

ЭТИКА ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ



Санкт-Петербург
2014

Этика инфекционной патологии

Под общей редакцией
О.И. Кубарь

Санкт-Петербург
2014

УДК 614.253 : 616.9
ББК 51.1(2)
55.14
Э 90

В оформлении обложки использован фрагмент картины Г. Климта «Медицина»

**Этика инфекционной патологии / Под общей редакцией О.И. Кубарь. —
СПб.: ФБУН НИИЭМ имени Пастера, 2014. — 116 с.**

Издательство ФБУН НИИЭМ им. Пастера
Заведующий — к.м.н. А.Я. Мурадян
197101, Санкт-Петербург, ул. Мира, 14.
Тел./факс: (812) 232-07-42.

Подписано в печать 24.11.14. Формат 60 х 90/16.
Гарнитура Миннион Про. Усл.-печ. л. 7,25. Тираж 300 экз.
Отпечатано в типографии ООО «ИПК «Береста»
Заказ № 1488

Авторский коллектив

Асатрян Асмик Жораевна, главный врач ФБУН НИИЭМ имени Пастера, председатель Комитета по этике ФБУН НИИЭМ имени Пастера

Бичурина Маина Александровна, доктор медицинских наук, заведующая лабораторией этиологии и контроля вирусных инфекций ФБУН НИИЭМ имени Пастера, руководитель Субнациональной полиомиелитной лаборатории ВОЗ

Кубарь Ольга Иосифовна, доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник лаборатории этиологии и контроля вирусных инфекций ФБУН НИИЭМ имени Пастера, член Российского комитета по биоэтике при Комиссии Российской Федерации по делам ЮНЕСКО, член Международного комитета по биоэтике ЮНЕСКО, экс-председатель Форума комитетов по этике государств — участников СНГ

Микиртичан Галина Львовна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой гуманитарных дисциплин и биоэтики Санкт-Петербургского Государственного педиатрического медицинского университета Минздрава РФ, Председатель Комитета по этике СПб ГПМУ

Романенкова Наталья Ивановна, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник лаборатории этиологии и контроля вирусных инфекций ФБУН НИИЭМ имени Пастера и Субнациональной полиомиелитной лаборатории ВОЗ

Токаревич Николай Константинович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий лабораторией зооантропонозных инфекций ФБУН НИИЭМ имени Пастера

Содержание

Предисловие (О.И. Кубарь).....	6
Глава 1. Общие направления этико-правовой политики в инфекционной патологии	8
1.1. Исторический аспект этико-правовых отношений в инфекционной патологии (Г.Л. Микиртичан)	8
1.2. Социальное значение этико-правовой регуляции в инфекционной патологии (О.И. Кубарь)	41
Глава 2. Этико-правовая характеристика различных ситуаций в инфекционной патологии	51
2.1. Этические принципы разработки и исследования вакцин (О.И. Кубарь, А.Ж. Асатрян)	51
2.2. Этическая составляющая планирования и управления в период эпидемий и пандемий (О.И. Кубарь, А.Ж. Асатрян)	61
2.3. Этика социально значимых инфекций (О.И. Кубарь).....	73
2.4. Био- и экоэтика инфекционных болезней, общих для животных и человека (зоонозов) (О.И. Кубарь, Н.К. Токаревич).....	82
2.5. Этический алгоритм ликвидации инфекций (О.И. Кубарь, М.А. Бичурина, Н.И. Романенкова, А.Ж. Асатрян)	98
Заключение	112
Послесловие	115

Список сокращений

ВАЗ	— Всемирная ассамблея здравоохранения
ВОЗ	— Всемирная организация здравоохранения
ГАВИ	— Глобальный альянс по вакцинации и иммунизации
КЭ	— Комитет по этике
ЛЖВС	— люди, живущие с ВИЧ/СПИДом
МКБ	— международный комитет по биоэтике ЮНЕСКО
ОКИ	— острые кишечные инфекции
РПИ	— расширенная программа иммунизации ВОЗ
СЗИ	— социально значимые инфекции

Предисловие

Развитие человеческого общества и обусловленные этим социально-экономические, демографические, культуральные, политические, экологические и другие процессы, неразрывно связаны с историей познания, управления и ликвидации инфекционных заболеваний. Разрушительная сила инфекций, опустошавших города и государства, влиявших на исходы битв и судьбы цивилизаций, внушала страх и трепет. Отдельные периоды человеческой истории даже известны как эпохи «проказы», «чумы», «холеры», «оспы», «сифилиса», «туберкулеза» и «СПИДа». Острота проблемы не снимается и в современном обществе, когда возвращение ряда тропических инфекций и новые эпидемии и пандемии бросают вызов человечеству, являясь угрозой национальной и глобальной безопасности (малярия, вирусные гепатиты, лихорадка Эбола, лихорадка Западного Нила, коронавирусная инфекция и др.). При этом следует осознавать, что инфекционные болезни, вызываемые многочисленными микроорганизмами, которые, в свою очередь, играют центральную роль в развитии биосферы Земли, представляют глобальный общегуманитарный интерес для человечества не только в естественно-научном, но и в этико-правовом плане.

В исторической перспективе, в ходе эпидемий инфекционных заболеваний, происходило формирование определенного общественного отношения к инфекциям, основанного не только на уровне развития медицины, но, в первую очередь, на принципах существующей морали.

Процесс становления и развития этико-правовой составляющей контроля и управления инфекционными заболеваниями стратегически определяется нравственными уроками истории, динамикой совершенствования различных сфер медико-биологических и естественных наук. Данное положение с еще большей остротой ставит вопрос о создании системы этического правосознания и этического самосознания у человека и общества в целом в реальных эпидемических условиях с целью соблюдения принципа социальной справедливости в здравоохранении.

Все вышесказанное стало побудительным моментом для осмысления и исследования действенности универсальных биоэтических принципов в эмпирическом аспекте инфекционной патологии. В связи с невозможностью покрыть всю классификационную

структуру инфекционных заболеваний, принципом выбора тем и разделов для сопряженного изучения биоэтического компонента в контексте инфекционного процесса стали ситуации и условия наибольшего конфликта интересов, требующие для своего разрешения комплекса биомедицинских, социальных, культурологических, экологических, экономических и политических усилий, предполагающих глобальный уровень воздействия и имеющих общечеловеческий резонанс. К таким состояниям нами отнесены этические проблемы вакцинации, социально значимых и зооантропонозных инфекций, этика пандемий и ликвидации инфекций.

Книга основана на исследовательском и практическом опыте научной школы Санкт-Петербургского НИИ эпидемиологии и микробиологии имени Пастера и непосредственном участии авторов в международной деятельности в рамках Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и Международного комитета по биоэтике (МКБ) ЮНЕСКО. подача материала ориентирована на выявление и обсуждение проблемы, знакомство с обширным рядом тематических международных документов и современным состоянием нормативного этического регулирования в РФ.

Особое значение для авторов книги имеет пример высокого служения науке и обществу, ставший нравственным наследием предшествующих поколений сотрудников Института имени Пастера, и осознанная ответственность перед будущим.

Редактор издания О.И. Кубарь

ГЛАВА 1

Общие направления этико-правовой политики в инфекционной патологии

1.1. Исторический аспект этико-правовых отношений в инфекционной патологии

Г.Л. Микиртчян

Инфекционные болезни, или как их долго называли «повальные моровые поветрия, чума», с глубокой древности сопровождали человечество и были одними из самых тяжелых бедствий наряду с голодом, войнами, природными катастрофами. Считается, что история всех до сих пор существовавших обществ была историей борьбы с эпидемиями. Эпидемии становились решающим фактором в ходе экономической, социальной, военной и политической истории, они уничтожали армии, опустошали города, разрушали империи. Примером является Римская империя, где вместе с территориальными изменениями, внутренними восстаниями, непрерывными войнами с варварами, борьбой за власть, причиной краха стали многочисленные эпидемии разных инфекционных болезней. Примерно с 166 по 189 гг. н. э. в империи свирепствовала эпидемия, предположительно чумы, описание которой оставил крупнейший врач античной древности, придворный медик императорского Рима Гален (ок. 138–201 гг. н. э.). Именно она явилась причиной смерти Марка Аврелия Антонина — римского императора (161–180 гг. н. э.), мыслителя и философа — поэтому и получила название «чумы Антонина». Эта эпидемия не только сократила население империи, но нанесла удар по экономике, культурным связям, подорвала обороноспособность армии.

На фоне эпидемий разворачивались чудовищные по своей жестокости кровопролитные бунты, погромы, вспышки ксенофобии, менялись даже религиозные предпочтения целых народов. Эпидемии вызывали хаос и сопровождались волной психических заболеваний, почва для которых была достаточно подготовленной, если представить себе беспомощность, смятение и отчаяние населения в охваченных болезнью местностях, суеверный безысходный ужас вследствие огромных размеров бедствия, непонимания его источника. Все

это образно описывает французский филолог и историк медицины Эмиль Литтре (XIX в.): «...Причины неизвестны, действие ужасно, распространение неизмеримо: ничто не может вызвать более сильную тревогу в сердце народов; ничто не может возбуждать в умах более черных подозрений... Чудится, что смертность будет безгранична, опустошение будет бесконечно и что пожар, раз вспыхнув, прекратится только за недостатком пищи...» [11].

И без того непродолжительная жизнь людей средневековой Европы (в среднем 29 лет для женщин и 28 — для мужчин) находилась под постоянной угрозой эпидемий [26]. На фоне повседневного страха отмечались всплески коллективной паники, возникавшие через более или менее продолжительные интервалы, когда на город или регион обрушивались чума, тиф, оспа, легочный грипп, дизентерия. Вспышки инфекционных заболеваний, охватывавшие города и страны, наблюдались каждые 8–10 или 15 лет. По подсчетам разных авторов они уносили жизни 20–60% населения. Если учесть, что население Европы в XIV в. составляло 105 млн человек, то даже при минимальном показателе смертности — 25%, число жертв от инфекций в Европе превышало 26 млн [9].

Эпидемии инфекционных болезней привлекали к себе особое внимание правительств, населения и медицинского сообщества и во все времена находили отражение в искусстве. «Черной смерти» в Европе посвящено великое множество произведений искусства и литературы. Описание чумы мы находим у Джованни Бокаччо в его «Декамероне», где сюжетной основой произведения служит эпидемия во Флоренции 1348 г.; у Даниеля Дэфо в «Дневнике чумного года» (1722 г.), по сути представляющего собой историческую хронику, основанную на изучении документов времен лондонской чумы 1665 г.; у Алессандро Мандзони в романе «Обрученные» (1827 г.); у крупнейшего французского писателя и мыслителя А. Камю в романе «Чума» (1947 г.) — произведении, также носящем характер хроники эпидемии чумы в маленьком городке на побережье Средиземного моря.

Важное значение в плане формирования общественного отношения к пандемиям и их нравственного восприятия имело понимание причин развития болезни. Возникновение эпидемий пытались объяснить по-разному. Считалось, что одна из основных причин на-

ходится «в воздухе, всеми вдыхаемом». В «Гиппократовом сборнике», представляющим собой отражение врачебной мысли античной Греции, есть приписываемые Гиппократу (ок. 460 г. до н. э. — между 377 и 356 гг. до н. э.) слова: «Болезни происходят частью от образа жизни, частью также от воздуха, который мы вводим в себя и которым мы живем... Когда много людей в одно и то же время поражаются одной болезнью, то причину этого должно возлагать на то, что является наиболее общим всем и чем все мы пользуемся. А это есть то, что мы вовлекаем в себя дыханием» [9, с. 171–172]. В дальнейшем это представление о «моровом поветрии» развилось в «миазматическое» учение. Испорченный воздух назывался «миазмой» или «воздухом, наполненным миазмами» (миазма — древнегреческое слово, означавшее «делать что-либо нечистым»). На русский язык в XVIII–XIX вв. слово «миазма» переводилось как «прилипчивость, имеющаяся в воздухе и служащая к зарождению эпидемических (прилипчивых) болезней» [19, с. 15]. Представление о том, что зараза поражает не всех одновременно из одного источника, будь то воздух, «стрелы Аполлона» и т. п., а переходит от человека к человеку — непосредственно или через одежду и другие предметы — судя по всему возникло позднее: оно требовало более длительного наблюдения, накопления фактов и их обобщения. Однако и эти первоначальные представления о контагиозности имеют весьма древнее происхождение. Например, мероприятия против проказы в странах Древнего Востока (Индии, Вавилоне, Иудее) исходили из факта передачи болезни через соприкосновение и вытекающей отсюда необходимости изоляции прокаженных. Об этом же свидетельствуют памятники древнего быта и фольклора, в частности русского, где факт изоляции прокаженных рассматривается как нечто вполне естественное и, по-видимому, общепризнанное [16].

Современник Гиппократа, крупнейший древнегреческий историк Фукидид (ок. 460 — ок. 400 гг. до н. э.), не бывший врачом, описывает эпидемию, свидетелем которой он был во время Пелопонесской войны. Эта эпидемия вошла в историю под названием «чумы (мора) Фукидида» (430 г. до н. э.), хотя некоторыми авторами болезнь эта трактуется как сыпной тиф. В своей «Истории Пелопонесской войны» Фукидид писал, что люди заражались в результате непосредственного контакта с больным: «...Однако самым страшным во всем

этом бедствии был упадок духа: как только кто-нибудь чувствовал недомогание, то большей частью впадал в полное уныние и, уже более не сопротивляясь, становился жертвой болезни; поэтому люди умирали, как овцы, заражаясь друг от друга. И эта чрезвычайная заразность болезни и была как раз главной причиной повальной смертности. ...Умирающие лежали друг на друге где их заставляла гибель, или валялись на улицах и у колодцев, полумертвые от жажды... Сами святилища вместе с храмовыми участками, где беженцы искали приют, были полны трупов, так как люди умирали и там. Ведь сломленные несчастьем люди, не зная, что им делать, теряли уважение к божеским и человеческим законам» [22].

Через пять веков Диодор Сицилийский (I в. до н. э. — I в. н. э.), описывая так называемый «Сиракузский мор» 395 г. до н. э., объяснял его распространение следующим образом: «Так как со всех сторон стекалось много народа в город, то от недостатка места люди, понятным образом, подвергались болезням, ибо они дышали испорченным воздухом» [3].

У Гиппократов и современных ему врачей нет таких точных описаний передачи заразных болезней, как у историков Фукидида и Диодора, но, давая верные описания, ни Фукидид, ни Диодор не имели ясных представлений о путях распространения эпидемии. В их изложении совмещаются и переплетаются совершенно различные, по существу, объяснения: примитивные контагионистские — о передаче болезни через прямой контакт здорового человека с больным — с миазматическими — о распространении болезни.

С точки зрения подходов к пониманию причин возникновения пандемий в особом ряду стоит Аристотель (382–322 гг. до н. э.) — величайший энциклопедист древности, имевший также медицинское образование. Являясь сторонником взгляда о контактном пути передачи инфекции, он задавался сложными вопросами, ответов на которые не было долгие столетия: «Почему от некоторых болезней заболевают, когда соприкасаются с больными, а от соприкосновения со здоровыми никто не выздоравливает? Не потому ли, что болезнь есть движение, а здоровье покой? Поэтому первое может двигать, а второе не может? Почему мор из всех болезней один только поражает по преимуществу тех, кто близко соприкасается со страдающими этой болезнью? Не потому ли, что мор — один

из всех болезней — присущ всем людям, и, вследствие этого, легко переносится на всех тех, кто уже находится в испорченном (ослабленном) состоянии? Почему когда соприкасаются с чахоточными, со страдающими офтальмией или чесоткой, то воспринимают их болезнь, тогда как не заболевают от соприкосновения с больным водянкой или апоплексией?» [9].

Поэт Тит Лукреций Кар (умер в 55 г. до н. э.) в VI книге своей поэмы «О природе вещей» («De rerum natura») не только дает перечень источников возникновения и способов распространения различных начал, но, в известной мере, пытается их классифицировать. Однако и в его представлениях также смешиваются разные концепции: миазматическая (или «конституционально-миазматическая») и контагионистская. Миазматическая концепция находит отражение в описании «зараженного неба», «гибельно смешанного воздуха», в предположении автора о том, что «все зависит от воздуха свойства». С контагионистами его сближают упоминания о мельчайших «семенах», могущих не только быть «животворными», но и приводить к болезням и смерти, о невидимых носителях заразы, оседающих на пище, воде, на различных предметах [20].

В I в. н. э. Плиний старший (23–79 гг.) в своей «Естественной истории» писал, подобно Фукидиду, о распространении «мора» путем соприкосновения. Он же говорил о зарождении «мельчайших животных» в крови человека.

Гален выделял две главные причины возникновения эпидемий: «порчу» воздуха и наличие сравнительно большой, «восприимчивой к болезням», группы людей. Он не исключал возможности образования в испорченном воздухе особых частиц, инициирующих процессы гниения при попадании в организм человека, появление так называемых «гнилостных частиц», которые он называл «скрытыми качествами» или «семенами чумы». Заражение здоровых людей от больных Гален рассматривал лишь как вспомогательный механизм распространения болезней при эпидемиях.

Обилие материала для наблюдений над заразными болезнями появилось в Средние века, в период широкого распространения тяжелых эпидемий и пандемий. Связанные с этим события нашли отражение в трудах целого ряда известных ученых и общественных деятелей того времени. Это и византийские историки VI в. Эвагрий

и Прокопий из Кесарии, описавшие «чуму Юстиниана» и предположившие, что люди, прибывшие из зараженных мест, сами оставаясь здоровыми, могут распространять заразу вокруг; и крупнейший врач средневековья, таджикский ученый Абу Али ал-Хусейн ибн Абдаллах ибн Сина (980–1037 гг.), высказавший мысль о невидимых возбудителях чумы, оспы, кори и др.; и ученый западного (Кордовского) халифата Ибн Зохран (Авензоар, 1113–1162 гг.), писавший, что проказа передается «главным образом вследствие близости к прокаженным и общения с ними»; Ибн-ал-Катиб (1313–1374 гг.), продолжатель Ибн Рошды (Аверроэса), указавший на «очаги», то есть предметы, являющиеся посредствующим звеном при передаче инфекции; Габриэль де Мюсси — очевидец «черной смерти» в византийских и итальянских (генуэзских) владениях, в устье Дона (Танаис) и на побережье Крыма; Шален де Винарио, описавший эпидемию 1382 г. в Париже и Авиньоне, итальянский врач XV в. Саладино Ферри и многие другие [9].

В XV–XVI вв. рядом европейских врачей, анализировавших многочисленные случаи заболевания людей проказой, сифилисом, тифом, чумой после контакта с больными или их вещами, было высказано предположение о ведущей роли этого пути заражения. Несмотря на ряд сомнений и неясностей, контагионистские представления подкреплялись опытом и получали все большее выражение — не столько в медицинской литературе, сколько в проводимых практических мероприятиях. Среди сторонников контагионистской теории наибольшую известность приобрел итальянский врач Дж. Фракасторо (1478–1553 гг.) и его труд «О контагии, контагиозных болезнях и лечении в трех книгах» [21]. Заслугой Дж. Фракасторо является, прежде всего, обобщение разрозненных сведений, имевшихся о заразных болезнях, попытка классификации последних, внесение большей ясности в представления об их сущности и о путях передачи.

Однако наблюдения и выводы, сделанные контагионистами того времени, не могли оказать существенного влияния на представления врачей Средневековья. Достойную оценку они получили лишь в конце XIX в., когда наступила эра микробиологии. Это было связано с тем, что в медицине Европы вплоть до XVIII в. господствовала теория Галена, считавшегося незыблемым, непровержимым

и не подлежащим критике авторитетом в медицине. Моральной нормой, укорененной в сознании врачей того времени, являлось точное следование канонам, отступление могло быть наказуемо. Как контагионисты, так и их противники главным фактором, определяющим «зарождение» эпидемии, считали не «порчу» воздуха или «семена контагия», а наличие сравнительно большой группы «восприимчивых к болезням» людей, что вполне соответствовало учению Галена [19].

В связи с этим, большое значение имели усилия, направленные на организацию медицинской помощи во время эпидемий. Опять же, руководствуясь господствующей теорией Галена, в основе которой лежало его представление об устройстве и механизмах жизнедеятельности человеческого организма, врачи средневековой Европы не принимали в расчет социальные факторы, такие как условия жизни, материальный достаток, социальное положение, профессиональную деятельность и т. д. Практические рекомендации врачей той эпохи, направленные на сохранение здоровья и предупреждение заболеваний, основывались только на индивидуальных особенностях человека — учете темперамента, возраста, пола и пр. Подходы к лечению и профилактике не менялись и во время эпидемий, несмотря на случаи заболевания с одними и теми же симптомами у совершенно разных по темпераменту, возрасту и полу людей. Заболевшему рекомендовали хорошее питание и укрепляющие средства для поддержания сил, восстановление равновесия «внутренних качеств» и удаление из организма «згнивших влаг» путем кровопусканий, назначения слабительных, рвотных, потогонных средств. Для профилактики заболевания людям советовали избегать любых излишеств, питаться супами и бульонами, пить молоко, много отдыхать, выполнять неинтенсивные физические упражнения, а главное — воздерживаться от мыслей о смерти и во что бы то ни стало сохранять хорошее настроение и бодрость духа [19, с. 17].

Несмотря на незначительные разногласия, все ученые сходились в одном: легче избежать чумы, если не поддаваться страху, пребывая в бодром настроении и вооружившись стоическим спокойствием. Но это были советы и рассуждения интеллектуальной верхушки общества. На самом деле хроники тех событий показывают, что

основная масса людей не считала стоицизм средством от болезни, а те, кто предавался пьянству и разврату, делали это не ради развлечения, а скорее от отчаянья.

Все хроники эпидемии действительно свидетельствуют о такой характерной черте поведения людей во время чумы, как излишества и разврат. «Каждый предавался наслаждениям с таким безрассудством, о котором раньше и не помышлял», — пишет Фукидид. Боккаччо вторит ему в «Декамероне». В «Дневнике чумы» Дефо, в свою очередь, пишет о Лондоне 1665 г.: «В городе происходили всевозможные преступления, скандалы и эксцессы». Знаменитая пьеса А.С. Пушкина «Пир во время чумы» из цикла «Маленькие трагедии» так же посвящена лондонской эпидемии. Все авторы повествуют об одном и том же: пьянство и излишества, вызванные лихорадочным желанием использовать последние дни жизни, становились обычным явлением во время эпидемии.

В действительности, в период эпидемий полностью нарушался образ жизни: прекращался подвоз самых необходимых продуктов и вещей, люди терпели страшную нужду и голодали. Во всех хрониках чумы подчеркиваются, к примеру, факты прекращения торговли и производства, закрытия магазинов и церквей, запрета увеселений, опустения улиц и площадей и молчания колоколов. Запрещались любые массовые мероприятия, закрывались трактиры, публичные дома, вводились особые правила захоронения умерших.

Если человек заболел, его могли или оставить в запертом доме, или помещали в специально отведенные места за городом. Уход за больным во время эпидемии резко отличался от ухода в «обычное» время, когда заболевший был окружен заботой родных, врачей и священников. Наоборот, родные зачастую не заботились о больных, врачи боялись прикоснуться к ним, а если и делали это, то с помощью палочки; еда, лекарства подавались больным на расстоянии вытянутой руки. Те, кому нужно было подойти к больному, опрыскивали свою одежду уксусом и надевали маску. Рядом с больным не следовало глотать слюну и дышать ртом. Священники совершали причастие с помощью серебряной лопатки на длинной ручке. Отношения между людьми совершенно менялись. Время чумы — это период «насильственного одиночества».

Вот что об этом пишет французский историк Ж. Делюмо: «В этом ужасном смешении забыты и нарушены все законы природы и любви. Все разобщены: дети и родители, мужья и жены, братья и друзья. Печально осознавать, что, расставаясь, люди вероятнее всего больше не увидят друг друга. Мужчины, утратив свое естественное мужество и не зная более какому следовать совету, словно слепцы натываются на каждом шагу на страх и противоречия. Женщины своими воплями и стенаниями приумножают печаль и сумятицу и требуют спасения от зла, которое никому неизвестно. Дети проливают невинные слезы, потому что они чувствуют несчастье, хотя и не осознают его» [7].

Однако более действенными оказывались предпринимаемые властями (причем без каких-либо согласований с врачебным сообществом) мероприятия по санитарному благоустройству городов, к числу которых относятся создание водопроводов, специальных канализационных стоков, установление контроля над качеством продуктов на рынках, строительство бань и др. В основе этих мероприятий лежали, прежде всего, культурные, религиозные, политические мотивы или соображения сугубо утилитарного характера, а не существовавшие медицинские представления о природе заболевания.

Борьба с эпидемиями того времени включала три основных направления: изоляцию больных, организацию карантин и введение систем оповещения.

Как уже упоминалось, с ветхозаветных времен, еще до четкого понимания того факта, что некоторые болезни могут быть переданы от человека человеку, проказу считали контагиозным заболеванием. Больные проказой относились к «нечистым», то есть заразным, так как от «нечистого» можно тоже стать «нечистым». Существовала твердая уверенность в том, что проказа передается через контакт, поэтому единственным спасением была изоляция больных. Требование изоляции больных приобретает статус государственных мероприятий только в VI в., когда во Франции стали организовываться специальные заведения — лепрозории, куда помещались больные проказой. В период крестовых походов их число резко увеличивается. Лепрозории чаще всего размещались на окраине города или за городской чертой, чтобы умень-

шить контакты прокаженных с жителями города. Основными методами лечения были пост и молитва. В каждом лепрозории был свой устав и своя особая одежда, служившая опознавательным знаком.

На основании указа 503 г. на протяжении всего периода средневековья составлялись строгие правила содержания больных проказой и поведения их родственников, которым иногда позволялось посещать родных. Позже в Западной Европе появились постановления светских (Карл Великий, ок. 800 г.) и церковных (Собор 1179 г. и др.) властей, ограничивавшие общение прокаженных со здоровыми [9, с. 185].

Говоря современным языком, права человека в отношении больного проказой абсолютно не соблюдались. Как только обнаруживалась болезнь, религиозный трибунал, куда приводили больного, осуждал его на смерть, затем, уже в церкви, несчастного клали в гроб, служили по нему заупокойную службу, далее относили гроб с телом на кладбище, опускали в могилу и сбрасывали на него несколько лопат земли со словами: «Ты не живой, ты мертвый для всех нас», после чего больного извлекали из могилы и отвозили в лепрозорий, где он оставался до конца жизни, не смея посещать дом, семью. Вход в город разрешался только в определенные дни, при этом прокаженный должен был надевать серый плащ с капюшоном, а на шею вешать колокольчик, извещающий окружающих о приближении «живого мертвеца». При звуках такого колокольчика люди в страхе разбегались. Больному проказой запрещалось входить в церковь или трактир, посещать рынки и ярмарки, мыться в проточной воде или пить ее, есть вместе с незараженными, прикасаться к чужим вещам или к товарам при их покупке (для этого у него была специальная трость), а говорить с людьми он мог только стоя против ветра.

В период крестовых походов число лепрозориев резко увеличивается. В 1098 г. на базе больницы для прокаженных в Палестине крестоносцами был основан военно-монашеский Орден Святого Лазаря Иерусалимского. Орден принимал в свои ряды рыцарей, заболевших проказой. Символом ордена был зеленый крест на белом плаще. Орден следовал «Уставу святого Августина», но до 1255 г. не был официально признан Святым Престолом, хотя имел опре-

деленные привилегии и получал пожертвования. Монахи Ордена Святого Лазаря начали ухаживать за больными проказой в лепрозориях. Отсюда и пошло название «лазарет» (пристанище св. Лазаря). Затем такие приюты стали распространяться, и в XIII в. только в Европе их насчитывалось около 19 тыс.

Второй практической мерой борьбы с эпидемиями со стороны государства после эпидемии «черной смерти» XIV в. стало постепенное введение примитивных карантинных мер, изоляторов, обсерваторов — в первую очередь в портовых городах (Венеция — 1348 г., Рагуза — 1377 г., Марсель — 1383 г.), а затем — в городах, не имеющих выхода к морю (Париж, Лондон, Нюрнберг и некоторые другие). Первый карантин был устроен в Венецианской Республике на острове Лазаретто в Венецианской лагуне Адриатического моря в 4 км от Венеции, где были построены специальные бараки. Там в течение сорока дней должны были оставаться путешественники и товары, прибывавшие в город из мест, зараженных чумой. Первоначально понятие «карантин» означало только названный выше промежуток времени (итал. quaranta — сорок), но уже во второй половине XIV в. оно стало включать в себя осмотр прибывавших в итальянские порты кораблей и их обеззараживание. В случае выявления больных, их вещи сжигались, а сами они изолировались. Обнаруженные на судах трупы умерших также подвергались сожжению. В итальянских портовых городах в середине XIV в., в интересах торговли, был введен институт портовых надзирателей, так называемых «попечителей здоровья» (*proveditori di sanita*), следивших за выполнением правил карантина.

Введение карантинных мер также было сопряжено с жестким ограничением прав и свобод человека. Внутри карантинных зон действовали чрезвычайные административные меры. Дома, в которых кто-нибудь умирал от повальной болезни, приказывалось «запирать». Оставшимся в живых обитателям этих домов запрещалось их покидать. Пищу им подавали с улицы специально приставленные к дому «сторожа». Священникам было запрещено посещать «чумных» больных. Иногда карантинные меры накладывали на целые города, где бушевала эпидемия. В некоторых случаях такие города окружали солдатами. Нарушение карантинных правил жестоко каралось [10].

Срок пребывания в карантинах стал предметом произвола властей. Он мог быть продлен на неопределенное время, так как постепенно становилось понятно, что не во всех случаях 40-дневная изоляция «контактного» гарантировала его безопасность для окружающих. Этот факт, а также ряд прочих злоупотреблений в карантинах, формировали далеко не самое однозначное отношение к ним со стороны населения.

Изоляция и устройство карантинных мест во время эпидемий имели место и на Руси. Практически единственным источником сведений о повальных (эпидемических) болезнях в Древней Руси являются летописи, а с середины XVII в. — первое «Полное собрание законов Российской империи». Основываясь на этих материалах, можно проследить, как усложнялись, изменялись и совершенствовались мероприятия по борьбе с эпидемиями, но, в то же время, они сравнительно мало сообщают о характере эпидемий и взглядах на них в русской народной медицине [2].

Мероприятия эти состояли, прежде всего, в погребении умерших вдали от церквей, то есть от населенных мест (церкви обычно помещались в центре жилых кварталов), в запрете сообщения с «заморными местами». Летописи отмечают устройство еще в 1352 г., то есть ко времени повсеместной «черной смерти», пограничных застав с кострами, опечатывание домов. Священникам было запрещено приходить к болящим и исповедовать их. Нарушение запрета каралось смертью.

При сильном море во Пскове в 1521 г. было проведено «запирание улиц» — изоляция пораженных частей города. Аналогичные мероприятия проводились и в дальнейшем. На заставах вещи, считавшиеся зараженными, окуривались — пропускались через дым костра из можжевельника (например, письма, донесения) или обрабатывались уксусом (металлические предметы, деньги и др.). Одежду жгли, вымораживали; людей предостерегали от пользования вещами умерших. Проводилась изоляция заболевших. Лиц, бывших в общении с заболевшими «испытывали», то есть налагали карантин на срок от двух до восьми недель. В летописях также упоминается сожжение людей, считавшихся зараженными и способными распространить болезнь. Подобные меры диктовались паническим страхом людей перед смертель-

ной угрозой, какую представлял зараженный для всех окружающих, и об огне как единственном надежном средстве для уничтожения заразы.

Все эти мероприятия, конечно, далеко не всегда осуществлялись, часто нарушались и обходились. Но сам факт наличия подобных предписаний и требование их беспрекословного выполнения под угрозой смертной казни, свидетельствуют о том, что в обществе имелось представление о передаче заразных болезней и о возможности уничтожения заразы теми или иными способами.

Указы из «Полного собрания законов Российской Империи» отражают опыт принятия решений по борьбе с инфекционными заболеваниями на высшем уровне руководства страны. Один из первых указов относится ко времени царствования Алексея Михайловича: 2 декабря 1655 г. (по старому стилю) был издан именной указ № 168 окольничим Ивану и Матвею Милославским «О внесении их в Московский список за утайку в доме матери их заразительной болезни». Из этого указа явствует, что еще раньше существовал государев приказ, обязывавший извещать государя о случающихся заболеваниях «с язвою», «чтоб их Государево здоровье оберечь и беды на Московское Государство не повесть». За нарушение этого приказа грозила смертная казнь. Однако Милославские были государем помилованы.

Указы следовали один за другим. В 1656 г. вышло два указа:

- № 184 от 30 июля «О предосторожности в Москве от морового поветрия»;
- № 188 от 6 августа «О принятии предосторожности от моровой язвы».

В царствование Федора Алексеевича были изданы:

- именной указ № 826 от 8 июня 1680 г. «О том, чтоб чиновники, у которых в домах откроются заразительные болезни, не сопровождали государя в его походах и не являлись на постельное крыльцо»;
- указ № 858 от 13 января 1681 г. «О принятии предосторожностей от морового поветрия, открывшегося в Польше».

В царствование Петра I вышли в свет:

- указ № 1668 от 12 января 1699 г. «Об учреждении застав по дорогам, буде пройдет слух о моровом поветрии за границую»;

- именной указ № 2280 от 7 июля 1710 г. «Об учреждении по дорогам застав для предохранения от морового поветрия»;
- именной указ № 2296 от 17 сентября 1710 г. «Об осторожности от морового поветрия, оказавшегося в Торжке и в Хотилковском яму, и о непропуске без пашпортов проезжающих людей»;
- именной указ № 2300 от 29 сентября 1710 г. «О приеме на заставах во время заразительной болезни писем издали и о держании оных на ветру и окуливании можжевельником»;
- сенатский указ № 2340 от 16 марта 1711 г. «О бытии при заставах, учрежденных для предосторожностей от морового поветрия, отставным дворянам, которым за старостою и увечьем по наряду на службе быть невозможно»;
- сенатский указ № 2418 от 27 августа 1711 г. «Об учреждении в городах Киевской губернии застав по случаю продолжающейся в Чернигове моровой язвы»;
- № 2441 от 17 октября 1711 г. «Об учреждении в Киевской губернии застав по случаю оказавшейся в городе Нежине моровой язвы»;
- сенатский указ № 2568 от 7 августа 1712 г. «Об учреждении в Киевской губернии впредь до указа застав для предосторожности от моровой язвы, появившейся в Константинополе»;
- сенатский указ № 3234 от 24 октября 1717 г. «О посылке из Аптекарского приказа в Старооскольскую и Белгородскую провинции лекарей для осмотра на людях моровой язвы, об устройении на дорогах крепких застав и в удобных местах виселиц, дабы никто не проезжал под смертною казнию»;
- указ № 3237 от 17 ноября 1717 г. «Инструкция гвардии капитану Горохову, отправленному в Киевскую и Азовскую губернии по случаю открывшегося там морового поветрия»;
- указ № 3256 от 13 декабря 1717 г. «О объявлении Санкт-петербургским жителям в Канцелярии полицеймейстерских дел, у кого в доме окажутся больные с горячкой» и т. д. [15].

Подобные указы издавались и в последующем.

Первоначальная цель большинства указов узка — «государево здоровье оберечь», предотвратить контакт царствующей особы с больными инфекционными заболеваниями. Для этого, во-первых, запрещался под угрозой штрафа приезд ко двору и всякое

«сообщение с теми, кто к государеву двору имели доступ», причем оговариваются сроки: для больных — сначала на 6, затем на 8 недель после выздоровления, для контактных, «имевших в доме таких больных» — на 4 недели. Во-вторых, удалялись больные и контактные из деревень, лежавших на пути императорского кортежа из Петербурга в Москву и обратно. Постепенно характер указов меняется, и в них появляются более широкие предписания о мерах по борьбе с заразными болезнями. В большинстве случаев законодательная инициатива издания медицинских законопроектов исходила, очевидно, от Медицинской канцелярии, а во второй половине XVIII в. — от Медицинской коллегии. В то же время не исключено, что некоторые законы, особенно законы о борьбе с эпидемиями, принимались по предложению Сената, часто бравшего на себя организацию мероприятий особой государственной важности, к числу которых относилась и борьба с эпидемиями. Так, во время эпидемии чумы на юге России в 1718 и 1738 гг. Сенатом были командированы туда специальные представители для общего руководства и организации мероприятий по борьбе с «моровой язвой», а в помощь им даны лекари, очевидно для решения уже чисто медицинских вопросов.

В середине 50-х гг. XVIII в., когда во главе Медицинской канцелярии встал выдающийся организатор здравоохранения П.З. Кондиди, были предприняты попытки ограничить распространение инфекционных заболеваний среди населения: 1) запрещалось больным и контактным лицам ездить не только ко двору, но и «в присутственные места»; 2) для лечения больных оспой и другими инфекциями вводились специальные должности доктора и двух лекарей, которым «в постороннюю по званию своему практику... вступать уже не должно»; 3) в Петербурге выделялись четыре церкви со священниками и причтом, которые обслуживали только «болящих оспой или корью, лопухой и подобной тому какой сыпью» и никого более. На священников при инфекционных заболеваниях в их приходе накладывался строгий карантин сроком до 2 месяцев после выздоровления последнего больного [12].

Хроники чумы свидетельствуют о том, что при появлении признаков начала эпидемии население и власти всячески пренебрегали мерами безопасности перед нависшей угрозой, игнорировали сам

факт ее наличия. Власти не хотели сеять панику — именно поэтому в начале эпидемии запрещались любые проявления траура. Но главной причиной было нежелание прерывать экономические связи с внешним миром, потому что карантин оборачивался для города трудностями в снабжении продовольствием, крахом предпринимательства, безработицей, уличными беспорядками и вообще требовал больших средств на организацию. Пока число жертв эпидемии было незначительным, можно было надеяться, что она отступит без опустошения города. Но кроме сознательных и осознаваемых причин были, конечно, и подсознательные мотивы: вполне объяснимый страх перед чумой заставлял людей откладывать на максимально возможный срок начало борьбы с ней. Врачи и власти, успокаивая население, успокаивались сами [7]. Даже когда заражение угрожало непосредственно городу, власти действовали обычно таким образом: врачи обследовали больных и часто, к удовлетворению властей, ставили неопасный диагноз. Если же их заключение было пессимистичным, то для поддержания собственного спокойствия власти назначали новых хирургов и врачей для проведения повторного обследования.

Подобное происходило во всех странах. Можно привести пример эпидемии чумы в России в 1770–1773 гг. Эпидемия вспыхнула в Молдавии, в августе 1770 г. достигла Брянска, а вскоре случаи заболевания чумой появились и в Москве. Однако на первые признаки мора не было обращено достаточного внимания: у властей и врачей была уверенность, что болезнь никогда не достигнет Москвы. Первые случаи заболевания чумой были зарегистрированы в военном госпитале: 27 человек внезапно заболели «какой-то злой лихорадкой», в живых осталось только пятеро. Во главе госпиталя тогда стоял А.Ф. Шафонский (1740–1811 гг.) — один из основоположников отечественной эпидемиологии. Он быстро диагностировал чуму и принял все меры локализации инфекции: были построены карантинные бараки, выставлена охрана. На территории больницы для обеззараживания дымом круглосуточно горели костры. Шафонский доложил Медицинской коллегии о надвигающейся опасности, но был обвинен в попытке посеять панику: доказательства приближения эпидемии сочли плодом его фантазии.

Тем не менее, была разработана и на протяжении веков непрерывно совершенствовалась система оповещения населения как механизм предупреждения развития и распространения «повальных болезней». Первоначально эта система, также как и карантин, возникла в итальянских портовых городах, где на специальную комиссию в первую очередь накладывалась обязанность уведомлять коллег и органы государственной власти соседних стран о зафиксированных случаях чумы. Кроме того, в задачи этой комиссии входила проверка и выдача санитарных свидетельств и патентов, отражавших сведения о портах, в которые заходило то или иное судно, и предоставлявших информацию о происхождении товаров. На протяжении XV — первой половины XVI столетий по примеру итальянских государств многие города Западной и Восточной Европы ввели должности врачей-физиков, которым были вменены аналогичные обязанности [10].

В первой половине XVI в. по инициативе Генриха VIII в Англии появился еще один способ оповещения о возникновении заболеваний чумой. По одним данным — с 1517 г., по другим — с 1532 г. в Лондоне стали составляться еженедельные «Бюллетени о естественном движении населения города» («Bills of Mortality»). Эти бюллетени включали данные об общем числе похорон и числе похорон лиц, умерших от чумы. Для установления причины смерти в каждом приходе назначали двух «честных старых госпитальных сиделок», приводившихся к присяге. Они осматривали труп, опрашивали официальных лиц госпиталя, после чего сообщали о причине смерти клерку прихода. Бюллетени распространялись всем желающим по подписке, и таким образом любой житель города или приезжий мог быстро сориентироваться в эпидемической ситуации [19].

В Европе при возникновении острых инфекционных заболеваний, принимавших характер эпидемий, существовала традиция помечать какими-то знаками жилища зараженных: чиновники ставили на домах заболевших и умерших специальные отметки для предупреждения населения. Во время эпидемии в Лондоне вышли в свет «Распоряжения, сделанные и изданные лорд-мэром и олдерменами города Лондона в связи с распространением чумной заразы, 1665 г.», где говорилось: «Каждый дом, зараженный чумой, должен

быть помечен посреди двери алым крестом, хорошо заметным, в фут высотой, а также словами: «Господи, смилуйся над нами!», написанными рядом с крестом и остающимися на двери до законного открытия запертого дома» [8].

Требования государственных властей о сообщении личных данных больных и умерших от инфекционных болезней провоцировали конфликт интересов между врачами и государством. Врачи считали раскрытие сведений прямым вмешательством в личную жизнь пациента и посягательством на врачебную тайну. Многие пациенты были в этом с ними солидарны. Однако уже во второй половине XIX в. во время вспышек социально опасных заболеваний (оспы, чумы, холеры) подавляющее большинство врачей считали вполне допустимыми ограничения личных свобод граждан в связи с проведением карантинных мероприятий, обосновывая это своими обязанностями по отношению к обществу и государству, а не к частным лицам [13]. В данном случае благо общества оправданно превалировало над благом отдельного человека.

В периоды эпидемий и бедствий, несмотря на утверждение, что все общество несет ответственность за внезапно обрушившийся «гнев Божий», всегда имели место попытки «найти виноватого». Такова была непосредственная реакция на всеобщую угрозу, часто включавшая ярко выраженные морально-этические компоненты.

Поиск виновных, охватывавший страну за страной, регион за регионом, был выражением царившей повсюду социальной напряженности; это приводило к еще большим жертвам. Так, например, во Франции во всем обвиняли англичан, на Кипре во время «черной чумы» христиане избивали рабов-мусульман, в России в период эпидемии били татар, в Лондоне в 1665 г. англичане единодушно обвинили в чуме голландцев, с которыми они были в состоянии войны. Подозрения падали попеременно то на знать, то на богатых или нищих, то на евреев, то вообще на чужаков. Врагом мог быть объявлен каждый, и охота на колдунов и ведьм зачастую выходила из-под контроля [24].

Милан пережил это страшное испытание в 1630 г. В атмосфере тотального страха смерти, беспомощности и подозрительности найти виновных означало в какой-то степени понять необъяснимые явления, а также уметь с ними бороться. По Европе прошла

волна процессов, в ходе которых из виновных «выбивали» признания в распространении заразы. Далее последовали погромы, казни, сожжения на костре [1].

Виновниками бедствий также считали священников и врачей, которых обвиняли в бездействии и в обогащении во время эпидемий. Примеры этому есть и в отечественной истории. Известен чумной бунт в Москве во время эпидемии 1771–1773 гг. Чума вспыхнула на Большом суконном дворе, на Софийской набережной, но администрация, не поняв, что это чума, попыталась скрыть мор: умерших на фабрике хоронили тайно, по ночам, карантин объявлен не был. Вскоре заболевание стало распространяться по городу. Ежедневно умирало более тысячи человек, трупами были завалены дома и улицы. Московские власти силами колодников, осужденных на каторгу, организовали очистку города. Колодники в дегтярных робах с дырами для глаз и рта разъезжали по улицам, врываются в дома, железными крюками волокли мертвых в ужасные телеги-фуры, свозили их на кладбище и зарывали в общих могилах без отпевания и церковных обрядов.

Генерал-губернатор П.С. Салтыков, обер-полицмейстер И.И. Юшков и другие градоначальники оставили город. Мор и мародерство довели до отчаяния жителей Москвы. Пронесшийся слух о появлении чудотворной иконы Боголюбской богородицы, которая дает исцеление от страшной болезни, собрал огромную толпу, что только лишь способствовало распространению инфекции. Московский архиепископ Амвросий дал распоряжение убрать икону и закрыть ее в одной из церквей, за что был обвинен в краже. Разъяренная толпа направилась в Кремль, в Чудов монастырь, где находилась духовная консистория. Амвросий успел скрыться в Донском монастыре. Бунтовщики направилась туда, обнаружили архиепископа и зверски его растерзали.

В тот же день жертвой разъяренной толпы мог стать русский врач Д.С. Самойлович (1744–1805 гг.) — основатель отечественной эпидемиологии, активный член Комиссии для предохранения и врачевания от моровой язвы, лечивший тогда больных в чумных бараках Даниловского монастыря. «Я первый попал в руки бунтовщиков, стоявших у Даниловского монастыря. Они схватили меня, избили... Я чудом спасся от неблагодарных, искавших моей погипе-

ли», — писал Самойлович о тех событиях. Позднее он изложил все свои наблюдения за эпидемией в труде «Исследования о чуме, которая в 1771 году опустошала Российскую империю, особенно столичный город Москву, и о том, какие были найдены лекарства, чтобы ее побороть и средства от нее себя предохранить». Он был убежден, что при своевременном проведении надлежащих мер, в том числе и дезинфекции, можно предупредить или даже искоренить чуму, и предлагал использовать для прививок медицинскому персоналу гной из созревшего бубона или карбункула, содержащий, по его мнению, менее сильно действующий «язвенный яд» [9, с. 230–235].

Другая трагедия разыгралась на Красной площади. Немногочисленный отряд (130 человек) солдат и офицеров был забросан камнями и кольями. После этого был отдан приказ стрелять картечью. Сотни трупов усеяли Красную площадь. Толпа, унося раненых, отступила.

После трагической гибели архиепископа Амвросия власти всеерьез обеспокоились. Была усилена санитарная служба. Москву разбили на санитарные участки, за каждым из которых был закреплен врач. Открывались дополнительные больницы и карантинные. Особое внимание уделялось борьбе с мародерством и грабежами. За хищение имущества из покинутых домов была установлена смертная казнь на месте, жестко контролировался ввоз и вывоз товаров. По окраинам Москвы устраивались карантинные со специальными чумными больницами [5].

Подобные бунты вспыхнули в Петербурге и Старой Руссе во время эпидемии холеры в 1830–1831 гг. Эпидемия быстро распространялась по стране, сопровождалась большим числом умерших. В панике перед мором люди старались уехать из районов, где бушевала эпидемия. Властями была организована Центральная комиссия по борьбе с холерой и при ней — Медицинский совет, куда вошли крупные ученые того времени, направившие свои усилия на изучение болезни и выработку мер по ее профилактике и лечению. В число членов совета входил знаменитый врач и организатор М.Я. Мудров (умер 8 июля 1831 г. от холеры). В июне 1831 г. он был направлен в Петербург, где ему было поручено организовать две холерные больницы [18]. Трудность выполнения этого задания усугублялась тем обстоятельством, что все усилия чиновников и врачей

в борьбе с недугом были малоэффективны; население, не доверяя ни врачам, ни власти, выступало против установления карантинных, вооруженных кордонов, запретов передвижения, нападало на больницы с целью освобождения своих родственников и знакомых. Своего пика народное волнение достигло 22 июня (4 июля) 1831 г., когда на Сенной площади, где находилась центральная холерная больница, возник бунт. Обезумевшая толпа ворвалась в здание, стала все крушить, выводить больных, выбрасывать из окон врачей и лекарства. Были убиты два медика. Чиновники приняли решение подавить восстание силой: к площади были направлены войска. Опасаясь кровопролития, Николай I спешно приехал в столицу и в открытой коляске он проехал по городу. Его внезапный приезд помог навести порядок. Поскольку действенного лечения от холеры врачи выработать не могли, государство ужесточало меры по предотвращению распространения заболевания. Так, в 1832 г. за нарушение карантина была введена смертная казнь.

Вся эта многосложная и многоуровневая картина существования во время угрозы эпидемии и в ее разгар дает основание предполагать, что в этих условиях говорить о какой-либо справедливости, в частности, распределительной (по Аристотелю), сложно. Для большинства людей доступ к ресурсам — социальным, медицинским, гигиеническим, пищевым, чистой воде и т. п. — был ограничен. Неравным было и бремя затрат, связанных с лишениями; далеко не каждый имел возможность покинуть зараженную местность, избежать наказания за неподчинение предписаниям властей во время эпидемий. Трудно также говорить о милосердии как о принципе, проповедующем непричинение зла, заключающемся в повышении возможного блага и уменьшении потенциального зла и ущерба.

Еще раз следует подчеркнуть, что в течение длительного времени противоэпидемические мероприятия осуществлялись государственными органами, а также церковью, и зачастую они не соответствовали существовавшим медицинским теориям. Участие врачей в этих мероприятиях носило вторичный характер и сводилось к их практической реализации. Как уже отмечалось, врачи не всегда одобряли эти меры, например, карантинные, и не считали их эффективными. И, действительно, эпидемии не отступали. Не произошло этого даже тогда, когда была установлена микробная, а затем

и вирусная природа инфекционных болезней, то есть были сделаны принципиальные открытия, перевернувшие представления об источниках и путях передачи инфекции и давшие научное обоснование мерам борьбы с инфекционными заболеваниями.

Постоянными очагами инфекционных болезней были промышленные города, значительно выросшие в XIX в. главным образом за счет неимущего населения. Рабочие слободы возникали вокруг фабрик и заводов, обычно на окраинах, за заставами и, как правило, были совершенно неблагоустроены и лишены элементарных санитарных удобств. Общее санитарное состояние городов XIX в. было весьма неблагополучным. Так, в 70-х гг. XIX в. водопровод был в 37 городах России, канализация — в одном; в 80-х гг. водопровод — в 70 городах, канализация — в четырех; в 90-х гг. водопровод — в 111 городах, канализация — в восьми. В Москве канализация была построена только в 1898 г. Тяжелые социально-бытовые условия жизни большинства населения страны, плохое санитарное состояние населенных мест служили благодатной средой для широкого распространения заразных болезней.

Высокий уровень спорадической инфекционной заболеваемости создавал дополнительную угрозу возникновения и без того частых эпидемий, особенно в неурожайные годы, во время перемещения больших масс населения, военных кампаний. Это подтверждается данными организованного в ряде губерний России учета инфекционных больных.

Быстрому распространению болезней в XIX в. способствовало значительное расширение торговых связей и развитие железнодорожного транспорта, морского и речного судоходства. Причиной были также малое число врачей и медицинского персонала, недостаточное число медицинских учреждений, дефицит материальных средств, не четкое выполнение мер борьбы с заболеваниями, в том числе дезинфекции, хотя и признаваемой подавляющим числом врачей, но остававшейся редкостью.

Существующие представления о природе и причинах инфекционных болезней реально влияли не только на отношение общества, но и на поведение врачей и их понятие о долге во время эпидемий.

Отказ и нежелание некоторых врачей в наше время лечить больных с синдромом приобретенного иммунодефицита не яв-

ляется чем-то новым в истории профессиональной этики. До нас дошли примеры разного поведения врачей. Фукидид писал, что люди из боязни заразиться избегали посещать больных, которые умирали в полном одиночестве, вымирали целыми домами, так как никто не ухаживал за ними. Но все же находились среди них те, кто «не щадя себя, из чувства чести, посещали больных, когда даже родственники, истомленные непрерывным оплакиванием умирающих, под конец совершенно отчаивались и отступали перед ужасным несчастьем. Больше всего проявляли участие к больным и умирающим люди, сами уже перенесшие болезнь, так как им было известно ее течение, и они считали себя в безопасности от вторичного заражения. Действительно, вторично болезнь никого не поражала... Врачи были бессильны: первое время они лечили, не зная характера болезни, и чаще всего умирали сами, чем более входили в соприкосновение с больными...» [22]. Когда в 166 г. в Риме разразилась эпидемия оспы, Гален, уже заслуживший репутацию своими работами, бежал из города [28]. Таким же образом поступали многие врачи во время чумных эпидемий. Они вместе с населением охваченного эпидемией города следовали совету, данному еще Гиппократом: «cito, longe, tarde», то есть бежать с зараженной местности скорее, как можно дальше и возвращаться обратно как можно позже. Это был единственный рецепт от чумы, которого придерживались в народе в течение многих веков. Хотя бегство давало весьма слабую надежду спастись, поскольку эпидемия была повсеместной, число бежавших из пораженных мором местностей было весьма велико [9].

В средневековых хрониках можно встретить негативное отношение к врачам за то, что они бросают пациентов во время жестких и масштабных эпидемий. В то же время многие врачи оставались ухаживать за жертвами чумы, подвергая себя значительному риску. Однако в этих случаях они руководствовались не чувством профессионального долга, а скорее христианскими добродетелями (милосердие, служение бедным), иногда — патриотическими побуждениями или элементарным желанием заработать. В период позднего Средневековья в политических и торговых центрах, особенно в Италии, правительства пытались установить строгие правила относительно обязанностей и вознаграждения врача, о чем

свидетельствуют сохранившиеся до наших дней многочисленные копии контрактов городских властей с приглашенными в город на период эпидемии врачами для гарантированного оказания ими медицинской помощи нуждающимся. Эти правила по контрактной работе приглашенных медиков приобрели особое значение и сыграли положительную роль в 1347 г., когда Европу охватила пандемия чумы и из Венеции врачи массово бежали, чтобы не подвергнуться заражению. В 1382 г. проблема достигла таких масштабов, что городские власти издали закон, запрещающий врачам покидать город во время чумы, а вскоре подобные положения были приняты и в других крупных европейских городах [29]. Тем не менее, врачи часто покидали охваченные инфекционными болезнями места, но были и такие, которые, оставаясь, требовали увеличить им плату за риск.

В связи с этим следует признать, что именно чумные эпидемии вызывали дискуссии относительно обязанности врачей служить обществу и своим пациентам, формировали государственную политику, касающуюся роли врача в обществе, его долга и ответственности. Средневековые врачи знали клятву Гиппократова, но она не содержала модели этичного поведения во время эпидемических ситуаций и в основном касалась взаимоотношений врач–пациент, а сформулированные в ней принципы не являлись универсальными и всеми принятыми [27].

В традиционных ситуациях врачи следовали моральному императиву и врачебному долгу, а оказавшись перед лицом опасности, связанной с реальной угрозой для собственной жизни, испытывали кризис совести.

Высказывания теологов того времени о долге врачей также носили противоречивый характер. Мартин Лютер, оставшийся со своей паствой в Виттенберге во время чумной эпидемии 1527 г., убеждал врачей и священников исполнять свой долг милосердного христианского служения. С другой стороны, Теодор Беза, верный сподвижник Кальвина, утверждал, что врачи и священники могут удалиться, если сохранение их жизней послужит на благо общества. Католические казуисты, провозглашали, что долг врачей в случае общественной опасности, такой как чума — оставаться с больными даже с риском для собственной жизни.

И среди самих врачей были и те, кто со страстью утверждал, что их долг — не оставлять пациентов, и те, которые не осуждали коллег за бегство, так как сами они тоже опасались заразы. Знаменитый французский хирург XIV в. Ги де Шолиак писал: «Врачи не отваживались посещать пациентов из страха заразиться. Когда же они приходили, то ничего не делали и ничего не зарабатывали, так как все больные умирали. ...Я не осмелился удалиться, чтобы избежать бесчестия, но испытывая непрерывный страх, защищал себя, как только мог». Об опасности работы врача во время чумы размышлял другой французский хирург XVI в. Амбруаз Паре: «Хирурги должны помнить, что они призваны Богом..., а потому должны мужественно и без страха следовать своему призванию с твердой верой в Бога, ибо он один волен даровать жизнь или взять ее» [25].

Помимо самого факта необходимости исполнения врачебного долга, существовала и моральная сторона отношения к больному инфекционным заболеванием, породившая проблемы дискриминации и стигмы, актуальные и для современного общества. Так, кроме чумы, проказы, оспы, появилась болезнь, вызвавшая волну этических разногласий, не только в обществе, но и среди медиков. Это сифилис, пришедший в Европу в конце XV в. и принявший масштабы, сравнимые с эпидемией. В связи с известным способом передачи этой инфекции, при ее обсуждении неизбежно затрагивались вопросы морали. Многие врачи повторяли, как заклинание, что эта новая болезнь есть наказание за грехи развращенного общества и распущенных людей. Некоторые шли дальше и призывали в качестве профилактики воздерживаться от сексуальных отношений или, по крайней мере, от внебрачного секса, не упоминая в то же время о медицинских рекомендациях касательно необходимых мер по предохранению и доступных в то время способах лечения.

Приведенные выше примеры со всей остротой выявили проблемы медицинской профессии: представление о врачебном долге и о том, могут ли моральные убеждения врача влиять на отношение к больному и на процесс оказания ему медицинской помощи. Опыт, постепенно приобретаемый во время эпидемий, привел к существенным изменениям в поведенческих установках врачей и формах их выражения. Лишь в XIX в. сформировалось твердое

убеждение, что врач должен оказывать помощь пациентам, даже если он рискует собственным здоровьем, а также воздерживаться от моральных оценок образа жизни и поведения больного, но разъясняя ему их последствия.

Позднее было предложено несколько условий, необходимых для исполнения врачебного долга и формирования профессионального этического кодекса, касающегося поведения во время эпидемий:

- повышенная опасность заражения врачей, осознаваемая как самими врачами, так и обществом;
- необходимость следования врачебному долгу;
- поиск организованных форм для объединения усилий врачей, то есть внутри медицинского сообщества;
- «социальный контракт» между врачом и пациентом и врачом и обществом.

В целом, в мировой и отечественной истории медицины и, в частности, в истории борьбы с эпидемиями инфекционных болезней, существует немало примеров следования своему долгу, самоотверженного служения, подвижничества и героизма врачей, действовавших в очагах инфекции с риском для собственной жизни, в попытке раскрыть причины опаснейших болезней. Некоторые из них решались подвергнуть испытанию свой собственный организм, ставя опыты на себе. Общество при жизни наградило многих из них заслуженной славой и имена этих врачей дошли до нас. Так в 1767 г. Дж. Хантер привил себе сифилис, желая убедить медиков в том, что сифилис и гонорея — одно и то же. В 1835 г. А.Б. Кло, решив доказать незаразность чумы, ввел себе в руку гной, взятый у больного. В середине XIX в. Д.К. Даниэльсен, изучая пути распространения проказы, пересадил себе под кожу материал с бациллами. Чтобы проверить инфекционную способность крови больного возвратным тифом, опыт на себе поставили в 1874 г. Г.Н. Минх и, чуть позже, И.И. Мечников. В 1892 г. М. фон Петтенкофер выпил на глазах у свидетелей культуру холерных эмбрионов, чтобы доказать правильность своей теории. Этот опыт повторил И.И. Мечников. В.А. Хавкин создал в 1892 г. первую эффективную вакцину против холеры, доказав на самом себе ее безопасность для человека. Он же в 1896 г. выехал на эпидемию чумы в Индию, в кратчайшие сроки создал первую эффективную противочумную вакцину и первона-

чально испытал ее на себе. В 1982 г. австралийский врач Б. Маршал выпил из пробирки бульон с бактериями *Helicobacter pylori* и заболел гастритом. Подобных примеров мужества и самотверженного служения своему долгу немало [4]. Все они, безусловно, оказали огромное влияние на формирование морально-этического кодекса врача, имеющего первостепенное значение и в современной истории инфекционных болезней.

Одной из самых обсуждаемых в разделе инфекционной патологии всегда была и остается проблема специфической профилактики, а именно вакцинопрофилактики. Здесь особенно ярко проявляется баланс или дисбаланс таких этических категорий как польза/вред, безопасность/риск и др. Вакцинопрофилактику, наряду со всеми медицинскими манипуляциями, можно рассматривать как эксперимент, поскольку ответ организма на прививку непредсказуем. Существующие сегодня предписания по проведению прививок основываются на этических нормах и правах человека, однако и здесь государствами накладываются различные ограничения.

Этические проблемы сопровождают вакцинопрофилактику и на стадии разработки вакцин, испытания их эффективности и безопасности, и в процессе производства, транспортировки, хранения и применения на практике. Самым древним специфическим методом профилактики считается прививка натуральной оспы. Оспа, наряду с чумой, была на протяжении всего существования человечества одной из самых опустошительных эпидемических болезней и привлекала к себе особое внимание врачей всех времен и стран.

Вариоляция (от «variola» — оспа), при проведении которой материал для прививки брался у больного оспой человека, в течение многих веков практиковалась в Индии, Китае и в Центральной Африке, проникла на Кавказ, Среднюю Азию и др. В Западной Европе об оспопрививании путем вариоляции впервые узнали в начале XVIII в. Распространению прививки сначала в Англии, а затем и в других странах Западной Европы и в России способствовала семья Монтегю, привившая оспе своим детям и повлиявшая на проведение вариоляции дочерям королевы. К тому времени в Западной Европе, включая и Англию, куда оспа проникла сравнительно поздно, ее нашествия приняли опустошительный характер.

В России в середине 60-х гг. XVIII в. вышел ряд научных работ с обоснованием пользы «прививной оспы». До второй половины XVIII в. вариоляция в России производилась периодически, а в 70–80-е гг. прививка оспы получила большое распространение, и по числу привитых Россия не только сравнялась с европейскими странами, но и опередила их. Этому способствовали постепенно накапливаемый опыт вариоляции, сочинения врачей и в какой-то мере личный пример Екатерины II, привившей в 1768 г. оспу себе и наследнику Павлу. Примеру Екатерины II последовал ряд придворных, а некоторые из них стали прививать и своих крестьян. Вариоляция производилась в специальных оспенных домах, в воспитательных домах и учебных заведениях (училище при Академии художеств, кадетский корпус, Смольный институт). Прививались в основном дети, начиная с первого года жизни. Первоначально правительство назначало денежные награды родителям за каждого принесенного в оспопрививальное заведение ребенка.

Однако в странах, где вариоляция получила распространение, было отмечено множество случаев развития тяжелых форм оспы и даже возникновения эпидемий этого заболевания. Необходимо было найти более безопасный способ предохранения от натуральной оспы. Это удалось английскому врачу Э. Дженнеру, который, опираясь на результаты своих многолетних наблюдений и экспериментов, предложил вакцинацию (от лат. *vacca* — корова). Суть данного метода заключалась в прививании человеку коровьей оспы, что предотвращало возможность последующего заражения оспой натуральной. Первый публичный опыт прививания коровьей оспы был проведен 2 (14) мая 1796 г. В тот день навсегда вошли в историю имена молодой женщины Сары Нильмес, болевшей коровьей оспой, с чьих рук был взят необходимый материал, и восьмилетнего мальчика Джеймса Фиппса, которому материал этот был привит. Заражение Фиппса натуральной оспой спустя 2 месяца после прививки к развитию заболевания не привело.

Несмотря на «экспериментальное» подтверждение эффективности изобретенного им метода, Э. Дженнер продолжал наблюдения. Лишь в 1798 г. он представил вниманию широкой аудитории сочинение «An inquiry into the causes and effects of the Variolae Vaccinae, a disease discovered in some of the western counties of England, particu-

larly in Gloucestershire and known by the name of cow-pox», где заявил о своем открытии. Появилась надежда, что при широком распространении вакцинации можно будет совершенно искоренить оспенные эпидемии. Открытие Э. Дженнера вызвало всеобщий интерес, и проверкой его наблюдений занялись не только в Англии, но и во всем образованном мире.

Первоначальное недоверие к методу вакцинации и его первооткрывателю сменилось всемирным признанием. Дженнер получил титул благодетеля человечества, ему отовсюду присылали благодарственные адреса, подарки, медали, дипломы университетов, а английский парламент выплатил 20 тыс. фунтов стерлингов в качестве выражения национальной благодарности за его открытие [14].

Начало вакцинации от натуральной оспы в России было положено в 1801 г., когда известный врач Е.О. Мухин (1766–1850 гг.) сделал прививку коровьей оспы мальчику в Московском воспитательном доме. Как и в других странах, в России поначалу вакцинация встретила сопротивление части населения, ряда священнослужителей и некоторых врачей, однако спустя некоторое время метод получил широкое признание. Распространению вакцинации способствовала активная пропаганда этого метода отечественными врачами, а также выход официальных инструкций и распоряжений об оспопрививании (прививание не было обязательным). Интересным фактом является указ Синода 1804 г., предлагающий священникам распространять в народе правильный взгляд на прививание коровьей оспы и развеивать существующие в некоторых местностях предрассудки по отношению к ней [6].

По прошествии двух веков с момента опыта Дженнера именно натуральная оспа стала первым заболеванием, которое удалось победить человечеству с помощью вакцинации: на XXXIII сессии ВОЗ в 1980 г. было торжественно объявлено о ликвидации оспы в мире. Весомый вклад в борьбу с оспой внесла и Россия: из 2,4 млрд доз вакцины, использованных для ликвидации оспы, 1,5 млрд (62,5%) были предоставлены ею.

Открытие Дженнера послужило отправной точкой для разработки методов борьбы с целым рядом других заболеваний, к числу которых относятся сибирская язва, бешенство, дифтерия, коклюш, полиомиелит и проч. Однако до сих пор перед всеми учеными,

участвующими в разработке вакцин, встают те же этические проблемы, которые в свое время беспокоили Дженнера. Был ли он до конца уверен в своей правоте, прививая оспу здоровому ребенку? Насколько оправдан был риск нанесения вреда прививкой пользой от нее в случае заражения натуральной оспой, которого могло и не случиться?

Множество проблем этического характера стояло и перед Л. Пастером. Являясь автором прививки от бешенства (1885 г.), он не имел формального права делать ее укушенным больными животными пациентам, поскольку не был врачом [23]. Наиболее остро этический аспект прививки от бешенства встал перед Пастером, когда в силу обстоятельств он должен был решить: делать или нет прививку тяжело искусанному бешеной собакой мальчику Иозефу Мейстеру? На тот момент требовалось еще не менее года экспериментальной отработки методики прививок на подопытных собаках, после чего Пастер собирался поставить опыт эффективности вакцины на себе. Однако ситуация не терпела промедления. Выслушав противоречивые мнения своих помощников и друзей, вняв мольбам матери ребенка и осознавая при этом, что неудачный исход может дискредитировать метод в зародыше, Пастер все же решился на курс прививок мальчику. К счастью, проведенная процедура оказалась эффективной и воспрепятствовала развитию заболевания. Большую нравственную и научную поддержку Пастеру в разработке этой прививки оказал российский врач Н.Ф. Гамалея, который добровольно подверг себя интенсивному курсу прививок против бешенства, тем самым подтвердив безопасность вакцины для человека.

Пастер, как и другие ученые, совершающие открытие, столкнулся с еще одной проблемой этического характера, а именно: засекретить его или сделать доступным для коллег? Если выбрать второй вариант, то существует опасность нарушения технологии приготовления материала, что может привести к неэффективности прививки и ее дискредитации. Однако сокрытие методики создания вакцины вряд ли позволит использовать ее с той целью, для достижения которой она создавалась — лечения или профилактики заболевания. В конечном итоге, открытие Пастера получило широкую огласку и стало достоянием всего человечества.

С этими и другими проблемами этического характера, которые возникали в процессе развития естественных и медицинских наук и внедрения результатов научных открытий в практику, столкнулись и многие ученые XX века, направившие свои усилия на создание новых вакцин. Достаточно вспомнить историю разработки вакцины против полиомиелита и вклад в эту проблему советских ученых А.А. Смородинцева и М.П. Чумакова, в 1958 г. предложивших миру эффективную и безопасную вакцину [17]. Производство живой вакцины и внедрение ее в практику привело к ликвидации вспышек полиомиелита в СССР и во многих странах мира. Однако приступая к массовой вакцинации, также как и во времена Э. Дженнера, ученым пришлось преодолеть недоверие и настороженность населения, общественности, да и некоторых коллег. Убежденные в безвредности вакцины, ее создатели сделали первые прививки себе и своим близким. М.П. Чумаков и А.А. Смородинцев неоднократно ставили на себе опыты по применению вакцины, но этого было явно недостаточно, ведь вакцина предназначалась для детей. В результате первым ребенком, которому была сделана прививка живой полиомиелитной вакциной, стала внучка А.А. Смородинцева.

Таким образом, перед врачом-исследователем всегда стоит этическая дилемма, отражающая конфликт интересов науки и блага пациента (испытуемого): действовать с точки зрения науки или с точки зрения этики.

Ретроспективный анализ пути, пройденного в борьбе с заразными болезнями человечеством, дает основание заключить, что путь этот был сложным и извилистым. От первых наблюдений и домыслов, от Гиппократа и Аристотеля, от Лукреция и Галена — до Самойловича и Дженнера, от них — до Пастера и Мечникова и далее — до современных нам ученых, — все это путь и неутомимых исканий, и отдельных неудач, и серьезных ошибок, но в то же время это путь вдохновляющих достижений. Он убедительно показывает, как питавшаяся богатой исторической практикой человеческая мысль в тяжелом, напряженном труде завоевывала все новые и новые области, как человечество последовательно овладевало знаниями, вооружавшими его для успешной борьбы с тяжелыми заразными болезнями. Помимо этого, на примере истории эпидемий можно проследить этапы формирования этической мысли в этой области:

от этического вакуума, который врачи заполняли самостоятельно, исходя из религиозных убеждений, личного сострадания или прагматических соображений — чувства самосохранения — до современных этических кодексов и рекомендаций, комплекса юридических документов, регулирующих мероприятия по выявлению, лечению и профилактике инфекционных болезней.

Литература

1. Бульст Н. Почитание святых во время чумы (Позднее Средневековье) // Одиссей. Человек в истории. — М., 2000. — С. 152–185.
2. Васильев К.Г., Сегал Л.Е. История эпидемий в России (материалы и очерки) / Под ред. проф. А.И. Метелкина. — М.: Медгиз, 1960. — 400 с.
3. Гезер Г. История повальных болезней / Пер. с нем. В.А. Манасееина. — СПб.: Тип. Мин-ва внутр. дел, 1867. — Ч. I. — 424 с.
4. Глязер Г. Драматическая медицина. Опыты врачей на себе. Издание второе / Пер. с нем. В. Хорохордина; предисл. и науч. ред. Б.Д. Петрова. — М.: Молодая гвардия, 1965. — 216 с.
5. Горелова Л.Е. Чума в Москве (1771–1773 гг.) // Русский мед. журн. — 2002. — № 16. — С. 738–739.
6. Губерт В.О. Оспа и оспопрививание. Т. 1. Исторический очерк до XIX столетия. — СПб.: Типография П.П. Сойкина, 1896. — 536 с.
7. Делюмо Ж. Ужасы на Западе / Пер. с фр. Н. Епифанцевой. — М.: Голос, 1994. — 416 с.
8. Дэфо Д. Дневник чумного года. — М.: «Ладомир», «Наука», 1997. — 475 с.
9. Заблудовский П.Е. Развитие учения о заразных болезнях и книга Фракасторо // О контагии, контагиозных болезнях и лечении: в трех книгах / Дж. Фракасторо; под ред. К.М. Быкова. — М.: Изд-во АН СССР, 1954. — С. 165–240. — (Серия «Классики науки»).
10. Карантин // Энциклопедический словарь Ф.А. Брокгауза и И.А. Ефрона. — Т. XIV (27). — СПб., 1895. — С. 450–455.
11. Литтре Э. Великие эпидемии // Медицина и медики; пер. с фр. — СПб.: Тип. Ф.С. Сущинского, 1873. — С. 1–2.
12. Лихтшангоф А.З. Законодательные акты России XVIII века о борьбе с детскими инфекционными заболеваниями // Становление государственной медицины в России (XVIII–XX вв.): материалы междунар. конф. 14 декабря 2012 г. — М., 2012. — С. 154–156.
13. Молль А. Врачебная этика. Обязанности врача во всех отраслях его деятельности: пер. с нем. / Пер., авт. примеч. Я.И. Левенсон. — СПб.: Издание А.Ф. Маркса, 1903. — 414 с.
14. Оспопрививание // Энциклопедический словарь Ф.А. Брокгауза и И.А. Эфрона. — Т. XXII (43). — СПб., 1897. — С. 309–316.

15. Полное собрание законов Российской империи [Собрание 1-е] / Под ред. М.М. Сперанского. — СПб., Тип. II Отделения Собственной Его Императорского Величества Канцелярии, 1830. — Т. 1–5.
16. Попов Г. Русская народно-бытовая медицина / По материалам этнографического бюро князя В.Н. Тенишева. — СПб.: Тип. А.С. Суворина, 1903. — 414 с.
17. Смородинцев А.А. Беседы о вирусах. — М.: Изд-во «Молодая гвардия», 1979. — 207 с.
18. Смотров В.Н. Мудров, 1776–1831. — М.: Медгиз, 1947. — 86 с.
19. Сточик А.М., Загравкин С.П., Сточик А.А. Возникновение профилактической медицины в процессе научных революций 17–19 веков. — М.: Шико, 2013. — 134 с.
20. Тит Лукреций Кар. О природе вещей / Пер. Ф.А. Петровского; вступ. ст. Т.В. Васильевой. — М.: Худож. литература, 1983. — 384 с. — (Серия «Библиотека античной литературы. Рим»).
21. Фракасторо Дж. О контагии, контагиозных болезнях и лечении: в трех книгах / Под ред. К.М. Быкова. — М.: Изд-во АН СССР, 1954. — 324 с. — (Серия «Классики науки»).
22. Фукидид. История / Пер. и примеч. Г.А. Стратановского. — М.: Ладомир; Назрань: АСТ, 1999. — 729 с.
23. Яновская М.И. Пастер. — М.: Изд-во «Молодая гвардия», 1960. — 364 с.
24. Horrox R. The Black Death. — Manchester; N.Y.: Manchester University Press, 1994. — 364 p.
25. Jonsen A.R. A Short History of Medical Ethics. — Oxford University Press, 2000. — 153 p.
26. Mellinger J. Fourteenth-Century England, Medical Ethics, and the Plague // American Medical Association Journal of Ethics. — 2006. — Vol. 8, N 4. — P. 256–260.
27. Porter R. The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity from Antiquity to the Present. — London, UK: Fontana Press, 1997. — P. 122.
28. Sokol D.K. Ethics and Epidemics // Am. J. Bioethics. — Vol. 8, N 8. — 2008. — P. 28–29.
29. Zuger A., Miles S.H. Physicians, AIDS, and Occupational Risk Historic Traditions and Ethical Obligations // JAMA. — 1987. — Vol. 258 (14). — P. 1924–1928.

1.2. Социальное значение этико-правовой регуляции в инфекционной патологии

О.И. Кубарь

Общегуманитарное влияние инфекционной патологии, выходящее за рамки взаимоотношений «врач–пациент», распространяется на многокомпонентную и многоуровневую систему взаимоотношений, которую условно можно определить как «врач–пациент–общество–биосфера». При этом, смена эпох, панорама самоотверженной борьбы с эпидемиями, достижения биологии и медицины, ликвидация целого ряда инфекционных болезней, современные возможности профилактики и лечения и перспективы контроля и управления эпидемическим процессом в глобальном масштабе не могут изменить систему взаимоотношений и человеческих ценностей, определенных инфекционной природой данной патологии и естественной эволюцией экосистемы Земли.

Таким образом, специфика инфекционных болезней, однозначно затрагивающих интересы отдельного человека и общества в целом, диктует необходимость самостоятельного рассмотрения социальных и биоэтических концепций в аспекте инфекционной патологии.

Специфический характер реализации этико-деонтологических подходов в аспекте инфекционной патологии ни в какой мере не исключает концептуальной цельности биоэтических принципов, имеющих глубокие общечеловеческие, социальные, исторические и философские корни.

Именно на общности целевых установок, обосновывающих этику как главный социальный критерий защиты прав и достоинства человека и разрешения конфликта интересов личности и общества, возрастающих в ходе прогресса науки и медицинской практики, основана международная система этических ценностей.

Основополагающими этическими принципами являются *уважение к человеку и его автономии, милосердие и справедливость*. В социально-правовом формате наиболее важным является возможность соблюдения этих принципов на различных этапах эпидемического процесса и ведения инфекционного больного.

Диагностика инфекционного заболевания затрагивает многие стороны частной и социальной жизни пациента. Необходимость тщательного выяснения путей возможного заражения и распространения инфекции часто требует информации о характере интимной жизни пациента, быта и труда, социальных и профессиональных контактов. Сбор анамнеза заболевания, без которого невозможна постановка диагноза и определение карантинных и противоэпидемических мероприятий, безусловно, сопряжен с выяснением вопросов, касающихся *неприкосновенности личности* и жилища, сексуальных, культовых, коммерческих тайн и других особенностей, требующих уважения и находящихся в процессуальной сфере конституционно определенных прав и свобод граждан [4, 5].

В этих условиях врач руководствуется моральными и правовыми нормами, определяющими меру его ответственности и врачебного долга как перед конкретным больным, так и перед обществом. Чрезвычайно большое значение приобретает реализация права пациента на получение исчерпывающей информации о характере заболевания, причинах и механизмах его распространения, прогнозе, перспективах лечения и профилактических мероприятий в отношении окружающих, что позволяет пациенту осознанно воспринимать дальнейшие действия и рекомендации врача, например, связанные с регистрацией инфекционного заболевания и проведением противоэпидемических мероприятий. При этом необходимо учитывать специфику процедуры получения информированного согласия в плане существующих законодательных ограничений отказа пациента от лечения или медицинского вмешательства на основании приравнивания инфекционной патологии к состояниям, представляющим опасность для окружающих [3].

В системе отношений врача и пациента с инфекционной патологией, помимо соблюдения этико-правовых условий *информированного согласия* пациента для раскрытия необходимых врачу сведений, уже на этапе постановки диагноза существенным моментом является интерпретация такого важного этического принципа как *конфиденциальность*. Эпидемиологическая сущность инфекционного заболевания, имеющего разнообразные, часто тяжелые последствия для общества, обосновывает нравственную сторону строгого учета и контроля каждого случая инфекционного заболевания и его эпиде-

мического мониторинга. В связи с этим, в отношениях врача и больного необходимо достичь полного доверия и понимания пациентом социально-правовых намерений врача, направленных на максимальное соблюдение интересов больного в сочетании с защитой прав и интересов окружающих его людей и общества в целом. Постановка диагноза острой кишечной инфекции (ОКИ), например, требует проведения в эпидемических очагах комплекса противоэпидемических мероприятий для профилактики распространения инфекций. В отличие от профилактических, эти мероприятия осуществляются во внеплановом порядке, исходя из сложившейся эпидемической обстановки на обслуживаемой территории и связаны с целым рядом ограничительных мер для контактных или потенциально контактных лиц. К данной категории, в первую очередь, отнесены работники отдельных профессий, производств и организаций: лечебно-профилактических, детских дошкольных учреждений, школ и интернатов, летних оздоровительных лагерей, учреждений закрытого типа, пищевых организаций и приравненных к ним объектов, а также неорганизованные дети в возрасте до 2 лет. При установлении факта носительства возбудителей ОКИ законодательно определено, что лица, относящиеся к работникам отдельных профессий, «при их согласии временно переводятся на другую работу, не связанную с риском распространения инфекционных заболеваний», а в случае невозможности перевода, эти категории «временно отстраняются от работы с выплатой пособий по социальному страхованию» [10].

Эти примеры красноречиво свидетельствуют о необходимости формирования обоюдной приверженности медицинских работников и населения к таким морально-этическим и правовым качествам как терпимость, способность к совместному использованию благ и готовность к справедливому ограничению личных интересов в интересах общества, а также уважение законов и их исполнение.

Выявление детского инфекционного заболевания влечет за собой весь комплекс противоэпидемических и профилактических мероприятий среди контактных лиц и в коллективах [3, 12]. Диагностика целого ряда таких инфекций как, например, гепатит А, корь, дифтерия, требует проведения дезинфекционных мер, выполнения правил индивидуальной гигиены не только больными, но и членами их семей.

Строгое соблюдение санитарно-противоэпидемических мер при подозрении или постановке диагноза особо опасной инфекции (холера, чума, оспа, желтая лихорадка) или ВИЧ-инфекции определяет необходимость исполнения морального обязательства врача перед пациентом и обществом на основе *принципа распределительной справедливости*. Реализация данного принципа связана с поиском оптимального соотношения пользы и риска и равномерным распределением бремени и преимуществ с целью полноценной защиты прав и благополучия всех субъектов, вовлеченных в эпидемиологический процесс.

Моральные, профессиональные, социальные и экологические стороны этого явления нашли отражение в нормативных и законодательных актах на национальном и международном уровнях [3–6, 7, 8, 10, 15].

Примером уважения к независимости человека, которое определяет возможность собственного выбора на основании адекватной информации, является работа службы анонимного консультирования по вопросам ВИЧ-инфекции и СПИДа [7]. Принцип работы анонимных кабинетов по обследованию на ВИЧ-инфекцию и другие инфекции, передающиеся половым путем, символизирует морально-правовое обязательство врача по достижению максимального сохранения *конфиденциальности и минимизации нарушений прав личности на автономию*, одновременно соблюдая потребности общества по выявлению ВИЧ-инфицированных.

Таким образом, на этапе диагностики инфекционного заболевания применимы все три основных этических принципа. При разных обстоятельствах они могут быть выражены по-разному, но их суть, состоящая в сохранении морального долга по отношению как к отдельному человеку, так и обществу, неизменна. Диалектика преемственности биоэтических принципов прослеживается и на дальнейших этапах ведения инфекционного больного.

Обязательная госпитализация больного при ряде инфекционных заболеваний представляется одной из чрезвычайно сложных этико-деонтологических проблем. Данное обстоятельство обусловлено «боязнью госпитализации» (особенно у детей), вызванной страхом изоляции, возможностью дополнительного заражения в условиях инфекционной больницы, распространением инфор-

мации о помещении в инфекционную больницу, необходимостью обследования близких и контактных лиц и проведения санитарных мероприятий. Указанные причины не только нередко вынуждают людей скрывать свое заболевание, но и приводят к категорическому отказу от госпитализации. Особенностью профессиональной врачебной этики в этих условиях является как реализация всей системы моральных обязательств врача по отношению к данному пациенту, так и воспитание/мотивация у пациента и/или его близких исполнения морального/правового долга по отношению к другим/обществу.

Недопустимо формальное поведение врача, требующего беспрекословного выполнения распоряжений и инструкций, грубость или запугивание пациента и его близких или перенос ответственности за отказ от госпитализации и проведения противоэпидемических мероприятий на пациента и лиц, находящихся в очаге инфекции. Терпение и предоставление информации, необходимой для адекватного понимания больным своего состояния и всего комплекса предлагаемых диагностических и лечебно-профилактических мер, является социально-правовой формулой поведения врача. Непременной чертой взаимоотношения врача и пациента в этих обстоятельствах, помимо доверия, служит гарантия *соблюдения врачебной тайны* по отношению к конкретному больному при разъяснении необходимости обязательной регистрации диагноза инфекционного заболевания. В очагах особо опасных инфекций первостепенное внимание следует уделять соблюдению морально-этических норм по отношению к контактным лицам и всему населению, находящемуся в очаге заболевания и потенциально подвергающемуся риску заражения. В подобных обстоятельствах, в первую очередь, должно быть реализовано право человека на предоставление исчерпывающей, правдивой и доступной информации и право на охрану здоровья, условий жизни и самой жизни.

Этап госпитализации и последующий этап выписки больного из стационара с точки зрения врачебной этики сопряжен со своими нюансами интерпретации универсальных этических принципов в конкретных условиях практической деятельности врача. Своеобразие заключается в том, что идеальные (с позиций этики) регуляторы профессиональной деятельности практически всегда

содержат упомянутые выше элементы распределительной справедливости [9]. При этом особое значение имеет расслоение населения страны в плане доступности использования всех достижений и успехов в области здравоохранения. В Российской Федерации, как и в большинстве других стран, происходит интенсивный рост уровня медицинских знаний и объемов технических ресурсов медико-санитарной помощи, в частности арсенала лекарственных и диагностических средств, оборудования и других условий стационарной помощи. Однако распределительные возможности использования самого высокого качества медицинского обслуживания перестало быть справедливым и равным в связи с существующим фактом социально-экономического неравенства населения [2, 11]. Парадоксально, но даже внутри отдельных слоев населения с наиболее высокими возможностями получения качественной медицинской помощи дополнительными и, зачастую, неразрешимыми проблемами становятся трудности и несвобода выбора из-за оказываемого на них прямого или непрямого давления путем рекламы и предложения наиболее дорогих, а иногда и ненужных конкретному пациенту, методов обследования и лечения. Кроме того, постоянно нарастающая тенденция во всех случаях применять сложное и дорогое обследование/лечение часто заключается в требовании самих пациентов и усугубляется давлением на медицинских работников со стороны производителей лекарств и медицинского оборудования. Это положение зачастую связано с отсутствием соблюдения в реальной жизни главного принципа, декларируемого в нашей стране страховой медициной, а именно принципа *оценки и гарантии качества, в том числе этической экспертизы, а также определения меры ответственности за его несоблюдение*, что было подробно проанализировано нами ранее в обзоре целевых нормативных документов [1].

Знание и понимание медицинскими работниками существующих объективных факторов, способных привести к отступлению от общепринятых моральных представлений, требует принятия особых мер для защиты прав и благополучия всех потенциальных пациентов, и, в особой мере, *уязвимых контингентов*. По целому ряду критериев больные инфекционными заболеваниями могут быть причислены к временному статусу уязвимости. При оказании

медицинской помощи больному с инфекционным заболеванием в условиях стационара, этическая доминанта во взаимоотношении врача и пациента концентрируется на моральном обязательстве врача, запрещающем преднамеренное причинение «зла». Таким образом, реализуется тот аспект милосердия, который выражается в виде самостоятельного этического принципа — «непричинения зла» («не навреди»), а также справедливого соответствия в распределении медико-санитарной помощи. Следовательно, ставится вопрос: отвечает ли уровень всего комплекса медицинского обслуживания наивысшему стандарту и доступен ли он каждому?

Вышеупомянутые принципы нравственно-правовых обязательств продолжают работать и на этапе выписки из стационара, определения схемы реабилитации и диспансерного наблюдения, а также объяснения степени опасности пребывания инфекционного больного в семье, профессиональных и социальных ограничений. В особой степени это относится к взаимоотношениям с пациентами, страдающими хроническими формами инфекционных заболеваний, что требует обеспечения их собственной безопасности и безопасности окружающих их контактных лиц. Указанная ситуация усиливает уязвимость данного контингента и диктует специальные моральные обязательства медицинских работников, в том числе в плане ограничения возможности нанесения моральных обид. Нравственная ответственность медицинских работников также распространяется на принятие мер по профилактике перехода так называемых «групп риска» в «дефектные группы», приводящие к *социальной дискриминации и стигматизации* указанного контингента.

Специфика инфекционной патологии, как было указано выше, обусловлена необходимостью воздействия на различные звенья эпидемического процесса, что в равной мере относится к осуществлению профессионального воздействия и нравственно-правового взаимодействия всей системы здравоохранения с больными и здоровыми людьми.

Осмысление с этических позиций порядка проведения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий распространяется на санитарную охрану среды обитания, введение ограничительных мероприятий (карантина), осуществление про-

изводственного контроля, мер в отношении больных инфекционными заболеваниями, организацию медицинских осмотров, профилактических прививок, гигиенического воспитания и обучения граждан [8].

К специфике реализации этических принципов при проведении санитарно-противоэпидемических мероприятий следует отнести факт отступления от обязательности индивидуального информированного согласия участников вследствие *минимального риска* и невозможности осуществления процесса индивидуального информирования. В то же время обязательным в морально-правовом смысле является гарантия населению, по отношению к которому проводится то или иное санитарно-противоэпидемическое мероприятие, его согласованности в нормативном или административном плане с государственными или муниципальными органами, наделенными функциями ответственности (социальной, правовой и административной).

С позиций конфиденциальности данных, то есть соблюдения права автономности и неприкосновенности личности, при санитарно-противоэпидемических мероприятиях чаще используют анонимные в отношении конкретной личности материалы и информационные источники (пробы воды, грунта, результаты идентификации возбудителя и/или переносчика инфекции, статистические показатели и т. д.), что исключает возможность разглашения персональных сведений о конкретной личности.

Особого внимания заслуживает система этических обязательств в рамках проведения профилактических прививок. Принципиальным является объективная и корректная информация, поданная в понятной форме и обращенная к конкретным контингентам, подлежащим прививкам. Информация должна отражать все преимущества и риск от проведенной прививки, последствия (медицинские и социальные) отказа от прививки, условия проведения и государственные гарантии [1]. Ярким примером нарушения морально-этических принципов явилась антипропаганда проведения прививок против дифтерии, что спровоцировало страх, недоверие к прививкам, уклонение от них, и, в конечном счете, привело к возникновению эпидемии дифтерии в России (и ряде других стран) в 90-е гг. XX в. [11]. Подобные угрозы не могут быть

исключены даже в отношении контролируемых инфекций, находящихся на стадии ликвидации, что очевидно на примере ситуации с полиомиелитом летом 2010 года [14].

При проведении профилактических прививок или других противоэпидемических мероприятий важным нравственным аспектом должна служить гарантия безопасности их осуществления, что предусматривает целый комплекс юридических, организационных и квалификационных мер [1].

С точки зрения полноценного воплощения базовых принципов биоэтики при проведении санитарно-противоэпидемических мероприятий, также как при осуществлении лечебно-диагностических мер, требуется исполнение принципа распределительной справедливости, что основано на соблюдении этики продвижения профилактических препаратов, их равной доступности при равных показателях, а также равных и справедливых возможностях выбора.

В целом, представленные в первой главе социально-правовые сведения об этических критериях ведения инфекционных больных, отражают общие нравственные ценности, которые на современном этапе развития цивилизации из сугубо религиозных или философских концепций претерпевают этап перехода в общечеловеческие моральные нормы. Принципиальным моментом должна стать готовность медицинского сообщества и гражданского общества в целом воспринимать и следовать этическим нормам в реальных эпидемических ситуациях, в большей мере требующих преодоления конфликта интересов, чему и посвящено содержание следующей главы.

Литература

1. Асатрян А.Ж., Микиртичан Г.Л., Кубарь О.И. Правовые основы обеспечения иммунопрофилактики в Российской Федерации // *Здравоохранение*. — 2009. — № 12. — С. 73–87.
2. Владимирова Е.Ю. Социально-демографическая характеристика и основы социальной политики региона // *Этическая экспертиза биомедицинских исследований в государствах — участниках СНГ (социальные и культурные аспекты)*. — СПб., 2007. — С. 9–28.
3. Каплун К.О., Великанова В.А. К вопросу об информированном добровольном согласии в условиях детского инфекционного стационара // *Биоэтика*. — 2014. — № 1. — С. 38–42.

4. Кубарь О.И., Юдин Б.Г., Никитина А.Е., Владимирова Е.Ю. Общие этические и законодательные аспекты в области биологии и медицины // Этическая экспертиза биомедицинских исследований в государствах — участниках СНГ (социальные и культурные аспекты). — СПб., 2007. — С. 29–50.
5. Кубарь О.И., Юдин Б.Г., Никитина А.Е., Владимирова Е.Ю. Этические и законодательные тенденции в области биологии и медицины в государствах — участниках СНГ // Здоровоохранение. — 2009. — № 10. — С. 46–58.
6. Кубарь О.И. Биоэтика и социальная справедливость в инфекционной патологии // Инфекция и иммунитет. — 2011. — Т. 1, № 2. — С. 107–112.
7. Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболевании, вызываемом вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции): Приказ МЗ РФ от 8 ноября 2012 г. № 689н.
8. О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения: Федер. закон РФ от 30.03.1999 г. № 52-ФЗ (с изменениями и дополнениями), п. 2, ст. 33.
9. Перепелкин В.С., Бражник Н.П. Эпидемиологические аспекты госпитализации инфекционных больных // Воен.-мед. журн. — 1998. — № 3. — С. 49–52.
10. Профилактика острых кишечных инфекций: Санитарно-эпидемиологические правила. — М.: Федеральный центр госсанэпиднадзора Минздрава России, 2002. — 31 с.
11. Тайц Б.М. Актуальные вопросы организации инфекционной службы в крупном городе в условиях реформирования здравоохранения // Воен.-мед. журн. — 1998. — № 1. — С. 57–62.
12. Шувалова Е.П. Клинико-эпидемиологические аспекты инфекционной патологии (по материалам Санкт-Петербурга) // Росс. мед. журн. — 1998. — № 4. — С. 61–62.
13. Харченко В.И., Хламова В.Н. Контроль антитоксического иммунитета в организованных коллективах при селективных прививках против дифтерии // Воен.-мед. журн. — 1998. — № 3. — С. 49–52.
14. Polio weekly global update (WHO). — 19 January, 2011.
15. Venkatapuram S., Bell R., Marmot M. The right to sutures: social epidemiology, human rights and social justice // Health and Human Rights. — 2010. — Vol. 12, N 2. — P. 2–16.

ГЛАВА 2

Этико-правовая характеристика различных ситуаций в инфекционной патологии

2.1. Этические принципы разработки и исследования вакцин

О.И. Кубарь, А.Ж. Асатрян

В первой главе, посвященной общей концепции биоэтики в инфекционной патологии, было особо подчеркнуто приоритетное значение этики как критерия разрешения конфликта интересов на этапе развития и внедрения новых технологий в области медицины. Безусловность данного тезиса определила фактическое состояние этического регулирования, направленного на этическую экспертизу исследований новых средств и методов диагностики, лечения и профилактики. При этом этическая экспертиза проектов эпидемиологических исследований и, в частности, исследований по испытанию новых вакцин, представляет собой наиболее яркий пример этико-правового анализа и поиска баланса соблюдения универсальных этических принципов в отношении индивидуума, отдельных сообществ людей и общества в целом. С точки зрения научного прогресса именно вакцинация может служить реальным подтверждением воплощения научных открытий в практику здравоохранения. С точки зрения этики вся история становления и развития вакцинации сопряжена с необходимостью разрешения различного уровня конфликта интересов, острота которого диалектически нарастает параллельно с прогрессом биотехнологий и социально-экономической поляризацией международного сообщества в плане субъектов разработки вакцин и объектов их аппликации. Действенность данного положения в практике испытания и применения конкретных вакцин продемонстрирована ранее в серии публикаций [2, 3, 19, 23, 24]. Следуя целевой установке данной главы, интерес представляет фундаментальное обоснование специальных условий современной ситуации разработки и исследования новых вакцин, представленных в документе Европейской комиссии по вопросам политики в сфере вакцинации [20], к которым относятся следующие:

- среди существующих и используемых в практике вакцин есть много таких, которые не прошли бы тесты, применяемые при контроле и введении новых вакцин;
- тестирование новых вакцин с этической точки зрения затруднено, когда существующие вакцины доступны для применения;
- тестирование новых вакцин затруднено и с эпидемиологической точки зрения, так как длительное применение существующих вакцин изменяет естественный эпидемический процесс;
- эффективность существующих вакцин ставит этический барьер использования плацебо при контроле новых вакцин;
- разработка и производство новых вакцин фармацевтическими компаниями развитых стран для последующего исследования и применения в развивающихся странах требует обязательного гуманитарного, политического и финансового содействия.

Все эти сложности и особенности сопряжены с многоуровневым характером конфликта интересов и требуют формирования нормативного и этического поля для разрешения данного конфликта и соответствующей подготовки членов и экспертов комитетов по этике к экспертизе биомедицинских проектов, связанных с испытанием новых вакцин. Необходимым условием развития этой сферы здравоохранения является неотложное и разумное правовое регулирование тех сложных социальных и этических проблем, которые возникают в связи с исключительным характером ситуаций, связанных с разработкой и внедрением новых вакцинных препаратов. В международной практике регулирование конфликта интересов и ситуаций «двойной лояльности» при осуществлении этической экспертизы проектов испытания новых вакцин отражено в целом ряде руководств, в том числе разработанных ВОЗ, первым из которых является «Международное руководство по этической экспертизе эпидемиологических исследований» (CIOMS, 1991) [22]. Уникальная действенность данного документа определила пристальную заинтересованность мировой научной общественности в его актуализации, что обеспечило современное издание «Международного этического руководства по эпидемиологическим исследованиям» (CIOMS, 2009) [21].

Сохраняя общую идеологию руководства 1991 г. по созданию стандартов этической экспертизы эпидемиологических исследований и его направленность ко всем тем, кто сталкивается с этическими вызовами, возникающими в ходе исследований, современный документ от 2009 г. по своей структуре и дискуссионности, бесспорно, формирует базисные установки этического анализа и принятия решений. Новое издание включает 24 руководства — правила, которые необходимо соблюдать при проведении исследований, к каждому из которых даны широкие комментарии, поясняющие возможность реализации принципов, заложенных в данных руководствах, в различных условиях их применения.

Первое руководство (Guideline 1 — «Этическая оправданность и научная обоснованность эпидемиологических исследований с участием человека») предусматривает, что любые исследования могут быть запланированы только в том случае, если они направлены на поиск новых путей улучшения здоровья индивидуумов, отдельных групп или сообщества людей. Такие исследования могут быть этически обоснованы, только если соблюдены условия уважения и защиты участников исследования, и если такие исследования морально восприняты в сообществе, где они планируются к проведению. Кроме того, поскольку исследования, не представляющие научной ценности, не могут быть этически оправданными, так как предполагают эксплуатацию потенциальных участников исследования без предоставления им возможной пользы, обязательным является гарантия со стороны тех, кто организует и проводит исследования, что в их основу положены адекватные научные знания и обоснования.

Второй руководящий принцип (Guideline 2 — «Комитеты по этике») касается обязательности проведения этической экспертизы проектов в комитете по этике (КЭ) до начала исследования для получения одобрения КЭ и этического мониторинга в период проведения работ. Указывается необходимость соблюдения принципа независимости в работе комитетов по этике (отсутствие финансового, профессионального, политического, академического, религиозного и любого другого вида конфликта интересов у членов КЭ) от организаторов и спонсоров исследования.

Следующее руководство (№ 3), а также Guideline 21 и 23 прописывают правила этической экспертизы в отношении международ-

ных исследований, которые проводят спонсоры из других стран и их обязанности в отношении участников исследования. В таких ситуациях требуется проведение этической и научной экспертизы как в стране спонсора, так и в стране, где планируется проведение исследования в соответствии с законодательством и требованиями каждой страны.

Целый блок руководств (Guideline 4, 5, 6) посвящен вопросам индивидуального информированного согласия и процедуре получения согласия в различных ситуациях проведения эпидемиологических исследований. Принципиальным следует считать тот факт, что информированное согласие является главным условием гарантии соблюдения прав и сохранения достоинства и автономии человека — участника любого биомедицинского исследования. При проведении исследований новых вакцин с участием человека следует выделить две отдельные ситуации: одна, где должна быть предусмотрена процедура индивидуального информированного согласия, и другая, когда бывает достаточно достижения общественного соглашения. В любом случае решение вопроса о форме информирования, характера информации и процедуре ее получения является предметом рассмотрения комитета по этике.

При изучении вакцин сохраняются в силе требования к достаточности, полноте и доступности информации и предусмотренные законодательством ограничения и специфика участия уязвимых контингентов. При проведении исследования с участием уязвимых контингентов обеспечивается соблюдение специальных процедур, учитывающих фактор возрастной, интеллектуальной, ментальной или социальной незрелости личности участника исследования, что требует получения согласия от их законных представителей. При экспертизе информационного блока сведений особое внимание уделяется данным, способным оказывать «непрямое» давление на потенциальных участников в плане незаконного и/или неадекватного стимулирования их решения к участию.

Согласно Guideline 5 информация, предоставляемая потенциальному участнику исследования, должна быть написана на его родном языке, в понятной форме, обязательно содержать сведения о добровольности решения как участвовать, так и выйти из исследования на любом этапе его проведения, без лишения каких-либо

благ и преимуществ. Обязательным также является информация о наличии альтернативных методов защиты и, в случае контролируемых исследований, о способах рандомизации, возможности получения плацебо и других элементов дизайна исследования, что нашло самостоятельное отражение в Guideline 11 и 12.

В руководстве № 6 сделан акцент на обязанности и ответственность исследователя и спонсора при получении информированного согласия. Специальные руководства (Guideline 7 и 19) посвящены вопросу компенсации за участие в исследовании. Главным в этих условиях является право на компенсацию, обоснованность компенсаций (например, транспортные расходы), необязательность непосредственной финансовой составляющей, а предоставление компенсации, например, в форме бесплатного медицинского обслуживания в период участия в исследовании. При проведении исследования на добровольцах (без наличия конкретной пользы для участников) предусмотрены специальные меры компенсации. В любом случае компенсация не может быть использована как средство давления при принятии решения.

Блок руководств Guideline 8, 9 и 10 рассматривает вопросы соблюдения баланса пользы/риска. Для достижения баланса, информация для потенциальных участников должна включать описание всех преимуществ и рисков от участия в исследовании, медицинские и социальные последствия участия и отказа, страховые и государственные гарантии. При испытании вакцин важным является учет следующих общественно значимых элементов: меры, предпринятые для консультирования с представителями общественных групп, вовлеченных в исследование; согласование с уполномоченными на то государственными органами; профессиональная подготовленность исследователей и исследовательского центра, в том числе в плане гарантии обеспечения качества вакцин; влияние исследования на другие группы и сообщества; общественный вклад — доступность исследуемого средства после окончания исследования в случае положительного результата; влияние на общие показатели эпидемической ситуации и на национальные стандарты эпиднадзора за инфекционной патологией; меры по минимизации и страхованию риска; способы контроля и учета нежелательных явлений; учет и уважение культурных и религиозных различий; этический мониторинг отдаленных результатов.

Исследования на лицах, отнесенных к категории уязвимых контингентов, могут проводиться исключительно в интересах данных лиц, если не могут быть проведены на других лицах, и при условии гарантии того, что риски и неудобства, связанные с участием в исследованиях, незначительны по сравнению с перспективой непосредственной пользы для здоровья данных лиц. Детально этика проведения исследований с участием уязвимых контингентов отражена в Guideline 13–17.

Самостоятельное значение придается соблюдению принципа конфиденциальности (Guideline 18). Понятие конфиденциальности распространяется не только на необходимость сохранения в тайне от неуполномоченных на то лиц информации, позволяющей установить личность участника исследования, и данных исследования, не подлежащих разглашению. Принципом конфиденциальности необходимо руководствоваться и при анализе результатов исследования с точки зрения оценки влияния разглашения данных с целью их использования для дискриминации определенных групп и сообществ людей.

Специальное внимание, как с точки зрения гарантии конфиденциальности, так и с точки зрения полноты и правдивости информации, уделено эпидемиологическим исследованиям, где используется Интернет, как для целей корреспонденции, так и сбора и хранения данных исследования (Guideline 23).

При проведении этической экспертизы проектов, связанных с испытанием новых вакцин с участием человека, особого понимания заслуживают вопросы использования собранных биологических образцов и/или носителей информации (истории болезни) для будущих исследований (Guideline 24). Для таких случаев исследователь обязан получить, а КЭ рассмотреть дополнительное информированное согласие, где указаны факт и причины (в том числе и коммерческие) и сроки хранения, круг и широта доступности этих данных в будущих исследованиях. Обязательность этической экспертизы в КЭ факта и возможности использования собранных биологических образцов и/или других носителей информации относится и к ретроспективным исследованиям.

Реальность следования перечисленным выше руководящим этическим принципам в условиях проведения конкретных исследо-

ваний в каждой отдельно взятой стране требует, безусловно, нормативного закрепления, создания административных институтов (например, комитеты по этике, инспекция и т. д.) и формирования этической грамотности у лиц, ответственных и участвующих в испытаниях вакцин. За последние годы в Российской Федерации был принят ряд нормативно-правовых документов, направленных на поддержку и организационное обеспечение дальнейшего совершенствования проведения исследований вакцин и внедрения их в медицинскую практику. Законодательные основы проведения этической экспертизы испытания вакцин в РФ предусмотрены Конституцией РФ, законами РФ «О защите прав потребителей», «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации», «Об обращении лекарственных средств», «Об иммунопрофилактике инфекционных заболеваний», «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» [1, 5, 6, 8–11]. Помимо этого, целый ряд нормативных и методических документов четко устанавливает порядок и требования к научной обоснованности и степени безопасности исследований и внедрения в медицинскую практику лечебных и профилактических средств, что открывает возможность для партнерства РФ в международной системе качественных исследований в области вакцинопрофилактики [4, 7, 12–19].

Резюмируя материалы, посвященные современному международному стандарту испытания новых вакцин, следует констатировать, что этическая экспертиза проектов, призванная предотвратить этико-правовой конфликт, может быть достигнута только путем обеспечения независимости, профессионализма, открытости и плюрализма в работе комитетов по этике и возможности действовать в условиях адекватного и достаточного нормативного поля. Соблюдение всех универсальных этических принципов и их дифференцированное применение для контроля качества, эффективности, безопасности вакцинации, а также доступности позитивных результатов исследований на индивидуальном и на общественном уровне, требует формирования открытого информационного и дискуссионного пространства. Именно этот довод определил содержание данного раздела, поскольку в нем убедительно показана исключительная ценность объективных научных данных, полученных

в исследованиях с соблюдением прав и достоинства человека. Учет и следование этическим принципам при вакцинопрофилактике, безусловно, не ограничивается процессом разработки и испытания вакцин. Создается парадоксальная ситуация, когда небогатые страны могут получить финансирование на программы иммунизации от Глобального альянса по вакцинации и иммунизации (ГАВИ) и других финансовых доноров, однако страны со средним уровнем дохода не могут себе позволить новые дорогостоящие вакцины и дополнительное холодильное оборудование для гарантии сохранения качества вакцин и, как следствие, не могут достичь адекватного охвата иммунизацией. Совершенствование систем общественного здравоохранения рассматривается в качестве важнейшего шага в укреплении успехов расширенной программы иммунизации (РПИ) ВОЗ в XXI веке. Отмечается приоритетность в деле улучшения качества подготовки медработников, каналов снабжения, систем мониторинга и взаимодействия [23]. Особо подчеркивается неразрывная связь с этическими соображениями в вопросах справедливого распределения дефицитных вакцин, выбора целевых групп, стратегии, наблюдения и исследований в критических гуманитарных и чрезвычайных ситуациях, которые часто сопровождаются обострением противоречий между интересами отдельного лица и общим благом [24]. Ярким примером таких ситуаций являются эпидемии и пандемии инфекционных болезней, в связи с чем этическая составляющая планирования и управления в период пандемий детально освещена в следующем разделе данной главы.

Литература

1. Конституция (Основной закон) Российской Федерации. — М., 2001. — 39 с.
2. Кубарь О.И. Этика планирования и проведения исследований в области вакцинопрофилактики // Инфекция и иммунитет. — 2011. — Т. 1, № 3. — С. 207–210.
3. Медуницын Н.В. Вакцинопрофилактика: права человека и интересы общества // Биомедицинская этика. — М.: Медицина, 1999. — С. 58–68.
4. Надлежащая клиническая практика. Национальный стандарт Российской Федерации ГОСТР 52379–2005.
5. О защите прав потребителей: Федер. закон РФ от 07.02.1992 г. № 2300-1 (действующая редакция от 05.05.2014).
6. О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения: Федер. закон РФ от 30.03.1999 г. № 52-ФЗ (с изменениями и дополнениями).

7. О техническом регулировании: Федер. закон РФ от 27.12.2002 г. № 184-ФЗ.
8. Об иммунопрофилактике инфекционных заболеваний: Федер. закон РФ от 17.09.1998 № 157-ФЗ (с изменениями и дополнениями).
9. Об обращении лекарственных средств: Федер. закон от 12.04.2010 г. № 61-ФЗ.
10. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федер. закон РФ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ.
11. Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации: Федер. закон (в редакции ФЗ от 20.07.2000 №103-ФЗ с дополнениями и изменениями 2004, 2007, 2009 и 2013, от 02.12.2013 г. № 328-ФЗ).
12. Об утверждении инструкции «О порядке экспертизы и испытаний медицинских иммунобиологических препаратов с целью их регистрации»: Приказ Минздрава РФ от 15.04.1999 г. № 129.
13. Об утверждении правил аккредитации медицинских организаций на право проведения клинических исследований лекарственных препаратов для медицинского применения. Постановление Правительства РФ от 03.09. 2010 г. № 683.
14. Об утверждении правил клинической практики в Российской Федерации: Приказ МЗ РФ № 266 (Д) от 19.06.2003 г.
15. Об утверждении требований к организации и выполнению работ (услуг) при оказании первичной медико-санитарной, специализированной (в том числе высокотехнологичной), скорой (в том числе скорой специализированной), паллиативной медицинской помощи, оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении, при проведении медицинских экспертиз, медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в рамках оказания медицинской помощи, при трансплантации (пересадке) органов и (или) тканей, обращении донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях: Приказ Минздрава России от 11.03.2013 г. № 121н.
16. Об утверждении типовых правил обязательного страхования жизни и здоровья пациента, участвующего в клинических исследованиях лекарственного препарата: Постановление Правительства РФ от 13.09.2010 г. № 714.
17. ОСТ 91500.14.0001–2002. Клинико-экономические исследования. Общие положения: Приказ Минздрава РФ от 27 мая 2002 г. № 163.
18. Проведение качественных исследований биоэквивалентности лекарственных средств: Метод. указания Минздравсоцразвития РФ от 10.08.2004 г.
19. Этические вопросы клинических исследований вакцин // Этическая экспертиза биомедицинских исследований. — М., 2006. — С. 76–84.
20. Ethical, legal, and social aspects of vaccine research and vaccination policies // European Commission research project. — 2001. — Contract number BMH4 98 3197. — 15 p.
21. International ethical guidelines for epidemiological studies // CIOMS. — Geneva, 2009. — 127 p.
22. International guidelines for ethical review of epidemiological studies // CIOMS. — Geneva, 1991. — 31 p.

23. Lydon P., Gandhi G., Vandelaer J., Okwo-Beledoi J.-M. Health system cost of delivering routine vaccination in low- and lower-middle income countries: what is needed over the next decade? // Bull. World Health Organ. — 2014. — Vol. 92, N 5. — P. 309–384.
24. Moodley K., Hadie K., Selgelid M.J., Waldman R.J., Strebeb P., Ress H., Durheim D.N. Ethical considerations for vaccination programmes in acute humanitarian emergencies // Bull. World Health Organ. — 2013. — Vol. 91, N 4. — P. 290–297.

2.2. Этическая составляющая планирования и управления в период эпидемий и пандемий

О.И. Кубарь, А.Ж. Асатрян

Исключительное значение включения этического компонента в систему планирования противоэпидемических мероприятий и управления процессом их реализации при возникновении угроз и в ходе развития пандемий обусловлено целым рядом объективных характеристик и требует серьезной предварительной подготовки. Последнее продиктовано тем обстоятельством, что для принятия адекватных решений в чрезвычайных и экстренных ситуациях должна быть доступна надежная нормативная и административная база установочных и практических действий.

Следуя общему принципу изложения материала книги, анализ этических ценностей в рамках данного раздела проведен на примере эпидемий и пандемий гриппа, входящих в сферу профессионального интереса авторов, и включает обзор международных этических руководств и нормативных документов РФ в плане изучения возможности их оперативного использования в экстренных случаях при развитии эпидемии/пандемии.

Научная проблема управления и борьбы с гриппом заключается в уникальной приспособительной изменчивости вирусов гриппа к факторам иммунологической защиты, проявляющейся стихийным обновлением возбудителя инфекции на всех территориях земного шара, что приводит к возникновению острых ситуаций глобального масштаба — развитию пандемий и следующего за этим цикла эпидемий [24].

Высокая контагиозность воздушно-капельного пути передачи инфекции порождает массовый, взрывной характер развития пандемий, требует чрезвычайной оперативности и слаженности действий, направленных на ограничение распространения эпидемического процесса, что возможно лишь при принятии и поддержке обществом проводимых мероприятий. Указанные характеристики гриппозной инфекции определяют ведущие социальные и этические критерии организации работ по противодействию пандемии гриппа, к которым следует отнести открытость и правдивость информации, согласованность действий на всех уровнях (локальном,

национальном, международном), справедливость при распределении средств защиты и их доступность, формирование доверия и солидарности с обществом.

Данные установки легли в основу понимания необходимости разработки этических принципов (руководств) при планировании работы в период пандемии гриппа. Впервые этические положения планирования работ при пандемии гриппа были сформулированы в материалах, подготовленных объединенным центром по биоэтике (Join Center Bioethics — JCB) Университета Торонто (Канада) в ноябре 2005 г. Документ носил название «На страже твоей жизни» [22].

Объединенный центр по биоэтике Университета Торонто к моменту подготовки указанного документа имел опыт этического осмысления и реагирования на глобальные действия международного сообщества, например, в период вспышки атипичной пневмонии (SARS). Анализ действий международного сообщества по преодолению угроз и последствий SARS убедительно показал, что система здравоохранения нуждается в лучшей подготовке для решения сложных этических вопросов, особенно быстро возникающих в ходе кризисных ситуаций [22].

Объективность выводов и рекомендаций JCB основана на междисциплинарном подходе к изучению проблем здравоохранения при доминирующем значении оценок в области биоэтики. Указанная направленность и высокая квалификация определили выбор JCB в качестве сотрудничающего центра ВОЗ по биоэтике, функции которого сохраняются с 2002 г. по настоящее время.

Постоянная настороженность в отношении развития пандемии гриппа, оправданность и реальность этих угроз, подтвержденных ситуацией с пандемией гриппа А(Н1N1) в 2009 г. и существующие угрозы развития новой эпидемии, вызванной вирусом птичьего гриппа А(Н7N9), определяют характер планирования мер реагирования на случай развития чрезвычайной ситуации по гриппу. Следует отметить, что после разработки этических руководств JCB, международная практика подготовки к пандемии гриппа опирается не только на достоверные научные данные и обоснованные принципы общественного здравоохранения, но и предусматривает процесс рассмотрения этических вопросов и ценностных приоритетов общества. В этой связи особый интерес представляет инициатива

Университета Д. Хопкинса, поддержанная фондом Рокфеллера, по организации в июле 2006 г. в Италии (Белладжио) съезда, посвященного вопросам социальной справедливости и гриппа. Итоговой резолюцией съезда стало положение о том, что интересы незащищенных слоев населения и отдельных индивидов должны иметь первостепенное значение при планировании мер и реагировании на вспышки птичьего гриппа или пандемию гриппа [21].

В качестве следующего значимого события по разработке этической составляющей плана подготовки к пандемии гриппа необходимо представить «Руководство по вопросам этики в период пандемии гриппа», разработанное в феврале 2007 г. специальной подгруппой по этике CDC [18, 23].

В качестве конечного результата, все представленные исследования легли в основу включения этического компонента при разработке подходов планирования действий ВОЗ при угрозе пандемии гриппа [17, 20].

Поскольку данная работа не предусматривает формальное ознакомление с вышеупомянутыми документами, а включает их анализ в плане сопряженности с нормативными материалами Российской Федерации, направленными на покрытие вопросов подготовки к пандемиям гриппа, то целесообразным является определение общих приоритетных этических стратегий. Так в основе руководства объединенного центра по биоэтике Университета Торонто заложены четыре ключевые этические позиции, которые необходимо учитывать при планировании работы в пандемию гриппа, десять руководящих (основных) и пять процедурных принципов принятия этических решений. Ключевыми этически значимыми позициями, приверженность которым должна соблюдаться при составлении плана работ на период пандемии гриппа, согласно данному документу являются следующие:

1. *обязательства и ответственность уполномоченных на то органов* — «организаторы здравоохранения обязаны оказывать и ответственны за организацию помощи населению в период вспышек заразных болезней»;
2. *возможность ограничительных мер по отношению к личной свободе* — «ограничение свободы в интересах общественного здоровья предусмотрено такой мерой, как введение карантина»;

3. *управление и справедливое распределение средств защиты* — «приоритетными действиями являются концентрация и распределение всех имеющихся ресурсов, таких как вакцины и противовирусные средства»;
4. *солидарность и согласованность шагов на международном уровне* — «глобальное управление ситуацией в период пандемии заключается в регулировании мероприятий, связанных с перемещениями людей, в частности — туристических поездок».

В рамках развития этих позиций представлен перечень и описание десяти руководящих принципов принятия этических решений. К руководящим этическим принципам, значимым для ситуации управления при пандемии гриппа, причислены: право на личную свободу, защита от нанесения вреда, пропорциональность, право на защиту частной жизни, обязательства по оказанию медицинской помощи, взаимодействие, справедливость, доверие, солидарность и управление.

В аспекте приложения к пандемии, каждый из вышеперечисленных принципов предусматривает соответствующее понимание и действие. Этический принцип *права на личную свободу* при кризисных ситуациях в здравоохранении, к которым, безусловно, относится пандемия гриппа, может включать ограничения личной свободы с целью защиты всего общества. При этом ограничения свободы следует производить пропорционально необходимости, уместно, с применением минимальных мер и справедливо.

Реализация принципа *защиты общества от нанесения вреда* не исключает (и часто требует) действий уполномоченных на то органов здравоохранения, связанных с вторжением в сферу личных свобод. Принятие подобных решений должно включать взвешенность императивных мер по достижению согласия на их проведение, обоснование и предоставление обществу причин подобных мер, а также создание механизма мониторинга принятых решений и шагов в данной сфере.

Пропорциональность предусматривает тот факт, что ограничение личной свободы и меры по защите общества от нанесения вреда не должны переходить границы того, что действительно оправдано актуальным уровнем риска или критической необходимостью для всего общества.

Право индивидуума на *сохранность частной информации* может быть не принято во внимание в кризисных условиях пандемии гриппа, если соблюдение данного права сопряжено с необходимостью защиты общества от серьезного вреда.

Обязательства по *оказанию медицинской помощи и сочувствие страданиям* являются неотъемлемой частью всех профессиональных кодексов по этике в медицине. Работники здравоохранения должны адекватно оценить требования к своей профессиональной роли в сравнении с другими обязательствами, существующими по отношению к собственному здоровью, своей семье и друзьям. Кроме того, работники здравоохранения сталкиваются с существенным вызовом, связанным с распределением наличных ресурсов, возможностями имеющейся практики, профессиональным долгом и условиями деятельности.

Соблюдение принципа *взаимодействия* требует от общества поддержки тех, кто несет несоразмерное бремя по защите общественных интересов и предпринимает все необходимые шаги по минимизации этого бремени. Меры по защите общественных интересов как бы налагают непропорциональное бремя ответственности на работников здравоохранения, пациентов и их семьи.

Справедливость в контексте данного документа представляет собой закрепленное за каждым пациентом право на получение необходимой ему медицинской помощи. При этом отличие соблюдения данного права в обычных условиях медицинской практики и в период пандемии заключается в том, что в кризисной ситуации пандемии применим и должен действовать четкий критерий (стандарт) выбора именно того вида первой медицинской помощи, которую необходимо и следует оказать пациенту в обязательном порядке. В зависимости от серьезности кризиса в состоянии здоровья, может быть сокращен не только объем элективных оперативных вмешательств, но и лимитировано оказание неотложной или необходимой медицинской помощи.

Доверие есть неотъемлемый компонент взаимоотношений врача и пациента, сотрудников и их организаций, общества и уполномоченных на то органов в системе здравоохранения и взаимодействие последних внутри системы здравоохранения. Организаторы здравоохранения/лица, ответственные за принятие решения, поставле-

ны перед необходимостью завоевания доверия к своим действиям/решениям одновременно с внедрением различных контрольных мер в период развития кризисных ситуаций в здравоохранении. Доверие определяет ценность такого процесса, как прозрачность/открытость.

Введение в приоритетный список этических принципов позиции *солидарности*, основано на уроках, связанных с опасностью развития пандемии SARS. Пандемия гриппа требует формирования нового взгляда на процесс *глобальной солидарности и солидарности наций*. Пандемия бросает вызов идеям национального суверенитета, секретности и обособленности территорий. Пандемия требует солидарных и согласованных действий внутри и между различными учреждениями, призывает к пересмотру традиционной ценности собственных или территориальных интересов, присущих работникам и учреждениям здравоохранения.

Этическая концепция в области управления прежде всего связана с требованиями к тем лицам, на которых возложены функции управления. Неотъемлемыми условиями, предъявляемыми к статусу управления, являются *этическое поведение, правдивость, формирующая доверие, и способность к правильным решениям*. Под этим следует понимать, что решение, например, касающееся ресурсов, должно быть оптимальным в плане здоровья конкретного пациента и всей системы здравоохранения в критических условиях пандемии гриппа.

Подробное рассмотрение существа этических принципов планирования в период пандемии гриппа позволяет проследить целостность и достаточность законодательного и ведомственного обеспечения возможности соблюдения этих принципов в РФ.

Объединенный взгляд на способность системы здравоохранения РФ следовать условиям обеспечения права на личную свободу, защиту от нанесения вреда, права на защиту частной жизни в условиях кризисных ситуаций, определенных пандемией гриппа, показывает наличие адекватного нормативного поля. Основной закон страны, каковым является Конституция РФ, провозглашает государственную защиту достоинства личности и недопустимость его умаления. При этом человек, его права и свободы являются, согласно ст. 2 Конституции РФ, высшей ценностью [2]. Основами законо-

дательства института врачебной тайны, а также института личной и семейной тайны, предусмотренного ст. 23 Конституции РФ и ст. 19 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», закрепляется право на защиту частной жизни [8]. Гарантия защиты персональных данных обеспечена Федеральным законом РФ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» от 27.07.2006 г. и Федеральный закон РФ «О персональных данных» [5, 12].

Правовые нормы, регулирующие специфику институтов информированного согласия и врачебной тайны в специальных ситуациях оказания медицинской помощи, нашли отражение в таких нормативных актах, как Федеральный закон РФ № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемическом благополучии населения» (1999 г.) и ФЗ № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных заболеваний» (1998 г.), Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [4, 8, 11].

Возможность оперативного управления в период пандемии гриппа обеспечена конституционно закрепленным обоснованием критических ситуаций, когда интересы общества ставятся выше интересов отдельных людей. Эти ситуации законодательно закреплены в п. 1, ст. 56 Конституции РФ, где предусмотрено, что «...в условиях чрезвычайного положения для обеспечения безопасности граждан и защиты конституционного строя в соответствии с федеральным конституционным законом могут устанавливаться отдельные ограничения прав и свобод с указанием пределов и срока их действия». В ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ст. 20, п. 9, 10; ст. 27) уточнены условия оказания медицинской помощи без согласия граждан и их обязанности: «...Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается: ...в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих...».

Федеральный закон РФ «О санитарно-эпидемическом благополучии населения» прописывает все санитарно-ограничительные позиции в специальной статье (ст. 31) «Ограничительные мероприятия (карантин)». В данной статье четко указаны факторы, определяющие введение ограничительных мер, круг должностных

лиц и органов власти РФ, имеющих право внести предложение о введении ограничительных мер, а так же порядок введения этих мер. Полномочия и ответственность органов государственной власти по обеспечению санитарной охраны территории РФ путем введения и отмены на территории РФ карантина и осуществления санитарно-карантинного контроля на государственной границе РФ, а также международного сотрудничества и заключения договоров в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, прописаны в другой статье данного закона (ст. 5) [11].

В плане следования этическим подходам при проведении санитарно-противоэпидемических мероприятий также заслуживает рассмотрения нормативно закрепленное право граждан РФ на получение достоверной информации о факторах, оказывающих вредное влияние на здоровье, включая информацию о санитарно-эпидемиологическом благополучии. Так, в период пандемии гриппа А(Н1N1) 2009 года, проведение мероприятий по предупреждению заноса и ограничению распространения случаев гриппа при осуществлении международного туризма строились на основании требований к выполнению ст. 14 Федерального закона «Об основах туристической деятельности в Российской Федерации» и ст. 10 Федерального закона «Об защите прав потребителей» в части права на получение полной и достоверной информации о туристическом продукте, то есть в случае эпидемической ситуации — об опасности повышенного риска по инфекционным заболеваниям [7, 10].

Исполнение обязательств по оказанию медицинской помощи населению не только закреплено Конституцией РФ как неременное право граждан, но и предусматривает финансовую ответственность государства в период кризисных эпидемических ситуаций. Федеральный закон «Об иммунопрофилактике инфекционных заболеваний» гласит, что «...финансовое обеспечение противоэпидемических мероприятий, осуществляемых в целях предупреждения, ограничения распространения и ликвидации инфекционных болезней, а также проведение профилактических прививок, включенных в национальный календарь является расходным обязательством РФ» (глава III, ст. 6) [4].

Отрадно отметить, что в законодательстве РФ нашло отражение этическое понимание принципа взаимодействия путем поддержки тех, на кого возложено максимальное бремя ответственности по защите общественных интересов. Так в ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» этим вопросам посвящена глава 9 «Медицинские работники и фармацевтические работники, медицинские организации» [8]. Данное положение основано на конституционно закреплённом праве (п. 3, ст. 37 Конституции РФ), что «...каждый имеет право на труд в условиях, отвечающих требованиям безопасности...» [2].

Как было показано ранее, принцип международной солидарности при осуществлении противодействия распространения пандемии в РФ обеспечен законодательно. В этой связи также уместно отметить нормативное действие ст. 2 Федерального закона «Об иммунопрофилактике инфекционных заболеваний», согласно которой «...если международным договором РФ установлены иные правила, чем предусмотренные настоящим Федеральным законом, применяются правила международного договора» [4].

В плане сочтанного исполнения принципов солидарности, справедливости и управления, специального внимания заслуживает профессиональное наполнение данных этических норм. По результатам экспертно-консультативной группы научного медицинского сообщества, при выработке стратегии производства и применения новых вакцин, определении приоритетных групп защиты (например, беременных женщин), подходов к лечению гриппа у пациентов с тяжелой иммуносупрессией, а также других значимых характеристик планирования и управления, обязательным является включение параметра сопоставления риска/пользы от потенциальных решений и действий [1, 3, 16].

Особый этический вызов в период пандемии, безусловно, связан с фактором формирования доверия населения и достижения согласованности и сотрудничества между медицинскими работниками и гражданским обществом. Очевидно, что доверие строится на многокомпонентном и долгосрочном опыте оценки населением качества медицинских услуг и социальной защиты. В России целый ряд нормативных и методических документов четко устанавливают порядок и требования к научной обоснован-

ности и степени безопасности средств и методов профилактики, диагностики и лечения [4, 6, 8, 9, 10]. Помимо гарантий государства в отношении качества медицинской продукции и услуг, неизменным условием формирования доверия является качество информационного сопровождения всех противоэпидемических мероприятий. Сам факт необходимости информирования населения об угрозах, связанных с пандемией, и мерах защиты находит место в оперативных документах РФ [14, 15]. Однако отсутствует проработка этических принципов информирования, что определяет перспективы по совершенствованию данного компонента подготовки и управления кризисными ситуациями в здравоохранении. Таким образом, оценивая нормативно-административный ресурс РФ по способности соблюдения этических принципов, можно с определенностью отметить наличие адекватного законодательного механизма. В плане будущих задач необходимо принять усилия для исполнения рекомендаций ВОЗ по включению этического компонента в планы и оперативные документы управления пандемией гриппа.

В целом, следует отметить, что этическая составляющая планирования и управления в период эпидемий и пандемий (на примере гриппа) играет существенную роль в достижении профессиональных и общественных целей. Подготовка к созданию этического плана действий должна быть основана как на проспективном осмыслении статуса универсальных этических принципов в ходе конкретных условий и действий при пандемии, так и на последующем анализе правильности применяемых установок и мер. Примером такого подхода может служить ретроспективная оценка потенциально достижимой пользы для здравоохранения от входного и выходного скрининга авиапассажиров в ходе пандемии гриппа А(Н1N1) в 2009 г., проведенная спустя 2 года после пандемии [19].

Резюмируя материалы, представленные в данном разделе, можно констатировать, что цель достижения этической целостности решений и действий на всех уровнях управления в чрезвычайной ситуации эпидемии/пандемии инфекционного заболевания, зиждется на следовании принципам социальной ответственности, открытости, обоснованности и подотчетности гражданскому обществу.

Литература

1. Генден Ю.З. Проблемы профилактики гриппа у беременных женщин и новорожденных детей // Вопросы вирусологии. — 2009. — Т. 54, № 4. — С. 4–10.
2. Конституция (Основной закон) Российской Федерации. — М., 2001. — 39 с.
3. Обновленные временные рекомендации: особые рекомендации для клиницистов в отношении гриппа (H1N1) 2009 у пациентов с тяжелой иммуносупрессией. Неофициальный перевод материала, опубликованного на сайте CDC 16 декабря 2009 г. — Режим доступа: <http://www.cdc.gov/h1n1flu/immunosuppression/index.htm>.
4. Об иммунопрофилактике инфекционных заболеваний: Федер. закон РФ от 17.09.1998 № 157-ФЗ (с изменениями и дополнениями).
5. Об информации, информационных технологиях и о защите информации: Федер. закон от 27.07.2007 № 149-ФЗ.
6. Об обращении лекарственных средств: Федер. закон от 12.04.2010 г. № 61-ФЗ.
7. Об основах туристической деятельности в Российской Федерации Федер. закон от 24.11.1996 № 132-ФЗ (в ред. от 30.12.2008 г.).
8. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федер. закон РФ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ.
9. Отраслевой стандарт «Клинико-экономические исследования. Общие положения» (ОСТ 91500.14.0001-2002), утвержденный Приказом Минздрава РФ от 27.05.2002 № 163.
10. О защите прав потребителей: Федер. закон РФ от 07.02.1992 г. № 2300-1 (действующая редакция от 05.05.2014).
11. О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения: Федер. закон РФ от 30.03.1999 г. № 52-ФЗ (с изменениями и дополнениями).
12. О персональных данных: Федер. закон РФ от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ.
13. О техническом регулировании: Федер. закон РФ от 27.12.2002 г. № 184-ФЗ.
14. Письмо Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека РФ №01/14389-9-32 от 29.09.2009 «О направлении материалов о безопасности применения вакцины против гриппа (H1N1) 2009».
15. Приказ Минздрава РФ от 15.04.1999 г. № 129 «Об утверждении инструкции "О порядке экспертизы и испытаний медицинских иммунобиологических препаратов с целью их регистрации"».
16. Рекомендации Стратегической консультативной группы экспертов (СКГЭ) по вакцинам против гриппа типа А (H1N1), 19 мая 2009 года. Неофициальный перевод материала ВОЗ, опубликованного на сайте ВОЗ 19 мая 2009 г.
17. Addressing ethical issues in pandemic influenza planning. World Health Organization. — Available at: http://www.who.int/ethics/influenza_project/en.
18. Ethical Guidelines in Pandemic Influenza, Prepared by Ethics Subcommittee of The Advisory Committee to the Director, CDC February 15, 2007. — Available at: <http://www.cdc.gov/od/science/phc/panFlu-Ethic-Guidelines.pdf>.
19. Khan K., Eckhardt R., Brownstein J.S., Naqvi R., Hu W., Kossowsky D., Scales D., Arino J., MacDonald M., Wang J., Sears J., Cetron M.S. Entry and exit screening

- of airline travellers during the A(H1N1) 2009 pandemic: a retrospective evaluation // Bull. World Health Organ. — 2013. — Vol. 91, N 1–6. — P. 368–376.
20. Kinlaw K., Barrett D.H., Levine R.J. Ethical guidelines in pandemic influenza: recommendations of the Ethics Subcommittee of the Advisory Committee of the Director, Centers for Disease Control and Prevention Disaster // Med. Public Health Prep. — 2009. — N 3, Suppl. 2. — P. 185–192.
 21. Social Justice and Influenza. Bellagio/Italy, July 2006. — Available at: <http://www.un-influenza.org/node/82>.
 22. Stand on Guard for Thee. Ethical considerations in preparedness planning for pandemic influenza. A report of the University of Toronto Joint Centre for Bioethics. November 2005. — Available at: http://www.jointcentreforbioethics.ca/people/documents/upshur_stand_guard.pdf.
 23. Stockpiling Antivirals For Pandemic Influenza: The Key Ethical Principles, Prepared by Ethics Subcommittee of The Advisory Committee to the Director. — CDC November 28, 2007.
 24. WHO. Influenza vaccines. WHO position paper // Wkly Epidemiol. Rec. — 2005. — Vol. 80. — P. 306–308.

2.3. Этика социально значимых инфекций

О.И. Кубарь

Содержание данного раздела, ориентированное на освящение этико-правовых элементов в аспекте социально-значимых инфекций (СЗИ), безусловно, не претендует на покрытие всего комплекса медицинских, социальных и экономических проблем, обусловленных этой обширной нозологической группой. Учитывая спектр СЗИ, рейтинг в инфекционной нозологии в мире и в РФ, влияние на уровень и качество жизни, ущерб, наносимый во всех областях и сферах деятельности человека, включая экономику, демографию и общественное здравоохранение, принципиальным моментом стал выбор ВИЧ-инфекции и СПИДа в качестве примера для изложения материала. В пользу данного выбора послужили нижеследующие аргументы, полностью и гармонично соответствующие общей идее книги.

Эпидемия ВИЧ/СПИДа, начавшаяся в XX в., явилась чрезвычайным вызовом всему человеческому существованию и стала одной из ведущих медико-социальных проблем XXI в. С момента начала развития эпидемии глобальная картина и темпы распространения, фатальный характер заболевания затронули все сферы общественной жизни. Эти обстоятельства определили характер ответных мер, которые оказались полноценными только в условиях взаимодействия всего мирового сообщества и подключения полного арсенала профессиональных, социальных, экономических, законодательных и нравственных усилий. Особое значение в противодействии эпидемии ВИЧ/СПИДа приобрели этико-правовые аспекты, вопросы соблюдения фундаментальных прав человека и разрешения конфликта интересов индивидуума и общества при реализации данных прав. Уже на первых этапах развития эпидемии ВИЧ/СПИДа и формирования общественного отношения к ней, очевидным стало отсутствие исторического опыта медико-социальной реакции государств и общества на глобальные эпидемические катастрофы с *доминантой индивидуальных человеческих ценностей*. Одним из знаковых отличий данной эпидемии стало то, что реакция на инфекцию на уровне всех форм человеческой

деятельности (и в области биоэтики в том числе), носит наднациональный характер. Данный факт с еще большей остротой поставил вопрос о создании системы образования в области формирования этической реакции человека и общества в реальных условиях эпидемии ВИЧ/СПИДа.

Своеобразным критерием этического отношения общества к проблеме инфекционных заболеваний явилось нравственно-правовое регулирование в отношении ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом, сформировавших новое и уникальное в истории человеческой цивилизации, не зависящее от государственных границ, национальностей, рас, гендерных характеристик, культур и религий, сообщество людей, живущих с ВИЧ/СПИД (ЛЖВС). Важно также отметить принципиальные отличия данной социальной группы, занимающей активную позицию по защите прав и достоинства человека и влияющей на все процессы улучшения ситуации при ВИЧ/СПИДе, от категории больных заразными болезнями в историческом прошлом, зачастую объединяемых единым понятием «прокаженные».

Формат данной работы не позволяет представить всю многообразную палитру нравственно-моральных проблем, имеющих место в медицинской практике, научных исследованиях и в социально-общественной жизни ЛЖВС [1–3, 5, 11]. Предусмотрена специальная задача отразить рост гуманистического и правового сознания человечества на примере ВИЧ/СПИДа и проанализировать международный и отечественный опыт формирования этико-нормативного регулирования.

Начало создания биоэтической концепции в области ВИЧ/СПИДа относится к апрелю 1988 г., когда под эгидой ВОЗ в Осло (Норвегия) было организовано международное совещание по медицинскому законодательству и этике в области ВИЧ/СПИДа. Резолюция этого совещания выдвинула идею ликвидации барьеров между людьми, инфицированными и неинфицированными ВИЧ, и возведения истинных барьеров между людьми и вирусом.

В мае 1988 г. Всемирная медицинская ассамблея (ВМА) распространила резолюцию № 4124, названную «Упразднение дискриминации в отношении людей, инфицированных ВИЧ и больных СПИДом». Резолюция провозгласила жизненно важный принцип —

уважение к правам человека, живущего с ВИЧ, и предписывала государствам — членам ВМА, ввести в национальные программы профилактики и контроля СПИДа запрещение дискриминационных акций в сферах обслуживания, трудоустройства и перемещения лиц, инфицированных ВИЧ и больных СПИДом.

В последующих международных биоэтических кодексах, декларациях и правилах также освещены вопросы защиты прав человека в аспекте проблемы ВИЧ/СПИДа [4, 6, 7, 13, 15, 16, 17].

Особая инициальная роль в развитии биоэтических концепций принадлежит Объединенной программе ООН по ВИЧ/СПИДу (UNAIDS), являющейся источником коллективного международного опыта по данной проблеме. Принципиальным с точки зрения биоэтики стало издание в 1998 г. правил «ВИЧ/СПИД и права человека» [12]. В 12-ти руководящих принципах, изложенных в данном международном документе, рассматривается многоуровневая система этико-правовых гарантий для указанного контингента лиц.

Руководящий принцип № 1 предполагает мероприятия на национальном уровне для стран — членов ООН и предусматривает ответственность государства по организации эффективной национальной системы воздействия на ВИЧ/СПИД, которая бы четко координировала политику государства и программы на всех уровнях правительственных органов.

Руководящий принцип № 2 касается поддержки государством сотрудничества с общественностью путем политических и финансовых усилий на всех стадиях формирования политики воздействия на ВИЧ/СПИД, составления программ, их внедрения, а также контроля и оценки проводимых мероприятий.

Руководящий принцип № 3 регламентирует этические аспекты на уровне законодательной инициативы в области здравоохранения, предписывая государствам-участникам пересмотр действующих законов и реформирование законодательства с целью гарантий адекватной правовой защиты контингентов ВИЧ/СПИДа и обеспечения нормативных условий защиты их прав.

Четвертый руководящий принцип также посвящен реформированию в области юриспруденции, но напрямую относится к криминальному законодательству и системе исправительных учреждений и направлен на исключение злоупотреблений по от-

ношению к контингентам ВИЧ/СПИДа, которые часто становятся мишенью для дискриминации как наиболее психологически уязвимая группа.

Важной особенностью в области законодательства служат рекомендации пятого регламентирующего принципа, определяющего необходимость разработки противодискриминационных нормативных актов в отношении ВИЧ/СПИДа путем создания охранительных законов (в отличие от карательных мер, рассмотренных ранее).

Шестой регламентирующий принцип обязывает государства формировать системы адекватной профилактики ВИЧ/СПИДа в плане обеспечения необходимыми товарами, услугами и информацией. В регламентирующем принципе № 7 обосновывается необходимость законодательной поддержки со стороны государства служб обучения лиц, инфицированных ВИЧ и больных СПИДом.

Восьмой принцип рассматривает специфику сотрудничества с организациями, обслуживающими женщин, детей и другие особо уязвимые группы населения среди инфицированных ВИЧ и больных СПИДом. В 9-м принципе обосновываются пути профилактики дискриминации ВИЧ/СПИДа путем обучения, тренинга и создания специальных просветительных программ.

Принцип № 10 определяет обязательства государственных органов по поддержке частной инициативы, способствующей развитию документов, касающихся проблемы ВИЧ/СПИДа. Принцип № 11 регламентирует действия по государственному регулированию и контролю прав человека применительно к ВИЧ/СПИДу. Заключительный, двенадцатый, принцип рассматривает систему взаимодействий по защите прав человека применительно к ВИЧ/СПИДу на уровне международного сотрудничества.

В целом, согласно международным правилам UNAIDS применительно к ВИЧ/СПИДу, разработана система гарантий прав человека на жизнь, на защиту от дискриминации посредством адекватных законов, на высокий стандарт медицинской и психологической помощи, на свободу и защиту личности, на свободу передвижения; право болеть и проявлять чувства; право на независимость и на свободу выражения мнения; право на свободу ассоциаций; право на труд, обучение и создание семьи; право на социальную защиту, помощь,

милосердие и адекватное качество жизни; право на получение всех преимуществ от научных достижений и на участие в общественной и культурной жизни; право на гарантию от ущерба и антигуманного или рискованного лечения.

Подробное изложение содержания указанного документа, направленного на правовую регламентацию биоэтических принципов в аспекте ВИЧ/СПИДа на уровне международного сообщества, демонстрирует реальный рост гуманистического правосознания. Особое значение данного документа заключалось еще и в том, что его концепция определила пути и перспективы совершенствования морально-правового регулирования в области ВИЧ/СПИДа в различных странах. Примером отклика по созданию этико-правового пространства в области ВИЧ/СПИДа на уровне регионального законодательства может служить концепция Модельного закона, принятая на 29-м пленарном заседании Межпарламентской Ассамблеи государств — участников СНГ (31.10.2007 г.) «О противодействии ВИЧ/СПИДу в государствах — участниках СНГ». Подобный региональный регламент чрезвычайно важен для РФ, поскольку введение принципов правового регулирования и формирование политики соблюдения прав человека в России невозможно представить в отрыве от состояния в других странах СНГ в связи с обширными миграционными процессами и сложившимися многофункциональными социальными, культурными, экономическими связями. В модельном законе на базе системного подхода были определены стратегические меры противодействия ВИЧ/СПИДу и заложены основы объединения усилий по унификации правовой базы противодействия развитию эпидемии в государствах-участниках, в последующем актуализированной как на региональном, так и на национальном уровнях.

Таким образом, оценивая ответ на пандемию ВИЧ/СПИДа почти через 30 лет после ее развития, можно отметить следующее. Внесен существенный вклад в гуманизацию законодательного регулирования на национальном, региональном и глобальном уровнях. Произошло улучшение и развитие системы здравоохранения на научном, технологическом уровне, что обеспечило реальные успехи в диагностике и лечении инфекции [9, 10]. Достигнут междусекто-

ральный, междисциплинарный отклик на проблемы ВИЧ/СПИДа и беспрецедентное участие общества в решении этих проблем. Кроме того, обсуждение прав человека и биоэтические дебаты выведены на «открытую сцену» и стали предметом постоянного мониторинга мирового сообщества. В то же время остается очевидной проблема дискриминации и стигматизации ЛЖВС. Изучение вопросов управления эпидемией позволило установить, что дискриминация и стигматизация играют роль реальных барьеров на пути эффективного контроля за эпидемией, поскольку они создают непреодолимые трудности для доступа к медицинской помощи во всех ее проявлениях (к диагностике и современной антиретровирусной терапии). Острые вопросы встают в сфере справедливого и разумного распределения фондов и средств как внутри стран, так и на международном уровне.

При этом ситуация по дискриминации и стигматизации ЛЖВС чрезвычайно различна как на уровне мирового сообщества, так даже внутри различных социальных слоев в одной отдельно взятой стране. Существует много достижений в области этики и демократического права, однако дискриминационное законодательство в отношении групп риска, включающее принудительное тестирование при получении визы на въезд в страну, открытое информирование, выявление контактов, ставит преграды по доступу этой категории лиц к полноценному медицинскому обслуживанию и обеспечению их гражданских прав.

В Декларации, подписанной всеми странами — участниками Ассамблеи ООН на специальной сессии по ВИЧ (UNGASS, 2011), было провозглашено, что «...стигма, умалчивание проблемы, дискриминация и дефицит конфиденциальности способствуют росту эпидемии» [14].

Эти выводы однозначно определили решение МКБ ЮНЕСКО по рассмотрению актуальности проблемы ВИЧ/СПИДа в аспекте следования ст. 11 «Недопущение дискриминации и стигматизации» Декларации ЮНЕСКО 2005 года [18]. Основной принцип данной статьи гласит: «Никакое отдельное лицо или группа не должны подвергаться дискриминации или стигматизации на каких бы то ни было основаниях в нарушение принципа уважения человеческого достоинства, прав человека и основных свобод». Работа

над документом (отчет МКБ ЮНЕСКО, 2013 г.) была направлена на освещение последних данных по эпидемии ВИЧ/СПИДа в мире, определение дискриминационных и стигматизационных рисков и выработку курса реакции и действий для преодоления данных рисков [8]. В отличие от большинства аналитических исследований по ВИЧ/СПИДу, акцент был сделан не столько на статистическую и экономическую характеристику инфекции, сколько на определение современного статуса эпидемии в формате проблем, способствующих дискриминации и стигматизации ЛЖВС. К подобным состояниям отнесены недостаток образования, социальная позиция протеста в отношении определенных групп, и, одновременно, появление «нового лица эпидемии» за счет побочных явлений терапии (липодистрофия) и «нового социального лица» — переход эпидемии в круг семейных отношений, большее вовлечение женщин, появление «нового поколения» ВИЧ-инфицированных за счет рождения детей у ВИЧ-инфицированных матерей. «Новое поколение» не выбирает образа жизни и поведения, приводящего к инфицированию и, как следствие, к дискриминации и стигматизации: они «наследует» как инфекцию, так и общественное отношение к ней в виде стигмы и дискриминации.

В качестве ответных мер предложено всячески развивать и поощрять солидарность между людьми, приложить все усилия по международной кооперации между странами и народами для улучшения качества жизни многих людей, наций и стран. Необходимо внедрение индустрии диагностики, производства вакцин и лекарств в развивающиеся страны за счет инвестиций. Спонсирование и инвестиции развитыми странами следует осуществлять без эгоистических экономических целей, но лишь с целью передачи знаний и технологий, способных обеспечить вектор технологической независимости стран-реципиентов. Такая политика будет способствовать прямому вкладу в редукцию стигмы и дискриминации в сфере ВИЧ/СПИДа как на индивидуальном, так и на глобальном уровнях.

В заключение необходимо указать, что концепция солидарности и сотрудничества служит универсальным нравственным стержнем и инструментом преодоления многих проблем в здравоохранении. Как этический принцип эта позиция отражена

в ст. 13 Декларации ЮНЕСКО 2005 года [18]. При этом следует иметь в виду, что ст. 26 рекомендует воспринимать Декларацию как единое целое, а принципы — как взаимодополняющие и взаимосвязанные. Каждый принцип должен рассматриваться в контексте других принципов, насколько это необходимо и уместно в соответствующих обстоятельствах, что, безусловно, приемлемо при решении проблем дискриминации и стигматизации при ВИЧ/СПИДе и открывает реальные перспективы нравственных подходов к их преодолению.

Литература

1. Иванюшкин А.Я. Биомедицинская этика. — М.: КМК, 2010. — 272 с.
2. Кубарь О.И. Этические аспекты исследований в области ВИЧ/СПИД: рекомендации для членов комитетов по этике. — М.: 2006. — 16 с.
3. Покровский В.В. Эпидемиология и профилактика ВИЧ-инфекции и СПИД. — М.: Медицина, 1996. — 248 с.
4. Руководство по благоприятному раскрытию, этически обоснованному консультированию партнеров и надлежащему использованию отчетности о случаях ВИЧ — ЮНЕЙДС, ВОЗ, 2001. — 49 с.
5. Яковлев А.А., Захарова Н.Г., Авсюкевич Н.А. Современные аспекты и этические проблемы при проведении клинических исследований с участием пациентов с ВИЧ-инфекцией и роль локальных этических комитетов (ЛЭК) // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. — 2012. — Т. 4, № 3. — С. 98–102.
6. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women: General Assembly Resolution A/RES/34/180. New York 1979; General Assembly Resolution A/RES/54/4 United Nations. New York, 1999.
7. Declaration of Commitment on HIV/AIDS "Global Crisis — Global Action" United Nations, 2001.
8. Draft Report of the IBC on the Principle of Non-Discrimination and Non-Stigmatization IBC UNESCO, 2014.
9. Global AIDS Response Progress Reporting 2012, Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. UNAIDS, 2011.
10. Global Report for Research on Infectious Diseases of Poverty. WHO, TDR, 2012.
11. Gruskin S. Compilation of Laws and Policies Regarding HIV/AIDS Associated Notification/Reporting/Disclosure. Francois-Xavier Bagnoud Centre for Health and Human Rights, Harvard School of Public Health. October 1999.
12. HIV/AIDS and Human Rights, International Guidelines. — New York and Geneva, United Nations, 1998 (HR/PUB/98/1).
13. Meeting Statement, Technical Consultation on Notification, Confidentiality and HIV/AIDS, Windhoek, Namibia, WHO August, 1999.

14. Political Declaration on HIV/AIDS: Intensifying Our Efforts to Eliminate HIV/AIDS, 65 session General Assembly United Nations, New York, 8–10 June, 2011.
15. Questions and answers on Reporting, Partner Notification and Disclosure of HIV and/or AIDS Serostatus, Public Health and Human Rights Implications, UNAIDS/WHO, June 1999 (UNAIDS/00.26E).
16. The Millennium Development Goals Report 2010. United Nations, New York, 2010.
17. Towards Universal Access — Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector: Progress Report, Geneva, WHO, UNAIDS and UNICEF, 2009.
18. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights, UNESCO, Paris, 2005.

2.4. Био- и экоэтика инфекционных болезней, общих для животных и человека (зоонозов)*

О.И. Кубарь, Н.К. Токаревич

Одной из самых трудных и весьма дискуссионных тем в плане толкования биоэтической концепции в эпидемиологии и инфектологии, безусловно, может служить зоонозная инфекция. В значительной степени это связано с многочисленными представителями животного мира, которые являются биологическими хозяевами, обеспечивающими постоянное сохранение возбудителей зоонозов в природе. К ним относятся мелкие и крупные дикие млекопитающие, синантропные животные (обитающие главным образом в человеческих поселениях), птицы, домашние и сельскохозяйственные животные, кровососущие членистоногие и др. Для каждого из возбудителей зоонозов ведущее значение имеет только определенный круг животных. Это обуславливает особенности природных или хозяйственных очагов, их структуру и распространенность. Для понимания специфики трактовки этической концепции зоонозов важно учитывать тот факт, что в историческом масштабе, как в ходе длительной естественной эволюции в составе зооценозов Земли, так и под влиянием деятельности человека, произошли существенные изменения условий, направлений и степени зависимости паразитарных систем от территориальных географических факторов. Несмотря на вышесказанное, эпидемический процесс остался целостной пространственно-временной формой видовой репродукции, расселения и существования возбудителей зоонозов. Эти суждения вытекают из эволюционного учения Е.Н. Павловского о природной очаговости инфекционных и паразитарных болезней

* На наш взгляд, болезни, связанные с внедрением паразитов, источником которых, как правило, являются животные, более правильно называть зооантропонозы. Этот термин носит универсальный характер. Он включает в себя и инфекции с природной очаговостью. Термин «зооантропонозы» подчеркивает, что основным резервуаром инфекции являются животные, и движение возбудителя имеет направление от животного к человеку. Этот термин использовали Е.Н. Павловский, К.Н. Токаревич, Т.В. Перадзе и другие отечественные и зарубежные исследователи. Термин «зоонозы», строго говоря, следует относить только к болезням животных, например, чума собак, пироплазмоз крупного рогатого скота и т. д. Однако в настоящее время термин «зоонозы» более широко распространен, чем «зооантропонозы», поэтому для удобства читателя мы будем использовать данное определение.

[16] и подтверждены историко-сравнительным и экологическим методом изучения происхождения и эволюции возбудителей заразных болезней, разработанным В.М. Ждановым и Д.К. Львовым [8].

В формате данного раздела книги чрезвычайно значимым является предложенный этими учеными взгляд на эпидемиологию инфекционных болезней как на экологический процесс их возбудителей в человеческом обществе, а при природно-очаговых и зооантропонозных инфекциях — как на экологию возбудителей в популяции определенного вида животных, в круг которых может быть включен человек. В связи с этим, основываясь на понимании паразитарных систем как экологической основы существования возбудителей инфекционных заболеваний человека и рассматривая паразитоценоз в аспекте среды обитания разнообразных биологических видов в конкретных ландшафтных и социально-экономических условиях, становится очевидным необходимость поиска баланса и разрешения конфликта между биоэкологическими и биоэтическими подходами управления эпидемическим процессом.

В философском плане базовыми установками экологической этики являются антропоцентризм и нон-антропоцентризм соответственно ориентированные на приоритеты только человека или расширяющие сферы моральной ответственности человека на все формы жизни [5, 7, 14]. Данные категории включают нормативные условия принятия решений и совершения действий, но непосредственно не определяют ни их характер, ни их содержание. С точки зрения стратегии контроля за зоонозными инфекциями существенным могут служить следующие принципиальные положения. Доминанта политики здравоохранения естественным образом ориентирована на приоритеты и потребности человека, что с позиций экологической этики соответствует принципу антропоцентризма. Снижение бремени инфекционных заболеваний человека предусматривает осуществление действий, направленных на ограничение отдельных видов микроорганизмов, уничтожение переносчиков инфекций, санацию очагов инфекции и эндемичных природных зон, что затрагивает целостность экосистемы Земли. Такой подход полностью укладывается в идеологию антропоцентризма и противоречит концепции нон-антропоцентризма, признающей внутреннюю ценность живого как такового, независимо от пользы или вреда для человека.

Из этого очевидно, что уже на этапе рассмотрения центральных позиций экологической этики, четко вырисовывается место зоонозов в системе этических ценностей. Особого внимания заслуживает изучение взаимодействия и взаимопроникновения двух этических направлений, таких как экологическая этика и биоэтика, в их прикладном значении при зоонозах. Для предметного обсуждения понятий и суждений этих пограничных этических дисциплин нами впервые сделана попытка сопоставления двух документов ЮНЕСКО: «Всеобщей декларации о биоэтике и правах человека» (2005) (Декларация) и проекта Декларации «Экологическая этика» (2004) (Проект) с целью оценки их обоюдной сопряженности и поиска компромисса сочетанного эмпирического использования в эпидемиологии и инфектологии [26, 32]. Выбор документов ЮНЕСКО определен их безусловной универсальностью и непосредственным авторским участием в развитии фундаментальных направлений биоэтики в биологии и медицине в составе МКБ ЮНЕСКО.

Поскольку ранее, в предыдущих главах, был детально представлен обзор биоэтических принципов Декларации ЮНЕСКО 2005 года [9, 10], в данном разделе целесообразно подробно рассмотреть принципы, изложенные в проекте «Экологической этики» и провести анализ их совместимости и конфликтности применительно к зоонозным заболеваниям человека.

Концептуально в Проект введены две категории принципов экологической этики: общие (или установочные) и практические принципы. Среди общих (установочных) принципов выделяют *уважение ко всем формам жизни, биоразнообразие, поддержание устойчивости биосферы, экологическую справедливость, принципы предосторожности и общего достояния природных ресурсов*. К практическим принципам экологической этики приписаны *права будущих поколений, разделенная ответственность, «презумпция опасности», сокращение и конвергенция*.

Последовательное рассмотрение всех вышеназванных принципов экологической этики в формате их приложения к проблеме зоонозных инфекций человека может быть представлено следующим образом.

Первый установочный принцип *«уважение ко всем формам жизни»* несет философско-ценностный посыл «каждый организм, человеческий или нет, имеющий способность ощущения или нет,

безопасный для человека или нет, является благом самим по себе». Даже не вдаваясь в исключительную сферу так называемых «чистых ценностей», очевидна конфликтность данного положения с задачами здравоохранения в области инфекционных заболеваний. Убедительными примерами из области зоонозных инфекций могут служить следующие факты и статистические данные.

К зоонозным инфекциям относится многочисленная группа заболеваний, включающая порядка двухсот нозологических форм. Эпидемиологические аспекты эволюции таких заболеваний, как клещевой энцефалит (КЭ), иксодовые клещевые боррелиозы, туляремия, лептоспирозы, геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС), листериоз, псевдотуберкулез, сибирская язва и ряда других традиционно и на протяжении многих лет являются предметом исследования лаборатории зооантропонозных инфекций Санкт-Петербургского Института Пастера [3, 6, 18, 23, 24, 29, 30]. На распространение этих инфекций существенное влияние оказывают экологические факторы, в связи с чем профилактика инфекций требует комплекса санитарно-эпидемиологических мер, направленных как на очаги инфекции, так и на индивидуальную защиту человека. Чтобы представить масштаб эпидемиологической угрозы по зоонозным инфекциям в РФ, достаточно сказать, что ежегодно, по данным Управления санэпиднадзора РФ, в стране регистрируется в общей сложности до 20–25 тыс. случаев геморрагической лихорадки с почечным синдромом, лептоспироза, клещевого энцефалита, бруцеллеза, туляремии, лихорадки Ку и других инфекций [1].

Для разработки стратегии эпиднадзора за зоонозами необходимо учитывать следующие «информационные потоки»: популяцию возбудителей (вирусы, бактерии, простейшие), популяцию переносчиков, например, иксодовых клещей, с учетом их видового состава, численности и зараженности; популяцию диких и домашних животных — промежуточных хозяев иксодовых клещей и других носителей возбудителей зоонозов; популяцию людей, как правило являющуюся «экологическим тупиком». Так, в комплексе рекомендуемых мероприятий по профилактике одной из наиболее опасных зоонозных инфекций — клещевого энцефалита, применительно к человеку обязателен многосторонний подход, включающий специ-

фическую вакцину против КЭ, пассивную иммунизацию, личную неспецифическую гигиену. Однако только эти действия не обеспечивают успеха с точки зрения предупреждения распространения инфекции. Для воздействия на природные очаги инфекции необходима акарицидная обработка и дератизационные мероприятия, связанные с уничтожением отдельных биологических видов [1]. В отношении ГЛПС также существует прямая связь между заболеваемостью и численностью грызунов на различных территориях РФ. Снижение объемов дератизации однозначно приводит к росту заболеваемости ГЛПС с тяжелым прогнозом. Эти обстоятельства требуют государственного контроля мер борьбы с грызунами путем осуществления регулирования численности грызунов на объектах на уровне, не превышающем эпидемиологическое значение (менее 0,9 особи на 1000 кв. м площади), что обеспечивает профилактику инфекций (Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 29.08.2006 г. № 27). Таким образом, вышеприведенные примеры наглядно демонстрируют невозможность безусловного соблюдения принципа *«Уважение ко всем формам жизни»* применительно к контролю и профилактике зоонозных инфекций.

Кроме очевидных целевых противоречий общественного здравоохранения и экоэтики, имеют место различия и в направленности двух анализируемых документов ЮНЕСКО: Проекта экологической этики и Декларации 2005 года. Так, оценивая соотношение тезиса *«Уважение ко всем формам жизни»* с действующими принципами Декларации, необходимо, прежде всего, отметить признание того факта, «что люди являются частью биосферы и играют важную роль в защите друг друга и других форм жизни, в частности животных» (ст. 1). Однако далее по тексту однозначно указано, что документ «затрагивает этические вопросы, касающиеся медицины, наук о жизни и связанных с ними технологий применительно к человеку, с учетом их социальных, нравственных и экологических аспектов» [32].

Суммируя истинную значимость позиции *«Уважение всех форм жизни»* применительно к медицине и, конкретно, к практике действий, продемонстрированных на примерах зоонозных болезней, следует признать, что как в теоретическом, так и в практическом

плане трактовка данного принципа, в основном, должна быть ориентирована на фактор опасности для человека/человечества. В свою очередь, определение степени эпидемической опасности различных частей ареалов зоонозных инфекций и истинного уровня связанной с этим заболеваемости человека создает предпосылки для дифференцированного подхода к проведению мер профилактики с учетом объективных реалий экологической «гармонии». При этом оценка опасности, безусловно, должна включать этический компонент и возможность этического регулирования любых решений и действий, связанных с профилактикой и воздействием на биоценозы.

Второй общий принцип экологической этики — «Биоразнообразие» — является одновременно основополагающим ориентиром современной науки. С учетом выбранной нами позиции сложно не заметить противоречие посыла данного принципа с толкованием первого принципа «Уважение ко всем формам жизни». Так, на примере фундаментальных знаний паразитоценоза и организма как среды обитания других живых существ не вытекает, что одновременно возможна приверженность к биоразнообразию и уважение каждой индивидуальной жизни. При соотношении данного принципа экоэтики с «духом и буквой» Декларации ЮНЕСКО 2005 года, также возникает необходимость поиска компромисса. В статьях Декларации, непосредственно посвященных данному вопросу, отмечена необходимость «взаимосвязи между человеком и другими формами жизни и важность уважения традиционных знаний и роли человека в защите окружающей среды, биосферы» (ст. 17) и ясно указано, что соображения разнообразия и плюрализма «не могут быть истолкованы и применены в ущерб человеку» (ст. 12) [32].

В то же время, неоспоримым научным фактом является то, что приспособляемость микроорганизмов к меняющимся условиям окружающей среды происходит «с точки зрения интересов паразита, то есть оценивая насколько тот или иной механизм надежен для сохранения данного вида» [8]. В ходе эволюции патогенетической цепи лептоспироза можно проследить исторические метаморфозы, направленные на сохранение патогенности путем приспособления водных лептоспир к паразитированию в организме грызунов, и, в последующем, адаптацию данного паразита к новым хозяевам

(кошки и собаки) [24]. Современным примером реализации концепции биоразнообразия может служить эпидемиология лихорадки Западного Нила (ЛЗН), арбовирусной инфекции с трансмиссивным механизмом передачи вируса, как правило, в цикле «птица — комар — птица». Однако цикл передачи ЛЗН не ограничивается этой традиционной схемой: в циркуляции вируса ЛЗН для сохранения его в природных очагах в неблагоприятные периоды участвуют иксодовые, гамазовые и аргасовые клещи, что рисует новую схему циркуляции вируса: клещ — птица — клещ [21, 22]. В работах, посвященных изоляции вируса как от птиц, находящихся в непосредственной близости к населенным пунктам, так и от паразитирующих на них клещей, также доказано наличие межпопуляционных связей в сложной системе: дикие птицы — вирус — комары — синантропные птицы — клещи [2]. С учетом факта сохранения вирусной популяции в клещах круглогодично, экологическая схема циркуляции вируса ЛЗН являет собой истинный образец разнообразия, направленного на единственную цель — поддержание патогенности, и имеет формулу: клещи — вирус — птицы наземного комплекса (преимущественно синантропные) — комары — вирус — дикие птицы околородного и водного комплекса [12]. Следовательно, феномен биоразнообразия в плане поиска оптимальной стратегии профилактики зоонозов должен быть учтен и направлен на исследование сочетанных очагов зоонозов, представленных двучленными и трехчленными паразитарными системами. Представляет интерес изучение влияния различных членов очагов друг на друга и на конечный риск уровня заболеваемости указанными нозологическими формами [25].

Следующий принцип экоэтики — «Поддержание устойчивости биосферы» — чрезвычайно значим для трактовки и осуществления действий в аспекте ландшафтной паразитологии и эпидемиологии. Влияние хозяйственной деятельности человека на природные очаги болезней многообразно. В одних случаях оно способствует эпидемическому их проявлению, в других — приводит к затуханию, а также может повлечь за собою формирование новых очагов болезней. В антропогенном преобразовании окружающей среды на распространенность природно-очаговых инфекций выделяют три ступени воздействия. К первой следует отнести воздействие на природные

очаги хозяйственного освоения территории и превращение природных (естественных) ландшафтов в антропогенные. Вторым примером может служить влияние на природные очаги конкретных последствий деятельности людей — лесных и степных пожаров, заготовки сена, рубки леса, животноводства (выпас скота, сооружения искусственных водоемов). И, наконец, третьим фактором является влияние технической оснащенности и материальной обеспеченности людей на формы и интенсивность их контактов с природными очагами и риск заражения (изменение форм ведения сельского и лесного хозяйства, а также бытовых контактов сельского и городского населения с природными очагами). По данным научно-практических исследований и наблюдений установлено влияние антропогенного воздействия на распространение и величины лоймопотенциала природных очагов клещевого энцефалита [13, 20], коксиеллеза [29] и других зоонозных инфекций. Наглядной иллюстрацией негативного влияния хозяйственной деятельности человека на эпидемиологию лептоспирозной инфекции стало формирование новых, активных очагов иктерогеморрагического лептоспироза в районах рисосеяния на площадях орошаемого землепользования в Краснодарском крае, где основным резервуаром инфекции стали серые крысы [4]. В авторском обзоре, посвященном изучению антропогенного влияния на эволюцию лептоспирозов, убедительно доказано, что под влиянием мероприятий медицинского и социального характера происходят действительные изменения эпидемического процесса, затрагивающие патогенность возбудителя, резервуары инфекции, пути и механизмы передачи возбудителя, группы риска, клиническое течение инфекции и прогноз заболевания [24].

Учитывая вышесказанное, следует признать приоритетность принципа поддержания устойчивости биосферы в общецивилизационном масштабе, его прямую связь с современной концепцией «устойчивого развития» и неоспоримую необходимость планового учета факторов экологической этики в аспекте их воздействия на эпидемический процесс в стратегии общественного здравоохранения.

Принцип «экологической справедливости» предусматривает равное право людей на экологическую безопасность и равную ответственность за обеспечение и сохранение безопасности экосфе-

ры. Этот принцип более всего совпадает с концепцией Декларации ЮНЕСКО 2005 года, в частности, изложенной в статьях 13 и 14, посвященных «солидарности и сотрудничеству» и «социальной ответственности и здоровью». Прослеживается логическая связь положений данного установочного принципа с «практическими принципами» экологической этики «Разделенная ответственность» и «Права будущих поколений», предусматривающими глобальный и справедливый подход к охране окружающей среды во временном формате. Однако, несмотря на очевидную приверженность принципу «экологической справедливости», сложность практической реализации идеологии данного принципа при зоонозной патологии у человека наиболее часто проявляется в дисбалансе благ и негативных последствий, возникающих в зависимости от различий социально-экономических условий существования отдельных групп и сообществ людей. Подобные ситуации могут иметь место как внутри одной страны, так и при сопоставлении стран с различным уровнем экономического развития.

Убедительными фактами правоты этого положения при зоонозах являются материалы всех социально-экономических катастроф, как прошедших, так и грядущих. Нельзя не учитывать непосредственного влияния низкого уровня благосостояния населения (проблемы с водой, продуктами, антисанитарные условия жизни), что находит отражение в топографии заболеваемости зоонозной инфекцией. Так, по данным Санкт-Петербургского Института Пастера, в годы войны в условиях блокады Ленинграда было лабораторно подтверждено более 500 случаев иктерогеморрагического лептоспироза. Основным источником лептоспир явились серые крысы, количество которых значительно возросло вследствие ухудшения санитарного состояния города в связи с отсутствием его очистки, прекращением дератизации, разрушением водопроводной сети и канализации и исчезновением биологических врагов серых крыс, каковыми являются кошки и собаки. Длительная осада города и голод побуждали население к употреблению недоброкачественной пищи, зачастую порченной крысами [24]. Влияние социально-экономических условий может быть продемонстрировано ситуацией, имевшей место в начале 90-х гг. XX в. в России. В период резких социально-экономических изменений произошло критичное ухуд-

шение благосостояния жизни людей (потеря работы, проблемы с обеспечением питания), в крупных городах значительно выросло число бездомных собак, которые из-за отсутствия специальных площадок для выгулов тесно контактировали с домашними собаками. По данным ветеринарной службы, к середине 90-х гг. в России имело место многократное (почти в 8 раз) повышение показателей распространенности лептоспироза среди собак. В тот же период значительно ухудшилась санитарная очистка городов, что привело к росту численности серых крыс и формированию очагов лептоспирозов синантропно-урбанистического типа с высокой инфицированностью животных лептоспирами [24].

Помимо критических ситуаций, в повседневной практике здравоохранения, неравенство социально-экономических условий напрямую отражается на доступности применения адекватных мер диагностики, профилактики и лечения. В этом плане следует считать крайне позитивным фактом внимание ВОЗ к проблеме поиска путей всестороннего управления событиями для оповещения о вспышках болезней и о принятии ответных мер на всех уровнях управления инфекционным процессом. Разработанная ВОЗ система предусматривает сбор и распространение важнейшей информации о вспышках болезней на основе формирования надежной связи между основными специалистами в области международного общественного здравоохранения (региональные и страновые бюро ВОЗ, сотрудничающие центры, партнеры из Глобальной сети оповещения о вспышках болезней и ответных действий). С точки зрения соответствия принципу социальной справедливости важность такой информационной схемы заключается в возможности оперативного и адресного действия, а также адекватного распределения ресурсов. Особое значение такие меры имеют в атмосфере гуманитарных чрезвычайных ситуаций, которые приводят к прекращению оказания крайне важных медицинских услуг и часто обуславливают зависимость уязвимых сообществ и стран от внешних организаций, занимающихся вопросами здравоохранения и стран-доноров. Историческим эхом могут служить слова блестящего ученого, лауреата Нобелевской премии Ш. Никола, который, отмечая социальную ответственность людей за профилактику инфекционных болезней, еще 30-е гг. XX в. писал: «Заразные

болезни учат людей солидарности» [15]. Этот гуманитарный призыв нашел отклик в конкретных категориях этических принципов Декларации ЮНЕСКО (ст. 13 и ст. 14) и имеет актуальное звучание в современной международной политике здравоохранения, определившей направление действий ВОЗ в отношении лихорадки Эбола, признав, что «социальная мобилизация — ключ в борьбе с лихорадкой Эбола».

Следующий из предложенных установочных принципов экологической этики — принцип «предосторожности» — включает глобальное гуманитарное и экологическое содержание, которое связано с прогнозом всех возможных (прямых и косвенных) негативных вариантов развития событий при разработке политики воздействия на объекты экосферы. Он также включает расчет «морально неприемлемого ущерба» и разработку алгоритма усилий по уменьшению (или предотвращению) очевидного (или предполагаемого) ущерба. При осмыслении данного принципа объективно ясна его логическая связь с фундаментальным принципом биоэтики — «Защита будущих поколений» (ст. 16) и практическими принципами экологической этики — «Права будущих поколений» и «Презумпция опасности», что выражается в практическом посыле о необходимости убедительных доказательств безопасности для экологии принимаемых решений и поступков. Демонстрацией действенности данного морального постулата при проведении политики в отношении зоонозных инфекций могут служить следующие примеры.

В ретроспективном плане, разумно обратиться к данным недочета факта опасности антропогенных воздействий при создании и эксплуатации объектов крупнопромышленного животноводства в 80-е гг. XX в. на некоторых территориях Северо-Западного региона России, в результате чего резко активизировался эпизоотический процесс среди сельскохозяйственных животных и ухудшилась эпидемическая обстановка по лептоспирозу. Только в Ленинградской области за 5 лет функционирования животноводческих комплексов показатель заболеваемости сельского населения превысил таковой у городского в 11 раз (18,9 на 100 тыс. жителей против 1,7) [24]. В проспективном плане особого внимания заслуживает контроль исполнения принципа «Презумпции опасности» при организации системы профилактических мероприятий в отношении лихорадки

Западного Нила. В настоящее время ЛЗН еще отсутствует на большей части территории РФ, профилактика ее распространения путем информирования населения, подготовки медицинских работников, обеспечения средств диагностики и разработки тактик лечения требует оперативных и своевременных решений и действий [2]. Разумное прогнозирование и оценка влияния будущих изменений окружающей среды на заболеваемость населения ЛЗН на территории России в условиях общей тенденции потепления климата должно обеспечить очевидный с точки зрения экоэтики алгоритм усилий по уменьшению (или предотвращению) значительных социальных и экономических потерь, сопряженных с массовым распространением ЛЗН в мире [19].

Особого осмысления заслуживает принцип «общего достояния природных ресурсов», дающий целостное представление о Земле и рассматривающий общность природных ресурсов и общую ответственность за историческую их сохранность. С этим принципом сопряжены два других предлагаемых экоэтикой принципа: «Разделенная ответственность» и «Сокращение и конвергенция». Принцип «разделенной ответственности» указывает, а принцип «сокращения и конвергенции» демонстрирует на примере принятой международной политики в отношении экологической опасности, обусловленной выбрасываемыми в атмосферу газами, что ответственность за охрану общего природного достояния должна быть разделена между всеми. Эта ответственность не может быть делегирована какой-то одной организации, стране или группе стран, носит транснациональный характер, что характеризует сферу применения принципов Декларации ЮНЕСКО 2005 года. Значение принятия решений и рассмотрения биоэтических проблем в практике действий по отношению к зоонозной патологии человека может быть проиллюстрирована следующим образом.

На протяжении последнего десятилетия отмечен значительный рост заболеваемости клещевым энцефалитом во многих Арктических странах Северного полушария, в том числе на территории Дальнего Востока РФ, где, в частности, зарегистрировано повышение популяции иксодовых клещей на 60% [11].

На динамику и уровень заболеваемости КЭ не влияют различия в системах контроля и мониторинга за инфекцией, существующие

в 16 различных европейских странах [31]. Основной причиной изменения пейзажа иксодовых клещей и роста заболеваемости КЭ является изменение климата в Арктических странах [27, 28].

По данным авторского сравнительного исследования, проведенного на территории Архангельской области РФ в периоды 1980–1989 и 1990–2009 гг., была установлена прямая корреляционная связь между изменением климата (повышением среднегодовой температуры) и 50-кратным ростом заболеваемости КЭ [30]. Безусловно, подобные наблюдения и выводы должны мобилизовать мировую общественность на соблюдение принципа «разделенной ответственности» и на принятие всех возможных политических, административных и научных мер для предотвращения экологических катастроф.

Таким образом, проведенный нами междисциплинарный анализ, направленный на получение объективного представления об этической составляющей при контроле и управлении зоонозов, выявил следующее. Продемонстрирована очевидная значимость применения био- и экоэтической оценки контроля и управления зоонозной инфекции в соответствии с принципами *«поддержания устойчивости биосферы, экологической справедливости, предосторожности и общего достояния природных ресурсов»*. В то же время следует с особой ответственностью подходить к определению и формированию подходов экологической этики на основе таких установочных принципов, как *«уважение ко всем формам жизни и биоразнообразию»*, в связи с установленными конфликтами их эмпирического использования по отношению к задачам эпидемиологического надзора. В целом, современное толкование био- и экоэтики в аспекте зоонозной патологии требует определенных усилий для поиска совместимости принципов и их гармоничного восприятия, отвечающего идеологии общественного здравоохранения. Данная работа, осуществленная на базе полипрофессионального опыта как в области инфектологии и эпидемиологии, так и биоэтики, показывает возможность реального взаимодействия биоэтических и экоэтических принципов при зоонозных заболеваниях и ориентирует на перспективы совершенствования этических установок в сфере практики их применения для достижения успехов в области здравоохранения.

Литература

1. Балахонов С.В., Пакскина Н.Д., Никитин А.Я., Носков А.К., Андаев Е.И., Чеснокова М.В., Шашина Н.И., Германт О.М., Сидорова Е.А. Эпидемиологическая ситуация по клещевому вирусному энцефалиту в Российской Федерации в 2012 г. и прогноз на 2013 г. // Проблемы особо опасных инфекций. — 2013. — Вып. 1. — С. 38–43.
2. Батурич А.А., Антонов В.А., Смелянский В.П., Жуков К.В., Чернобай В.Ф., Колякина Н.Н. Роль птиц как потенциальных резервуаров вируса Западного Нила на территории Российской Федерации // Проблемы особо опасных инфекций. — 2012. — Вып. 114, С. 18–22
3. Вершинский Б.В. Пространственные аспекты эпидемиологии: актовая речь. — Л., 1985. — 31 с.
4. Гольдштейн Д.Л., Калашников И.А. Заболеваемость лептоспирозами людей в Краснодарском крае и меры борьбы // Лептоспироз: материалы 10-й науч.-практ. конф. по лептоспирозу. — М., Краснодар, 2003. — С. 43–48.
5. Горке М. Вымирание видов и этика. Предметы антропоцентрической перспективы // Гуманитарный эколог. журн. — 2002. — Т. 4, Вып. 1. — С. 101–108.
6. Дайтер А.Б. Эпидемиологические аспекты болезней с природной очаговостью: актовая речь. — Л., 1986. — 26 с.
7. Дежкин В.В. Экоцентризм против антропоцентризма. Давайте поспорим // Гуманитарный эколог. журн. — 2002. — Т. 4, Спец. вып. — С. 44–46.
8. Жданов В.М., Львов Д.К. Эволюция возбудителей инфекционных болезней. — М.: Медицина, 1984. — 272 с.
9. Кубарь О.И. Биоэтика и социальная справедливость в инфекционной патологии // Инфекция и иммунитет. — 2011. — Т. 1, № 2. — С. 107–112.
10. Кубарь О.И. Этика планирования и проведения исследований в области вакцинопрофилактики // Инфекция и иммунитет. — 2011. — Т. 1, № 3. — С. 207–210.
11. Леонова Г.Н., Беликов С.И., Павленко Е.В., Кулакова Н.В., Крылова Н.В. Биологические и молекулярно-генетические характеристики вируса КЭ среди населения Дальнего Востока и его патогенетическое значение // Вопросы вирусологии. — 2007. — № 6. — С. 13–17.
12. Львов Д.К., Ковтунов А.И., Вышемирский О.И., Аристова В.А., Самохвалов Е.И., Галкина И.В., Громашевский В.Л., Дерябин П.Г., Львов Д.Н., Прилипов А.Г., Джаркенов А.Ф., Альховский С.В., Ибрагимов Р.М., Одолевский Е.И. Изоляция вируса лихорадки Западного Нила от большого баклана *Phalacrocorax carbo*, вороны *Corvus corone* и собранных с нее клещей *Hyalomma marginatum* в природных и синантропных биоценозах в дельте Волги (Астраханская область, 2001) // Вопросы вирусологии. — 2002. — № 5. — С. 7–12.
13. Львов Д.К., Злобин В.И. Стратегия и тактика профилактики клещевого энцефалита на современном этапе // Вопросы вирусологии. — 2007. — № 5. — С. 26–30.

14. Мишаткина Т.В. Концептуальные основания экологической этики // Основы экологической этики: Учебное пособие. — Минск, 2008 — С. 53–66
15. Николь Ш. Эволюция заразных болезней. — М.–Л., 1937. — 138 с.
16. Павловский Е.Н. Общие проблемы паразитологии и зоологии. — М.–Л., 1961. — 424 с.
17. Павловский Е.Н. Природная очаговость трансмиссивных болезней в связи с ландшафтной эпидемиологией зооантропонозов. — М.–Л., 1964. — 211 с.
18. Перадзе Т.В., Вершинский Б.В., Облапенко Г.П. Руководство по инфекционным и инвазивным болезням, общим для животных и человека. — Л.: Медицина, 1981. — 280 с.
19. Платонов А.Е. Влияние погодных условий на эпидемиологию трансмиссивных инфекций (на примере лихорадки Западного Нила в России) // Вестник РАМН. — 2006. — № 2. — С. 25–29.
20. Погодина В.В., Карань Л.С., Колесникова Н.М., Левина Л.С., Маленко Г.В., Гамова Е.Г., Лесникова М.В., Килячина А.С., Есюнина М.С., Бочкова Н.Г., Шопенская Т.А., Фролова Т.А., Андаев Е.И., Трухина А.Г. Эволюция клещевого энцефалита и проблемы эволюции возбудителя // Вопросы вирусологии. — 2007. — № 5, С. 16–21.
21. Путинцева Е.В., Липницкий А.В., Алексеев В.В., Смелянский В.П., Антонов В.А., Мананков В.В., Погасий Н.И., Злепко А.В., Чайка А.Н., Крючкова Т.П., Савченко С.Т., Жуков К.В. Распространение лихорадки Западного Нила в мире и Российской Федерации в 2010 г. // Проблемы особо опасных инфекций. — 2011. — Вып. 107. — С. 38–41.
22. Путинцева Е.В., Антонов В.А., Викторов В.В., Смелянский В.П., Жуков К.В., Мананков В.В. Особенности эпидемиологической ситуации по лихорадке Западного Нила в 2012 г. на территории Российской Федерации // Проблемы особо опасных инфекций. — 2013. — Вып. 1. — С. 25–29.
23. Токаревич К.Н. Эпидемиологические аспекты эволюции инфекционных болезней: актовая речь. — Л., 1978. — 24 с.
24. Токаревич Н.К., Стоянова Н.А. Эпидемиологические антропогенного влияния на эволюцию лептоспирозов // Инфекция и иммунитет. — 2011. — Т. 1, № 2. — С. 67–76.
25. Чумаков М.Э. Характеристика лептоспирозов в Республике Мордовия // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. — 2004. — № 4. — С. 45–50.
26. Environmental Ethics: Policy Document. Draft, UNESCO, Paris, 2004.
27. Goodman J.L., Dennis T.D., Sonenshine D.E., eds. Tick borne diseases of humans. New York: American Society of Microbiology Press, 2005.
28. Jaenson T.G., Tälleklint L., Lundqvist L., Olsen B., Chirico J., Mejlou H. Geographical distribution, host associations, and vector roles of ticks (Acari: Ixodidae, Argasidae) in Sweden // J. Med. Entomology. — 1994. — Vol. 31. — P. 240–256.
29. Tokarevich N., Freylikhman O., Titova N., Zheltakova I.R., Ribakova N.A., Vorobeychikov E.V. Anthropogenic effects on changing of Q-fever epidemiology in Russia // Ann. N.Y. Acad. Sci. — 2006. — Vol. 1078. — P. 120–123.

30. Tokarevich N.K., Tronin A.A., Blinova O.V., Buzinov R.V., Boltenkov V.P., Yurasova E.D., Nurse J. The impact of climate change on the expansion of *Ixodes persulcatus* habitat and the incidence of tick borne encephalitis in the north of European Russia // *Global Health Action*. — 2011. — Vol. 4. — P. 1–11.
31. Suss J. Tick-borne encephalitis in Europe and beyond. the epidemiological situation as of 2007 // *Euro Surveill*. — 2008. — Vol. 13. — P. 1–8.
32. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights, UNESCO, Paris, 2005.

2.5. Этический алгоритм ликвидации инфекций

О.И. Кубарь, М.А. Бичурина, Н.И. Романенкова, А.Ж. Асатрян

Исторически значимым достижением в области борьбы с инфекциями служит пример ликвидации таких инфекционных заболеваний, как оспа и полиомиелит. Это позволило в заключительной главе книги дать аргументированный анализ и оценку значимости этической составляющей программы ликвидации инфекции и сформировать этический алгоритм, необходимый для обеспечения успеха политики ликвидации инфекции. Следуя общему принципу изложения материалов книги, как и в предыдущих главах, обобщены данные, полученные как в результате непосредственного участия в программе ВОЗ по ликвидации полиомиелита, так и деятельности в Международном комитете по биоэтике ЮНЕСКО, что и послужило побудительным стимулом выбора темы.

Ликвидация инфекций средствами вакцинопрофилактики предусматривает осуществление многоуровневых и последовательных действий, среди которых можно условно выделить различные этапы: планирование, организация, проведение, контроль и слежение.

Целью данного исследования явилось выявление присущих каждому этапу этических компонентов — как значимых для мероприятий конкретного этапа, так и определяющих в целом стратегию политики ликвидации.

При выборе инфекции, подлежащей ликвидации, к первоочередным задачам относятся: подтверждение объективных знаний об антропонозной природе заболевания и гарантии отсутствия мутации возбудителя, наличие эффективной, безопасной и доступной вакцины и адекватной системы эпидемиологического надзора за данной инфекцией [1, 10].

Общественно-политическими предпосылками ликвидации инфекции должны служить возможность и готовность международного сообщества к совместным согласованным усилиям в глобальном масштабе. Понимание данных целей позволяет установить значимые этические характеристики данного этапа, к которым в первую очередь относится достоверность, надежность, честность и неангажированность в научных подходах. Среди этических компонентов, играющих важную роль на уровне индивидуальной

ответственности, необходимо отметить личную порядочность, добросовестность, осторожность и требовательность лиц, ответственных за оценку и интерпретацию научной информации. Для обеспечения всестороннего рассмотрения существующих гипотез, критической их оценки и аргументации прогноза, необходимо следование этическим принципам открытости, плюрализма и независимости этической экспертизы. Выбор оптимального вакцинного препарата и возможность его повсеместного использования базируется на этических принципах преодоления конфликта интересов, альтруизма, справедливого распределения бремени и благ [10, 28, 31–33].

Наглядным примером такого подхода и соответствия указанным этиологическим, патогенетическим, вирусологическим, эпидемиологическим и социально-организационным критериям является формирование Программы ликвидации полиомиелита в мире, чему предшествовал длительный (около 50 лет) период борьбы человечества с полиомиелитом, были созданы эффективные вакцины, изготовленные из инактивированных [44] и живых ослабленных [42, 43] вирусов полиомиелита. Опыт широкого использования указанных вакцин в практике здравоохранения в 1955–1963 гг. [21, 22] позволил резко снизить заболеваемость полиомиелитом во всех странах, что послужило реальным поводом для разработки и реализации программы ликвидации этой инфекции [2, 16, 26, 27].

Результатом этих усилий стало принятие 13 мая 1988 г. на 41-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (ВАЗ) резолюции, в которой всем странам мира предлагалось координировать свои действия, чтобы добиться искоренения полиомиелита к концу 2000 г. [29, 30, 36]. В соответствии с данной резолюцией, мероприятия по ликвидации полиомиелита необходимо было организовать таким образом, чтобы усилить национальные программы иммунизации и способствовать развитию первичной медико-санитарной помощи [11]. В 1989 г. на 42-й сессии ВАЗ был утвержден Генеральный план действий по глобальной ликвидации полиомиелита [3, 4, 29]. Искоренение полиомиелита было объявлено программой чрезвычайного значения, требующей от всех национальных программ: высокого охвата вакцинацией против полиомиелита, проведения подчищающей иммунизации среди населения с низким уровнем

охвата прививками, поддержания высокоэффективного эпидемиологического надзора за полиомиелитом до глобального завершения программы.

Этический формат общественно-политической и экономической составляющей формирования программы ликвидации полиомиелита базировался на следовании принципам международной солидарности, социальной ответственности, уважения к культурно-историческому и социально-религиозному разнообразию.

При оценке этической стороны этапов подготовки и непосредственного осуществления программы ликвидации, помимо соблюдения указанных выше универсальных этических принципов, международному сообществу и отдельным государствам было необходимо принимать все соответствующие меры по законодательной, административной и экономической поддержке программы ликвидации на основе уважения человеческого достоинства, соблюдения прав человека и основных свобод. В рамках международного сотрудничества такие действия требуют включения нравственно-этических усилий по заключению соглашений, позволяющих развивающимся странам укреплять потенциал, необходимый для участия в программе, на базе совместного использования научных знаний, соответствующих ноу-хау, и справедливого распределения всех имеющихся ресурсов (вакцины, реактивы и т. д.), потенциальных благ и ответственности в целом.

В этом плане именно Программа ликвидации полиомиелита продемонстрировала факт масштабного партнерства государственного и частного секторов для скоординированного на международном уровне достижения цели в сфере общественного здравоохранения. В программе участвовали 200 стран, территорий и регионов, 20 млн волонтеров, было привито более 2 млрд детей (340 млн детей были привиты только в 2008 г.).

Большая работа, проведенная под руководством ВОЗ, способствовала существенному снижению заболеваемости полиомиелитом в мире. Так, если в 1988 г. было зарегистрировано 125 эндемичных стран, в которых регистрировалось 350 000 случаев заболеваний, что составляло примерно 1000 новых случаев в день, а летальность колебалась от 5 до 10%, то в 2005 г. было диагностировано 1979 заболеваний в 16 странах. Циркуляция диких полиовирусов

была последовательно прекращена в трех из шести географических регионах ВОЗ: в Американском регионе — к 1994 г. [23, 24, 41], в Западно-Тихоокеанском и Европейском регионах — к 2000 г. [25, 37, 38]. Знаменательным, историческим событием стало заключение Европейской региональной комиссии по сертификации о прекращении передачи эндемичного дикого полиовируса во всех странах региона и признание Европейского региона свободным от полиомиелита (Копенгаген, 21 июня 2002 г.) [18–20, 25].

Помимо согласованности на глобальном уровне и вовлеченности всех уполномоченных на то органов, правильного учета и использования научного и экономического ресурсов, ликвидация инфекций немислима без поддержки общества, что должно подкрепляться соответствующими действиями в сфере образования, равного доступа к подготовке необходимых кадров и общественной информации. Эти меры должны быть ориентированы на различные аудитории, такие как: научные сотрудники, медицинские работники, работники социальной сферы и сферы образования, СМИ, широкая общественность. Информационная и образовательная деятельность в условиях осуществления мероприятий по ликвидации инфекции диктует этические условия открытости, объективности, честности и доступности информации, а также изучение откликов и быстрое реагирование для восстановления справедливого информационного баланса пользы/риска, активное недопущение дезинформации и дезориентации и, как следствие, достижение доверия и солидарности с обществом. Примером адекватной информационной политики может служить формирование активной позиции населения путем доведения целей и методов программы ликвидации полиомиелита в различных странах мира. Так во время Национальных дней иммунизации против полиомиелита в Индии в течение 6 дней был проведен колоссальный объем оперативных мероприятий, включающий открытие 640 тыс. прививочных пунктов, участие 2,3 млн вакцинаторов и 137 тыс. кураторов, которые посетили 191 млн домохозяйств и привили 172 млн детей. Эта работа потребовала использования 2 млн сумок-холодильников, 6,3 млн хладагентов и 200 млн доз вакцины. Результатом такой работы, соединившей безупречную комбинацию локальной активности и международной поддержки, явилось решение ВОЗ от 25 февраля

2012 г. об исключении Индии из списка стран с активной эндемичной передачей дикого полиовируса на основании регистрации последнего местного случая полиомиелита 13 января 2011 г.

При осуществлении мер подобного масштаба, с этической точки зрения особого внимания заслуживают вопросы формирования информационного блока и усилия по достижению информированного и осознанного согласия на участие широких слоев населения в программе ликвидации инфекции путем дифференцированного подхода к уязвимым контингентам и гарантированного обеспечения права на охрану частной жизни и конфиденциальность.

В конкретных условиях проведение мероприятий по ликвидации полиомиелита, адаптация и актуализация применительно к разным странам и контингентам была достигнута на основе практики посещения стран и проведения анализа данных надзора за острыми вялыми параличами (ОВП), их сопоставления с данными региональных референс-лабораторий, коммуникацией с национальными техническими партнерами, включение механизмов программ «Институциональная память и извлеченные уроки», дифференциация типов информации, а также сверка качества и достоверности информационных блоков путем использования более детальной субнациональной базы об эпидемиологии других управляемых инфекций. Весь блок вышеперечисленных шагов обеспечил признание прозрачности и доступности информации организационных и операционных действий национальных систем в ходе ликвидации полиомиелита.

Кроме того, в условиях проведения мер такой социальной вовлеченности и ответственности, как мероприятия по ликвидации инфекции, должны быть включены все механизмы ситуаций «двойной лояльности» и ценностных приоритетов общественного здравоохранения, предусмотренных конституционными нормами. К таким мерам можно отнести возможность ограничительных мер по отношению к личной свободе — «ограничение свободы в интересах общественного здоровья»; солидарность и согласованность шагов на международном уровне для глобального управления ситуацией при осуществлении и контроле ликвидации, путем регулирования карантинных мероприятий и всех видов перемещения лиц, включая миграцию и туризм. Эти ситуации законодательно закреплены

во всех странах. В частности, в РФ, в п. 1, ст. 56 Конституции предусмотрено, что «...в условиях чрезвычайного положения для обеспечения безопасности граждан и защиты конституционного строя в соответствии с федеральным конституционным законом могут устанавливаться отдельные ограничения прав и свобод с указанием пределов и срока их действия» [5].

Действенность и необходимость вышеуказанных нормативно-организационных мер сыграла решающую роль в условиях импортирования дикого полиовируса типа 1 в Европейский регион ВОЗ в 2010 г., когда в Таджикистане была зафиксирована крупная вспышка полиомиелита. Число случаев полиомиелита в Таджикистане в тот период составило 49% от числа случаев, связанных с диким полиовирусом типа 1 в мире (458 из 940). На 19 января 2011 г. по данным ВОЗ [39] в стране официально было зарегистрировано 712 случаев ОВП, из них 458 случаев паралитического полиомиелита лабораторно подтверждены как заболевания, вызванные диким полиовирусом типа 1. Ранее последние случаи полиомиелита в Таджикистане были зарегистрированы в 1994 и в 2002 гг. Таджикистан вместе со всем Европейским регионом ВОЗ был сертифицирован на отсутствие циркуляции диких полиовирусов.

Помимо Таджикистана, единичные случаи полиомиелита, вызванные диким полиовирусом типа 1, были зарегистрированы в других пограничных с РФ странах: в Туркмении и в Казахстане [45]. Негативным последствием вспышки полиомиелита в Таджикистане стал факт импортирования диких полиовирусов серотипа 1 на территорию РФ. Импортирование было лабораторно подтверждено выделением дикого полиовируса в 14 случаях полиомиелита в различных городах страны: Москва, Екатеринбург, Челябинск, Магнитогорск, Иркутск и Хабаровск. Заболевания имели место у взрослых иностранных граждан, прибывших из Таджикистана и Узбекистана, а также у детей, прибывших из Таджикистана или имевших контакты с другими детьми, прибывшими из Таджикистана и Узбекистана. Кроме того, на территории РФ, были выявлены случаи полиомиелита у детей в Республике Дагестан и в Чеченской Республике. Последний случай паралитического полиомиелита в РФ был зафиксирован у ребенка 14 месяцев 25 сентября 2010 г. [45].

Вся сложившаяся на границе с РФ опасная с эпидемической точки зрения ситуация потребовала усиления мероприятий по предупреждению распространения дикого полиовируса на территории России. Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека был издан ряд постановлений, распоряжений и писем по этому вопросу.

В пунктах пропуска был усилен санитарно-карантинный контроль состояния здоровья пассажиров, прибывающих из Республики Таджикистан. За 4 месяца в РФ прибыло около 260 тыс. граждан Республики Таджикистан, из них более 12 тыс. детей до 15-ти лет. Был введен временный запрет на въезд в Россию детей до 6 лет — граждан Таджикистана (до завершения массовой туровой иммунизации). В аэропортах была организована вакцинация оральной полиомиелитной вакциной детей до 15 лет, прибывших из Таджикистана без сведений о прививках, всего в пунктах пропуска было вакцинировано 5310 человек. Было организовано выявление, вирусологическое обследование и вакцинация ранее прибывших и проживающих на территории РФ граждан Республики Таджикистан. В вирусологической лаборатории Санкт-Петербургского Регионального центра по эпидемиологическому надзору за полиомиелитом и ОВП было обследовано вирусологическим методом на наличие полиовирусов более 140 детей, прибывших из Таджикистана [17].

Были приняты специальные меры по усилению контроля за своевременностью и полнотой охвата иммунизацией детей — граждан РФ в декретированные сроки и достоверностью иммунизации. Проводилась дополнительная вакцинация против полиомиелита детей — граждан РФ по эпидемическим показаниям, осуществлен пересмотр медицинских отводов от профилактических прививок против полиомиелита и иммунизация непривитых детей. К числу экстренных мероприятий относилось усиление надзора за полиомиелитом и ОВП, а также за объектами окружающей среды, проведение дополнительной подготовки персонала лечебно-профилактических учреждений по вопросам клинического течения, диагностики и профилактики полиомиелита. В Северо-Кавказском и Южном федеральных округах (13 субъектов Российской Федерации) была проведена дополнительная иммунизация против полиомиелита в два тура — в ноябре и декабре 2010 г., привито более 2,3 млн детей.

Следует подчеркнуть полную легальность всех проводимых мероприятий и подготовленность нормативно-правового ресурса РФ к таким действиям. Так Федеральный закон РФ «О санитарно-эпидемическом благополучии» прописывает все санитарно-ограничительные позиции в специальной статье (ст. 31) «Ограничительные мероприятия (карантин)». В данной статье четко указаны факторы, определяющие введение ограничительных мер, круг должностных лиц и органов власти РФ, имеющих право внести предложение о введении ограничительных мер, а так же порядок введения этих мер. Полномочия и ответственность органов государственной власти по обеспечению санитарной охраны территории РФ путем введения и отмены на территории РФ карантина и осуществления санитарно-карантинного контроля на государственной границе РФ, а также международного сотрудничества и заключения договоров в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, прописаны в другой статье данного закона (ст. 5). В законодательном плане также следует отметить целостность нормативного поля РФ и готовность к принятию соответствующих мер в плане карантинных ситуаций при осуществлении права граждан на передвижение. Так ст. 14 Федерального закона «Об основах туристической деятельности в Российской Федерации» и ст. 10 Федерального закона «О защите прав потребителей» в части права на получение полной и достоверной информации о туристическом продукте, предусмотрена необходимость информирования в случае неблагоприятной эпидемической ситуации, об опасности повышенного риска по инфекционным заболеваниям [8, 12–15]. При проведении любого формата ограничительных мероприятий необходимо учитывать и соблюдать этический фактор целесообразности и пропорциональности. Это означает, что несоблюдение принципа личной свободы и меры по защите общества от нанесения вреда не должны выходить за рамки, обусловленные актуальным уровнем риска или критической необходимостью для всего общества.

Все представленные выше нормативно-правовые характеристики, безусловно, оказывали позитивное регулирующее действие при осуществлении Программы ВОЗ по ликвидации полиомиелита. Отдельно следует упомянуть, что в рамках организации мероприятий

подобного уровня, чрезвычайное внимание уделяется этической концепции «содействия и осуществления», обращенной к государствам — членам международного сообщества. Суть данной концепции заключается в том, что «государствам следует принимать все соответствующие меры законодательного, административного или иного характера в целях реализации принципов в соответствии с международным правом в области защиты прав человека» [6, 7, 9, 40]. В таких случаях, так же, как и в эпидемических ситуациях глобального масштаба, следует учитывать приоритет международного права согласно ст. 2 ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных заболеваний» (см. гл. 2.2) [7].

Иллюстрацией реализации данных правовых возможностей в период осуществления программы ликвидации полиомиелита в РФ, могут служить факты скоординированного проведения мероприятий по иммунизации в соответствии с операцией МЕКАКАР [20]. Эти действия предусматривают включение в национальные программы иммунизации мигрантов, кочующих групп населения, особенно из эндемичных стран, и защиту прививками против полиомиелита жителей своих стран в случае посещения ими эндемичных по полиомиелиту территорий. Названным целям также служит решение Европейского Регионального бюро ВОЗ о доступности оральных полиомиелитных вакцин всех существующих типов (трехкомпонентных, бивалентных и моновалентных) для проведения экстренной иммунизации в ответ на завоз дикого полиовируса независимо от их лицензирования в стране.

Таким образом, можно констатировать законодательную способность РФ к соблюдению этических принципов при осуществлении программных мероприятий по ликвидации инфекций и, в то же время, отметить необходимость оперативного административно-правового регулирования в ходе проведения конкретных, связанных с общим планом, действий.

Достижение успеха в программе ликвидации инфекции на основе прекращения циркуляции дикого вируса и остановки иммунизации не освобождает от этически оправданных размышлений и действий. На данном этапе доминируют морально-нравственные вызовы ответственности перед будущими поколениями, требующие научной солидарности и объективности в вопросах гарантии реаль-

ного искоренения дикого возбудителя ликвидированной инфекции. Специального внимания заслуживают элементы хранения данных и штаммов возбудителей. С этической точки зрения вновь на первый план выступают качества индивидуальной ответственности, честности, бескомпромиссности конкретных задействованных в данном вопросе лиц и соблюдения принципов международной солидарности для недопущения злоупотребления и биотерроризма.

Применительно к ситуации с ликвидацией полиомиелита чрезвычайно важным стало обеспечение биологической безопасности обращения полиовирусов (лабораторный контеймент) для предотвращения их появления вновь после искоренения полиомиелита. В связи с этим была создана Глобальная программа по лабораторному контейменту, в которой даны четкие рекомендации в отношении работы на всех этапах ликвидации инфекции [4, 34]. В рамках данных рекомендаций, с целью обеспечения биологической безопасности обращения полиовирусов, предусмотрено:

1. Внедрение и обеспечение выполнения требований нормативных и методических документов в области биологической безопасности обращения полиовирусов.
2. Корректировка на постоянной основе Национального реестра вирусологических лабораторий, работающих с материалами, инфицированными или потенциально инфицированными диким полиовирусом, а также сохраняющих такие материалы для производственных или научных целей («лаборатории риска»):
 - 2.1. выявление ранее неучтенных «лабораторий риска», оценка их материально-технической базы, профессионального уровня персонала для обеспечения выполнения требований санитарных правил в области биологической безопасности;
 - 2.2. организация и проведение паспортизации «лабораторий риска» с принятием по ее итогам конкретных решений и проведением соответствующих мероприятий, обеспечивающих биологическую безопасность их деятельности;
 - 2.3. определение перечня вирусологических лабораторий для работы с диким полиовирусом или сохранения его для производственных и научных целей, оценка их материально-технических и кадровых возможностей для осуществления этой деятельности, подготовка соответствующего реестра.

3. Контроль уничтожения материалов, инфицированных или потенциально инфицированных диким полиовирусом в вирусологических лабораториях, не отвечающих требованиям нормативных документов в области биологической безопасности.
4. Обеспечение действенного государственного санитарно-эпидемиологического надзора за выполнением требований нормативных и методических документов в области биологической безопасности обращения полиовирусов.

Для исполнения требований данных рекомендаций в РФ был сформирован Национальный инвентарный реестр вирусологических лабораторий, работающих с материалами, инфицированными или потенциально инфицированными диким полиовирусом, а также сохраняющих такие материалы для производственных или научных целей. В реестр вошли 87 лабораторий, из них 5 вирусологических лабораторий Института полиомиелита и вирусных энцефалитов им. М.П. Чумакова РАМН работают с диким полиовирусом. Таким образом, на основе согласованных, доступных международному контролю действий обеспечены эпидемиологическая и социальная стороны безопасности последнего этапа ликвидации полиомиелита в плане мониторинга, гарантии сохранения статуса свободной от полиомиелита зоны и предотвращения вышеупомянутых рисков.

В заключение, подводя итоги междисциплинарного анализа Программы ВОЗ по ликвидации полиомиелита на основе применения, с одной стороны, эпидемиологического и вирусологического, а с другой стороны, этико-правового критериев оценки, очевидным выводом является необходимость признания этической составляющей в качестве неотъемлемой части программных мер по ликвидации инфекций и включения этического компонента в планы и оперативные документы.

Справедливость такого суждения для обеспечения стабильного эффекта ликвидации полиомиелита подтверждена последующими наблюдениями и исследованиями причин сохранения эндемической передачи инфекции в ряде регионов мира, в частности, на границе между Афганистаном и Пакистаном и на севере Нигерии, приведшей к повторному инфицированию стран, в которых ранее отсутствовал полиомиелит. Была проведена специальная работа по изучению человеческих качеств, необходимых для достижения

ликвидации полиомиелита в глобальном масштабе [35]. Отмечено, что наличие четкого плана мероприятий, ресурсов и достаточного финансирования не освобождает ответственных лиц от строгого следования «менее осязаемым, но столь же важным мерам», как приверженность человеческим качествам, к которым авторы причисляют: активность, реализм, убедительность, решительность, волеобращение, сотрудничество, способность к адаптации, понимание тактики, восприятие инноваций, открытость и быстроту действий. Символично, что начальные буквы этих слов на английском языке образуют слово «eradication» (energy, realism, articulacy, determination, imagination, collaboration, adaptability, tactical awareness, innovation, openness and nimbleness), то есть «ликвидация».

Литература

1. Асатрян А.Ж., Бичурина М.А., Кубарь О.И., Микиртичан Г.Л. Роль вакцинации в программе ликвидации контролируемых инфекций // Проблемы городского здравоохранения: сб. науч. тр. — Вып. 15. — СПб., 2010. — С. 243–244.
2. Гендон Ю.З. Прекращение циркуляции диких штаммов вируса полиомиелита как принципиальное условие сертификации искоренения полиомиелита // Актуальные проблемы медицинской вирусологии: материалы науч. конф., посвящ. 90-летию со дня рождения М.П. Чумакова. — М., 1999. — С. 18.
3. Глобальная ликвидация полиомиелита. Отчет о пятом совещании Глобальной технической консультативной группы по ликвидации полиомиелита. — Женева, 2000. — 40 с.
4. Глобальный план действий для обеспечения безопасного лабораторного хранения диких полиовирусов. — Женева, 2000. — 41 с.
5. Конституция Российской Федерации. — М., 2001. — 39 с.
6. Кубарь О.И. Биоэтика и социальная справедливость в инфекционной патологии // Инфекция и иммунитет. — 2011. — Т. 1, № 2. — С. 107–112.
7. Кубарь О.И., Асатрян А.Ж. Этика планирования и проведения исследований в области вакцинопрофилактики // Инфекция и иммунитет. — 2011. — Т. 1, № 3. — С. 207–210.
8. Кубарь О.И., Асатрян А.Ж. Этические принципы управления и планирования в период пандемии гриппа // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. — 2012. — Т. 1, № 3. — С. 107–112.
9. Кубарь О.И., Медунин Н.В., Черняева Т.В. Вакцинопрофилактика (достижения, проблемы и перспективы; вопросы законодательства и этики) // Биопрепараты. — 2009. — № 3–4. — С. 2–5.
10. Медунин Н.В. Вакцинопрофилактика: права человека и интересы общества // Биомедицинская этика. — М.: Медицина, 1999. — С. 58–68.

11. Облапенко Г.П. Ликвидация полиомиелита в Европе: Актовая речь к 80-летию Санкт-Петербургского Института Пастера. — СПб., 2003. — 52 с.
12. О защите прав потребителей: федер. закон РФ от 07.02.1992 г. № 2300-1.
13. О техническом регулировании: федер. закон РФ от 17.09.1998 г. № 157-ФЗ.
14. О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения: федер. закон РФ от 30.03.1999 г. № 52-ФЗ.
15. Николь Ш. Эволюция заразных болезней. — М.–Л.: Государственное изд-во биологической и медицинской литературы, 1937. — 139 с.
16. Павловский Е.Н. Общие проблемы паразитологии и зоологии. — М.–Л.: Изд-во АН СССР, 1961. — 424 с.
17. Романенкова Н.И., Бичурина М.А., Розаева Н.Р., Погребная Т.Н. Роль эпидемиологического надзора за мигрантами в системе надзора за полиомиелитом // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. — 2012. — № 6. — С. 27–31.
18. Сергиев В.П., Иванов С.И., Михайлова Л.Г. Перспективы сертификации ликвидации полиомиелита в Российской Федерации // Вакцинация. — 2001. — № 1 (13). — С. 8–9.
19. Сергиев В.П. Ликвидация полиомиелита в Европейском регионе ВОЗ // Вакцинация. — 2002. — № 6 (24). — С. 2.
20. Сертификация ликвидации полиомиелита. Пятнадцатое совещание Европейской региональной комиссии по сертификации. — Копенгаген, 2002. — 146 с.
21. Смородинцев А.А. Иммунопрофилактика детских вирусных инфекций: Актовая речь. — Л., 1979. — 36 с.
22. Чумаков М.П., Ворошилова М.К., Дроздов С.Г. Некоторые итоги работ по массовой иммунизации населения Советского Союза против полиомиелита живой вакциной из штаммов Альберта Б. Сэбина: Полиомиелитная пероральная живая вакцина. — М., 1961. — С. 12–26.
23. Andrus J.K., Quadros C.A., Olivé J.M. The surveillance challenge: final stages of eradication of poliomyelitis in the Americas // *Morbidity and Mortality Weekly Report*. — 1992. — Vol. 41 (SS-1). — P. 21–26.
24. Andrus J.K., Strebel P.M., Quadros C.A. Risk of vaccine-associated paralytic poliomyelitis in Latin America, 1989–1991 // *Bull. World Health Org.* — 1995. — Vol. 73. — P. 33–40.
25. Certification of poliomyelitis eradication — European Region // *Morbidity and Mortality Weekly Report*. — 2002. — Vol. 51. — P. 572–574.
26. Dowdle W. The principles of disease elimination and eradication. Global disease elimination and eradication as public health strategies // *Bull. World Health Org.* — 1998. — Vol. 76 (Suppl. 2). — P. 22–25.
27. Dowdle W., Featherstone D., Birmingham M. Poliomyelitis eradication// *Virus Res.* — 1999. — Vol. 62, N 2. — P. 185–192.
28. Ethical, legal, and social aspects of vaccine research and vaccination policies. European Commission research project, 2001, Contract number BMH4 98 3197. 15 p.

29. Global eradication of poliomyelitis by the year 2000// *Wkly Epidemiol. Rec.* — 1998. — Vol. 63, N 22. — P. 161–162.
30. Hull H.F., Quadros C.A., Bilous J. Perspectives from the global poliomyelitis eradication initiative. Global disease elimination and eradication as public health strategies // *Bull. World Health Org.* — 1998. — Vol. 76 (Suppl. 2). — P. 42–46.
31. International Guidelines for Ethical Review of Epidemiological Studies. CIOMS, Geneva, 1991.
32. International Ethical Guidelines for Epidemiological Studies. CIOMS, Geneva, 2009.
33. International Declaration on Bioethics and Human Rights. UNESCO, Paris, 2005.
34. Laboratory biosafety manual. — Geneva, WHO, 2004. — 178 p.
35. Maher D. The human qualities needed to complete the global eradication of polio // *Bull. World Health Org.* — 2013. — Vol. 91. — P. 283–289.
36. Melgaard B., Creese A., Aylward B. Disease eradication and health systems development // *Global disease elimination and eradication as public health strategies // Bull. World Health Org.* — 1998. — Vol. 76 (Suppl. 2). — P. 26–31.
37. *Morbidity and Mortality Weekly Report.* — 2002. — Vol. 51. — P. 305–307.
38. Oblapenko G., Sutter R. Status of poliomyelitis eradication in Europe and the Central Asian Republics of the former Soviet Union // *J. Infect. Dis.* — 1997. — Vol. 175 (Suppl. 1). — P. 76–81.
39. Polio weekly global update. — WHO, 19 January 2011.
40. Report of International Bioethics Committee of UNESCO [IBC] “On Social Responsibility and Health”. UNESCO, Paris, 2010.
41. Robbins F.C., Quadros C.A. Certification of the eradication of indigenous transmission of wild poliovirus in the Americas // *J. Infect. Dis.* — 1997. — N 175 (Suppl. 1). — P. S271–S285.
42. Sabin A.B. Properties and behavior of orally administered attenuated poliovirus vaccine // *JAMA.* — 1957. — Vol. 164. — P. 1216–1223.
43. Sabin A.B. Oral poliovirus vaccine: history of its development and use, and current strategies to eliminate poliomyelitis from the world // *J. Infect. Dis.* — 1985. — Vol. 151. — P. 420–436.
44. Salk J.E. Consideration in the preparation and use of poliomyelitis virus vaccine // *JAMA.* — 1955. — Vol. 148. — P. 1239–1248.
45. WHO Epidemiological Brief. — N 12. — 07 February 2011.

Заключение

Современное представление о контроле и управлении инфекционными заболеваниями человека невозможно без одновременно учета как эпидемиологически значимых показателей распространения инфекций, так и целого ряда социальных условий, влияющих на их распространение. Актуальным объектом исследования инфекционного процесса становится комплекс общегуманитарных, эпидемических и социально-экономических характеристик. Отсюда, очевидна необходимость применения междисциплинарного метода изучения, обеспечивающего возможность определения специфического спектра влияния различных факторов и последующего научно-дифференцированного прогнозирования в сфере общественного здравоохранения.

Данная работа в силу профессионального опыта авторов и владения биоэтической концепцией в теории и практике реализации глобальных медицинских проектов в рамках Всемирной организации здравоохранения и Международного комитета по биоэтике ЮНЕСКО, обрисовала круг конкретных тем по определению этической целостности действий в наиболее уязвимых и конфликтных ситуациях инфекционной патологии. Показана роль и преобразование социального значения этики как в глобальной истории инфекционных заболеваний, так и процессе рутинного ведения и наблюдения инфекционного больного. При анализе ситуаций, требующих наибольшего осмысления и включения механизмов этического регулирования, установлен формат дифференцированного применения универсальных этических принципов. Для контроля качества, эффективности, безопасности вакцин, доступности позитивных результатов исследований на индивидуальном и на общественном уровне, необходимо формирование открытого информационного и дискуссионного пространства, дающего возможность знания и следования международным стандартам права и биоэтики. Неразрывная связь с этическими соображениями и подходами в вопросах справедливого распределения дефицитных вакцин/лекарств/средств диагностики, выбора целевых групп, стратегии наблюдений и действий в критических гуманитарных и чрезвычайных ситуациях часто сопровождается обострением противоречий между интересами отдельного лица и общим благом.

Ярким примером таких ситуаций являются эпидемии и пандемии инфекционных болезней. Обосновано, что достижение этической целесообразности решений на всех уровнях управления в чрезвычайной ситуации эпидемии/пандемии инфекционного заболевания (на примере гриппа) зиждется на следовании принципам социальной ответственности, открытости, подотчетности гражданскому обществу и принципу общей доступности благ. Междисциплинарный анализ, направленный на получение объективного представления об этическом компоненте при зоонозных заболеваниях выявил трудности гармоничного толкования био- и экоэтики, и впервые продемонстрировал ракурс включения принципов экологической этики в аспекте контроля конкретных эпидемических ситуаций, значимых для экологии Земли. При осуществлении глобальных мер по ликвидации инфекционного заболевания, на примере участия в программе ВОЗ по ликвидации полиомиелита, очевидным выводом стала необходимость признания этики как неотъемлемой части программных мер и включения этического компонента в планы и оперативные документы с целью достижения солидарности действий и ответственности перед будущими поколениями. При социально опасных инфекциях (на примере ВИЧ/СПИДа) был реально продемонстрирован прогресс и рост общественного нравственно-правового сознания и показано, что доминирующим этическим постулатом является соблюдение принципов недискриминации и нестигматизации.

Таким образом, различные условия и ситуации, имеющие место в ходе диагностики, профилактики, лечения и контроля инфекционных заболеваний, реализуют весь спектр универсальных этических принципов. Этот вывод концептуально обосновывает включение биоэтического критерия оценки в междисциплинарный ряд изучения инфекционной патологии, к которому могут быть причислены: микробиология, вирусология, эпидемиология, иммунология, биотехнология, фармакоэкономика и другие смежные науки, и определяет мировоззренческий взгляд на проблему борьбы с инфекционными заболеваниями.

Авторы также выражают надежду, что изложенные в книге материалы помогут исследователям, врачам, пациентам, организаторам здравоохранения, представителям СМИ и всем другим заинтересо-

ванным лицам увидеть многогранное влияние инфекционной патологии на жизнь каждого человека и всего человечества, признать необходимость размышления над морально-этическими и правовыми принципами управления инфекциями и следовать им, что и являлось главной целью данной работы.

Послесловие

Когда мы приступали к написанию данной книги и отмечали временную и пространственную безграничность опасности инфекционных угроз, мир еще не стоял на пороге нового глобального вызова, каковым явилась реальность развития и распространения пандемии лихорадки Эбола. Реакция международного сообщества на это событие включает объединенные усилия медиков, политиков, социологов и общественности всех стран.

В контексте содержания нашей книги, следует отметить, что впервые в истории борьбы с инфекционной патологией, откликом на опасность развития эпидемии/пандемии прозвучал солидарный призыв крупнейших из специализированных учреждений системы ООН и самых авторитетных международных структур по биоэтике, наделенных особыми полномочиями со стороны государств-участников по подготовке международных документов, устанавливающих фундаментальные принципы в области биоэтики с глобальной сферой действия, таких как Международный комитет по биоэтике (МКБ) и Межгосударственный комитет по биоэтике (МГКБ) ЮНЕСКО.

Ниже мы приводим Декларацию, принятую на объединенной сессии МКБ и МГКБ ЮНЕСКО по вопросу эпидемии, вызванной вирусом лихорадки Эбола (10 сентября 2014). Оригинальный текст данной Декларации на французском и английском языках доступен на сайте ЮНЕСКО (<http://www.unesco.org>).

**Декларация объединенной сессии
Международного комитета по биоэтике (МКБ)
и Межгосударственного комитета по биоэтике (МГКБ)
ЮНЕСКО по вопросу эпидемии, вызванной вирусом
лихорадки Эбола (10 сентября 2014)**

1. Полностью поддерживая действия, предпринимаемые Организацией Объединенных Наций и отмечая лидирующую роль ВОЗ,
2. Подтверждая роль ЮНЕСКО в области биоэтики и мобилизации усилий перед лицом некоторых бедствий и редких заболеваний,
3. Подчеркивая принципы социальной ответственности, солидарности, человеческого достоинства, равенства, справедливости, недис-

криминации и другие универсальные принципы, провозглашенные во Всеобщей Декларации по биоэтике и правам человека,

4. Международный комитет по биоэтике (МКБ) и Межгосударственный комитет по биоэтике (МГКБ) ЮНЕСКО, собравшиеся 9 и 10 сентября 2014 года на объединенной сессии, официально призывают международное сообщество и отдельные государства:
 - i. Определить и внедрить стратегии борьбы с эпидемией, в которую вовлечено местное население, с учетом этических, социальных и культурных особенностей стран, которых это касается,
 - ii. Усилить способность систем здравоохранения стран, охваченных этой эпидемией, с тем чтобы они могли противостоять эпидемии финансово, материально, а также в организационном и гуманитарном плане, предотвратив распространение инфекции и ограничив продолжительность эпидемии,
 - iii. На пике тяжести этого санитарно-эпидемиологического кризиса поощрять усилия в области научных исследований,
 - iv. Поддерживать усилия научного сообщества, направленные на разработку адекватных методов лечения, и работы по оценке их эффективности в рамках этического управления эпидемией,
 - v. Усилить с этой целью механизмы координации деятельности среди исследователей.