперименты по созданию наномашин, микроэлектроника на молекулярном уровне, нанотехнологическое производство материалов и др. Нанотехнологическая сфера как одна из конвергентных технологий ярко демонстрирует интеграцию самых различных направлений науки и техники.

Рождение наноинженерии было связано с рядом технических достижений, в том числе с изобретением туннельного сканирующего микроскопа, который поддерживает прямое манипулирование на атомном уровне.

Серьезные исследования в области нанотехнологии (а также солидные инвестиции в нее) начинаются в конце XX в. В 1999 г. в США был опубликован официальный отчет Совета по национальной науке и технологии с выразительным названием «Нанотехнология: создавая мир атом за атомом»<sup>1</sup>. В 2001 г. правительством США была учреждена так называемая Национальная нанотехнологическая инициатива, имеющая межведомственный характер и призванная координировать и финансировать проводимые исследования в сфере нанотехнологии. Вслед за США многие страны начинают собственные исследования: Япония, Великобритания, Россия и др. Сегодня нанотехнологические разработки проводятся и в таких развивающихся странах, как Китай, Индия, Бразилия и Иран. Нанотехнологическая наука приобрела международный, глобальный характер.

Разумеется, нанотехнология имеет и огромное военное значение. Так, в США был создан специальный Институт нанотехнологий для военнослужащих (*Institute for Soldier Nanotechnologies*), который занимается проблемами обеспечения армии различными новейшими нанотехнологическими разработками (например, в области обмундирования, средств защиты, нейроэлектронных чипов для солдат и др.).

Приложения нанотехнологии к медицине тоже имеют фундаментальное значение. В настоящее время уже сформировался масштабный проект *наномедицины*. Американский исследователь Роберт Фрейтас сделал это название популярным благодаря своей одноименной работе (1999—2003), которая была первым крупным обсуждением потенциала приложений нанотехнологической науки в области медицины<sup>2</sup>.

**Наномедицина** — это систематическое использование достижений нанотехнологической науки для решения таких важнейших задач медицины, как диагностика, мониторинг, лечение, реабилитация, профилактика заболеваний, укрепление и улучшение здоровья и др., на основе специальных средств, взаимодействующих с организмом на молекулярном уровне.

Сфера применения нанотехнологии к медицине чрезвычайно широка. Среди таких приложений следует назвать:

- биологически высокосовместимые материалы (используемые для самых разных нужд);
- высокоспецифичные лекарства, разработанные на молекулярном уровне;
- специальные системы доставки лекарств в организм (например, микроконтейнеры, высвобождающие лекарства в точных дозах и в точное время);
- сверхчувствительные датчики состояния организма;

---

<sup>1</sup> Nanotechnology: Shaping the World Atom by Atom. Washington : National Science and Technology Council, 1999.

<sup>2</sup> См.: Freitas R. A. Jr. Nanomedicine. Vol. I : Basic Capabilities, Landes Bioscience. Georgetown, 1999 ; Freitas R. A. Jr. Nanomedicine. Vol. IIA : Biocompatibility, Landes Bioscience. Georgetown, 2003.

- введение наночастиц для клеточной диагностики;
- использование нанороботов для выполнения медицинских микроманипуляций внутри тела;
- прямые взаимодействия мозга и компьютера (*brain-computer interfaces*) за счет синтеза микросхем и нейронов на молекулярном уровне (уже имеются первые успешные попытки такого синтеза);
- тканевую инженерию на основе молекулярных нанокаркасов и многое другое.

Ряд разработок, которые можно отнести к наномедицинским, уже сейчас используются в медицинской практике, другие находятся в состоянии интенсивной разработки.

Потенциальный эффект наномедицинских разработок внушительен. В частности, ожидается, что наномедицина сможет глобально изменить возможности ранней и высокочувствительной диагностики заболеваний, способствовать значительному продлению жизни, создавать высокоспецифичные, индивидуализированные лекарства, повысить качество жизни пациентов, существенно снизить побочные эффекты лечения и возможности медицинских ошибок.

Наномедицина как масштабный научно-технический проект должна революционно изменить медицинскую науку и практику, создать новую эпоху медицины вообще.

Из книги Роберта Фрейтаса «Будущее наномедицины»<sup>1</sup>:

«Предельный инструмент наномедицины — это медицинский наноробот, т.е. робот размером примерно с бактерию, состоящий из множества механических частей молекулярного размера, своего рода аналогов макроскопических приводов, передаточных механизмов, зубьев и т.п., возможно, сделанных из алмазоподобных материалов. Нанороботу будут нужны двигатели, чтобы передвигать что-либо, а также “руки” для манипуляций и “ноги” для подвижности. Ему понадобится постоянный источник энергии, а также сенсоры и микрокомпьютер, чтобы руководить действиями. Но, в отличие от обычного робота, наноробот будет очень маленьким. Наноробот, который сможет путешествовать по кровотоку, должен быть меньше, чем эритроциты человеческой крови — он должен быть достаточно крошечным, чтобы проникать через самые мелкие капилляры человеческого тела. Медицинские нанороботы — это величайшая надежда на излечение заболеваний и увеличение продолжительности жизни.

При условии прилежных разработок, первых плодов такой продвинутой наномедицины в клиническом использовании можно было бы ожидать где-то в 2020-е годы».

### **Основные этические проблемы прикладных наномедицинских разработок**

Как и любая инновационная отрасль, развитие наномедицинских разработок создает новые неопределенности и проблемы. К основным этическим проблемам прикладных наномедицинских исследований следует отнести следующие.

<sup>1</sup> URL: <http://www.wfs.org/Dec09-Jan10/freitas.htm> (дата обращения: 15.09.2015).

**1. Проблема безопасности и контроля риска нанотехнологических средств.** Несмотря на бурное развитие наномедицины, данные о безопасности новых наномедицинских средств пока очень ограничены. Если наномедицинские средства предназначаются для *длительного* нахождения и действия в организме (наноматериалы, наночастицы, нанодатчики и др.), то крайне необходимым становится их исследование в *долгосрочном* периоде. Например, крайне важно знать, каков будет длительный эффект нанолекарств, проникающих в клетки организма.

Следует отметить, что имеющиеся положительные результаты пока проверены в краткосрочном режиме, а также преимущественно на здоровых добровольцах. Стремление ведущих компаний поскорее создать новые наномедицинские средства вполне понятно, тем более, что проведение долгосрочных исследований является технически сложным, а также довольно дорогим предприятием.

Однако из соображений безопасности следует тщательно проверять все возможные риски наномедицинских разработок. К сожалению, руководства и регуляторные механизмы по проверке и одобрению наномедицинской продукции (которые учитывали бы ее высокоинновационную природу и недостаточную базу знаний) пока недостаточно развиты.

Поэтому особо актуальным становится подробное информирование испытуемых, участвующих в наномедицинских исследованиях. То же самое касается информирования пациентов, которым предполагается назначить новые средства наномедицинского характера (например, наночастицы или наноматериалы). Несмотря на широкую разрекламированность таких разработок, врачи должны информировать своих больных об инновационной сущности наномедицинских вмешательств и о недостаточных знаниях о их долгосрочных эффектах.

**2. Экологическая безопасность.** Специфическая особенность нанопродукции — это возможность ее влияния на окружающую среду, ведь новые наноматериалы, наночастицы и другие нанообъекты при выделении в среду могут оказаться токсичными для организма человека и экологических систем. Например, они могут нарушить экологическое равновесие или вызвать заболевания (особенно при их накоплении и последующем попадании в организм с водой, воздухом и т.п.).

В свое время тревогу общественности вызвали прогнозы Э. Дрекслера (1986) о том, что созданные человеком самовоспроизводящиеся микроскопические нанороботы заполнят собой и разрушат окружающую среду: это так называемый сценарий серой массы (*gray goo*). Позже эти прогнозы были подвергнуты суровой критике и неприятию как надуманные и нереалистичные, что заставило самого Дрекслера сожалеть о высказанных им идеях.

Но, независимо от того, будут ли когда-нибудь созданы подобные самовоспроизводящиеся нанороботы, вредное экологическое воздействие может наступить просто от новых нановеществ, поступивших в окружающую среду, тем более если это вещества с какими-то уникальными, радикально новыми свойствами. Проблеме обеспечения экологической безопасности и регуляции новых разработок сегодня уделяется большое внимание

не только в наномедицинской этике, но и в этике нанотехнологической науки вообще.

**3. *Справедливость и доступ к благам.*** Отрасль наномедицинских разработок в существенной мере способна создать новые проявления несправедливости и неравенства в области здравоохранения; это можно прогнозировать уже сегодня. Высокая стоимость разработок в области наномедицины ведет и к высокой стоимости наномедицинских вмешательств на практике. Соответственно, это напрямую повлияет на проблему доступа к таким видам диагностики, мониторинга, лечения и т.п.

Вполне ожидаемо, что наномедицина станет элитной помощью, предназначенной только для избранных. Люди с низким доходом в развитых странах, а также подавляющее большинство людей в экономически бедных странах (а они составляют также большинство населения планеты) едва ли будут иметь доступ к благам наномедицины.

Ясно также, что высокую стоимость на наномедицинскую продукцию будут удерживать основные владельцы интеллектуальной собственности на нее — крупные компании (прежде всего транснациональные корпорации), в том числе за счет механизмов патентования. Поэтому сегодня говорят о том, что для снижения стоимости нанопродукции, возможно, потребуются какие-то существенные изменения в правовой регуляции наномедицинских разработок.

Таким образом, назревает еще одна сфера глобальной несправедливости: разрыв в использовании наномедицинских благ между странами, а также (в еще большей степени) — внутри стран. Поэтому необходимо заранее принимать меры для предупреждения такого обострения несправедливости, тем более что определенные достижения нанотехнологии могли бы способствовать существенному улучшению жизни людей в бедных странах (например, за счет улучшения качества питьевой воды, питания, окружающей среды, производства массовых средств предупреждения и лечения наиболее важных болезней с точки зрения общественного здоровья и др.).

Высокая стоимость наномедицинских разработок создает и такую проблему, как перераспределение ресурсов, когда значительные финансы уходят на элитные области исследований, в то время как остаются нерешенными острее проблемы общественного здоровья, актуальные непосредственно сейчас.

В итоге важнейшей проблемой является достижение баланса между долгосрочными и актуальными интересами медицины, а также между различными группами и слоями общества (бизнесом, учеными, пациентами, широкой общественностью и др.) для предотвращения нового витка несправедливости и неравенства в связи с разработками наномедицины.

Европейская комиссия в своей рекомендации о Кодексе поведения для ответственных исследований в области наноуки и нанотехнологии (2008) устанавливает необходимость так планировать исследования в области нанотехнологии, чтобы они преследовали максимально положительный результат для нужд широких слоев общества в целом.

**4. *Информационная безопасность.*** Подобно генетике и нейронауке, развитие наномедицины тоже может привести к появлению новых мас-

сивов информации о людях, создающих риски для конфиденциальности и приватности. Наномедицинские средства диагностики и мониторинга (например, внутрикорпоральные чипы, датчики и т.п.) будут способны производить большое количество информации об индивидах, которая в том числе может передаваться дистанционно, фиксироваться на внешних носителях, поступать в те или иные информационные системы, базы данных. Как она будет использована и кто будет иметь к ней доступ — все это остается сложным вопросом.

В связи с высокоинновационной природой таких источников информации могут потребоваться совершенно новые технические решения и механизмы по защите конфиденциальности.

### **Моральные проблемы наномедицины как фундаментального проекта**

Наномедицинские разработки еще находятся в начале пути. Многие тревоги и опасения общественности и биоэтиков пока преждевременны (если вообще реалистичны). Тем не менее наномедицина как масштабный меганаучный проект действительно вызывает ряд обоснованных опасений.

Успехи наномедицины приведут к существенному переосмыслению понятия «болезнь» и распространению идеи молекулярной патологии (восходящей к работам Л. Полинга) на уровень всего организма. Понимание природы и причин заболеваний на молекулярном уровне должно существенно изменить медицинскую науку и практику, но для того чтобы это в конечном счете принесло благо пациенту и обществу, потребуются значительный пересмотр фундаментальных представлений медицины и получение огромного множества новых знаний. Пока же диагностика тех или иных молекулярных аномалий (например, регистрация единичных патологических клеток в организме) может привести к негативным эффектам (например, к гипердиагностике заболеваний там, где их нет).

Наномедицинские достижения создадут обширную базу для энханс-мента. С расширением возможности корректировать те или иные состояния и функции организма на молекулярном уровне может произойти пересмотр самого понятия «медицинская помощь», а желания и предпочтения потребителей могут стать основой для принятия решений. Это тоже может привести к потрясениям фундаментальных основ медицины.

Специфическая особенность наномедицинского проекта в его предельном виде — это стремление к тотальному и прямому инструментальному контролю над организмом. Это не косвенный контроль через другие биологические структуры (как, например, контроль над организмом через гены, к чему стремится генетика), а контроль самый непосредственный, причем проводимый на фундаментальном (атомно-молекулярном) уровне и на постоянной основе, ведущий к своеобразной киборгизации жизни. Эти перспективы, пусть и отдаленные, уже сегодня вызывают у многих критиков серьезные опасения.

Наконец, следует иметь в виду, что нанотехнологические разработки могут быть использованы не только во благо человеку, но и с деструктивной целью. Причем добиться деструктивных эффектов, по-видимому, даже

легче. Например, на основе нанотехнологии можно создать новые виды опасных для человека веществ, которые легко распространять и которые способны причинить огромный вред. В связи с этим даже высказывают такое крайнее мнение, что нанотехнологию следует полностью запретить уже сейчас, на ранних стадиях ее развития.

В итоге все более актуальными становятся проблемы эффективного контроля за развитием наномедицинских технологий. Для этого необходимо междисциплинарное участие специалистов (включая биоэтиков, экологов, юристов, экономистов и др.), а также широкой общественности, для того чтобы снизить общественные тревоги, улучшить взаимное доверие в этой области, а также предотвратить действительные риски нанотехнологии для общественного блага и общественной безопасности.

## Практикум

### Контрольные вопросы

1. Что такое конвергентные технологии? Что относится к этой группе разработок?
2. В чем состоит различие более традиционной науки генетики и современной геномики?
3. Какими основными проблемами занимается нейроэтика?
4. В чем состоит проект наномедицины?

### Задания

1. Охарактеризуйте особенности генетической информации, значимые с точки зрения биоэтики.
2. Охарактеризуйте главные моральные проблемы разработок в области наномедицины.
3. Что представляет собой дилемма Коллингриджа? Какие следствия из этой дилеммы вы могли бы сформулировать?
4. Что представляет собой энхансмент как биоэтическая проблема?
5. Изучите Всеобщую декларацию о геноме человека и правах человека<sup>1</sup> (ЮНЕСКО, 1997).  
Какова цель прикладного использования результатов научных исследований, касающихся генома человека? Что говорится в Декларации в отношении возможности использования генома человека как источника извлечения доходов?

6. Изучите Международную декларацию о генетических данных человека<sup>2</sup> (ЮНЕСКО, 2003).

Что такое идентичность человека? Сводится ли она к генетическим характеристикам (и почему)? С какими конкретными целями могут собираться, обрабатываться, использоваться и храниться генетические и протеомные данные человека? Что такое

---

<sup>1</sup> URL: [http://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/declarations/human\\_genome.shtml](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/human_genome.shtml) (дата обращения: 15.09.2015).

<sup>2</sup> URL: [http://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/declarations/pdf/genome\\_decl1.pdf](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/pdf/genome_decl1.pdf) (дата обращения: 15.09.2015).

перекрестное сопоставление генетических данных (протеомных данных, биологических образцов) человека и как его следует производить?

7. Клиника при медицинском вузе использует технологии генетического тестирования для диагностики и оказания медицинской помощи своим пациентам. К руководству клиники обращаются представители одной из кафедр вуза с просьбой предоставить им получаемые в клинике генетические данные и биологические образцы для проведения собственных научных исследований. Кафедра гарантирует конфиденциальность при использовании этих данных.

Имеет ли право клиника предоставить кафедре генетические данные и биологические образцы своих пациентов?

8\*. «Прозрачный мозг». Развитие технологий нейроимиджинга в перспективе может привести к возможностям видеть сознание людей, проникать в их мысли, эмоциональные состояния и т.п.

Попробуйте провести мысленный эксперимент и продумать это направление развития технологии до далеко продвинутых стадий. К чему это приведет? Как это повлияет на сложившиеся системы ценностей и культурных представлений? Какие негативные социальные, культурные, политические и другие следствия это может иметь?

Могут ли быть введены какие-то этические ограничения, запреты на развитие и (или) применение технологий нейровизуализации, для того чтобы противодействовать прогнозируемым негативным следствиям? Какие этические регулятивы вы могли бы предложить?

Можно оформить результаты этого эксперимента в виде эссе.

9. В западных странах активно развиваются так называемые биометрические технологии — группа методов, позволяющих проводить идентификацию личности. К ним относятся сканеры отпечатков пальцев, рук, радужной оболочки глаз, идентификаторы лица и др. Например, работа сканера рук основана на уникальности комбинации длины пальцев руки у каждого человека.

Биометрические технологии используются прежде всего для регуляции доступа людей (к помещениям, компьютерам, банковским системам и др.), для обеспечения безопасности на транспорте, а также в различных государственных службах. Большую пользу биометрия может принести в борьбе с преступностью и терроризмом. Уже есть случаи поимки преступников на основе биометрических методов. Некоторые инновационные технологии биомедицины (например, нанотехнологии и техники нейровизуализации), как ожидается, при дальнейшем развитии тоже могут быть использованы для идентификации личности.

Вместе с тем продвижение биометрических технологий вызывает много споров. Уже было немало протестов от правозащитных организаций и активистов.

Какие вы можете назвать моральные проблемы, связанные с развитием и распространением биометрических технологий?

10. **Протеомика и биоэтика.** *Протеомика* — новое бурно развивающееся направление современных научно-медицинских исследований. Она является своего рода продолжением геномики и проекта «Геном человека». Протеомика — наука, которая изучает белки человеческого организма, включая их детальную структуру, функционирование, взаимосвязи, процессы их синтеза, патологические изменения и др. Это колоссальная работа, которая должна привести к созданию полного каталога белков человеческого организма, а также к глубокому пониманию их значения в жизненных процессах. Одним из следствий протеомики должно стать появление нового класса высокоэффективных лекарств, основанных на полученных знаниях.

В рамках исследований по протеомике сейчас идет активное накопление информации о человеческих белках. Однако с продвижением протеомики могут возникнуть и новые моральные проблемы.

Выполните самостоятельный обзор литературы по этой теме и подготовьте доклад или эссе на тему «Моральные проблемы протеомики».

## Кейсы

1. Гражданин А., проходивший обследование в диагностическом центре, согласился также сдать анализ на ДНК для участия в научных исследованиях. Он дал информированное добровольное согласие, которое было задокументировано. Полученные генетические данные предполагалось использовать в форме, позволяющей идентифицировать субъекта данных. Через некоторое время он поинтересовался у медицинских работников, каковы результаты исследования его ДНК. Но ему ответили, что эта информация конфиденциальна и не может быть ему предоставлена.

### *Задание к кейсу*

1. Проанализируйте эту ситуацию.

2. Пациенту, страдающему наследственным заболеванием и получающему помощь в больничном учреждении, предложили принять участие в научно-медицинском исследовании, которое ставило целью изучить генетические особенности различных популяций. Пациент дал информированное добровольное согласие, которое было задокументировано. От пациента были получены его генетические данные, причем их предполагалось использовать в форме, позволяющей идентифицировать субъекта данных (пациент об этом тоже был извещен и дал согласие).

Через некоторое время пациент изменил свое решение и потребовал вернуть ему полученные от него образцы или уничтожить их. Представители научного центра, где проводилось исследование, отказались это делать на основании того, что пациентом уже было дано письменное согласие, и он был обо всем предварительно информирован. Кроме того, возникла конфликтная ситуация с заведующим отделением, где пациент получает лечение. Заведующий заявил, что пациент своим поведением подрывает репутацию больницы.

### *Вопросы и задания к кейсу*

1. Проанализируйте эту ситуацию.

2. Должны ли работники научного центра выполнить требования пациента?

3. «Французская ДНК». Широкую известность получила история с «французской ДНК», особенно в связи с популярностью одноименной книги антрополога П. Рабинова<sup>1</sup>.

Пол Рабинов работал в 90-е гг. XX в. в качестве наблюдателя-антрополога во французском Центре по изучению полиморфизма человека (СЕРН). Это очень известная научная организация, сыгравшая огромную роль в развитии генетики и собравшая уникальную коллекцию генетических данных.

В своей книге Рабинов исследует случай обостренно эмоциональной общественной реакции на масштабный научный проект, связанный с генетикой. Этот случай, который произошел в 1990-е гг. во Франции, ярко отражает публичное восприятие проблем развития генетики, а также связанных с этим рисков использования генетической информации.

Участие СЕРН в совместном предприятии с США (с американской биотехнологической фирмой *Millenium*), в ходе которого предполагалось использовать богатую

<sup>1</sup> См.: *Rabinow P. French DNA. Chicago : University of Chicago Press, 1999.*

коллекцию ДНК, полученную от французских семей, вызвало во Франции бурную общественную реакцию неприятия. Правительство, пресса и с ними широкая общественность расценили эту совместную программу как продажу иностранцам французской ДНК, разбазаривание национального достояния, торговлю самой сущностью французского народа, предательство национальных интересов и т.п. В итоге проект оказался сорван. Сам Рабинов, правда, показывает, что эта история была не совсем спонтанной реакцией общества, и что за этим стояли в том числе довольно прозаические и корыстные мотивы политического и личного характера.

В то же время эта история демонстрирует, какое важное социокультурное значение приписывается генетической информации; никакие политические и корыстные мотивы не воплотились бы в такой шумный скандал без уже имеющейся социальной почвы. ДНК истолковывается в широком социокультурном контексте во многом как материальный эквивалент человеческой сущности. Это тем более значимо, когда дело касается крупных биобанков ДНК, доступ к которым может быть расценен как ключ к национальному генофонду и т.п.

История с французской ДНК поднимает множество вопросов.

#### *Вопросы и задания к кейсу*

1. Как вы относитесь к факту участия иностранных компаний в создании крупных (национальных) биобанков с образцами из данной страны?
2. Следует ли признать, что может существовать коллективное право собственности на общие генетические данные определенной группы людей (вплоть до национального уровня)?
3. Насколько обоснованы тревоги по поводу доступа «чужих» к «нашим» генам?
4. Подумайте, был бы более приемлемым с моральной точки зрения научный проект по исследованию крупных коллекций ДНК, если бы исследование проводилось государственными или некоммерческими организациями, а не фирмами, нацеленными на прибыль.
5. Как с точки зрения международных этических документов регулируется ситуация, когда сбор, обработка, использование и хранение генетических (протеомных) данных и биологических образцов проводятся в двух и более государствах? (*Подсказка:* см. Международную декларацию о генетических данных человека (ЮНЕСКО, 2003).)

*Примечание.* Отдельные вопросы можно вынести для группового обсуждения.

4. Планируется исследование активности головного мозга при решении определенных интеллектуальных задач, а также изменений этой активности с возрастом человека. В исследовании будет использована функциональная магнитно-резонансная томография. При исследовании активности мозга данным методом могут быть выявлены также патологические изменения. Тем не менее диагностика состояния мозга с медицинскими целями не входит в задачи настоящего исследования.

Набирается группа добровольцев из разных возрастных категорий. Очевидно, что чем выше возраст, тем более вероятно наличие патологии. При этом может возникнуть моральная проблема, говорить ли участникам эксперимента о выявленных патологических феноменах, тем более что полученные данные могут носить лишь предположительный характер.

#### *Задание к кейсу*

1. Продумайте, как составить стандартный вид информированного добровольного согласия на проведение такого исследования с учетом возможности обнаружения неожиданных эффектов.
5. Больной с упорным лечением туберкулеза получает лечение в клинике при научно-исследовательском институте, где разрабатывают новые высокотехнологичные

методы лечения. Больному предлагают экспериментальное лечение с использованием наночастиц как системы доставки антибиотиков. Ожидается, что это поможет преодолеть устойчивость возбудителя туберкулеза к лечению за счет специфических эффектов на молекулярном уровне, в том числе за счет целевой доставки антибиотика в локально высокой концентрации.

Данный метод уже применялся с обнадеживающими результатами, но все еще находится на экспериментальной стадии.

#### *Вопрос к кейсу*

1. О чем должны проинформировать пациента врачи, предлагающие ему данное вмешательство, с учетом инновационной сущности наномедицинских технологий?

**6. С. Самерски критикует генетическое консультирование<sup>1</sup>.** Немецкая исследовательница Силья Самерски изучала работу служб генетического консультирования беременных женщин в Германии. Итоги ее работы оказались несколько неожиданными и вызвали в Германии оживленные дискуссии, в которых участвовали как специалисты, так и широкая общественность. Приведем некоторые из критических замечаний Самерски.

Служба генетического консультирования должна помогать информированным решениям и самоопределению клиентов. Но вместо этого, как показывает Самерски, консультанты в ходе беседы путем использования специальных медицинских терминов и статистических данных систематически внушают женщинам чувство тревоги и растерянности. Консультация разрушает естественную связь женщины со своим ребенком; вместо этого возникает разговор об опасностях и рисках, аномалиях и болезнях.

После предварительных вопросов о семье, прежних родах и т.п. консультант обучает клиентку началам генетики, рассказывает ей о генах и хромосомах. Перечисляется ряд наследственных болезней с описанием их симптоматики и распространенности. Консультант говорит, что даже внешне здоровый человек может иметь предрасположенность к наследственной патологии, которая способна проявиться у его потомства. Это что-то типа своеобразного ритуала запугивания, в ходе которого клиентка должна серьезно задуматься о возможных небезопасных исходах беременности. Если, например, какое-то наследственное заболевание X имеет вероятность 0,8%, то: «Вам следует обратить внимание, что это имеет значение и для Вас».

Светлое настроение, чувство ожидания, естественные для беременной женщины, исчезают. Дальше, по правилам игры, женщине предлагают уменьшить неопределенность с помощью доступных возможностей дородовой диагностики.

Однако после прохождения тестирования, если результаты не показали ничего подозрительного, это еще не говорит ничего конкретного о здоровье будущего ребенка. Консультант может только утверждать, что ребенок будет «здоров, как средний ребенок». В итоге беременная женщина не получает от генетического консультирования ничего, кроме растерянности, смущения, чувства тревоги.

#### *Вопросы и задания к кейсу*

1. Как вы считаете, почему возникает такая ситуация, когда консультирование вместо помощи оказывает стрессующее воздействие на женщин?

2. Какие ошибки с точки зрения врачебной этики совершают консультанты?

3. Подумайте, как следовало бы более правильно проводить генетическое консультирование.

---

<sup>1</sup> См.: Samerski S. Die Freisetzung genetischer Begrifflichkeiten, oder: Wie die genetische Beratung zum Risikomanagement verpflichtet // Berliner Blätter. Ethnographische und ethnologische Beiträge 2002. № 29. S. 15–23.

7. Научная организация во время проведения эпидемиологических исследований собрала обширную коллекцию образцов крови. Через некоторое время она решила заняться генетическими исследованиями. Для этого ученые собираются извлечь генетические данные людей из имеющихся биологических образцов крови.

*Вопросы и задания к кейсу*

1. Требуется ли для этого согласие лиц, сдававших кровь?
2. Подумайте, что должен порекомендовать этический комитет в данной ситуации.

8. Планируется эксперимент с использованием функциональной магнитно-резонансной томографии головного мозга. Будет изучаться отношение людей к жестокости и, возможно, удастся выявлять склонность людей к жестокому поведению. Добровольцам будут показывать различные изображения, а также сцены из фильмов. Сюжеты изображений и фрагментов из фильмов — истязания и пытки людей. Кроме того, добровольцам будет предложено представить себя в роли мучителя, истязającego других людей. Одновременно будет исследоваться активность различных зон мозга.

В последующем планируется также сравнительное исследование в специально отобранных группах (сравнение между мужчинами и женщинами, этническими группами, людьми с разным образовательным статусом и др.).

Разумеется, в исследовании будут соблюдены все формальные требования, начиная с добровольного участия и получения информированного добровольного согласия.

*Вопросы и задания к кейсу*

1. Оцените моральную сторону эксперимента.
2. Должен ли, по вашему мнению, этический комитет одобрить этот проект?
3. Этот кейс можно обсудить коллективно.

## Глава 7

# БИОЭТИКА И ОБЩЕСТВО

---

После изучения седьмой главы студент должен:

**знать**

- сущность основных этических проблем справедливости в здравоохранении;
- основные этические концепции справедливости и проблемы их применения для решения практических проблем здравоохранения;
- сущность моральных проблем регуляции доступа пациентов к дефицитным ресурсам здравоохранения;
- историю развития и основные принципы работы этических комитетов;
- основные моральные проблемы общественного здравоохранения;
- основные задачи гуманизации медицины;

**уметь**

- применять моральные обязательства врачей, связанные с проблемами распределения медицинских ресурсов и благ;
- охарактеризовать значение гуманитарного образования для современной медицины;
- раскрыть понятие «социально ответственный бизнес» и его значение для частной медицины и медицинского бизнеса;

**владеть**

- навыками анализа проблем справедливости в здравоохранении;
  - принципами этической оценки программ и мероприятий общественного здравоохранения.
- 

### 7.1. Проблема справедливости в здравоохранении: теоретические основания

Проблема справедливости в здравоохранении имеет много проявлений. *Справедливость* — это:

- обеспечение всеобщего и равного доступа к качественной медицинской помощи;
- отсутствие дискриминации пациентов по возрасту, полу, расе, социальному статусу, месту проживания и др.;
- первоочередная забота о наиболее уязвимых членах общества; это возможность для каждого человека иметь хорошее здоровье и реализовывать свой потенциал;
- возможность для граждан участвовать в контроле за медицинской деятельностью, отстаивать и защищать свои права на охрану здоровья и медицинскую помощь.

Проблема справедливости в здравоохранении относится не только к имеющимся возможностям практической медицинской помощи, но и к развитию медицинской науки. Это означает, что люди, страдающие теми или иными заболеваниями, не будут «забыты» медицинской наукой, что их потребности будут предметом научных исследований, и что в итоге они тоже получат доступ к соответствующим научно-медицинским достижениям, которые позволят им выздороветь или улучшить свой статус здоровья.

Фундаментальная проблема справедливости в здравоохранении во многом сводится к проблеме *распределения ресурсов* здравоохранения.

### **Проблема справедливого распределения ресурсов здравоохранения**

Ресурсов систем здравоохранения не хватает на всех нуждающихся в медицинской помощи, откуда берут начало сложнейшие проблемы распределения ресурсов. Наиболее острый характер эти проблемы приобретают в отношении особо дефицитных медицинских ресурсов (лекарств, видов помощи), имеющих жизненно важное значение для пациента, для которых потребность намного превышает их количество.

В итоге возникает противоречие между этическим принципом «жизнь как ценность» (согласно которому врач должен стремиться сделать максимум возможного для блага своего пациента) и необходимостью выбирать, кто получит медицинскую помощь (и в каком объеме), а кто останется обделен. Но почему здравоохранение не может обеспечить всех нуждающихся необходимыми видами медицинской помощи (даже в наиболее развитых странах) и почему возникает резкое несоответствие между ресурсами и нуждами?

Среди основных (и во многом взаимосвязанных) причин существования дефицита медицинских ресурсов следует назвать следующие.

1. ***Сам прогресс медицинской науки и практики.*** Прогресс медицины ведет к появлению все более сложных и высокотехнологичных медицинских методов. Как правило, более развитые и сложные методы оказываются более дорогостоящими. Ограниченные технические и экономические возможности систем и служб здравоохранения не могут обеспечить всех нуждающихся наиболее передовыми и высокотехнологичными видами медицинской помощи.

В связи с этим стоит вспомнить, что исторически проблема распределения дефицитных медицинских благ была одним из первых источников формирования современной биоэтики как таковой. Так, в 60-х гг. XX в. в г. Сиэтле (США) появился первый (и единственный в тех условиях) аппарат диализа (искусственная почка). Для решения острейшей моральной проблемы выбора, кому из нуждающихся будет назначен спасительный диализ, была создана специальная комиссия, которую стали называть «божественным комитетом». Ее деятельность стала одним из первых примеров общественного обсуждения этических проблем медицины.

2. ***Экономическая политика государств в связи с ростом расходов на здравоохранение.*** Во всех развитых странах со второй половины XX в. начался бурный рост расходов на здравоохранение. Этот процесс практи-

чески повсеместно шел быстрее, чем экономический рост. Рост медицинских расходов сам по себе имел сложные причины. Вскоре стало понятно, что медицина становится настолько затратной сферой, что может привести к краху бюджет любого государства. В итоге развитые страны стали сдерживать рост расходов на здравоохранение специальными мерами. Такая политика, в свою очередь, стала создавать ограничения для обеспечения населения медицинскими услугами.

**3. Растущие запросы населения в развитых странах.** Вместе с общим экономическим и социальным развитием общества растут и ожидания от медицинской помощи со стороны населения, в том числе благодаря все большей доступности информации о медицинских средствах (через Интернет, сообщения в прессе и т.п.). В итоге пациенты стремятся получать наилучшую, наиболее качественную и дорогую помощь, что тоже постоянно увеличивает спрос на определенные виды медицинских услуг при невозможности государства их полностью обеспечить.

Проблема справедливого распределения обостряется также по причине общего демократического развития общества — люди в странах развитой демократии желают участвовать в принятии решений, отстаивают свои права и интересы. В том числе здесь проявляют активность различные особые группы (пациенты, их родственники, лица с ограниченными физическими возможностями и др.), настаивающие на более справедливом распределении медицинских благ. Требования равной доступности медицинской помощи, отсутствия дискриминации, справедливого отношения к пациентам, прозрачности в распределении ресурсов и т.п. все более политизируются.

Это представляет собой естественный процесс расширения и углубления демократии, в том числе в сфере охраны здоровья — одной из наиболее важных для жизни общества.

Следует заметить также, что фундаментальная проблема состоит не только в том, чтобы справедливо распределять медицинские ресурсы (и не только в том, чтобы их было достаточно много), но и в том, чтобы распределение и использование ресурсов происходили максимально *эффективно*. Системы оказания медицинской помощи повсеместно страдают от непродуктивных издержек, связанных с необоснованными медицинскими назначениями, медицинскими ошибками, повышенными расходами на содержание административного персонала и др. При неэффективном использовании ресурсов потребности населения так и не удовлетворяются, необходимые цели не достигаются (даже при объективных возможностях их достичь), а острота моральных проблем остается.

Выделяют микро-, мезо- и макроуровень распределения медицинских ресурсов.

*Микрораспределение* относится к индивидуальной деятельности врачей, вынужденных принимать решения по распределению ресурсов в своей повседневной практике. *Средний уровень (мезоуровень)* охватывает медицинские учреждения в целом как самостоятельные системы медицинского обслуживания, а также местные органы управления здравоохранением. *Макроуровень* — это решения по распределению ресурсов на уровне региональных и государственных органов управления здравоохранением.

## Этические теории справедливости

Существуют различные точки зрения по поводу того, что следует считать справедливым распределением медицинских благ. Это очень затрудняет практическое решение моральных проблем справедливости в здравоохранении. Среди основных теоретических подходов к проблеме справедливости можно назвать следующие:

- 1) либертарианский;
- 2) утилитаристский;
- 3) эгалитаристский.

1. **Либертарианский подход** основан на идеях максимальной *свободы* личности и минимального вмешательства государства. Сама постановка вопроса о том, что кто-то должен специально распределять медицинские блага, оказывается, с точки зрения этого подхода, в корне неверной. Государственное регулирование медицинской деятельности является вмешательством в личную свободу, в том числе это провоцирует все большую зависимость населения от системы медицинского обеспечения, а также бесконечный рост расходов на финансирование здравоохранения.

Наиболее справедливым решением проблемы было бы обеспечить членам общества свободу деятельности, при которой они могли бы сами выбирать, как им удовлетворять свои потребности. При этом, как считают либертарианцы (например, Р. Нозик), свободный и плюралистический рынок дает наилучшие возможности для каждого (разумеется, в условиях свободы, защищенной от насилия и ущемления прав других), поэтому частные формы предоставления медицинских услуг наилучшим образом служат распределению индивидуальных решений людей в отношении своего здоровья и медицинской помощи.

2. **Утилитаристский подход**, напротив, выступает за принятие специальных политических мер по регуляции медицинской деятельности. Эти меры должны оцениваться с точки зрения общего блага через полезность (см. параграф 1.3). Наибольшая справедливость имеет место тогда, когда достигается максимальная полезность для максимального числа людей. Результативные медицинские вмешательства, которые ведут к излечению от заболеваний или реабилитации, способствуют действительному повышению уровня здоровья людей и содействуют увеличению суммарного общественного блага.

С точки зрения утилитаристов, располагая ограниченными ресурсами, мы должны прежде всего стремиться распорядиться ими наиболее продуктивно, для чего следует избегать неоправданно высоких расходов, затрат на малорезультативные виды медицинской помощи и, наоборот, размещать ресурсы там, где обоснованно ожидается полезный результат для максимального числа людей.

В утилитаристском подходе справедливость сближается с идеей *эффективности*. Для решения конкретных задач здравоохранения утилитаризм использует специальные методики по анализу эффективности мероприятий системы здравоохранения: анализ «стоимость — эффективность» (*cost effectiveness analysis*), «стоимость — полезность» (*cost utility analysis*) и др.

3. В основе *эгалитаристского подхода* лежит идея *равенства*. Несправедливость возникает тогда, когда кто-то из членов общества не имеет доступа к медицинской помощи. Поэтому задача государства — обеспечить равный доступ к медицинской помощи для всех членов общества. Но как этого добиться и какие виды и объемы медицинской помощи следует сделать общедоступными, это отдельный вопрос, и здесь возникают различные точки зрения в русле общей эгалитаристской концепции.

4. Выделяют также еще один подход — *контрактуалистский*, который нередко рассматривают как одну из версий эгалитаризма. Он основан на широко известной концепции американского философа Джона Ролза («Теория справедливости», 1971), глубоко повлиявшей на современные обсуждения проблем справедливости.

Теория Ролза относится к философской традиции общественного договора, восходящей к работам философов Нового времени Т. Гоббса и Дж. Локка. Ролз считает, что справедливые принципы или решения — те, что приняты честно и беспристрастно. Для этого участники обсуждений должны представить себе условную ситуацию «занавеса неведения», когда никто из участников не знает свое реальное социальное и экономическое положение или другие качества, которые могли бы повлиять на принятие решения. В ситуации занавеса неведения достигаются необходимые честность и беспристрастность, на основе которых возможно принятие справедливых решений. Концепцию Ролза кратко обозначают тезисом «справедливость как честность».

Ролз выдвигает два основных принципа справедливости:

- 1) каждый человек должен иметь равные и максимально широкие права и свободы, совместимые с подобными правами и свободами для других;
- 2) социальные и экономические неравенства должны быть такими, чтобы от них ожидалось преимущества для всех, а доступ к должностям и общественным позициям был бы открыт всем.

Теорию Ролза применил к проблеме справедливости в здравоохранении Норман Дэниелс в ряде своих работ («Справедливое здравоохранение», 1985, и др.).

Н. Дэниелс полагает, что в справедливом обществе людям должны быть в том числе гарантированы возможности для охраны здоровья и получения медицинской помощи, поскольку проблемы со здоровьем нарушают базисное требование равенства возможностей, которое содержится в принципах Ролза. Ресурсы здравоохранения должны в первую очередь направляться на восстановление нормального функционирования людей и их участия в равных возможностях.

Концепция Н. Дэниелса — это попытка разработать теоретическую модель широкого общественного согласия (консенсуса) по поводу справедливой организации здравоохранения.

Н. Дэниелс утверждает, что в условной ситуации «занавеса неведения», когда люди не знают своих реальных физических и социальных условий, они должны были бы согласиться с таким распределением медицинских благ (и принять его как справедливое), которое могло бы поддерживать «нормальное функционирование» людей на некотором «типичном» для человеческого организма уровне в течение нормального хода всей жизни.

В последующем, развивая свои идеи и отвечая на критику, Н. Дэниелс пришел к выводу, что принципы справедливости требуют прежде всего исправлять социальные неравенства общества, которые являются главной причиной нездоровья. Кстати, один из докладов ВОЗ (2009) тоже посвящен влиянию социальных факторов на здоровье людей и проблеме социальной несправедливости, которая, как утверждается в нем, «убивает людей в массовых масштабах»<sup>1</sup>. Таким образом, у Дэниелса здоровье людей стало не условием для достижения большей социальной справедливости, а, наоборот, следствием социальных условий.

### **Трудности этических теорий справедливости в здравоохранении**

Разные этические теории, как мы видели, основаны на разных представлениях и разных идеях, отражающих ценность справедливости. Каждая из этих теорий сталкивается с собственными проблемами.

Среди рассмотренных этических подходов следует прежде всего отметить противостояние утилитаризма и эгалитаризма. Оно ярко демонстрирует различие понимания справедливого распределения в здравоохранении. С известной долей условности это различие можно охарактеризовать так. Утилитаризм ориентирован в большей степени на совокупную пользу для общества в целом, а не для отдельных индивидов, а эгалитаризм, наоборот, стремится защитить интересы *каждого* индивида (хотя бы в некоторой степени).

Эгалитаризм исходит из привлекательной идеи обеспечить равенство людей в доступе к медицинской помощи, исключить возможность того, что кто-то не будет иметь доступа к медицинским благам. Но как конкретно это сделать? Ведь при ограниченности ресурсов и необходимости сдерживать рост затрат на здравоохранение эта задача в сколько-нибудь удовлетворительном объеме недостижима.

В итоге в русле эгалитаристских концепций возникла идея разумного минимума медицинской помощи, который должен быть гарантирован *каждому* индивиду. Тем самым, как предполагается, была бы предотвращена несправедливость в доступе к медицинской помощи для нуждающихся людей при сдерживании роста расходов. Однако попытка найти критерий такого разумного минимума натолкнулась на множество трудностей.

Эти трудности следуют уже из многообразия потребностей в медицинской помощи и конкретных ситуаций. Как определить разумный минимум — как единый для всех, независимо от возраста, пола, особенностей заболевания или жизненной ситуации и т.п.? Или же разумный минимум должен меняться в зависимости от особенностей того или иного индивида? Должны ли мы ограничиваться только наиболее простыми и дешевыми вмешательствами или в разумный минимум должны входить также эффективные,

---

<sup>1</sup> См.: Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения. Соблюдение принципа справедливости в здравоохранении путем воздействия на социальные детерминанты здоровья. Заключительный доклад Комиссии по социальным детерминантам здоровья ВОЗ. М., 2009.

но дорогостоящие вмешательства (например, диализ или трансплантации)? Как определить разумный минимум для неизлечимых хронических болезней или для лиц с ограниченными физическими возможностями?

Немало возражений высказывают в адрес контрактуализма Ролза — Дениелса. Так, эта концепция отдает предпочтение восстановлению нормального функционирования, но при этом может возникнуть несправедливость в отношении тех, кто не способен его достичь. Далее, непонятно, что значит типичный для человеческого вида уровень, так как люди могут иметь значительные отклонения в своем физическом состоянии от усредненного понятия нормы. Как относиться к тому факту, что с возрастом способность нормального функционирования все более снижается, и как это отразить в справедливом обеспечении медицинской помощью в зависимости от возраста?

Утилитаристский подход тоже порождает множество проблем и поэтому многократно подвергался критике. В частности, его ориентация на пользу для общества в целом и на наиболее эффективное размещение ресурсов ведет к дискриминации определенных групп людей. Те, кто имеют более дорогостоящие потребности в медицинской помощи или же неизлечимые состояния, могут оказаться за бортом при распределении ресурсов. В итоге возникает опасность отказа в медицинском обеспечении для ряда уязвимых групп (тяжелобольные, престарелые, недееспособные и др.).

Либертарианский подход с его ориентацией на свободный рынок также не способен обеспечить доступ всех членов общества к медицинским благам, так как в условиях целиком рыночного распределения малоимущие люди лишены возможности свободно купить необходимые им услуги, а государство не вмешивается в эту ситуацию, чтобы не нарушать функционирования свободного рынка.

## **7.2. Проблема справедливости в здравоохранении: практические аспекты**

### **Основные системы здравоохранения и проблема справедливого обеспечения медицинской помощью**

Одна из функций государства — обеспечить граждан медицинской помощью. Для этого государство создает ту или иную систему организации здравоохранения. При этом вопросы справедливости, равенства, доступности, а также качества медицинской помощи имеют первостепенное значение. Среди основных системных механизмов предоставления медицинской помощи можно назвать следующие:

- 1) частная медицина;
- 2) рынок частного медицинского страхования;
- 3) обязательное медицинское страхование;
- 4) государственная медицина.

Каждая из этих систем имеет свои достоинства и недостатки. И при этом ни одна из них не решает приемлемым образом задачу справедливого обеспечения охраны здоровья и предоставления медицинской помощи. Рассмотрим их подробнее.

## Частная медицина

Выше (см. параграф 7.1) говорилось, что либертарианцы считают свободный рынок наилучшим способом регуляции медицинской деятельности, так как рынок обеспечивает максимальную свободу и самостоятельность принятия решений как системе здравоохранения, так и населению. Идею свободного рынка в медицине в высшей степени реализует система частной медицины. Государство в таких условиях лишь осуществляет общий контроль за медицинской деятельностью.

Однако свободный рынок в отношении медицинской помощи имеет массу ограничений. Здоровье и медицинская помощь резко отличаются от других видов товаров. Пациент как участник рынка не является совершенно свободным, самостоятельным и рациональным субъектом. Это связано с множеством причин. Зачастую он просто не имеет возможности спокойно и взвешенно принимать решения (в силу особенностей своего заболевания, экстренности ситуации, психологической уязвимости и др.). Кроме того, он не может компетентно судить о качестве медицинской помощи и выбирать наилучшие варианты: здесь имеет место так называемый феномен рынка с асимметрией информации.

В итоге больной легко может стать жертвой мошенничества и эксплуатации. Например, провайдеры медицинских услуг имеют возможность назначать необоснованное обследование и лечение, завышать цены на медицинскую помощь, ставить фиктивные диагнозы и т.п.

И, конечно, одной из наиболее фундаментальных проблем частной медицины является ее неспособность обеспечить *всех* граждан необходимой помощью, так как доступ к ней, а также объем и качество определяются финансовыми возможностями пациента, что создает проблемы для многих уязвимых групп населения.

### Рынок частного медицинского страхования

Одним из возможных способов несколько сбалансировать рынок медицинских услуг является механизм частного страхования. Здесь в игру вступает страховщик (страховая организация) как посредник между пациентом и медицинской системой.

В системе частной страховой медицины гражданин приобретает медицинскую страховку (полис) и регулярно выплачивает страховые взносы. Достоинством этой системы является то, что гражданин заранее защищен от непредвиденных медицинских расходов, а медицинское учреждение во время оказания услуг контактирует со страховщиком как надежным партнером-плательщиком (что повышает устойчивость работы медицинской системы).

К недостаткам можно отнести следующие.

Приобретение медицинской страховки доступно, опять же, далеко не всем, а только материально обеспеченным людям, поэтому система частного страхования обладает общим с системой частной медицины недостатком и не может охватить всех граждан. (Эта проблема ярко выражена, например, в США.)

Страховщик как участник рынка имеет собственные экономические интересы, его цели (прибыль) и цели пациента (здоровье) не совпадают. Страховщик стремится прежде всего к получению прибыли и будет изыскивать для этого самые разнообразные пути.

Так, страховщик не заинтересован в страховании заведомо больных людей (или лиц с высоким риском заболевания). Следствием оказывается дискриминация граждан — страховщики могут отказывать в страховании тем или иным категориям граждан (пожилым, женщинам, хронически больным, людям с избыточным весом и др.). Кстати, дискриминация на рынке страхования будет усиливаться с ростом возможностей генетического тестирования и выявления *генетического риска* индивидов и популяций.

Со своей стороны, более здоровые граждане (или те, кто считают себя здоровыми) могут избегать приобретения страховки, так как их страховые взносы фактически идут на медицинскую помощь другим, и они могут считать это несправедливым для себя.

Напротив, люди, знающие о своих рисках, будут стремиться приобрести страховку, скрывая от страховщика свое состояние здоровья. Это может привести к такому известному в страховом бизнесе феномену, как неблагоприятный отбор. Он состоит в том, что участниками страхового рынка становятся в первую очередь нежелательные для страховщика клиенты, в то время, как желательные (материально состоятельные и с низкой вероятностью наступления страхового случая) будут избегать страхования. Это придает неустойчивость всей системе частного страхования и может привести ее к финансовому краху.

### **Обязательное медицинское страхование**

Если участие всех граждан в системе медицинского страхования гарантировано государством, то это механизм *обязательного* страхования. Этим обеспечивается равный доступ населения к страхованию, но здесь же возникает ряд собственных проблем.

Прежде всего, обязательное страхование предполагает более глубокое вмешательство государства в медицинскую деятельность и в работу страховых организаций и уменьшение влияния рыночных факторов. Следствием становится ослабление стимулов для снижения издержек, повышения качества, конкурентной борьбы за потребителя медицинских услуг.

Со своей стороны, государство оказывается вынужденным вводить стандарты на цены, на объемы оказания медицинской помощи, на лекарства, в итоге возникают неизбежные ограничения на уровень качества медицинского обслуживания.

При обязательном страховании создается единый страховой фонд, из которого идет оплата расходов на медицинскую помощь. Здесь действует так называемый принцип социальной солидарности — богатый платит за бедного, здоровый — за больного. Однако не все люди могут счесть это справедливым для себя. Фактически здесь возникает система перераспределения доходов, в которой одни категории граждан выигрывают, а другие — проигрывают.

Кроме того, в зависимости от конкретных условий и правил работы страховых компаний, страховщики при обязательном страховании (как и при частном) тоже могут изыскивать всевозможные пути для реализации собственных интересов, т.е. для экономии на пациентах и перераспределения страховых денежных средств в свою пользу, что тоже не способствует справедливому обеспечению пациентов медицинской помощью.

## Государственная медицина

Казалось бы, система здравоохранения, обеспечивающая всех бесплатной помощью и полностью контролируемая государством, должна быть самой справедливой системой. В ней отсутствует рыночный механизм с его побочными эффектами, имеется всеобщий и равный доступ населения к медицинским благам, гарантированы права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь. Однако и здесь возникают свои недостатки, среди которых можно назвать следующие.

Прежде всего, надо понимать, что бесплатная медицина хоть и выглядит как некое несомненное социальное благо, на самом деле означает лишь особый механизм финансирования медицинской помощи. Бесплатного ничего не бывает — просто в данном случае платит не сам пациент напрямую, а государственно-бюрократические структуры (фонды, бюджеты), причем на взимаемые с населения налоги.

Полностью государственное обеспечение означает установление единого для всех уровня обслуживания, а с учетом необходимости контролировать издержки это ведет к повсеместным ограничениям на объемы, цены, качество медицинской помощи. Это может быть выгодно для малоимущих пациентов. Но если государственная система не предоставляет никаких дополнительных вариантов в виде частных услуг, это ущемляет интересы состоятельных граждан, которые способны и хотят оплачивать более высокое качество и более дорогие виды помощи. Возникает уравниловка, которую не могут признать справедливой все слои общества.

Для бесплатных медицинских учреждений характерны длинные очереди больных и другие издержки массового поточного обслуживания. В итоге многие пациенты будут стремиться улучшить медицинское обслуживание лично для себя, обращаясь к врачу по знакомству, платя медработникам деньги или даря подарки. Этим они стремятся сократить время ожидания, улучшить отношение к себе медицинских работников, получить более качественную помощь, добиться более комфортных условий и т.п. Тем самым создаются предпосылки для коррупции медработников и развития теневого бизнеса в государственной системе.

Наличие общедоступной бесплатной медицинской помощи приводит к тому, что у многих групп населения провоцируется менее ответственное отношение к своему здоровью. Там, где за все платит государство, многие люди будут склонны вести нездоровый образ жизни, легкомысленно относиться к своему здоровью.

Еще стоит отметить, что полное обеспечение медицинской помощью за счет государства порождает новые формы социального неравенства —

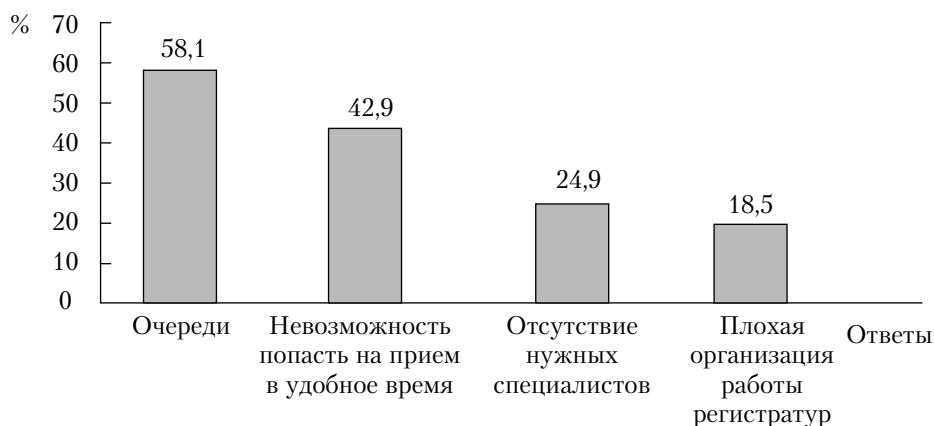
большой доступ к более качественной помощи получают чиновники и политики в зависимости от своего места в государственно-бюрократической иерархии. Они же имеют и возможности узаконить это положение дел. Это порождает целую систему специфических привилегий и льгот. Появляются всевозможные спецбольницы, закрытые медучреждения для элиты и т.п.

Иными словами, аналогом более дорогих услуг для богатых людей в частной медицине становятся более привилегированные виды медицинской помощи для избранных в государственной медицине.

### **Проблемы доступа к медицинской помощи в Российской Федерации<sup>1</sup>.**

Для России продолжает оставаться острой проблема территориального неравенства в обеспеченности медицинским персоналом между городом и селом. В сельской местности обеспеченность врачами почти в четыре раза ниже, чем в среднем по стране (1,2 на 1000 человек, проживающих в сельской местности), а сестринским персоналом — в два раза (5,5 на 1000 человек, проживающих в сельской местности). Это, конечно, снижает доступность качественной медицинской помощи в целом для сельских жителей и существенно влияет на состояние их здоровья.

Социологические опросы показывают, что российские пациенты недовольны многими негативными явлениями в медицинских учреждениях, связанными с недостаточной доступностью медицинского обслуживания. Результаты опроса в Вологодской области (2008) представлены на рис. 7.1.



*Рис. 7.1. Причины недовольства жителей Вологодской области медицинским обслуживанием, % опрошенных*

Жители области отдают предпочтение государственным медицинским учреждениям по причине их большей доступности, однако во многом это предпочтение оказывается вынужденным — в 2008 г. доступностью медицинской помощи были удовлетворены 47% опрошенных жителей области, 22% респондентов высказались отрицательно.

<sup>1</sup> *Шабунова А. А.* Здоровье населения в России: состояние и динамика. Вологда : Изд-во ИСЭРТ РАН, 2010. С. 251–252, 265–266.

## Проблема регуляции доступа пациентов к дефицитным ресурсам

Как определить на справедливой основе, кому из нуждающихся пациентов должно быть назначено данное медицинское вмешательство? Проблема становится тем острее, чем дефицитнее медицинское благо и чем больше пациентов претендуют на его получение. Доступ одних больных к данному благу — это одновременно отказ в доступе для других. На практике используются различные способы регуляции, но все они остаются неудовлетворительными с точки зрения справедливости и обеспечения равного доступа к ресурсам медицины.

Наиболее очевидный путь — это отбор тех пациентов, которые наиболее нуждаются в данном вмешательстве (критерий нуждаемости, или потребности). В этом случае проблема во многом сводится к выявлению и обоснованию жизненно важных показаний для назначения медицинского вмешательства, что суживает круг его потенциальных получателей. Данный принцип активно применяется на практике, причем с развитием строгих научных методов доказательства эффективности медицинских вмешательств его применение становится все более обоснованным для многих практических ситуаций.

Однако, к сожалению, этот критерий отбора не универсален. Одна из основных трудностей его применения состоит в том, что потенциальные кандидаты на медицинское вмешательство часто подлежат дальнейшему отбору с точки зрения различных оценок, например с точки зрения степени неотложности мероприятий (кто из пациентов может подождать и получить помощь позже), оценки степени страданий пациентов, объема требуемой помощи и др.

Другой часто применяемый способ — это критерий ожидаемой пользы (на котором, в частности, настаивают сторонники утилитаризма). В данном случае предполагается, что вмешательство должно быть назначено в первую очередь тем пациентам, которые получают реальную пользу от него. Действительно, если имеется дефицитный ресурс (например, гемодиализ), то имеет смысл использовать его для тех пациентов, которые в наибольшей мере выиграют от его применения.

Однако здесь имеются трудности. Далеко не всегда есть возможность четко отобрать больных с наиболее ожидаемой пользой от лечения. Это может быть связано, например, с тем, что оценка риска и прогноз для них могут быть иметь значительный уровень неопределенности.

Кроме того, данный критерий способен создать дискриминацию тех пациентов, кто менее выгадает от лечения (это, например, более пожилые или тяжелобольные), что явно несправедливо и противоречит общепринятым ценностям.

Добавим также, что критерий нуждаемости и критерий ожидаемой пользы, к сожалению, не всегда совпадают. Более того, они могут входить в противоречие. Легко представить ситуацию, когда больной с менее опасным состоянием получит больше пользы от данного дорогого препарата, чем более нуждающийся пациент, которому это лечение могло бы помочь больше, но с меньшей вероятностью успеха (из-за таких факторов, как возраст, сопутствующая патология и др.).

Следующий способ, широко используемый на практике для регуляции доступа к дорогим дефицитным вмешательствам, — это очередь (например, в виде так называемых листов ожидания). Очередь выступает как механизм уравнивания (или обеспечения равного доступа) на основе фактора случайности. Очередь ставит всех в равные условия, особенно если реализуется на принципах открытости, стандартизации и независимого контроля за соблюдением очередности.

Недостатки очереди — прежде всего, дискриминация тех, кто по ряду причин имеет более долгий путь для записи в лист ожидания (жители сельской местности, более отдаленных регионов; бедные; менее образованные группы людей и др.). Напротив, другие группы получают в этом отношении привилегии (жители столиц и др.).

К недостаткам очереди также надо отнести то, что пациенты, у которых патологический процесс развивается медленнее, получают преимущество в пользу перед теми, у кого болезнь прогрессирует быстрее, что противоречит принципу нуждаемости. Пациенты, у которых более быстрая динамика заболевания, дождутся своей очереди в более тяжелом состоянии (либо вообще не доживут).

К случайным механизмам уравнивания относится и способ лотереи, при котором кандидаты на медицинское вмешательство отбираются с помощью разного рода случайных процедур выбора с равновероятной для всех степенью успеха. Но этот способ подвергается существенной критике — прежде всего, уже с точки зрения того, насколько справедливым можно считать получение необходимой медицинской помощи в качестве приза для единичных счастливых случаев среди многих нуждающихся.

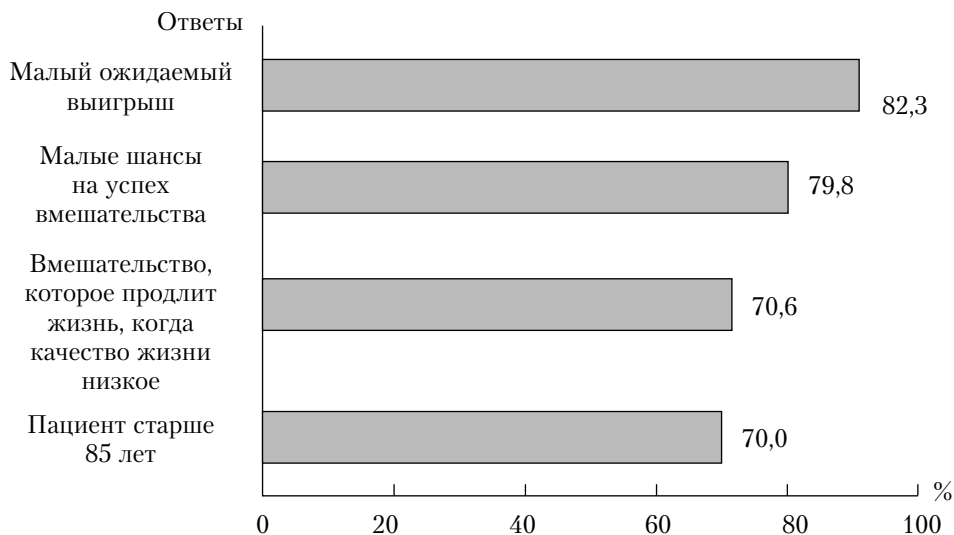
### **Врачебная этика и проблемы распределения на микроуровне**

Проблемы распределения ресурсов постоянно возникают в ежедневной практике врача в отношении конкретных пациентов. Врачи находятся в сложных условиях, поскольку административно-организационные нормативы их работы в медицинских учреждениях (включая прямые предписания руководителей) вынуждают врачей беречь ресурсы и экономить на больных. Это противоречит традиционным требованиям врачебной этики, согласно которым врач должен защищать интересы каждого пациента и стремиться предоставить ему наилучшую помощь.

Например, такие ситуации возникают, когда врач не назначает больному необходимого ему более дорогого (и более качественного) лечения или обследования. Или, скажем, в целях избегания возможных конфликтов врач скрывает от пациента то, что в данной ситуации существует более эффективное и дорогостоящее вмешательство. Здесь фактически врач злоупотребляет незнанием пациента, а также его доверием. Кроме того, врачу также часто приходится лично принимать решения, кому достанется больше, а кому меньше необходимой помощи, тем самым осуществляя дискриминацию больных на уровне медицинского учреждения.

**Участие врачей европейских стран в распределении ресурсов на микроуровне<sup>1</sup>.** В международном исследовании принимали участие врачи общей практики из Норвегии, Швеции, Великобритании и Италии (всего 656 участников в возрасте от 28 до 82 лет, средний опыт практической медицины — 25 лет).

Большинство участников (82,3%) выразили некоторую степень согласия с процедурами распределения на микроуровне (*bedside rationing*), а чуть больше половины сообщили, что они принимали участие в таких процедурах (56,3%). Наиболее частые критерии для ограничения в предоставлении помощи (рис. 7.2):



**Рис. 7.2. Причины ограничения предоставления медицинской помощи**

Таким образом, нередкое участие врачей в микрораспределении было выявлено во всех странах, где проводилось исследование. Экономия на нежелательных пациентах состояла в меньшем уделении им времени, а также в отказе от назначений им различных лекарств, дорогостоящих диагностических и лечебных процедур.

Такие ситуации аморальны с точки зрения врачебной этики, и преобладающая точка зрения в обсуждениях этой проблемы состоит в том, что экономия на пациентах, манипуляция ими и проведение отбора среди пациентов на рабочем месте — это угроза самой медицинской профессии и подрыв доверия пациентов и общества к врачам.

Тем не менее такая проблема реально существует, и на нее нельзя закрывать глаза. Моральные обязательства медицинской профессии требуют всегда защищать интересы пациентов, в том числе не допускать нечестности и манипулирования в отношениях с больными. Врач всегда должен защищать интересы больного, а не третьих лиц (страховщиков, администраторов и др.).

По крайней мере, у него всегда есть определенные возможности: не скрывать от пациента информацию о других вариантах лечения, про-

<sup>1</sup> Prevalence and determinants of Physician bedside rationing: Data from Europe / S. A. Hurst [et al.] // Journal of General Internal Medicine. 2006. № 21 (11). P. 1138–1143.

информировать его об альтернативных путях доступа к необходимым ресурсам, соотношении стоимости и эффективности различных вариантов медицинской помощи и др.

Кроме того, врачи вполне могут и должны участвовать в различных публичных процедурах, политических мероприятиях, направленных на решение проблем справедливости предоставления медицинской помощи.

Добавим также, что существуют и другие особые ресурсы медицинской помощи, которые зависят только от деятельности самого врача, и здесь особенно недопустимы дискриминация и создание ситуаций дефицита. Речь идет о таких ресурсах, как уважительное отношение и внимание к больному, полноценное информирование и получение добровольного согласия, равное отношение к пациентам независимо от возраста, пола, расы и т.п. Между тем реальная практика показывает, что и здесь врачи часто проводят своеобразную микродискриминацию больных.

К примеру, в исследовании Д. Ротера и соавторов (1997) было выявлено, что врачи склонны применять более «научный» стиль общения с такими группами пациентов, как пожилые, тяжелобольные, с более низким материальным положением, а для более привлекательных пациентов используют более открытые, ориентированные на потребителя стили (создающие большую удовлетворенность пациентов)<sup>1</sup>. Тем самым врачи практикуют более научный стиль как способ дистанцирования от пациента, не желая более глубоко вовлекаться в процесс предоставления помощи. Это пример недопустимой микродискриминации, зависящей только от самих врачей.

### **Проблемы справедливости и необходимость общественного участия**

Ввиду исключительной сложности проблем справедливости в здравоохранении решение конкретных вопросов о распределении ресурсов не может быть делегировано только администраторам, политикам или органам управления здравоохранения. В первую очередь это касается распределения на макроуровне.

Только участие общества может обеспечить более высокий уровень справедливости принимаемых решений. Под участием общества понимается взаимодействие различных сторон — органов власти, специалистов из разных областей (таких, как право, экономика, биоэтика и др.), а также различных общественных организаций, прежде всего правозащитных и пациентских, а также, разумеется, медицинских ассоциаций, поскольку медицинское сообщество, обладая необходимыми профессиональными знаниями, способно внести важнейший вклад в прояснение и решение этих проблем.

Таким образом, поскольку в вопросах этики и конкретных проблем справедливости в здравоохранении не существует единого убедительного подхода, то обсуждение и выработка решений этих проблем во многом сдвигается к так называемому «процедурному» консенсусу (согласию).

---

<sup>1</sup> См.: The patient — physician relationship: Communication patterns of primary care physicians / D. Roter [et al.] // Journal of American Medical Association. 1997. № 277. P. 350—356.

Под термином «процедурный консенсус» понимается достижение общественного согласия по поводу того, насколько легитимны сами процессы обсуждения и решения проблем справедливого распределения ресурсов (и справедливости в здравоохранении вообще). Здесь первостепенную важность приобретают такие вопросы, как насколько открытым и прозрачным для общественности является процесс обсуждения и решения проблем, насколько он демократичен, пользуется ли он доверием общества, насколько представлены в нем различные группы общества и стороны, заинтересованные в решении конкретной проблемы.

На основании изложенного можно сделать следующие выводы.

1. Не существует единой и убедительно обоснованной этической теории справедливости, которая могла бы быть основой для решения моральных проблем справедливости в здравоохранении.

2. Проблема распределения дефицитных медицинских ресурсов будет существовать всегда; ее невозможно решить увеличением расходов на нужды здравоохранения.

3. Проблемы организации справедливой системы здравоохранения исключительно сложны. Система бесплатной государственной медицины сама по себе не способна их решить. В связи с этим идет постоянный поиск и развитие новых форм организации здравоохранения.

4. Проблемы справедливости и равного доступа в здравоохранении подлежат честному и открытому обсуждению, их нельзя скрывать или игнорировать.

5. В связи с проблемой распределения дефицитных ресурсов врачи находятся сегодня в сложных условиях работы, но их моральные обязанности состоят в том, чтобы наилучшим образом защищать интересы пациентов, не допускать дискриминации больных, а также участвовать в публичном обсуждении и решении проблем справедливости в здравоохранении.

6. Обсуждение и решение проблем справедливости в здравоохранении должно проходить на основе легитимных процедур, с широким участием общества и его различных групп; важнейшую роль в этом должны играть медицинские профессионалы.

### **7.3. Этические комитеты и этическое консультирование**

#### **История развития этических комитетов**

Этические комитеты, играющие сегодня важнейшую роль в разрешении моральных проблем медицинской науки и практики, впервые появились в США в 60-е гг. XX в. Первая официальная судебная ссылка на этический комитет была связана со знаменитым делом Карен Квинлан в 1976 г. в штате Нью-Джерси, когда в судебном решении было указано в качестве обоснования в том числе «одобрение больничного этического комитета».

Первые этические комитеты в США в 1960-е гг. были очень немногочисленны, в их состав входили, как правило, сами медицинские работники.

В 1970-е гг. возникает целое движение, связанное с бурным развитием этических комитетов в США, а позже и в европейских странах. Постепенно состав этических комитетов стал междисциплинарным — как правило, в этический комитет входят не только медицинские работники (хотя они обычно преобладают), но и юристы, биоэтики, социальные работники, правозащитники, религиозные деятели и др.

Развитие этических комитетов стало важнейшим проявлением *институционализации* биоэтики, т.е. формированием нового социального института, благодаря чему биоэтика из академической дисциплины превратилась в практическую отрасль.

Существенным стимулом для развития этических комитетов в западных странах стали два официальных постановления. Во-первых, это решение американского *Department of Health and Human Services* от 1974 г., согласно которому все научно-медицинские исследования с участием людей должны в обязательном порядке получать одобрение этических комитетов. Во-вторых, это постановление Совместной комиссии по аккредитации учреждений здравоохранения (ЖСАНО — *Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations*) от 1992 г., обязывающее каждый американский госпиталь для аккредитации иметь структуру по решению этических проблем. В итоге и исследовательские организации, и больничные учреждения оказались сами заинтересованы в том, чтобы их деятельность была под контролем этических комитетов.

В настоящее время комитеты по оценке научно-исследовательской деятельности (в США они называются наблюдательными советами учреждений, IRB — *Institutional Review Board*) и больничные комитеты остаются основными направлениями деятельности этических комитетов.

В России этические комитеты стали развиваться с 1987 г. Вначале были созданы комитеты национального уровня (Национальный комитет по биоэтике РАН, Комитет при президиуме РАМН, Комитет при РМА и др.). Сегодня в нашей стране действует множество этических комитетов различного уровня, но в целом общий уровень развития этических комитетов отстает от западных стран. В основном у нас преобладают исследовательские комитеты по этике.

### **Виды этических комитетов**

В настоящее время этические комитеты имеют разную структуру и направленность и занимаются очень разнообразными вопросами. В 2000-х гг. ЮНЕСКО опубликовало серию руководств по созданию и развитию этических комитетов. Согласно этим изданиям, к основным разновидностям этических комитетов следует отнести следующие четыре вида:

1) комитеты по разработке политики и рекомендаций в области науки и здравоохранения, которые способствуют развитию института биоэтики на государственном уровне, в основном в отношении законодательства по инновационным вопросам медицинской науки (например, в области исследований стволовых клеток и клонирования) и организации широких общественных дискуссий;

2) комитеты профессиональных ассоциаций медицинских работников, которые, прежде всего, защищают интересы медицинского сообщества, а также разрабатывают этические кодексы медицинских работников и решают конкретные этические проблемы здравоохранения;

3) комитеты при медицинских учреждениях (больничные комитеты), осуществляющие контроль за практической медицинской деятельностью и занимающиеся этическими проблемами медицинской помощи;

4) исследовательские комитеты, которые занимаются регуляцией научно-медицинской деятельности (прежде всего, защитой интересов испытуемых, участвующих в исследованиях), а также расследованием случаев недобросовестных исследований или недобросовестного поведения исследователей.

Этические комитеты могут работать на разных *уровнях*: национальном, региональном, местном.

Национальные комитеты занимаются наиболее фундаментальными вопросами по разработке политики в области медицинской науки и практического здравоохранения (в том числе готовят различные рекомендации для правительственных органов). Региональные комитеты работают над биоэтическими проблемами регионального уровня и, соответственно, дают рекомендации региональным органам власти. Местные (локальные) комитеты участвуют в обсуждении и оценке конкретных научно-исследовательских проектов (исследовательские) или решении моральных проблем практической медицинской помощи (больничные).

### Принципы и особенности работы этических комитетов

Сама идея работы этических комитетов во многом связана с современной идеологией *демократического либерализма*, согласно которой моральные проблемы должны обсуждаться и решаться в ходе свободного демократического процесса, в котором представлены точки зрения различных участников того или иного конфликта.

К основным принципам деятельности этических комитетов можно отнести следующие.

1. **Независимость.** Этические комитеты не должны возглавляться врачами; они представляют собой независимые структуры для обсуждения и решения моральных проблем медицинской науки и практики. В их составе должны быть представители других профессий, а также широкой общественности. Этические комитеты не должны иметь заинтересованности в исследованиях, прибыли медицинского учреждения и т.п.

2. **Междисциплинарность.** Этические комитеты призваны решать сложные моральные проблемы медицины, находящиеся на стыке с множеством других отраслей (юриспруденции, экономики, религии, психологии, культурологии и др.). Поэтому участники этического комитета должны принадлежать к разным областям деятельности и иметь опыт междисциплинарных дискуссий.

3. **Прозрачность** (транспарентность). Деятельность этического комитета, по определению, носит открытый, публичный характер. В том числе

это означает открытый доступ к информации о составе этического комитета, процессах и результатах его работы. Решения этического комитета не могут быть конфиденциальными.

4. **Плюрализм.** Этический комитет должен в своей деятельности рассматривать различные точки зрения и учитывать разнообразие возможных мнений и суждений. Это достигается как разнообразием состава его участников, так и специфическим опытом их работы.

С некоторой долей условности выделяют две модели деятельности этических комитетов — американскую и европейскую. *Американская модель* представляет собой более официальный, законодательно закрепленный способ работы, в том числе наличие запретительных полномочий для исследовательских проектов в случае их несоответствия тем или иным моральным требованиям. *Европейская модель* имеет более неформальный стиль деятельности, в этом случае этические комитеты создаются на общественных началах и их решения имеют лишь рекомендательный характер.

Работа этических комитетов основывается на ряде международных документов, начиная с Нюрнбергского кодекса. Ключевым моментом для институционализации этических комитетов стала Хельсинкская декларация, одно из положений которой устанавливало, что планируемые эксперименты на людях должны быть предварительно одобрены специально созданной независимой комиссией, которая должна рассмотреть предполагаемый проект и оценить его этические аспекты.

В настоящее время деятельность этических комитетов становится все более структурированной. В частности, этические комитеты используют в своей работе так называемые «стандартные операционные процедуры» (SOP — *Standard Operatinn Procedures*), в которых закреплены необходимые формальные компоненты. Каждый этический комитет должен разработать собственный комплекс SOP в зависимости от конкретных условий работы.

Далее мы кратко рассмотрим два наиболее значимых направления работы этических комитетов — оценку научно-исследовательской деятельности и работу больничных комитетов.

### **Исследовательские комитеты**

Этическая оценка и контроль за научно-медицинскими исследованиями традиционно является важнейшим направлением работы этических комитетов. Состав исследовательских комитетов значительно варьирует в зависимости от местных условий работы. Обычно в исследовательский комитет входят от 10 до 20 участников (как правило, представителей медицинского сообщества, смежных профессий, а также широкой общественности).

Учитывая масштаб и количество проводимых научно-медицинских исследований в современном мире, роль исследовательских комитетов все больше возрастает.

Исследовательские комитеты решают множество вопросов, связанных с научно-медицинскими проектами, в том числе не только с исследованиями с участием людей, но с недавнего времени — и в отношении гуманного обращения с лабораторными животными.

В 2000 г. ВОЗ предложила Стратегическую инициативу по созданию возможностей для этической экспертизы (SIDCER — *Strategic Initiative for developing Capacity for Ethical Review*), в рамках которой была проделана огромная работа по объединению исследовательских комитетов в единую сеть и стандартизации их деятельности. В частности, деятельность SIDCER выразилась в издании ряда важнейших нормативных документов, регулирующих функционирование этических комитетов. К этим документам относятся такие, как Руководства для работы комитетов по этике, проводящих экспертизу биомедицинских исследований, Руководства по изучению и оценке практики этических обзоров и Стандартные операционные (рабочие) процедуры деятельности комитетов по этике.

### **Больничные комитеты**

Состав и численность больничных этических комитетов также разнообразны. Чаще всего больничный комитет включает от 15 до 25 участников. В их числе медицинские специалисты (как правило, их большинство), администрация медицинского учреждения, юристы, правозащитники, общественные деятели, а также представители пациентов или пациентских организаций.

К стандартным функциям больничных комитетов относятся анализ конкретных случаев из медицинской практики, разработка руководящих принципов и политики медицинского учреждения, а также образовательная работа среди медицинского персонала по вопросам этики и права.

Однако сегодня деятельность больничных комитетов отличается значительным разнообразием: к современным направлениям работы госпитальных комитетов следует добавить, например, урегулирование разнообразных споров (в трудовом коллективе, а также между пациентами и медицинским учреждением), участие в общественных дискуссиях по актуальным вопросам биоэтики, реализацию различных социальных проектов на местном уровне, развитие пациентских организаций и помощь в их деятельности, участие в реформах здравоохранения и др.

### **Проблемы этических комитетов**

Несмотря на широкую распространенность этических комитетов в развитых странах, существует множество проблем в отношении самой идеи этического комитета и конкретной реализации его работы.

К этим проблемам следует отнести:

- недостаточно разработанную нормативно-правовую базу, регулирующую их статус и условия работы;
- недостаточную подготовленность участников этического комитета (даже в развитых странах, как правило, сотрудники этического комитета в своем большинстве не имеют подготовки в области академической биоэтики, а лишь используют некий практический опыт решения конкретных проблем);
- слабые связи с общественностью;
- частую неспособность моральной оценки и взвешенных суждений в сложных клинических случаях;

- формальный подход к работе;
- по-прежнему неприязненное отношение медицинского сообщества к их деятельности (и даже откровенную враждебность).

Кроме того, этические комитеты, как показывает практика, стали страдать бюрократизацией стиля работы, в то время как от них требуется гибкость и инновационный потенциал.

Поэтому перспективы этических комитетов как самостоятельного социального института, несмотря на их крайнюю важность для решения моральных проблем медицины, а также развития биоэтики в целом, остаются недостаточно ясными и во многом будут зависеть от дальнейшего развития медицинской науки, практического здравоохранения и демократических процессов в современном обществе.

### Этическое консультирование: модели и подходы

Этическое консультирование — одно из направлений деятельности этических комитетов. Согласно широко известному определению, **этическое консультирование** — это «услуга, предоставляемая индивидом или группой, призванная помочь пациентам, их родственникам, представителям, а также работникам здравоохранения или другим участвующим сторонам в преодолении неопределенности или конфликта в связи с ценностными проблемами здравоохранения»<sup>1</sup>.

Этическое консультирование должно помочь заинтересованным сторонам в прояснении сути и разрешении морального конфликта. Этические консультанты выступают как независимые эксперты, способные проанализировать ситуацию и предоставить необходимую информационную и аргументативную поддержку.

**Проблема этической компетентности врачей**<sup>2</sup>. Одно из международных исследований было посвящено проблеме того, как врачи оценивают свою этическую компетентность и использование этического консультирования. В исследовании были опрошены врачи из Италии, Норвегии, Швеции и Великобритании (всего 656 участников в возрасте от 28 до 82 лет, средний опыт практической медицины — 25 лет) (рис. 7.3).

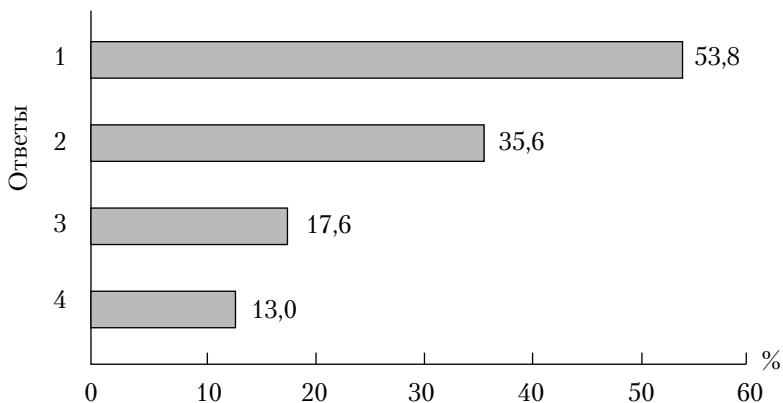
Ответы врачей показывают явную недостаточность знаний в области этики, а также малое использование такого ресурса, как этическое консультирование в современной клинической практике.

Наиболее частые ответы врачей об этических затруднениях в своей клинической практике:

- работа с пациентами с затруднениями или отсутствием способности самостоятельного принятия решений — 94,8%;
- разногласия среди участников системы медицинской помощи — 81,2%;
- ограничение лечения в терминальных состояниях — 79,3%.

<sup>1</sup> Core Competencies for Ethics Consultation: The Report of the American Society for Bioethics and Humanities. Glenview, IL : American Society for Bioethics and Humanities, 1998. P. 3.

<sup>2</sup> Ethical difficulties in clinical practice: experiences of European doctors / S. A. Hurst [et al.] // J. Med Ethics. 2007. № 33 (1). P. 51–57.



**Рис. 7.3. Оценка врачами своей этической компетентности и ее использования:**

1 — в некоторой мере уверены в своих познаниях по этике; 2 — проходили курсы по этике во время основного медицинского обучения; 3 — имели доступ к этическому консультированию по конкретным случаям; 4 — когда-либо пользовались возможностями этического консультирования

Как правило, этическим консультированием занимаются члены этических комитетов, однако имеются и независимые индивидуальные консультанты, которых пока довольно мало. Этическими консультантами в развитых странах выступают чаще всего врачи, но также эти функции выполняют специалисты-биоэтики, философы, священники, юристы.

Формат этического консультирования варьирует в зависимости от конкретных обстоятельств. Выделяют следующие три основные модели этического консультирования: индивидуальную, модель малой группы и консультирование силами целого этического комитета. Каждая из этих разновидностей имеет собственные достоинства и недостатки.

Индивидуальное консультирование применяется, прежде всего, в экстренных случаях. Его преимуществами являются высокая мобильность и сравнительно быстрый процесс работы. К отрицательным чертам относятся подверженность субъективным мнениям и пристрастиям. От индивидуального консультанта требуются владение большим объемом междисциплинарных знаний, опыт работы, умение быстро действовать и принимать на себя ответственность за вынесенные суждения.

Групповое консультирование силами комитета отличается такими достоинствами, как наличие широкого базиса для оценок и суждений, возможность междисциплинарных взаимоотношений, получение взвешенных результатов. Однако групповое консультирование не подходит для ситуаций, где требуется быстрое решение проблемы. Типичны организационные трудности (так как необходимо собрать вместе всех членов комитета и обеспечить их взаимодействие, для чего требуются соответствующие ресурсы), ответственность среди участников размывается, сам процесс обсуждения может затянуться, в том числе могут возникнуть неразрешимые разногласия или затяжные дебаты.

Малые группы могут использоваться с разными составами в зависимости от конкретной ситуации. При этом могут быть подобраны эксперты, которые имеют специализированные знания, соответствующие данному случаю, и способны взять на себя ответственность за вынесенное суждение. Преимущество малых групп состоит в том, что здесь достигается более быстрый процесс организации и работы, чем при деятельности целого этического комитета. Однако малые группы способны принимать более взвешенные и сбалансированные решения, чем индивидуальные консультанты.

Но малые группы пригодны только для не очень сложных случаев моральных конфликтов. Кроме того, возможна субъективность принятия решения, связанная с малым количеством членов (особенно если работает какой-либо постоянный состав участников). В некотором смысле формат малых групп является наиболее практически эффективной, и в большинстве случаев — оптимальной, моделью этического консультирования.

Опыт США показывает, что использование малых групп предпочитают в большинстве медицинских учреждений, на втором месте находится консультирование на уровне этического комитета, на третьем — индивидуальное.

Конечная цель этического консультирования еще не получила общего признания. Существуют три основных подхода к этическому консультированию (рис. 7.4).

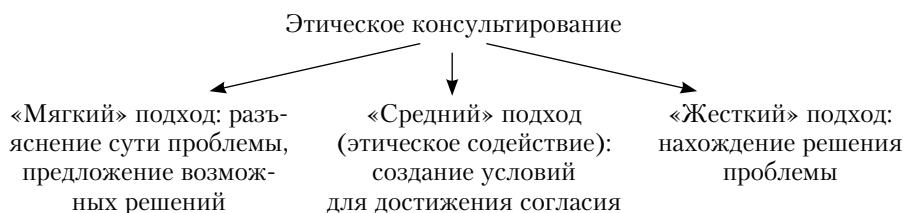


Рис. 7.4. Подходы к этическому консультированию

*Мягкий подход* заключается в том, что консультирование лишь помогает разъяснить всем сторонам суть моральной проблемы и предоставляет различные возможные приемлемые решения.

*Жесткий подход* — это более авторитарная перспектива, когда консультант обязан найти решение проблемы и обладает для этого соответствующими полномочиями (например, он выступает в роли представителя пациента). Но для этого, разумеется, консультант должен обладать необходимыми профессиональными (прежде всего, медицинскими), а также междисциплинарными знаниями и соответствующим опытом работы.

Наконец, *средний вариант* (так называемое этическое содействие) — это работа консультанта по созданию определенного конструктивного формата взаимодействия участвующих сторон, при котором создаются надлежащие условия для достижения согласия и баланса точек зрения.

В настоящее время этическое консультирование отличается большим разнообразием процедур. В частности, консультанты используют различные биоэтические концепции теории (утилитаризм, принципализм, ситуационный подход и др.), а также действуют в различных формальных условиях (включая доступ к процессу консультирования, документирование, оценку работы, правила коммуникации и др.).

### **Этический консультант как развивающаяся профессия**

В 1998 г. в США был опубликован доклад, посвященный стандартам этического консультирования. Он называется «Ключевые навыки этических консультантов в здравоохранении». Сам по себе этот доклад явился результатом значительной работы, проделанной экспертами по изучению этического консультирования и достижению согласия в отношении этой сферы деятельности. Хотя, конечно, остается еще много спорных вопросов в связи с этическим консультированием. К основным навыкам этического консультанта, согласно этому документу, следует отнести навыки межличностного общения, процессуальные, а также навыки этической оценки.

*Межличностные навыки* имеют преимущественно коммуникативный характер и означают умение консультанта сопереживать, вживаться в чувства людей, слушать и понимать своего собеседника.

*Процессуальные навыки* — это умение организовывать сам процесс конструктивного взаимодействия, аргументации, открытого и рационального обсуждения сложных моральных проблем в условиях конфликта.

*Навыки этической оценки* означают способность понимать структуру моральной дилеммы, выявлять лежащие в ее основе ценности и другие ключевые моменты (юридические, психологические и др.), находить возможные варианты решения, а также ясно формулировать их для всех участвующих сторон.

Для реализации задач этического консультирования необходимо владеть знаниями в трех основных областях — в сфере теоретической этики, биоэтических понятий, а также в отношении конкретных правил и условий деятельности данного медицинского учреждения. Кроме того, требуются определенные знания в дополнительных областях (таких, например, как право, управление здравоохранением, психология и др.).

Все сказанное делает работу этического консультанта исключительно сложной профессией. В эпоху узкой специализации консультант должен уметь работать на стыке самых разных дисциплин и, кроме того, неформально разъяснять пациентам и их представителям сложные вопросы медицины, этики и права. Поэтому этическое консультирование (как и институт этических комитетов) сталкивается с множеством проблем. Возможно, этическое консультирование является новой развивающейся профессией, актуальность которой будет только возрастать. Но для полноценного становления этического консультирования необходимо решить массу вопросов — образовательных, просветительских, юридических, организационных, теоретико-этических и др.

## 7.4. Биоэтика и общественное здравоохранение

### Сфера деятельности общественного здравоохранения

---

**Общественное здравоохранение** (*public health*) — целенаправленная деятельность по улучшению состояния здоровья общества. Она включает широкий круг задач, к которым относятся вакцинация, санитарная гигиена, охрана труда, забота о материнстве и детстве, борьба с курением и другими вредными привычками, предотвращение травматизма на транспорте, продвижение здорового образа жизни, проведение эпидемиологических исследований и многое другое.

---

Исторически системные мероприятия по улучшения общественного здоровья начались еще в XIX в. в Англии и Германии. Они включали меры по улучшению условий труда и проживания рабочих, санитарные реформы в городах (уборка мусора, очистка воды) и др. В дореволюционной России важное значение в деле оздоровления общества имел новаторский социальный институт земской медицины, который начал свою деятельность во второй половине XIX в.

На современном этапе общественное здравоохранение стало чрезвычайно широкой деятельностью, использующей достижения множества наук и включающей самые различные мероприятия — правовые, экологические, санитарные, просветительские и др.

Деятельность общественного здравоохранения порождает много моральных проблем. Однако его этика как самостоятельная область биоэтики возникла довольно поздно, лишь к концу 90-х гг. XX в. Одними из первых авторов, которые попытались прояснить специфические черты этики общественного здравоохранения, были основоположники теоретической биоэтики Т. Бичамп и Дж. Чилдрес. В частности, они указали в ряде своих публикаций, что традиционные принципы биоэтики не вполне адекватны задачам общественного здравоохранения, в связи с чем требуется развитие отдельной этической области.

В чем состоят основные отличия общественного здравоохранения от клинической медицины?

1. Деятельность общественного здравоохранения имеет несколько иной круг задач, чем непосредственное предоставление помощи нуждающемуся пациенту. Общественное здравоохранение направлено в первую очередь на *предотвращение* заболеваемости, травматизма, преждевременной смертности, т.е. занимается профилактической деятельностью. Помимо прочего, это означает и необходимость тех или иных воздействий (вмешательств) в отношении здоровых людей.

2. Общественное здравоохранение включает как медицинские мероприятия (например, проведение профилактических прививок), так и иные меры более общего характера — организационные, административные, политические, экономические, юридические, просветительские и др.

3. В отличие от медицинской помощи, которая может предоставляться в коммерческой форме (частными медицинскими учреждениями и частно-практикующими врачами), общественное здравоохранение тесно связано с государственной системой управления. Общественные движения, некоммерческие организации и волонтеры, конечно, тоже играют важную роль в деятельности общественного здравоохранения, однако их значение в общей системе охраны здоровья остается все же вспомогательным. Работа общественного здравоохранения обязательно опирается на государственную власть.

### **Этика общественного здравоохранения как проблема для биоэтики**

Область биоэтики, рассматривающая моральные проблемы, связанные с планированием, деятельностью и результатами мероприятий общественного здравоохранения, называется *этикой общественного здравоохранения*. Это предполагает анализ ценностей самого общественного здравоохранения, а также взаимодействие системы охраны здоровья и общества. Таким образом, этика общественного здравоохранения включает как обсуждение вопросов профессиональной этики данного вида деятельности, так и более широкий ценностный контекст.

Существует множество отличий этики общественного здравоохранения по сравнению с более традиционным биоэтическим подходом, более близким к задачам врачебной этики. Рассмотрим кратко основные из них.

1. В центре биомедицинской этики находятся взаимоотношения врача и пациента, в том числе важнейшей идеей биоэтики является ответственность врача перед пациентом (и представителями пациента). Общественное здравоохранение защищает ценности общества в целом, и, соответственно, предполагает ответственность работников общественного здравоохранения перед обществом.

2. Действия врача направлены на благо пациента. Общественное здравоохранение ориентировано на общественное благо. При этом действия, от которых выигрывает общество в целом, могут приносить мало пользы конкретным индивидам, и даже наоборот, могут быть обременительными для них в той или иной степени.

Существует так называемый парадокс профилактики, который сформулировал в 1981 г. эпидемиолог Джеффри Роуз. Этот парадокс состоит в том, что при профилактических мероприятиях снижается уровень риска для общества в целом, но при этом конкретный выигрыш имеют только лица, относящиеся к группам повышенного риска (а их немного), в то время как для большинства населения непосредственной пользы эти мероприятия не приносят.

3. Меры общественного здравоохранения часто бывают обязательными и даже принудительными для населения (например, это касается соблюдения законов в области экологии, санитарной гигиены, охраны труда, безопасности на транспорте и др.). Уже в XIX в. мероприятия общественного здравоохранения часто носили принудительный и даже репрессивный характер, прежде всего в отношении мигрантов и бедных слоев общества.

В 90-е гг. XX в. эпидемия ВИЧ вновь заставила общество задуматься о пересмотре этических принципов здравоохранения в сторону более жестких мер для охраны общественного здоровья, таких как систематический мониторинг, выявление контактов ВИЧ-инфицированных лиц, обязательное обследование на ВИЧ-носительство и др. (см. параграф 5.5).

В связи с этим одна из наиболее острых проблем общественного здравоохранения, возникающих на практике, состоит в том, что при коллективных действиях могут существенно задеваться права и свободы человека. Иными словами, ценности *общественной пользы* могут входить в противоречие с правами и интересами *отдельной личности*.

4. Традиционная врачебная этика, как правило, меньше занималась более широким политическим и институциональным контекстом, который влияет на здоровье популяций, а также различными социальными детерминантами здоровья. Все эти вопросы занимают важное место в работе общественного здравоохранения.

5. Современная биоэтика во многом сформировалась в борьбе с традиционным врачебным *патернализмом*. Одной из главных задач биоэтики было развитие нового типа отношений врача и больного, при которых надежно защищена автономия пациента и его право на свободный выбор. В то же время деятельность общественного здравоохранения представляет собой в известном смысле возврат к патернализму, так как здесь имеют место государственная забота, опека общества. Это тоже создает трудную проблему для современных биоэтиков.

Таким образом, задача по созданию развитого этического базиса для общественного здравоохранения оказалась довольно сложной, учитывая ту огромную роль, которую играют в западных странах индивидуалистические ценности, что выражается во множестве конкретных проявлений (экономические основы свободного рынка и конкуренции, политические ценности либерализма и др.).

Традиционная биоэтика в своей основе ориентирована как раз на защиту индивидуалистических ценностей. Поэтому проблема развития этики общественного здравоохранения в значительной мере явилась серьезным вызовом для уже сложившегося общего подхода в биоэтике.

## **Поиск теоретических оснований этики общественного здравоохранения**

Общественное здравоохранение с первых шагов своей деятельности было тесно связано с философией утилитаризма, поскольку оно самым непосредственным образом ориентировано на общественную пользу. Известный английский общественный деятель XIX в. Эдвин Чедвик (1800—1890), много занимавшийся развитием массовых мероприятий государственного здравоохранения и социальной гигиены, был в свое время учеником и секретарем Иеремии Бентама, одного из основоположников теории утилитаризма.

Утилитаризм и сейчас полезен тем, что предлагает уточненные методы оценки социальной полезности мероприятий общественного здравоохранения. Однако применение утилитаристской этики в общественном здраво-

охранении порождает множество проблем. Принцип максимизации полезности для максимального количества людей, к сожалению, оказывается несостоятелен в обеспечении защиты прав и интересов отдельной личности, а также в отношении справедливого распределения благ и различных тягот в обществе. Поэтому, помимо концепции утилитаризма, в современной этике общественного здравоохранения идет активный поиск и разработка других теоретических подходов.

Деонтологическая этика в большей степени сфокусирована на обязанностях работников общественного здравоохранения, а также на идеях солидарности и социальной ответственности. Но деонтологические концепции слишком сложны и оставляют много пространства для самых разных интерпретаций.

Контрактуализм (который во многом опирается на широко известную концепцию Дж. Роллза) привлекателен тем, что использует понятие общественного договора и с его помощью пытается решить моральные проблемы общественного здравоохранения. Идея социального договора дает надежду на достижение справедливости и общественного согласия в отношении сложных моральных проблем охраны здоровья и медицинской помощи (например, таких как распределение ресурсов, организация системы здравоохранения, защита прав особых групп и др.).

Феминистская этика тоже рассматривается некоторыми специалистами как перспективное направление для развития этики общественного здравоохранения. В частности, это связано с тем, что феминизм много внимания уделяет проблемам преодоления дискриминации в современном обществе и задачам построения более справедливых отношений. В работе общественного здравоохранения вопросы защиты прав меньшинств и различных уязвимых групп общества тоже занимают важное место.

Этика заботы (которая во многом служит моральным базисом сестринского дела) также применяется в обсуждениях этики общественного здравоохранения, потому что мероприятия по охране здоровья общества имеют, как говорилось выше, характер государственной заботы, в том числе в отношении уязвимых групп.

Наконец, перспективным подходом в области этики общественного здравоохранения является так называемая коммунитаристская этика. Коммунитаризм как направление современной политической и моральной философии сформировался прежде всего в процессе критики индивидуалистических ценностей (в первую очередь, речь идет о критике либерализма). Это относительно недавнее направление, появившееся в 80-е гг. XX в. в США.

В основе этики коммунитаризма лежат идеи социальной общности, преобладания коллективного начала в человеческой жизни. Опору общества в целом (и жизни отдельного человека) составляют общественные, а не индивидуальные ценности. Это, в общем, и обеспечивает социальную стабильность и взаимодействие людей.

С этой точки зрения, мероприятия общественного здравоохранения должны базироваться на слаженных коллективных действиях, на понимании людьми общей важности охраны и поддержания обществен-

ного здоровья. Меры общественного здравоохранения могут быть по-настоящему эффективными только тогда, когда люди будут в них участвовать активно и сознательно, тем более что, согласно парадоксу Роуза, большинство людей могут не выиграть непосредственно от профилактических мероприятий.

По всей видимости, главная теоретическая проблема этики общественного здравоохранения состоит в том, чтобы построить такой этический базис деятельности по охране здоровья, в котором можно было бы достичь *баланса индивидуальных и общественных интересов*, согласовать индивидуальные и коллективные ценности.

Отдельной задачей этики общественного здравоохранения является развитие этики исследований, прежде всего эпидемиологических. Как уже говорилось в гл. 4, этот вид исследований имеет собственные моральные проблемы, которые становятся все более актуальными в связи с расширением таких исследований и накоплением все более крупных массивов специальной информации о популяциях и индивидах.

### **Основные принципы этики общественного здравоохранения**

Хотя единство мнений насчет морального базиса общественного здравоохранения еще не достигнуто, существует несколько довольно известных разработок в этой области, которые часто цитируются в биоэтической литературе. Остановимся на следующих двух подходах.

Н. Касс в 2001 г. предложил краткую схему этического анализа программ общественного здравоохранения. Ее можно применять также для оценки исследовательских проектов в области охраны здоровья<sup>1</sup>. Она состоит из шести вопросов.

1. Каковы цели данной программы в отношении здоровья общества?
2. Насколько эффективна программа в достижении данных целей?
3. В чем состоят издержки данной программы (в частности, те или иные тяготы для общества)?
4. Существуют ли альтернативы для данной программы?
5. Реализуется ли данная программа честным справедливым образом?
6. Могут ли быть справедливо сбалансированы издержки и выгоды программы?

Более развернутый комплекс основных моральных принципов общественного здравоохранения предложили в 2002 г. Дж. Чилдрес и соавторы<sup>2</sup>. К этим принципам относятся следующие.

1. Достижение благ.
2. Избегание и предупреждение причинения вреда.
3. Стремление к максимально возможному балансу благ и издержек.
4. Справедливое распределение благ и издержек (принцип дистрибутивной справедливости).

<sup>1</sup> См.: Kass N. An Ethics Framework for Public Health // American Journal of Public Health. 2001. № 91. P. 1776–1782.

<sup>2</sup> См.: Public health ethics: Mapping the terrain / J. F. Childress [et al.] // J. Law Med. Ethics. 2002. № 30. P. 170–178.

5. Участие общественности, в том числе всех заинтересованных сторон (принцип процедурной справедливости).
6. Уважение совершаемых автономных выборов и действий.
7. Защита частной жизни и конфиденциальности.
8. Выполнение обязательств и обещаний.
9. Предоставление всей необходимой достоверной информации.
10. Достижение и поддержание доверия.

Многие специалисты по биоэтике приходят к мнению, что, несмотря на отличия общественного здравоохранения от клинической медицины, вмешательства в сфере охраны здоровья должны базироваться на соблюдении ведущих принципов биоэтики в максимально достижимой степени, в том числе на уважении автономии личности и сохранении конфиденциальности. Любые отступления от ведущих биоэтических принципов должны допускаться только в исключительных случаях и в минимальном объеме. Тем более это касается различных принудительных мер или ограничений прав и свобод граждан.

Широкое участие общественности тоже становится фактически общепризнанным основополагающим принципом в этике общественного здравоохранения. Уже говорилось, что меры по охране здоровья в решающей степени зависят от выбора самого общества, в том числе в связи с теми или иными законодательными или иными нормативными решениями (например, решениями по установлению допустимых рисков).

Принятие подобных решений должно проходить в условиях демократического процесса с соблюдением всех необходимых требований (участие заинтересованных сторон, открытое обсуждение, равноправие участников, аргументированность, опора на достоверную информацию и др.).

**Этическая матрица** — инструмент для комплексного обсуждения и анализа этических проблем (в частности, проблем, связанных с новыми технологиями и внедрением инноваций). Ее разработал в 90-е гг. XX в. профессор Бен Мэфэм из Центра прикладной биоэтики Ноттингемского университета. Она неоднократно применялась для анализа различных этических проблем (связанных с охраной окружающей среды, оценкой новых разработок в пищевой индустрии, фармакологии и др.), в том числе на уровне правительственных организаций.

Метод восходит к принципалистскому подходу Т. Бичампа — Дж. Чилдреса и базируется на трех принципах: уважении к благополучию, автономии, справедливости. Эти принципы указываются в столбцах матрицы, в строчках перечисляются основные заинтересованные стороны (лица, группы, организации, организмы, экосистемы), которые связаны с изучаемой проблемой. В практических целях желательно, чтобы список таких участников был небольшим (иначе это усложнит работу над матрицей).

В ячейки последовательно вписывают, как конкретно выглядит та или иная проблема для данной заинтересованной стороны. Для этого рекомендуется представить себя поочередно на месте каждого участника. Вопросы благополучия — это, как правило, безопасность, здоровье, благосостояние и т.п. для той или иной стороны. Автономия — это уважение прав, свободы, самостоятельного выбора и принятия решений и т.п. Справедливость — вопросы честного отношения, справедливого распределения благ и издержек и т.п.

*Пример.* Проблема развития ГМО-индустрии (на основе генно-модифицированных организмов), где резко сталкиваются интересы ГМО-производителей и их конкурентов (производителей обычной продукции), а также потребителей. Наиболее простая этическая матрица может выглядеть так (табл. 7.1).

Таблица 7.1

**Этическая матрица развития ГМО-индустрии**

Участник	Благополучие	Автономия	Справедливость
Производители ГМО-продуктов	Прибыль, устойчивый бизнес	Свобода ведения бизнеса	Честные условия для бизнеса, конкуренции
Производители обычной сельскохозяйственной продукции	Прибыль, устойчивый бизнес	Свобода ведения бизнеса	Честные условия для бизнеса, конкуренции
Общество (потребители)	Безопасность и польза продукции	Возможность выбора продукции	Получение правдивой информации

Далее необходимо сравнить и взвесить важность интересов участников, постараться найти решение, которое бы в максимальной мере основывалось на указанных этических принципах и отвечало интересам всех сторон. Иногда сам процесс продуманного заполнения матрицы подсказывает возможное оптимальное решение.

Матрица позволяет рассмотреть различные точки зрения на данную этическую проблему, в том числе одна из главных целей этого метода — учесть интересы наиболее уязвимых сторон. Она служит для организации рациональной дискуссии, что особенно важно для сложных, многосторонних проблем (характерных для медицины и здравоохранения). Рекомендуются в том числе для работы этических комитетов.

Такие отрицательные, с точки зрения базисных прав и свобод человека, аспекты общественного здравоохранения, как патернализм, принудительность, государственный контроль и другие, должны преодолеваться в формате большого развития *партнерства* — между государством и гражданским обществом, между профессионалами в области общественного здоровья и различными социальными группами и т.п. Для этого нужны ответственные усилия работников здравоохранения.

Помимо деятельности систем общественного здравоохранения на национальном уровне, все большее значение приобретает и международное взаимодействие в данной сфере. Эффективность охраны здоровья в современных условиях существенно зависит от глобального контекста. Достаточно назвать такие проявления глобализации, значимые для здоровья общества, как массивные потоки миграции, угроза широкого распространения относительно локальных инфекционных заболеваний (атипичная пневмония, вирус Эбола и др.), рост угроз новых видов терроризма (например, биотерроризма).

Поэтому и в сфере этики общественного здравоохранения должен развиваться глобальный подход, что осознается все более отчетливо. В отношении моральных основ общественного здравоохранения это создает дополнительные сложности.

К примеру, резкие различия между странами (в том числе в уровне здоровья населения и развития здравоохранения) и исторически сложившиеся неравенства порождают проблему соблюдения принципа справедливости в глобальном формате. Эта проблема включает в себя задачи помощи развивающимся странам, справедливой реализации международных программ, борьбы с глобальной дискриминацией в сфере здоровья, защиты прав и интересов участников исследований, проводимых в странах третьего мира (исследований, которые проводят развитые страны и получают от них основные блага) и многое другое.

В связи с этим можно говорить о необходимости реализации принципа «глобальной справедливости» — но все это далеко от решения.

## 7.5. Проблемы гуманизации медицины

---

**Гуманизация медицины** — комплексная задача, включающая защиту и укрепление гуманитарных ценностей в медицине, а также борьбу с различными искажениями и негативными тенденциями в современной медицинской науке и практике. Огромное значение для решения этой задачи имеет биоэтика как развивающаяся область междисциплинарного знания и новый социальный институт.

---

### Технологизация и дегуманизация современной медицины

**Дегуманизация медицины** — это масштабный и устойчивый процесс размывания системы традиционных ценностей медицинской деятельности и, шире, снижения в медицине роли гуманитарной культуры вообще.

Сама по себе дегуманизация медицины складывается из множества отдельных, но взаимосвязанных тенденций.

Одна из наиболее мощных тенденций — это так называемая *технологизация медицины*. Технологизация медицины есть фундаментальная характеристика современной медицинской отрасли. Под этим термином понимается повсеместное распространение в системе медицинской помощи современных, научно и технически поддержанных медицинских средств, а также продолжающийся процесс их изобретения и совершенствования. Медицинский прогресс связывается с развитием все более сложных и дорогостоящих технологий, внедрением высокотехнологичных вмешательств. Технологизация оказывает самое глубокое влияние на медицину: на системы организации здравоохранения, взаимоотношения врача и пациента, врачебное мышление в целом, медицинское образование, политику научных исследований и многое другое.

Сама концепция медицинской помощи изменяется таким образом, что подлинным объектом медицины, если продолжить до предела эту логику ее развития, оказываются организмические структуры (органы, ткани, клетки, биомолекулы и т.п.) как мишени воздействия. В итоге получается, что из медицинской сферы устранивается *сам человек*.

Следует сказать, что эта тенденция была замечена достаточно давно, когда медицина только стала делать значительные научные успехи по борьбе с заболеваниями (примерно в начале XX в.). Одним из первых гуманитарных течений, которое заметило побочные эффекты или даже опасности, связанные с научно-техническим прогрессом в медицине, была так называемая польская школа философии медицины, пока, к сожалению, недостаточно оцененная на Западе и в нашей стране. Ее можно считать одним из ранних предшественников биоэтики<sup>1</sup>.

Эта школа вела активную деятельность в первой половине XX в. (вплоть до 1930-х гг.). Вдохновленные основополагающими идеями Т. Халюбинского, работавшего еще в конце XIX в., польские исследователи (Э. Бернацкий, В. Беганский, З. Крамштык, Т. Биликевич, В. Шумовский и другие) подняли множество тех вопросов, которые широко обсуждаются сегодня. Результатом их деятельности были распознавание угроз дегуманизации медицины, последовательные усилия по защите ее традиционных ценностей, акцентирование этической составляющей медицинской профессии и другие достижения.

Во второй половине XX в. научно-технический прогресс в медицине достиг беспрецедентного уровня. Однако на фоне общего энтузиазма с 1960—1970-х гг. появляется все больше критических работ, посвященных побочным эффектам этого прогресса и даже утверждающих, что медицина на самом деле вступает в эпоху глубокого кризиса (Р. Дюбо, И. Иллич, Т. Мак-Коун и многие другие).

Существует множество негативных следствий продолжающейся технологизации.

Технологизация медицины вторгается в область отношений «врач — пациент» и приводит к отчуждению между ними. В отличие от более традиционной медицинской практики, которая разворачивалась, прежде всего, как межличностное взаимодействие, общение врача и больного, современная медицинская практика ориентирована, в первую очередь, на эффективную технологию.

Одним из проявлений дегуманизированной медицины является тяжело переживаемое пациентами чувство бесчеловечности или даже жестокости медицинского персонала. В связи с этим в современной литературе по биоэтике активно обсуждается тема отношения к боли в системе медицинской помощи. На первый взгляд эта проблема может показаться странной, так как этика медицинского сообщества обязывает медицинских работников облегчать страдания своих пациентов. Тем не менее своеобразная «бесчувственность» медиков (иногда доходящая до «медицинского цинизма») — широко распространенное явление.

Этот феномен последовательно проанализировал известный специалист по медицинской этике Э. Кассел, отталкиваясь от того принципа, что оценка деятельности медицинской системы в целом должна исходить из того, насколько адекватно эта система реагирует на *человеческое стра-*

---

<sup>1</sup> См.: Polska szkoła filozofii medycyny. Przedstawiciele i wybrane teksty źródłowe. Poznań : Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, 2010.

дание. К сожалению, признает автор, основания современной медицины таковы, что они не предоставляют базиса для понимания страдания<sup>1</sup>.

В связи с этим можно провести различие между сферой *технологических решений* и сферой *персональных личностных проблем пациентов*. Технологизация медицины ведет к тому, что медицинское сообщество ориентировано именно на технологические решения (высокотехнологичные вмешательства). При этом пренебрежение гуманитарным контекстом проблем пациента (включая его личное переживание заболевания, боль, эмоциональные потрясения и т.п.) является глубоким следствием того, что цели медицинской системы не сфокусированы должным образом на сферу решения персональных проблем пациента.

В настоящее время существует множество подходов и течений, которые стремятся противодействовать технологическому стилю в медицине и придать ей более человеческий характер. Это психосоматическая медицина, общинное здравоохранение, движения самопомощи пациентов, холистические подходы (например, медицина целостной личности — *whole-person medicine*), различные течения, относящиеся к практикам альтернативной медицины, и многие другие направления.

Однако процесс вымывания гуманитарной составляющей из системы медицинской помощи продолжается. Его невозможно преодолеть с помощью какого-то одного или нескольких альтернативных подходов. Технологизация создает объективные, системные условия для разрушения гуманитарной культуры в медицине. Противодействовать этому можно только ответными системными усилиями на всех уровнях организации медицинской помощи, включая систему медицинского образования и профессионального совершенствования.

### **Коммерциализация медицины**

Еще одна фундаментальная тенденция последнего времени — существенная активизация частного сектора в системе медицинской помощи. Это во многом связано с мощным влиянием неолиберализма в современном мире (включая нашу страну). Неолиберализм последовательно продвигает модель свободного рынка практически во все сферы общественной деятельности.

Процесс массивного наступления бизнеса на медицину наиболее ярко виден в США, которые, во многом задают направление изменений для всех остальных стран. За последние десятилетия в Соединенных Штатах и других развитых странах медицинская практика испытала и продолжает испытывать множество воздействий, приводящих к ее масштабной коммерциализации.

Еще в 60—70-е гг. XX в. появился термин «рокфеллеровская медицина». Ряд известных западных аналитиков (Г. Вайцкин, И. Иллич, В. Наварро и другие) подвергли критике стремление к концентрации капитала в системах здравоохранения индустриальных стран и к целенаправленному обслуживанию интересов богатых заказчиков.

---

<sup>1</sup> См.: *Cassell E. The Nature of Suffering*. N. Y. : Oxford University Press, 1991.

Но современный этап маркетинга в медицине отличается еще большей активностью и имеет много конкретных причин. Среди них достаточно назвать лишь некоторые:

- общая экономическая глобализация, ведущая к свертыванию широких социальных программ даже в наиболее благополучных странах;
- растущие сложности фармацевтического бизнеса (все большая затратность создания новых препаратов, необходимость поддержания высокого объема продаж, чтобы выживать в бизнесе и др.);
- более прагматический взгляд на саму организацию медицинской помощи (скепсис экономистов и администраторов здравоохранения по поводу программ широкого доступа населения к системе здравоохранения, которые, как выяснилось, так и не привели к значительному повышению общественного здоровья).

Коммерциализация медицины, в том числе системы медицинской практики, имеет множество форм.

Врачи становятся совладельцами коммерческих медицинских организаций (например, диагностических центров), в которые они и направляют своих пациентов. Медицинские специалисты оказываются партнерами фирм — производителей и поставщиков медицинских технологий. Компании склоняют практических врачей к тому, чтобы непосредственно назначать новые средства: поводом может служить необходимость сбора постмаркетинговой информации о новых продуктах. Преподаватели медицинских институтов сотрудничают с фармацевтическими компаниями, вовлекаясь в рекламу их продукции. Фирмы стимулируют преподавателей к чтению лекций и публикациям о новых медицинских товарах и услугах. Больницы становятся полностью или частично самостоятельными хозяйствующими субъектами, к чему их подталкивает окружающая административно-правовая среда. Примеры можно продолжать и дальше.

Коммерциализация является фундаментальным вызовом для медицины. Рынок стимулирует его участников к определенному виду поведения. Традиционные этические ценности медицины (благо для пациента) входят в противоречие с откровенно коммерческими целями (деньги). В наиболее явном виде это выражается в смещении медицинских установок — не «как помочь?», а «как продать?»

Проблема нарастающей коммерциализации медицины сегодня оживленно обсуждается в медико-этической литературе, и решения ее пока не видно.

Можно много рассуждать по поводу того, что врачу не пристало быть совладельцем или партнером частного предприятия и т.п. Но очевидно, что с реальностью рынка приходится считаться. Единственный реалистичский путь состоит в системном противодействии побочным эффектам коммерциализации. Это должно идти из системы образования, усилий самого медицинского сообщества по поддержанию высокого уровня профессиональной этики, высокой организационной культуры в медицинских учреждениях, ответственной работы этических комитетов, а также из надежных политико-правовых механизмов гарантии качества медицинской помощи, защищенности пациентов и широкого публичного контроля за медициной.

Кстати, есть позитивные примеры, которые подает сам бизнес. Сегодня в развитых странах все шире внедряется концепция *социально ответственного бизнеса*, которая становится особенно важной в условиях высокоразвитой экономики знаний, когда сектор наукоемкой и интеллектуальной деятельности занимает все более значимое место в современной хозяйственной системе. Все в конечном счете делают сами люди. Можно вести медицинскую деятельность как откровенную эксплуатацию пациента и его страдания для своей выгоды, а можно — как социально ответственное дело, пусть даже и в рыночных условиях.

### **Значение гуманитарного образования для медицины**

В современных условиях на систему медицинского образования ложится большая ответственность по противодействию неблагоприятным тенденциям, коррекции сложившихся ценностных и профессиональных стереотипов, внедрению систематической политики подготовки новых поколений медицинских работников.

Международно признанным ориентиром для развития систем медицинского образования является Эдинбургская декларация, принятая на заключительной сессии Эдинбургской конференции Всемирной федерации медицинского образования (WFME — *World Federation for Medical Education*) в 1988 г.<sup>1</sup> Она послужила основой для обсуждения и создания в последующий период моделей образовательных реформ.

В Декларации был рекомендован многосторонний подход к улучшению медицинского образования. Главная мысль Декларации состоит в том, что образование должно быть адекватно насущным потребностям общества и проблемам здравоохранения. Среди конкретных принципов были выдвинуты такие, как непрерывное повышение квалификации, подготовка медицинских работников с широким научным кругозором, междисциплинарное образование, совершенствование этических основ лечебной деятельности.

Огромное значение в подготовке медицинских работников имеет классика медицины — произведения великих врачей прошлого, в которых моральные вопросы неотъемлемо связаны с проблемами практической помощи. Исключительно богата идеями о гуманитарных ценностях медицины и значении широкого гуманитарного контекста (этического, психологического, культурного) в лечебном процессе отечественная медицинская традиция. Здесь следует назвать таких замечательных ученых, как С. П. Боткин, С. Г. Забелин, В. А. Манассеин, М. Я. Мудров, А. А. Остроумов, Н. И. Пирогов, а также многие другие российские ученые, которые продолжили это направление.

Работы выдающихся врачей служат моральным ориентиром и сейчас, в эпоху усложненных и драматических этических проблем медицинской науки и практики.

---

<sup>1</sup> World Federation for Medical Education. Report of the World Conference on Medical Education. Edinburgh : WFME, 1988.

## Роль биоэтики в гуманизации медицины

Биоэтика как академическая дисциплина и социальный институт ведет обширную работу по борьбе с негативными тенденциями в современной медицине и защите гуманитарных ценностей медицинской деятельности. Эта работа совершается во многих направлениях.

1. С самого начала развития биоэтики она, в соответствии с основополагающими идеями Р. В. Поттера, призвана служить мостом между специальными (медицинскими и смежными) знаниями и гуманитарными ценностями. В том числе огромное значение имеет накапливаемый в биоэтике опыт междисциплинарной деятельности, столь важный в нашу эпоху узкой специализации.

2. Биоэтика — уникальный проект по организации диалога между различными заинтересованными сторонами. Биоэтика выступает как форум, площадка для открытого обсуждения моральных проблем медицины и усилий по их рациональному и справедливому разрешению.

3. Биоэтика — это также практика морального рассуждения, что очень актуально для современного, динамично изменяющегося мира. Как признают профессиональные философы, во многом именно биоэтика стимулировала возрождение интереса к этике, уже практически мало интересному направлению классической философской мысли в современном обществе. В биоэтике идет постоянный поиск новых форм, теорий, моделей, стилей аргументации.

В этом плане биоэтика может служить примером для других отраслей общественной деятельности, в которых нарастают моральные проблемы (например, в политике, инженерной деятельности, бизнесе, массмедиа и др.), и где тоже требуется развитие этической составляющей.

4. Фундаментальный вклад биоэтики в гуманизацию медицины состоит также в разработке важнейших этических документов, оказывающих глубокое влияние на медицинскую науку и практику. Этические документы национального и международного уровня во многом способствовали развитию более качественной с точки зрения гуманитарных ценностей медицинской деятельности (практической и научно-исследовательской).

5. Биоэтика также выполняет крайне значимую критическую функцию — она публично осуществляет критику негативных тенденций в системе здравоохранения; в том числе она уделяет много внимания критике тенденций дегуманизации.

6. Биоэтика также — это практика адвокации в широком смысле. Это практика защиты наилучших интересов пациентов, особых групп, общества в целом, а также биообъектов с моральным статусом. Можно сказать даже, что биоэтика — это защита подлинных ценностей жизни как таковой, что отражено уже в самом термине «биоэтика».

7. Биоэтика ведет постоянную гуманитарно-образовательную деятельность в отношении медицинского сообщества, а также других специалистов смежных специальностей, различных заинтересованных групп и широкой общественности.

Крайне желательно большее привлечение медицинского сообщества к биоэтической деятельности, получению более глубоких знаний и навыков

в области биоэтики. Именно медицинские профессионалы могут и должны играть важнейшую роль в защите традиционных ценностей медицины. Еще Гиппократ сказал: «*Omniū profecto artium medicina nobilissima* (Из всех наук медицина, конечно, — самая благородная)». Это самый высокий моральный ориентир и социальный идеал медицинской профессии.

## Практикум

### Контрольные вопросы и задания

1. Назовите основные разновидности этических комитетов.
2. Какие вы можете назвать главные причины существования дефицита медицинских ресурсов и благ?
3. Каковы основные уровни распределения медицинских ресурсов?
4. В чем состоят основные побочные эффекты технологизации медицины?
5. Назовите основные принципы этики общественного здравоохранения.

### Задания

1. Охарактеризуйте основные механизмы регуляции доступа пациентов к дефицитным медицинским ресурсам, их достоинства и недостатки.
2. Что означает понятие «процедурный консенсус» в отношении проблем справедливости в здравоохранении?
3. В чем состоят основные отличия общественного здравоохранения от клинической медицины?
4. Охарактеризуйте достоинства и недостатки основных систем организации здравоохранения.
5. Охарактеризуйте основные модели этического консультирования. В чем состоят их достоинства и недостатки?
6. В чем заключается роль биоэтики как академической дисциплины и практической деятельности в решении проблемы гуманизации медицины?
7. Заполните таблицу соответствия между этическими теориями и ключевыми идеями, лежащими в их основе.

Этическая теория	Ключевая идея
	Общественное согласие
	Равенство
	Максимизация полезности
	Свобода выбора

8. **«Эпидемия ожирения».** В развитых странах ожирение становится все более актуальной общественной проблемой. В Великобритании, например, ее оценили в 47 млрд фунтов стерлингов ежегодных потерь бюджета. При этом государство тратит на профилактику ожирения значительно меньше средств, чем на лечение его

последствий (таких как сахарный диабет и др.). Для решения этой проблемы требуется принятие специальных системных долгосрочных мер, в том числе основанных на партнерстве медицинской науки, правительства, бизнеса и гражданского общества. Мероприятия должны затрагивать все уровни, начиная от личности и семьи.

В частности, крупномасштабные меры, как считают специалисты в области общественного здравоохранения, должны включать не только медицинские вмешательства (терапевтические и хирургические), но и перепланирование городской среды (что способствовало бы большей физической нагрузке и здоровому образу жизни населения), разработку школьных программ с увеличенным временем для физических упражнений, контроль за рекламой питания, регуляцию содержания сахаров и жиров в пищевых продуктах, активную пропаганду здорового образа жизни, физкультуры и спорта и др.

Однако здесь возникает ряд вопросов этического характера.

Не спровоцируют ли такие системные меры дискриминацию людей с ожирением (в том числе уже самой постановкой вопроса об ожирении как болезни, использованием терминов «эпидемия» и т.п.)?

Не является ли принятие подобных системных мер нарушением прав людей с ожирением? Ведь, как мы видим, здесь предполагаются более решительные вмешательства, чем в случае с фторированием воды, например перепланирование городской среды, призванное воздействовать на малоподвижный образ людей из-за доступности транспорта.

Не является ли борьба с ожирением покушением на свободу, ведь человек волен сам выбирать образ жизни, в том числе режим питания, двигательный режим и т.п.?

Не спровоцирует ли борьба с ожирением оппозицию в виде правозащитных организаций или протестных движений (например, под лозунгами «Я выбираю ожирение»)?

Допустимо ли, чтобы правительство выбирало более жесткие меры, если они ожидаемо (или доказуемо) будут более эффективными (например, ограничения в медицинском или ином страховании для лиц с ожирением)?

Как бы вы ответили на эти вопросы?

Как применить принципы этики общественного здравоохранения к решению этой проблемы?

**9. Социально ответственный бизнес.** Изучите самостоятельно, что такое концепция социально ответственного бизнеса в современном мире. Найдите примеры из литературы, жизни.

Что представляет собой социально ответственный бизнес? Какими признаками он характеризуется? Какие условия необходимы для более широкого развития социально ответственного бизнеса? Что означает социально ответственный бизнес в применении к медицинской деятельности?

Результаты работы можно оформить в виде доклада или эссе.

**10. Эффекты технологизации медицины — гипоскиллия.** Технологизация медицины во многом вытесняет клинические навыки, которые принадлежат классической врачебной традиции (такие как внимательное наблюдение пациента, подробный расспрос, пальпация, перкуссия и аускультация). Однако эти навыки были и остаются основой, даже азбукой профессиональных действий врача. Применение обезличенных технологических практик (когда, например, больному не дают возможности ничего рассказать, а сразу отправляют на лабораторно-инструментальные обследования) влечет множество рисков и издержек.

По оценке британского врача Дж. Ле Фаню, автора известной книги «Подъем и падение современной медицины», около 90% правильных диагнозов могут быть

получены *без специальных обследований*, применением лишь внимательного расспроса и первичного физикального исследования<sup>1</sup>.

Сходную оценку дает знаменитый отечественный клиницист В. Х. Василенко, утверждая, что один только расспрос позволяет диагностировать заболевание почти в *половине случаев*. Приведем цитату из его монографии: «Можно утверждать, что чем опытнее врач, тем его работа экономичнее; случается, что у больного в течение месяца (!) пребывания в больнице окончательный диагноз не установлен, а опытный специалист за несколько минут помогает сделать правильное заключение, выявив, например, при пальпации опухоль в брюшной полости, “бабочку” на лице при системной красной волчанке, гинекомастию при циррозе печени»<sup>2</sup>.

Известный американский терапевт Г. Фред назвал это явление дефицита клинических навыков гипоскиллией (от англ. *skill* — навык, умение). Этот феномен имеет парадоксальное значение для современной медицины. Ведь в ситуации всеобщей ограниченности медицинских ресурсов полноценное использование клинических навыков могло бы дать колоссальную экономию, тем не менее клинические навыки постепенно исчезают из современной медицины.

Какие ценностные изменения в современной медицине ответственны за утрату клинических навыков и распространение гипоскиллии?

Выполните самостоятельную работу на эту тему. Найдите в доступных источниках рассуждения по поводу этого феномена, а также выскажите собственные суждения. Результаты можно оформить в виде доклада или эссе.

**11.** Вы работаете в этическом комитете клинической больницы. В одной из клиник вашего города возник острый конфликт между представителями пациента и администрацией. Пациенту с острой хирургической патологией была оказана экстренная помощь без его согласия. Вмешательство привело к тяжелым осложнениям в состоянии здоровья больного. Не совсем ясно, каковы причины этих осложнений. Родственники пациента собираются обратиться в суд. Требуется этическая консультация по данной ситуации, в том числе по вопросам медицинского законодательства, информированного согласия, возмещения вреда здоровью и др.

Какую модель этического консультирования вы бы выбрали для этого случая: индивидуальную, малую группу или консультирование силами целого этического комитета? Почему?

**12.** Обязательное медицинское страхование — механизм доступа к медицинской помощи, когда государство оплачивает медицинскую помощь из специальных страховых фондов. При этом всем застрахованным гражданам гарантирован доступ к медицинскому обслуживанию. Это должно служить обеспечению социальной справедливости и равенства. Однако не все граждане сочтут справедливым для себя обязательное участие в программах страхования.

Как вы думаете, какие группы населения могут быть противниками обязательного медицинского страхования? Почему они не будут считать этот механизм справедливым?

**13.** Глава региона с целью улучшить доступ людей к высокотехнологичной медицинской помощи решает создать частные клиники для оказания таких дорогостоящих услуг, как ангиопластика и эндопротезирование суставов. Тем самым люди смогут получать не только бесплатную помощь в государственных медицинских центрах, но и аналогичную платную помощь в частных клиниках. Для развития частных клиник глава региона планирует ввести специальные стимулы в виде налоговых льгот и т.п.

---

<sup>1</sup> Цит. по: Василенко В. Х. Введение в клинику внутренних болезней. М., 1985. С. 109.

<sup>2</sup> Там же.

Однако дублирование бесплатной высокотехнологичной помощи частными клиниками может породить определенные проблемы.

Какие конфликты можно предвидеть в этой ситуации?

**14.** Найдите в каком-либо специализированном журнале по общественному здравоохранению (например, в журнале «Общественное здоровье и здравоохранение») конкретную программу общественного здоровья. Примерами могут служить мероприятия по фторированию молока для профилактики кариеса зубов у дошкольников, программы по снижению дорожно-транспортного травматизма, мероприятия по профилактике неинфекционных заболеваний.

Оцените эту программу с помощью принципов Н. Касса, которые рассматривались в параграфе 7.4.

**15.** Администрация больницы обязывает врачей лечить своих пациентов более дешевыми препаратами и экономить более дорогие лекарства (которые более эффективны).

Каковы должны быть морально наиболее приемлемые действия врачей в данной ситуации?

**16.** В зарубежной литературе по биомедицинской этике часто цитируют высказывание философа Бернарда Уильямса из его работы «Идея равенства»: «Если оставить в стороне профилактическую медицину, правомерным основанием для предоставления медицинских услуг является болезнь — это непререкаемая истина»<sup>1</sup>.

И далее: «В очень многих обществах болезнь может быть необходимым, но не достаточным условием для получения лечения, потому что лечение стоит денег, а деньги есть не у всех больных; в силу этого наличие достаточной суммы денег фактически обращается в дополнительное необходимое условие реального доступа к медицинским услугам... здесь мы непосредственно сталкиваемся с ситуацией, в которой люди с одинаковыми нуждами не получают одинакового лечения, хотя основанием для лечения являются нужды. Это положение дел иррационально»<sup>2</sup>.

Согласны ли вы с тезисом о том, что в отношении медицинской помощи единственным критерием ее получения является потребность (и, таким образом, платная медицина представляет собой несправедливое положение дел)?

Какие аргументы можно высказать за и против этого тезиса?

Какие сложности стоят на пути того, чтобы осуществить принцип «одинаковые нужды — одинаковое лечение»?

## Кейсы

**1. Случай Глэдис Райан: Мама против фторирования воды.** Фторирование водопроводной воды считается одним из самых эффективных средств профилактики кариеса зубов. Впервые фторирование воды стали применять в США в 1945 г. Всемирная организация здравоохранения рекомендовала фторирование воды как вполне обоснованный метод, подтвердивший свою результативность. В настоящее время в мире фторированную воду используют более 200 млн человек, в США — около 50 млн. Немалое значение имеет также тот факт, что в условиях социального неравенства населения, когда бедные не имеют доступа к стоматологической помощи, фторирование воды является для них единственным способом профилактики заболеваний зубов.

<sup>1</sup> Williams B. The Idea of Equality // Philosophy, Politics, and Society / ed. by P. Laslett, W. R. Runciman. Oxford : Black-well, 1962. P. 121—122.

<sup>2</sup> Ibid.

Однако фторирование должно производиться под контролем, так как избыточное содержание фтора в воде может привести к повышенной хрупкости зубов (флюорозу).

Внедрение обязательного фторирования воды как меры общественного здравоохранения сопровождалось многочисленными протестами и спорами. Мы рассмотрим лишь один из многих случаев, характерных для этой общественной проблемы, — «войн против фторирования».

Этот случай произошел в Ирландии в 60-е гг. XX в. Г. Райан, мать пятерых детей, обратилась в суд с протестом против обязательного фторирования воды.

Она утверждала, что она и ее муж достаточно хорошо заботятся о здоровье своих детей, следят за их питанием (в том числе за содержанием в пище всех необходимых компонентов), а также за гигиеной зубов. Она имеет собственные, довольно твердые убеждения относительно заботы о своих детях. Обязательное фторирование водопроводной воды нарушает ее родительские права. Она заявила, что она имеет право сама принимать решения о том, чем кормить и поить собственных детей. По ее мнению, фторирование воды нарушает ее «персональную целостность», является насилием над авторитетом и правами семьи.

Кроме того, Г. Райан опасалась, что повышенные дозы фтора в воде могут вызвать какие-то заболевания.

Однако суд отклонил ее иск. В решении судьи было указано, что поставка питьевой воды является общественной обязанностью, в том числе при нехватке в воде необходимых элементов власти имеют право (и даже обязанность) исправить это без причинения вреда обществу. Фторирование воды является доказанным способом решения серьезной общественной проблемы (проблемы профилактики кариеса), а вмешательство в организм здесь совершенно минимально и не вызывает нарушений функций организма. Поэтому эта мера не является нарушением персональной целостности.

### *Вопросы и задания к кейсу*

1. Как вы считаете, насколько обоснованы были претензии Г. Райан с точки зрения нарушения прав человека и прав семьи?
2. Согласны ли вы с решением судьи?
3. Подумайте, чем поучительна эта история для организации мероприятий общественного здравоохранения.

**2. Лечение глухоты — это дискриминация?** В ряде развитых стран на рубеже XX—XXI вв. возникли серьезные общественные разногласия по поводу новой протезной технологии *cochlear implant* (CI), т.е. имплантации протеза улитки уха (*cochlea*) детям с отсутствием слуха. Протез (имплантат) улитки представляет собой слуховое устройство для глухих детей с сохраненной чувствительностью слухового нерва. Устройство вживляется ребенку с помощью хирургической операции. Оно преобразует звуки внешней среды в электрические сигналы, которые затем передаются слуховому нерву, что позволяет пациенту обрести способность звукового восприятия.

Казалось бы, это очень ценное изобретение. Однако его обсуждение сопровождалось в Северной Америке и Европе конфликтами. Вкратце, суть проблемы состояла в том, что это изобретение было расценено многими участниками как значительный шаг назад в движении за *эмансипацию* глухих людей. Ведь социальное признание технологии CI означает также признание глухоты патологическим состоянием, требующим *медицинской* коррекции. Глухота, как заявляли представители организаций глухих людей, должна расцениваться не как заболевание, а как специфический признак некоего культурного меньшинства.

Большинство стран все же пошли по пути медикализации глухоты и одобрения метода CI; однако, к примеру, министр здравоохранения Дании (1996), столкнув-

шись с протестами, исходящими из позиции социального меньшинства, отказалась включить эту операцию в программу бесплатной государственной помощи.

#### *Задания к кейсу*

- Представьте, что вы работаете в этическом комитете по разработке политики и рекомендаций в области науки и здравоохранения.
- Согласны ли вы с тем, что данная протезная технология задевает права особого меньшинства — сообщества слабослышащих (глухих) людей?
- Можно ли каким-то корректным и убедительным способом разрешить данный ценностный конфликт?
- Какие рекомендации вы бы дали в отношении внедрения данной инновации, чтобы это привело к минимуму отрицательных следствий?
- Попробуйте самостоятельно составить и проанализировать этическую матрицу данной проблемы.

**3.** Летом в курортном приморском городе началась вспышка желудочно-кишечных инфекционных заболеваний. Подъем заболеваемости связан прежде всего с низкой бытовой культурой отдыхающих (употребление немывтых овощей и фруктов, грязные руки, прием пищи в антисанитарных условиях на пляжах и др.). Для борьбы с заболеваемостью необходимы лечебные и санитарные мероприятия, в том числе обязательного характера.

#### *Вопросы и задания к кейсу*

1. Будут ли морально оправданы определенные обязательные меры в этой ситуации?
2. Сформулируйте, какие мероприятия здесь можно применить, чтобы они в минимальной степени нарушали права граждан и не вызывали протестных реакций общества.
3. Как следует грамотно проводить политику общественного здоровья в этой ситуации?
4. Какие принципы этики общественного здравоохранения здесь потребуются?

**4.** В комитет по здравоохранению крупного города обращается правозащитная организация с просьбой посодействовать решению следующей проблемы. В городе находится несколько государственных медицинских центров, оказывающих дорогостоящую высокотехнологичную помощь. Жители отдаленных районов страны жалуются на то, что им требуется гораздо больше времени и усилий, для того чтобы собрать необходимые документы и встать в очередь в эти центры, чем местным жителям. Это можно видеть уже по тому, что в очереди, действительно, преобладают жители данного города и близлежащих территорий. Таким образом, доступ пациентов к дорогостоящим услугам изначально оказывается неравным по географическому признаку.

#### *Вопрос к кейсу*

1. Что можно было бы предпринять, чтобы скорректировать эту ситуацию?
- 5.** В одном из правительственных этических комитетов, который занимается разработкой политики и рекомендаций в области науки и здравоохранения, обсуждается новая вакцина против гриппа. Это импортный и довольно дорогой препарат. Планируется провести закупки вакцины и включить вакцинацию этим препаратом в программы общественного здравоохранения. Но из-за высокой стоимости предполагается только выборочная вакцинация: для детей, беременных женщин, а также представителей некоторых специальностей (например, медицинских работников).

С самого начала возникли разногласия по поводу этой проблемы: например, высказывается точка зрения (она уже активно обсуждается в прессе), что на самом деле здесь представлены в большей степени интересы производителей вакцины, чем общества в целом. Для решения этой проблемы комитет планирует организовать широкую дискуссию, в ходе которой проблема будет рассмотрена с точки зрения разных заинтересованных сторон.

*Вопросы и задания к кейсу*

1. Кого бы вы включили в список заинтересованных сторон в отношении данной проблемы?
2. Разработайте и заполните этическую матрицу данной проблемы.

## Ответы

Моральные проблемы в медицинской науке и практике далеко не всегда имеют однозначное решение. В связи с этим ответы на некоторые вопросы, поставленные в заданиях и кейсах, включенных в практикумы, приводятся в виде рекомендаций, возможных или ориентировочных решений и т.п.

### Глава 1

**Задание 10.** В сущности, вся ежедневная практика врача складывается из таких поступков, которые всегда имеют под собой моральную основу и могут служить образцом (или законом) для всех. Например: не отказывать в помощи нуждающемуся человеку; относиться с сочувствием к человеческому страданию; защищать наиболее уязвимых членов общества; и др.

**Задание 11.** Уровни морального рассуждения:

1 — принцип; 2 — правило; 3 — правило; 4 — принцип; 5 — теория.

### Глава 2

**Задание 11.** Стандартные бланки не могут заменять собой действительную процедуру информирования пациента, предполагающую диалог врача и пациента, в котором врач разъясняет пациенту ситуацию, убеждается в том, что информация адекватно понята, дает ответы на вопросы пациента и т.п.

Суть процедуры ИДС — не просто в получении согласия, а в полноценном информировании пациента о предстоящем вмешательстве, тем более, стандартный бланк не может отразить все конкретные детали индивидуальной ситуации пациента.

**Кейс 1.** Поступок врача не только не соответствует нормам медицинской этики (он не выполнил элементарных обязанностей по отношению к больному), но и подпадает под уголовное законодательство (ст. 124 УК РФ «Неоказание помощи больному»).

**Кейс 2.** Здесь была нарушена ст. 19 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в которой устанавливается право пациента на допуск к нему адвоката с целью защиты своих прав. Кроме того, нарушена ст. 6 этого закона, согласно которой важнейшим принципом в отношении защиты прав и интересов пациента является *приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи*.

Работники больничного учреждения нарушили также основополагающую норму медицинской этики — действовать во благо пациенту.

Адвокат же, со своей стороны, чтобы подтвердить свое законное право на пропуск в медицинское учреждение, должен иметь с собой удостоверение, а также договор с пациентом или доверенность от него.

Поэтому представители больничного учреждения должны были проверить соответствующие документы адвоката и обеспечить ему доступ к пациенту.

**Кейс 3.** Эта проблема, как и другие моральные проблемы практической медицины, носит конкретный характер, и ее необходимо решать исходя из обстоятельств дела. Здесь дается лишь краткий ориентировочный набросок возможного анализа ситуации.

*Тип конфликта.* Здесь мы наблюдаем два противоречия.

1. Конфликт между обязанностями врача по отношению к пациенту (в данном случае — несовершеннолетнему) и его законному представителю (в данном случае — родителю).

2. Вместе с тем это конфликт между обязанностями по отношению к пациенту и требованиями закона.

Для анализа ситуации нам потребуется прежде всего нормативная информация. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» устанавливает, что для несовершеннолетнего пациента до 15 лет решение о медицинском вмешательстве принимает его законный представитель (родитель) на основе информированного добровольного согласия (ст. 20). По ст. 13, информация о состоянии здоровья несовершеннолетнего до 15 лет передается его родителям. Таким образом, закон обязывает нас предоставить матери информацию о диагнозе ее дочери.

Нормы медицинской этики обязывают врача действовать в наилучших интересах пациента, а также избегать причинения вреда. В данном случае, на основе высказанного настойчивого пожелания пациентки, возникают моральные сложности с непосредственной передачей информации ее матери. С точки зрения здравого смысла, проблема осложняется также тем, что девочке уже 14 лет и остается совсем немного времени до того момента, когда она сможет принимать решения по поводу своего здоровья самостоятельно.

Здесь довольно непросто разобраться, как наилучшим образом защитить интересы девочки-подростка и избежать причинения ей вреда. Требуется непосредственное знание ситуации и оценка всех релевантных обстоятельств. Для принятия решения о наилучшей тактике поведения в данной ситуации будут полезны следующие соображения.

1. Врач должен заботиться о будущем благе пациентки. Исходя из специфики заболевания пациентки и ее возраста с ней нужно провести специальную разъяснительную работу. Необходимо, чтобы девочка имела больше знаний о женском здоровье, современных ЗППП (заболеваниях, передающихся половым путем) и способах предохранения от них, об опасностях беспорядочных половых отношений. Ясно, что девочка не предохранялась, что и привело к заражению гонореей. Последствиями ее образа

жизни могут быть также преждевременная беременность, заражение более опасными инфекциями, бесплодие и др.

Эта разъяснительная работа особенно важна, учитывая степень тяжести ее заболевания.

2. Необходимо получить больше информации о ситуации в семье, а также о самой пациентке — оценить ее уровень развития, интеллект, степень зрелости (в том числе моральной) и др. Это позволит более взвешенно подойти к решению проблемы.

3. В любом случае, идти на обман матери будет морально сомнительным шагом, а также нарушением закона.

4. Если отказать пациентке в ее просьбе, это может подорвать ее доверие к врачам вообще, что крайне негативно отразится в дальнейшем на ее здоровье (в том числе на репродуктивном здоровье). Этот фактор тоже следует принимать во внимание.

5. Очевидно также, что здесь присутствует и психологическая проблема: недостаточно благополучные отношения в семье. Задача, таким образом, не сводится к чисто формальной стороне дела (сообщать или не сообщать).

6. Исходя из вышесказанного, полезно было бы привлечь других специалистов: например, подросткового врача и психолога (и, может быть, семейного психотерапевта). Это было бы еще одной альтернативой в сложившейся ситуации.

В итоге, необходимы как минимум подробное консультирование подростка по вопросам женского здоровья и психологическая помощь девочке. Вопрос о наилучшей стратегии поведения в данной ситуации (включая вопросы взаимодействия с матерью) лучше выработать совместно с другими специалистами.

**Кейс 4.** Информированное согласие должно быть получено на конкретную процедуру, что нужно зафиксировать письменно. Кроме того, необходимо убедиться, что пациент ясно понял суть медицинского вмешательства. Если первоначальные намерения врача изменились в ходе лечебно-диагностического процесса, то он обязан четко проинформировать пациента об этом и получить *новое согласие на новое вмешательство*.

**Кейс 7.** Семейному врачу, оказавшемуся в такой ситуации, можно порекомендовать примерно следующее.

Его главная обязанность — защищать интересы пациента. Вторая по значимости обязанность — соблюдение норм коллегиальных взаимоотношений. Семейный врач должен успокоить пациента и постараться самому разобраться с данным клиническим случаем. Для этого желательно встретиться с терапевтом стационара и выяснить, что послужило причиной того, что состояние пациента не улучшилось после лечения (или ухудшилось). Взаимодействие с терапевтом должно быть корректным и уважительным.

Дальше, в зависимости от ситуации, семейный врач должен предпринять меры по организации эффективного лечения своего пациента.

Действия против терапевта стационара, разумеется, без веских причин начинать не следует.

**Кейс 8.** Медицинское учреждение вправе предоставить конфиденциальную информацию о пациенте (состоянии здоровья, диагнозе, лечении и др.) третьим лицам только в четко указанных законом случаях. В данной ситуации нет оснований предоставлять такую информацию работодателю, о чем его следует корректно известить.

Со своей стороны, руководитель медицинской организации вправе провести внутреннюю проверку данного случая.

**Кейс 10.** В данном случае присутствует конфликт между нормами взаимоотношений в коллективе (здесь в большей степени неформальных) и правилом конфиденциальности (сохранения врачебной тайны) в отношении пациента. Строго говоря, лечащий врач поступил правильно, так как в данном случае интересующийся историей болезни терапевт является посторонним лицом.

### Глава 3

**Кейс 3.** Проведем разбор случая, связанного с заданием врачу-интерну выполнить плевральную пункцию.

1. В этой ситуации присутствует моральный конфликт между обязанностями врача-интерна по отношению к руководителю и моральными принципами по отношению к пациенту.

Интересы пациента должны быть на первом месте, и на первый план в данном случае выходит моральный принцип «не навреди».

2. В этой ситуации также необходимо взвесить два риска неблагоприятных последствий — последствия отказа от выполнения задания и последствия причинения вреда пациенту из-за неумелого проведения медицинского вмешательства.

3. Несмотря на наличие осложняющих обстоятельств (задание, данное руководителем; напряженная рабочая обстановка; психологические сложности, возникающие из неподчинения руководителю), врачу-интерну следует честно сказать руководителю о сомнениях в своих силах. Тем более, что эти сомнения имеют объективную основу, поскольку интерн никогда не выполнял эту процедуру сам.

Если врач раньше не проводил данное вмешательство, то крайне рискованно выполнять его впервые полностью самому, без руководства более опытных специалистов.

4. Если нет возможности объясниться с руководителем, то врачу-интерну следует постараться найти какого-то более опытного врача, которому он мог бы объяснить ситуацию и который согласился бы ему помочь (например, проконтролировать ход выполнения вмешательства). Разумеется, интерн должен в последующем поставить в известность об этом своего руководителя.

5. Наиболее важный моральный смысл этой ситуации состоит в том, что врач (не только начинающий, но и вполне опытный) должен четко осознавать свои личные возможности и их границы. Это тоже одна из важнейших добродетелей врача. Врач должен обладать способностями к самоконтролю

и самокритике, в противоположность самонадеянности, которая является источником стольких врачебных ошибок и драматических исходов в медицине.

**Кейс 4.** Уже сама операция представляется сомнительной при наличии такого количества сопутствующих заболеваний и возрасте пациента.

При недостатке релевантной информации в отношении данной задачи мы можем лишь предположить, что, в лучшем случае, как минимум имелись абсолютные показания к оперативному вмешательству.

Далее здесь был нарушен принцип «не навреди», так как применялась излишне агрессивная терапия.

Нарушен также принцип блага больного. Врач должен внимательно относиться к любой информации, полезной для оказания наилучшей помощи пациенту. В данном случае вполне очевидно, что родственники, знакомые с особенностями заболевания пациента в течение длительного времени, обладают ценными сведениями, от которых в силу различных, совершенно субъективных, не подлежащих оправданию причин, врачи отказались.

По всей видимости, здесь налицо ряд врачебных ошибок, делающих врачей, непосредственно участвующих в лечении пациента виновными в неблагоприятном исходе и подлежащими ответственности.

**Кейс 5.** Поступок семейного врача можно расценить как профессиональную небрежность. Раскрытие конфиденциальной информации привело к причинению морального вреда, так как конфликт в семье и последующий развод явно привели к «нравственным страданиям» пациента Р. (что подпадает под определение морального вреда согласно Гражданскому кодексу РФ). В связи с этим пострадавший имеет основание обратиться в суд с исковым заявлением по поводу возмещения морального вреда, причиненного ему действиями врача.

**Кейс 8.** При принятии решения об операции при аневризме хирургу необходимо учесть несколько аспектов.

1. Принцип уважения автономии пациента требует, чтобы больной обязательно был проинформирован об имеющихся рисках.

В данном случае мы сталкиваемся с ситуацией, где как раз требуется совместное решение врача и пациента. Иными словами, учитывая сложную клиническую ситуацию, информирование пациента должно проводиться в формате субъективного стандарта. Врачу надо отвести столько времени на диалог с пациентом, сколько потребуется.

2. Информация должна быть представлена пациенту ясно для его понимания. Врачу следует убедиться в том, что сведения поняты пациентом, для чего можно задать соответствующие проверочные вопросы.

Этическая сложность также состоит в том, чтобы не испугать пациента, не вызвать у него повышенную тревожность по поводу его состояния здоровья и предполагаемой хирургической операции.

В любом случае информацию следует сообщать в спокойном стиле, не запугивая пациента и не усиливая его стресс из-за состояния здоровья и предлагаемого вмешательства.

3. В документации надо четко отразить суть клинической ситуации и обосновать показания к оперативному вмешательству. Необходимо также указать, имелись ли альтернативы к данному вмешательству и какие. Должно быть также изложено, о каких конкретно рисках и возможных последствиях вмешательства было сообщено пациенту при получении согласия на вмешательство.

4. Вопрос о том, какой уровень риска следует считать настолько значительным, что о нем обязательно должно быть сообщено пациенту, остается еще не до конца проясненным. Ясно, что это должен быть существенный риск, который является значимым фактором для данной клинической ситуации. В Великобритании в одном судебном решении было указано, что доктор должен информировать пациента о риске в том случае, когда этот риск имеет такую степень значения, которая может повлиять на принятие решения благоразумного пациента (*Pearce v. United Bristol Healthcare NHS Trust*, 1999).

Еще в одном судебном решении приводился пример «вероятность 1—2% наступления паралича» как случай подобного риска, обязательного для информирования (*Chester v. Afshar*, 2004).

**Кейс 9.** Здесь могут быть полезны следующие рекомендации.

Следует прежде всего побеседовать с самим врачом. Надо поговорить наедине, в спокойном, выдержанном стиле.

Ни в коем случае не позволительно обсуждать врачебные ошибки при пациентах.

Можно дать врачу советы, как более правильно использовать антибиотики, разумно также порекомендовать почитать специальную литературу по проблеме, чтобы это выглядело более нейтрально (а не как прямое поучение со стороны «более умного» врача). Тогда это будет менее болезненно для самолюбия врача.

Если же вы встретите возражения или сопротивление, то, по всей видимости, о ситуации придется доложить кому-то из руководителей (или представителям этического комитета, если он есть в данном учреждении). Но при этом этично будет предупредить врача о том, какие меры вы собираетесь предпринять.

**Кейс 11.** Врач должен защищать наилучшие интересы пациента. Если врач не видит клинических оснований соглашаться с желаниями пациента (в данном случае, врач не видит оснований для проведения оперативного вмешательства, считает его рискованным), то он не должен идти на поводу своего пациента.

Наиболее грамотная тактика в данной ситуации — постараться спокойно разобраться в ситуации и убедить беременную женщину в том, что операция ей не показана. Можно также посоветовать ей получить консуль-

тацию у других специалистов (второе мнение) для более объективной и независимой оценки; можно обратиться за помощью к консилиуму.

Вероятно, женщине понадобится также помощь психолога или психотерапевта, поскольку ее поведение вызвано иррациональными страхами и особым психологическим состоянием перед родами.

Конечно, женщина может обратиться в суд, но в данном случае правота явно на стороне лечащего врача.

## Глава 4

**Кейс 1.** Здесь присутствует целый ряд нарушений. Пациент должен быть извещен о сути предполагаемого экспериментального лечения. Это предполагает и информирование о названии препарата (если для обратного нет веских оснований). На любой стадии исследования испытуемый имеет право выйти из исследования. Из контекста задачи видно, что пациент, судя по всему, не был информирован о своих правах участника исследования. Врач же вводит пациента в заблуждение, говоря, что у пациента нет права выйти из исследования.

Мы видим, что врач оказывает давление на пациента с тем, чтобы больной продолжал участие в исследовании. Между тем согласие на исследование и выход из него являются добровольными, свободно осуществляемыми действиями.

Разумеется, врач глубоко не прав с точки зрения врачебной этики, прежде всего в том, что интересы исследования он ставит выше, чем благо и безопасность пациента.

**Кейс 2.** Все зависит от того, действительно ли ничем нельзя заменить проведение подобных учебных операций. Использование собак в данном случае должно быть убедительно обосновано.

Кроме того, существенное значение имеет то, как конкретно обращаются с животными: не приносят ли операции существенного вреда здоровью собак (не инвалидизируют ли их и т.п.), насколько избавлены животные от мучений, какой обеспечен им до- и послеоперационный уход и т.п.

**Кейс 3.** Этот случай демонстрирует, насколько важна моральная основа того, как медицинская система формирует свои отношения с обществом. Морально неприглядные действия медицинского сообщества создают проблемы не просто в отношениях медицины и общества, но и в более широком социальном контексте. В данном случае политика экспериментаторов привела к обострению социальных неравенств и конфликтов в американском обществе в целом, так как здесь были примешаны расовые и этнокультурные проблемы.

Кроме того, как мы видели, это привело в дальнейшем и к проблемам самой системы здравоохранения (нежелание участвовать в медицинских исследованиях, отказ сотрудничать с врачами по проблеме ВИЧ-инфекции). Подрыв доверия к медицине в конечном счете обходится дорого и медицине, и обществу в целом.

**Кейс 4.** Привлечение уязвимых групп для участия в исследованиях — это всегда повод для особого внимания к этической стороне проекта. А в данном случае мы имеем дело с исследованием на детях из бедных групп населения.

Прежде всего, существует опасность того, что родители испытуемых будут недостаточно полно проинформированы о рисках исследования, так как здесь может быть использовано отсутствие образования и полная неосведомленность в вопросах медицины. Далее, здесь со стороны родителей очень вероятна мiskonцепция, о которой говорилось в гл. 4, т.е. родители будут в большей степени надеяться на то, что доктора будут прежде всего лечить их детей, не понимая собственно смысла научного исследования.

Иными словами, здесь имеется опасность эксплуатации незащищенного положения испытуемых и их представителей.

Поэтому следует хорошо продумать вопросы информирования родителей: как в доступной форме разъяснить им смысл предлагаемого исследования.

Стимуляция привлечения добровольцев с помощью бесплатного питания и ухода, в принципе, допустима, но, опять же, здесь есть вероятность скрытой эксплуатации субъектов исследования, готовых идти на неосознанный риск из-за условий своей жизненной ситуации.

Использование плацебо в отношении детей, больных малярией, морально неоправданно.

Для организации работы с предполагаемыми субъектами исследования желательно обратиться за помощью к лидерам их общин. Требуется также одобрение независимого этического комитета и контроль с его стороны за выполнением исследования, а также за соблюдением обязательств по отношению к участникам исследования после завершения проекта.

**Кейс 5.** В данной ситуации непонятно, что значит информирование «лишь в общих чертах». Возможно, сведения о деталях исследования действительно не нужны пациентам, но им нужно обязательно предоставить информацию о риске данного вмешательства. Если им не будет предоставлена полноценная информация о целях и условиях исследования, рисках и возможных последствиях вмешательства, то это будет нарушением принципа автономии и правила ИДС, чем бы это ни мотивировалось.

Поэтому следует согласиться с заключением этического исследовательского комитета.

**Кейс 6.** Ключевой конфликт в данной ситуации — противоречие между задачами научного исследования (добиться достоверных результатов) и целью защиты интересов пациентов — субъектов исследования (обеспечить им наилучшую медицинскую помощь).

Из условий задачи известно, что эксперимент был запланирован на длительный срок. Кроме того, обнаружились побочные эффекты нового препарата; пока они являются не очень выраженными, однако имеется неопределенность в отношении того, как они будут проявляться в будущем. Далее, мы видим, что контрольная группа не лишена медицинской помощи, а по-

лучает одну из стандартных схем лечения. Таким образом, для контрольной группы здесь нет риска от получения недостаточного лечения.

В связи с этим следует согласиться с этическим комитетом и продолжить исследования до выяснения более полной картины эффектов нового препарата. Энтузиазм исследователей можно понять, однако необходимо получить максимально достоверные данные. Недостаточно доказательные результаты исследования в конечном счете не принесут никакой пользы медицинской науке и больным туберкулезом.

По завершении исследования, если будут получены убедительные данные в пользу нового препарата, пациентам из контрольной группы тоже следует обеспечить доступ к новому лечению. Так будет соблюден принцип справедливости для всех субъектов — участников исследования.

## Глава 5

**Задание 7.** Предполагаемая будущая суррогатная мать, гражданка Н., не подпадает под критерии суррогатного материнства, о которых говорилось в гл. 5.

Кроме того, если предполагаемая суррогатная мать замужем, то требуется письменное согласие ее супруга (п. 10 ст. 55 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»). Вынашивание ребенка допускается за вознаграждение (согласно заключаемому договору), в качестве родителей регистрируются лица, состоящие в браке и давшие согласие на имплантацию эмбриона суррогатной матери.

**Кейс 3.** Действия врача-гинеколога сомнительны с моральной точки зрения. Его задачи состоят в предоставлении компетентной помощи женщине, в том числе он должен грамотно консультировать ее по вопросам беременности и родов в ее ситуации. Он не вправе оказывать давления на женщину.

Если врач не имеет достаточно сведений по данному вопросу, ему необходимо отправить клиентку к соответствующему специалисту.

Он ошибается в том, что ребенок будет заранее обречен на жизнь с ВИЧ-инфекцией. Современные научные данные говорят о том, что если ВИЧ-положительная женщина будет принимать профилактическую антиретровирусную терапию в течение беременности и в родах, то риск передачи вируса ребенку составит менее 2%. Однако без применения специальных профилактических мероприятий (которые включают АРВ-терапию и отказ от грудного вскармливания) риск передачи ВИЧ от матери к ребенку составляет около 25–40%.

**Кейс 4.** Поскольку согласие донора на изъятие органа дается добровольно, то он вправе отказаться от донорства до начала непосредственно операции. Оказывать давление на потенциального донора недопустимо (в том числе ссылаясь на то, что он якобы потерял право на отказ после дачи согласия). Медицинские работники должны полноценно информировать потенциального донора о его правах при получении ИДС на изъятие органа.

По всей видимости, потенциальный донор был недостаточно проинформирован о его правах, а также о последствиях в состоянии здоровья, связанных с изъятием органа.

**Кейс 5.** При использовании вспомогательных репродуктивных технологий выбор пола будущего ребенка не допускается, за исключением случаев возможности наследования заболеваний, связанных с полом (п. 4 ст. 55 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

**Кейс 7.** Для того чтобы этический комитет дал согласие на проведение подобного исследования, оно должно быть убедительно обосновано, так как речь идет о уязвимой категории испытуемых. Исследования на уязвимых группах этически оправданы, когда они ставят цель разработать новые методы помощи, специфичные именно для этих групп. Поскольку речь идет не о новом методе лечения психической патологии, а о кардиологическом препарате, требуется обосновать, почему необходимо испытание именно на недееспособных пациентах.

В противном случае возникает подозрение, что организаторы исследования могут эксплуатировать уязвимую группу для своих целей.

**Кейс 9.** Отказ ВИЧ-положительному молодому человеку в получении амбулаторной помощи в обычной студенческой поликлинике явно необоснован. ВИЧ-положительные (ЛЖВ) пользуются такими же правами, как и все люди. В специализированном центре ВИЧ-положительный пациент получает только необходимую ему специализированную помощь в связи с его статусом.

## Глава 6

**Задание 7.** Согласно ст. 16 Международной декларации о генетических данных человека, генетические данные (протеомные данные, биологические образцы) человека не должны использоваться для иных целей, не совместимых с изначально данным согласием. Поэтому, несмотря на обещания конфиденциальности использования клиникой этих данных, лучше всего непосредственно обратиться к лицам — субъектам данных и получить у них согласие на использование их данных в научных целях.

Если такое обращение к субъектам невозможно по каким-то объективным причинам, то лучше всего проконсультироваться по этому поводу с этическим комитетом. Со своей стороны клиника должна представить четкое изложение того, как и в каких целях она намеревается использовать генетические данные.

**Кейс 1.** Согласно ст. 13 Международной декларации о генетических данных человека, никому не может быть отказано в доступе к собственным генетическим или протеомным данным, за исключением случаев, когда генетические данные используются в форме, не позволяющей идентифицировать субъекта данных, или же когда в соответствии с внутренним правом

доступ ограничивается в интересах охраны здоровья населения, общественного порядка или национальной безопасности.

Кроме того, в Международных руководящих принципах этики для биомедицинских исследований на человеке (CIOMS) говорится, что после завершения исследования испытуемые должны быть проинформированы об общих результатах исследования, а конкретные лица — о любых результатах, касающихся их индивидуального состояния здоровья (рекомендация 5).

Таким образом, отказ в предоставлении гражданину информации о его генетических данных, в общем случае, этически несостоятелен.

**Кейс 4.** Условия задачи сами подсказывают, как должны выглядеть ключевые моменты ИДС для данного исследования. Помимо разъяснения условий эксперимента, предполагаемым субъектам исследования следует сообщить о возможности обнаружения патологических изменений головного мозга. Следует сказать также о том, что эти данные могут иметь лишь предположительный характер. Далее каждого участника извещают о том, что он имеет право как быть, так и не быть информированным о выявленных эффектах, которые могут свидетельствовать о его состоянии здоровья.

**Кейс 7.** Согласно ст. 16 и 17 Международной декларации о генетических данных человека, при изменении цели исследования, в том числе для извлечения генетических данных из биологических образцов, требуется «предварительное, свободное, информированное и ясно выраженное согласие соответствующего лица». Извлечение генетических данных без согласия допускается тогда, когда данные необратимо отделены от индивидов — их источников.

Поэтому этический комитет должен проанализировать ситуацию и, в случае если данные не отделены от субъектов исследования, порекомендовать получить согласие людей, вовлеченных в исследования.

**Кейс 8.** Не вполне ясно, нужен ли вообще этот эксперимент по изучению жестокости и в чем его научная ценность. Необходимость такого исследования явно нуждается в обосновании.

Проблематичной выглядит также интерпретация данных, так как они могут быть недостаточно определенными, чтобы делать из них какие-то далеко идущие выводы.

Кроме того, деликатным является вопрос об информировании участников о результатах эксперимента (например, если у кого-то действительно будет выявлена склонность к жестокости; либо будет дана такая интерпретация полученных данных). Сравнение в исследуемых группах с последующим опубликованием полученных данных может привести к сложным последствиям в обществе, в том числе к ухудшению отношения общества к какой-то группе (например, если какая-то группа, согласно интерпретации полученных данных, более склонна к жестокому поведению).

Наконец, задание в эксперименте, согласно которому человек должен представить, что он истязает других людей, морально очень сомнительно, так как явно затрагивает человеческое достоинство.

## Глава 7

### **Задание 10.** Рекомендация к выполнению работы.

Для выполнения задания можно использовать статью Герберта Фреда «Гипоскиллия — дефицит клинических навыков»<sup>1</sup>, в которой исследуется это явление с точки зрения ценностных оснований современной медицины.

Статья представляет собой речь Г. Фреда на церемонии вручения ему премии 2005 г. за выдающиеся достижения в области медицинского образования, присуждаемой американским фондом TIAA-CREF. Статья была опубликована в *Texas Heart Institute Journal*, 2005, Vol. 32, № 3.

**Задание 11.** Все зависит от сложности проблемы и масштаба конфликта. Поскольку в данном случае, по всей видимости, нет необходимости в обширных междисциплинарных знаниях, а также требуется мобильность реагирования, то наиболее уместным было бы использование индивидуального консультанта или малой группы.

**Задание 15.** Здесь присутствует конфликт ролей: с одной стороны, врач должен выполнять распоряжения администрации, с другой — защищать интересы своих пациентов.

Вероятно, наиболее морально приемлемым решением в этой сложной ситуации было бы извещение пациентов о существовании более дорогих (и более эффективных) альтернатив лечения, которые в данных условиях недоступны для пациентов. Врачам следовало бы *рекомендовать* своим пациентам лечение этими более дорогими препаратами как более эффективное.

**Кейс 1.** Чем поучительна эта история для организации мероприятий общественного здравоохранения?

Она служит примером конфликта между общественными интересами и правами личности, показывает, что системные меры, принимаемые властями, могут не всем показаться справедливыми. Всегда могут найтись активные граждане, а также общественные организации или движения, которые будут протестовать против решений властей, ссылаясь при этом на права человека и другие солидные аргументы. Поэтому в современном мире в демократических странах меры по обеспечению общественного здоровья должны быть серьезно обоснованы как научно, так и с точки зрения соблюдения прав человека и основополагающих моральных принципов.

---

<sup>1</sup> См.: Вестник Московского городского научного общества терапевтов. № 18. 2007. Сентябрь. URL: <http://www.zdrav.net/analysis/gipos>.

## Литература

1. *Балалыкин, Д. А.* История и современные вопросы развития биоэтики / Д. А. Балалыкин, А. С. Киселев. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012.
2. *Биоэтика: междисциплинарные стратегии и приоритеты* / под ред. Я. С. Яскевич. — Минск : Изд-во БГЭУ, 2007.
3. *Введение в биоэтику* / под ред. Б. Г. Юдина, П. Д. Тищенко. — М. : Прогресс-Традиция, 1998.
4. *Гоглова, О. О.* Биомедицинская этика / О. О. Гоглова, Ю. О. Гоглова, С. В. Ерофеев. — СПб. : Питер, 2013.
5. *Кэмпбелл, А.* Медицинская этика / А. Кэмпбелл, Г. Джиллет, Г. Джонс. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010.
6. *Лопатин, П. В.* Биоэтика / П. В. Лопатин, О. В. Карташова. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011.
7. *Саперов, В. Н.* Медицинская этика / В. Н. Саперов. — М. : Бином, 2014.
8. *Сгречча, Э.* Биоэтика / Э. Сгречча, В. Тамбоне. — М. : Изд-во Библейско-Богословского ин-та Св. Апостола Андрея, 2002.
9. *Сергеев, В. В.* Биоэтика / В. В. Сергеев. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013.
10. *Силуянова, И. В.* Биоэтика в России: ценности и законы / И. В. Силуянова. — М. : Грантъ, 2001.
11. *Хрусталеv, Ю. М.* Биоэтика. Философия сохранения жизни и сбережения здоровья / Ю. М. Хрусталеv. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013.
12. *Хрусталеv, Ю. М.* Основы биоэтики / Ю. М. Хрусталеv, О. В. Ткаченко. — М. : Практическая медицина, 2014.
13. *Этическая и правовая сторона проведения клинических исследований* / И. Дж. Эммануэль [и др.]. — М. : Практическая медицина, 2013.
14. *Яровинский, М. Я.* Медицинская этика (биоэтика) / М. Я. Яровинский. — М. : Медицина, 2006.
15. *A Companion to Bioethics* / ed. by Н. Kushe, Р. Singer. — 2<sup>th</sup> ed. — Hershey : Wiley-Blackwell, 2012.
16. *Beauchamp, T. L.* Principles of Biomedical Ethics / Т. L. Beauchamp, J. F. Childress. — 6<sup>th</sup> ed. — N. Y. : Oxford University Press, 2009.
17. *DeGrazia, D.* Biomedical Ethics / D. DeGrazia, Th. Mappes, J. Brand-Ballard. — 7<sup>th</sup> ed. — N. Y. : McGraw Hill, 2011.
18. *Veatch, R. M.* The Basics of Bioethics / R. M. Veatch. — 3<sup>rd</sup> ed. — Upper Saddle River ; N. Y. : Prentice-Hall, 2011.

**Наши книги можно приобрести:**

**Учебным заведениям и библиотекам:**  
в отделе по работе с вузами  
тел.: (495) 744-00-12, e-mail: vuz@urait.ru

**Частным лицам:**  
список магазинов смотрите на сайте urait.ru  
в разделе «Частным лицам»

**Магазинам и корпоративным клиентам:**  
в отделе продаж  
тел.: (495) 744-00-12, e-mail: sales@urait.ru

**Отзывы об издании присылайте в редакцию**  
e-mail: red@urait.ru

**Новые издания и дополнительные материалы доступны  
в электронной библиотечной системе «Юрайт»  
biblio-online.ru**

*Учебное издание*

**Ушаков Евгений Владимирович**

## **БИОЭТИКА**

Учебник и практикум для вузов

Формат 70×100<sup>1</sup>/<sub>16</sub>.

Гарнитура «Petersburg». Печать цифровая.  
Усл. печ. л. 23,72. Тираж 1000 экз. Заказ № 7835, 20 экз.

**ООО «Издательство Юрайт»**  
111123, г. Москва, ул. Плеханова, д. 4а.  
Тел.: (495) 744-00-12. E-mail: izdat@urait.ru, www.urait.ru