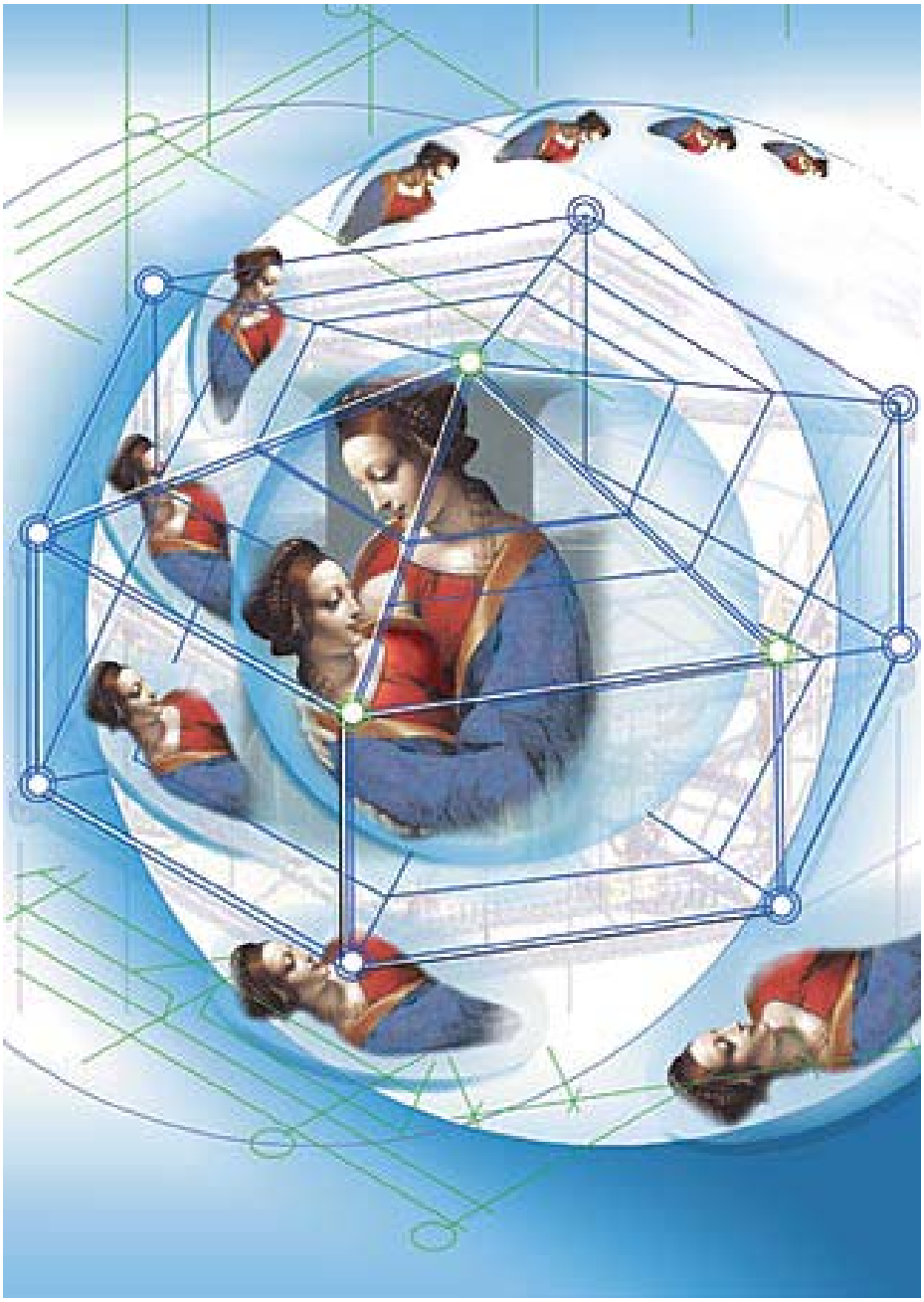
United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры
Published in cooperation with the UNESCO Office formbArmenia, Azerbaijan, Belarus, the Republic of Moldova and the Russian Federation
Опубликовано при поддержке Бюро ЮНЕСКО по Армении, Азербайджану, Беларуси, Республике Молдова и Российской Федерации
КОМИТЕТ ПО БИОЭТИКЕ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
BIOETHICAL COMMITTEE of the REPUBLIC of BELARUS

БИОМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА

Словарь-справочник



Минск БГЭУ 2007

Министерство образования Республики Беларусь
Министерство здравоохранения Республики Беларусь
Национальный комитет по биоэтике Республики Беларусь
Бюро ЮНЕСКО в Москве
Национальная комиссия Республики Беларусь по делам ЮНЕСКО
Белорусский государственный медицинский университет
Белорусский государственный экономический университет
Институт социально-гуманитарного образования

БИОМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА

Словарь-справочник

Под редакцией Т.В. Мишаткиной

Минск 2007

УДК 174:61
ББК 87.75
Б63

Издано при финансовой поддержке Бюро ЮНЕСКО в Москве

Материалы, помещенные в данной публикации, не обязательно отражают точку зрения ЮНЕСКО. За представленную информацию несут ответственность авторы

А в т о р ы:
Т.В. Мишаткина, Я.С. Яскевич, С.Д. Денисов, Ф.И. Висмонт, Б.Г. Юдин, Р.Г. Апресян, П.Д. Тищенко, О.И. Кубарь, Г.Л. Микиртичян, А.П. Ермишин, И.Б. Моссэ, Т.В. Калинина, Т.С. Морозкина, Г.В. Годовальников, Э.А. Фонотова, О.С. Павлова, Е.Н. Бурак, О.Р. Айзберг, А.А. Александров, Н.Е. Луйгас, А.М. Мясоедов

Н а у ч н ы й к о н с у л ь т а н т
первый заместитель министра здравоохранения Республики Беларусь, председатель Национального комитета по биоэтике *Р.А. Часнойть*

Р е ц е н з е н т ы:
ректор Белорусской медицинской академии последипломного образования, доктор медицинских наук, профессор *Г.Я. Хулуп*;

зав. кафедрой радиационной гигиены и эпидемиологии Международного государственного экологического университета им. А.Д. Сахарова, доктор медицинских наук, профессор *А.Е. Океанов*

Б63 **Биомедицинская** этика : слов.-справ. / Т.В. Мишаткина, Я.С. Яскевич, С.Д. Денисов [и др.] ; под ред. Т.В. Мишаткиной . — Минск : БГЭУ, 2007. — 90 с.

ISBN 978-985-484-468-8.

Содержит справочный материал по проблемам биомедицинской этики и включает два раздела. Первый раздел – краткое изложение концептуальной модели современной биомедицинской этики, построенное в форме вопросов и ответов, в систематизированном виде предоставляет читателю возможность разобраться в структуре, сущности, содержании БМЭ, ее наиболее актуальных «открытых» проблемах и сферах приложения. Второй раздел – это словарь терминов, расположенных в алфавитном порядке. Он включает в себя термины биоэтики и биомедицинской этики, категории общей этики, некоторые термины медицины и биологии, общенаучные, философские и социально-мировоззренческие понятия.

Для преподавателей, студентов, аспирантов медицинских вузов, врачей и исследователей, членов комитетов по биоэтике, широкого круга читателей.

УДК 174:61
ББК 87.75

© ЮНЕСКО, 2007

ISBN 978-985-484-468-8

Предисловие

Словарь-справочник, предлагаемый вниманию читателя, призван ознакомить его с концептуальной моделью нового междисциплинарного направления современной науки – ***биомедицинской этики*** и ее основными понятиями. Предпринята попытка систематизировать огромное проблемное поле этой отрасли знания, призванной во многом определить степень эффективности и гуманности биомедицинской деятельности. При этом *междисциплинарный характер* биоэтики потребовал от авторов выхода за рамки узкопрофессионального биомедицинского подхода и выявления философско-теоретических и методологических инноваций при анализе современного биоэтического пространства, соотнесенного с социокультурными, аксиологическими и мировоззренческими основаниями биомедицинской теории и практики.

Использование в словаре междисциплинарной рефлексии необходимо, прежде всего, для преодоления демаркационного разрыва между естественнонаучным и гуманитарным знанием, имеющего место в современной системе образования и культуры. Традиционная система образования ориентирована на формирование специалиста-профессионала, и предполагает поэтому овладение им, в первую очередь, специальными знаниями. Существующие каноны специализации в вузах закрепляют раскол между гуманитарной и естественнонаучной культурой и препятствуют становлению гармоничной личности, включенной в целостную картину реальности. Более того, специалисты в этих сферах знаний зачастую ориентированы на взаимоисключающие ценности и приоритеты, что ведет к утрате взаимопонимания и абсолютизации роли той или иной области культуры – к сциентизму и технократизму «естественников» и высокомерию и снобизму «гуманитариев». Возможно, это одна из причин того, что сегодня небывалый размах приобретают парапрактика, всепроникающие онаученные вещания, астрологические пророчества, магические врачевания, парапсихологические эффекты. Поэтому сегодня в рамках глобального информационного пространства в равной мере необходимы как *гуманитаризация естественнонаучного и технического знания*, так и *естественнонаучная фундаментализация гуманитарного знания.* Стремясь преодолеть имеющийся в современной культуре раскол естественнонаучного и гуманитарного знания («физиков» и «лириков»), авторы словаря-справочника специально задали достаточно высокую планку и широкий спектр подачи терминов – от философско-методологических до специально-биоэтических. Современный специалист в сфере биологии и медицины должен обладать мировоззренческой и методологической культурой, чтобы принятие решений в области биомедицинской этики было эффективным и результативным, ориентированным на идеалы открытости, толерантности и взаимоуважения.

Словарь-справочник включает в себя два раздела.

Первый раздел представляет собой теоретическое введение – изложение сущности концептуальной модели биомедицинской этики (БМЭ). Представляемая модель является одним из возможных вариантов видения и понимания современной биоэтики. Она формировалась в Беларуси на протяжении ряда последних лет и достаточно прочно утвердилась на сегодняшний день как научное направление и учебная дисциплина. В качестве своеобразного «путеводителя» этот ***справочный раздел,*** построенный в форме вопросов и ответов, предоставляет читателю возможность разобраться в структуре, сущности, содержании БМЭ; ее принципах, нормах, специфике высших моральных ценностей в БМЭ; наиболее актуальных проблемах жизни и смерти; «открытых» этических проблемах, порождаемых современными генной и биотехнологиями, а также некоторыми аспектами психиатрии; в основных проблемах деонтологии. Благодаря этому разделу у читателя должно сложиться *целостное, систематизированное представление о предмете БМЭ*. При этом все определения и комментарии к терминам, помеченным в тексте символом*, даны в Словаре. Автор раздела – Т.В. Мишаткина.

Второй раздел – это ***словарь терминов***, расположенных в алфавитном порядке. Он включает в себя термины нескольких уровней.

Во-первых, это понятия *биоэтики* и *биомедицинской этики;* ими охватываются их наиболее общие принципы, идеи, объект, предмет, структура, специфика (например, принцип информированного согласия).

Во-вторых, это *категории общей этики;* в них отражаются общечеловеческие моральные нормы и принципы, обретающие специфическое содержание в рамках биоэтики (это такие термины, как добро и зло, страдание и сострадание, честь и достоинство и др.).

В-третьих, это некоторые термины *медицины* и *биологии*, требующие оценки, расстановки акцентов и интерпретации с позиций БМЭ (клиническая смерть, аборт, наркомания, геном).

В-четвертых, это термины, имеющие *общенаучный статус* и выступающие в качестве *методологических регулятивов* для собственно биоэтики, обогащая ее понятийный аппарат и задавая соответствующую матрицу исследования (такие термины, как методология науки, парадигма, синергетика и др.).

В-пятых, в словаре представлен спектр *философских* и *социально-мировоззренческих понятий,* также выступающих в роли общих методологических и мировоззренческих регулятивов биоэтического пространства (понятия глобализация, информационная свобода и др.).

В-шестых, в словарь включены понятия, предполагающие формирование у пользователей *логической и этической культуры* – термины, связанные с важными для профессионального общения нормами ведения диалога, аргументации, обоснования своей позиции, которые часто нарушаются в клинической и исследовательской биомедицинской практике.

Наконец, в словарь включены некоторые *персоналии* – краткие сведения о людях, внесших весомый вклад в развитие биоэтики, БМЭ, медицинской этики.

Создавая словарь-справочник, авторы ориентировались на новейшие научные достижения, старались объективно, беспристрастно и лаконично структурировать палитру определений – традиционных и впервые вводимых в научный оборот. Следует также отметить сложности, связанные с отбором терминов и раскрытием их содержания. Биоэтика как наука только зарождается, и еще трудно определить точный перечень тем и направлений, которыми она будет оперировать и на которые будет распространять свое влияние. Ее терминология изменяется в соответствии с эволюцией науки и технологий; процесс терминологической селекции в биоэтике сейчас в самом разгаре, ведь «*будущее всегда выглядит иначе, чем мы способны себе его вообразить*» *(Станислав Лем).*

Авторы не претендуют на абсолютную оригинальность представленного текста, синтезируя собственные подходы с материалом научных, учебных и справочных изданий, перечень которых приведен в списке литературы. Вместе с тем сложность и значимость рассматриваемых терминов, актуальность и многогранность охватываемых проблем, инновационные подходы при интерпретации дискуссионных вопросов позволяют надеяться на то, что представленный словарь-справочник вызовет интерес у широкого круга читателей.

Авторами статей Словаря являются: от Республики Беларусь – Т.В. Мишаткина, Я.С. Яскевич, С.Д. Денисов, Э.А. Фонотова, Т.С. Морозкина, Ф.И. Висмонт, И.Б. Моссэ, Т.В. Калинина, Г.В. Годовальников, А.П. Ермишин, О.С. Павлова, Е.Н. Бурак, О.Р. Айзберг, А.А. Александров, Н.Е. Луйгас, А.М. Мясоедов; от Российской Федерации – Р.Г. Апресян, Б.Г. Юдин, П.Д. Тищенко, О.И.Кубарь, Г.Л. Микиртичян.

Авторы выражает слова искренней благодарности Ректору Белорусского государственного экономического университета доктору экономических наук, профессору **В.Н. Шимову**, Директору Бюро ЮНЕСКО в Москве господину **Д. Бадарчу**, помощнику директора по социальным и гуманитарным наукам Московского бюро ЮНЕСКО госпоже **А. Ампар**, Председателю Национальной комиссии Республики Беларусь по делам ЮНЕСКО **В.Г. Счастному**, генеральному секретарю Национальной комиссии Республики Беларусь по делам ЮНЕСКО **Е.И. Красовской** за оказанное содействие и консультации при подготовке к изданию данного словаря.

Я.С. Яскевич,
Т.В. Мишаткина

Раздел I БИОМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА: КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ

Теоретическое введение

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

В 60-х гг. XX в. как ответ на призыв «*выковать науку выживания*» возникает новое междисциплинарное направление – **биоэтика**. Ее родоначальник В.Р. Поттер определил ее как «мост в будущее», имея в виду, что только формирование нового стиля мышления, в котором приоритетными будут ценности выживания, способно обеспечить человечеству сохранение жизни и возможность будущего. Время потребовало переосмысления парадигмы ценностной нейтральности научного знания, характерной для технократического мышления классической науки вообще, для биологии и медицины, в частности. Возникла потребность в более адекватной модели взаимоотношений «действующих лиц» в области биологии и медицины, основанной на современных гуманистических и демократических ценностях. Ответом на эти требования стало появление ***биоэтики,*** а затем и ***биомедицинской этики***, интегрирующих в себе гуманитарное и естественнонаучное знание.

1. Биоэтика и биомедицинская этика: статус, сущность и круг проблем

Каковы причины и условия возникновения биоэтики?

Возникновение ***биоэтики*** связано с рядом обстоятельств.

1. Появляется необходимость и потребность *осмысления и нравственной оценки бурно развивающихся исследований в сфере биологии и медицины.* Их достижения явственно продемонстрировали опасность отношения к человеку как объекту наблюдения, экспериментирования и манипулирования. Причиной этого стали грандиозные изменения в техническом и технологическом перевооружении медицины, кардинальные сдвиги в медико-клинической практике, успехи генной инженерии и клонирования, достижения в области новейших биотехнологий, возможности трансплантологии и длительного поддержания жизни умирающего пациента. В этих условиях стала актуальной необходимость совершенствования не только биомедицинских технологий, но и ***этико-гуманистических факторов*** в профессиональной деятельности медиков и биологов.

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

3. Формирование и развитие биоэтики и биомедицинской этики, а также определение их ***статуса*** было связано с процессом трансформации традиционной этики вообще и медицинской этики в частности.

В каком соотношении находятся биоэтика, биомедицинская и медицинская этики?

Биоэтика[*] появляется на фоне действующей тысячелетиями *медицинской этики**, а точнее – *медицинской деонтологии**, давно определившей свою нишу в системе общемедицинских и этических знаний. Вопрос заключался, казалось бы, лишь в разделе сфер их влияния, но ситуация осложнилась тем, что практически одновременно в научный оборот вводится еще одно понятие – ***биомедицинская этика*.** При этом вновь появившиеся биоэтику и биомедицинскую этику (БМЭ) стали отождествлять друг с другом и медицинской этикой, практически не разграничивая этих понятий. Одновременно и параллельно возникновению этих

[*] Здесь и далее определение и комментарии к термину, помеченному *, см. в Словаре

био-медико-этических направлений, независимо от них, в этике выдвигается еще одно новое понятие и направление – *экологическая этика** – как ответ на грозящую миру экологическую катастрофу и связанную с ней проблему всего живого. Почти одновременное появление этих отраслей этики оказывается в русле современной практико-ориентированной этики и отвечает всем ее требованиям, а возможность разделить их «сферы влияния» позволяет определить их ***сущность, специфику, статус*** и ***иерархию,*** в которой места и зависимости распределяются следующим образом:

• ***биоэтика*** – *практическая этика*,* ориентированная на выработку и установление нравственно-понимающего отношения к Жизни вообще и любому Живому, на заботу о правах биоса на основе швейцеровского принципа благоговения перед жизнью;

• ***биомедицинская этика*** – *прикладная этика**, предметом которой выступает нравственное отношение общества в целом и профессионалов – медиков и биологов – к *человеку*, его жизни, здоровью, смерти как в процессе лечения, так и в ходе проводимых с его участием исследований;

• ***медицинская этика*** – *профессиональная этика**, которая сегодня включает традиционные установки медицинской деонтологии, но не сводится к ней, а поднимается на новый уровень осмысления этических проблем, возникающих в ходе медицинских манипуляций и отношений в системе «врач–больной».

Таким образом, функционально их отличия состоят в том, что *биоэтика* регулирует отношение человека к жизни вообще, ориентируя его на защиту прав *всего живого*. *Биомедицинская этика* выдвигает на первый план защиту жизни и здоровья *человека,* а *медицинская этика* устанавливает нормы отношений в медицине между *взаимодействующими субъектами – врачом и пациентом*. ***Методологическим основанием*** триады «биоэтика – БМЭ – медицинская этика» являются, во-первых, те *общечеловеческие моральные ценности*, которые выработаны социумом, составляют базис всей его жизнедеятельности и обретают свою специфику в сфере биологии и медицины, во-вторых, фундаментальные положения и принципы *экологической этики*, которая выступает в этой связке как моральный регулятив отношений человека и окружающей среды в целом. Особую роль в этой триаде играет ***биоэтика***: она «охватывает» собой биомедицинскую и медицинскую этики и, будучи шире и глубже их, простирается за их пределы. Это обусловлено рядом ее принципиальных особенностей: *универсальностью* и *глобальностью**; *нормативностью**; *публичностью* и *институциональностью**. В условиях современной *гуманистической парадигмы** именно ***биоэтика*** обеспечивает разрешение противоречия между антропоцентризмом «старого» мировоззрения, делавшего человека исключительным центром мироздания, и новым, «не-антропоцентрическим» подходом, заботящимся о Жизни и Живом во всех их проявлениях. Таким образом, биоэтика с одной стороны, становится ***глобальной биоэтикой**** (В.Р. Поттер), с другой – основой современной ***гуманологии**** (Г.Л. Тульчинский), открывая новую «*пост-человечность»* и расширяя понятия человеческого и человечности.

Что отличает и объединяет биоэтику и биомедицинскую этику?

Как и биоэтика, ***биомедицинская этика*** отличается от традиционной медицинской этики (в том числе и деонтологии). Она включает в себя круг проблем, выходящих за ее рамки: например, проблемы трансплантации, суицида, психической «нормы» и патологии и ряд других «открытых» проблем. Кроме того, она решает свои вопросы не на узко специальной, корпоративной, а на более широкой научной и социальной основе.

Взаимосвязь биоэтики и биомедицинской этики обусловлена, прежде всего, тем, что сегодня многие исследования и действия специалистов в сферах и биологии, и медицины, затрагивают непосредственные жизненные интересы человека. Поэтому требуется моральная определенность в отношении проблем жизни и смерти, всего, что входит в проблемное поле биоэтики. Вместе с тем, смысловым ядром БМЭ, своеобразной призмой, через которую определяется этическое содержание и медицинских манипуляций, и биологических исследований, является медицинская практика, выходящая за рамки биоэтики. Кроме того, если на уровне БМЭ возможны и даже необходимы взаимоисключающие точки зрения, «открытые» проблемы, плюрализм

мнений и отсутствие согласия на нормативном уровне, то биоэтика стремится к определенности и нормативности. При этом, если решение «открытых» проблем БМЭ осуществляется, как правило, на индивидуальном уровне, то их реализация в сфере биоэтики переходит на уровень институциональной, публичной значимости и поэтому должна зависеть от решения не только профессионалов, но и всего общества. Вместе с тем по своим целям, задачам и проблемам биоэтика и БМЭ настолько близки друг другу, что имеет смысл рассматривать их в едином контексте как комплементарные, взаимодополняющие.

Биомедицинская этика: в чем состоят ее сущность, особенности?

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

Что составляет содержание БМЭ?

Содержание *концептуальной модели БМЭ* определяют следующие этические аспекты:

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

Определение этих аспектов позволило очертить *контуры проблемного поля* и выявить ***круг нормативно-этических проблем*** БМЭ, причем не один, а несколько «кругов», которые, переплетаясь и взаимодополняя друг друга, определяют содержание БМЭ. Основными проблемными кругами БМЭ являются следующие:

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

В чем заключаются основные проблемы первого круга БМЭ?

Первый круг проблем БМЭ – нормативно-этический* – связан с необходимостью проследить, как могут и должны проявлять себя в медицинской деятельности или биологических исследованиях – на теоретическом и практическом уровнях **– *общечеловеческие моральные ценности и принципы,*** как регулируют они нормы поведения врача и исследовате-

ля, выступая основой «стратегии и тактики» их профессионального выбора. Здесь, в свою очередь, выделяются два этических аспекта.

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

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

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

Какие проблемы составляют содержание второго круга БМЭ?

Второй круг проблем БМЭ – ситуативный* – связан со спецификой, развитием и современными достижениями медицины, которые проявляются каждый раз в конкретных, неповторимых случаях и сказываются на определенной, нередко уникальной, человеческой судьбе. Одной из особенностей БМЭ как отрасли прикладной этики как раз и является то, что она сконцентрирована преимущественно на анализе этих отдельных случаев – *медицинских казусов*,* затрагивающих жизнь и здоровье человека, и призвана выявить и проанализировать *моральные стороны конкретных ситуаций.* Многочисленность и вариативность подобных ситуаций и порождает так называемые «*открытые» вопросы.* К их числу относятся:

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

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

Какие проблемы относятся к третьему кругу БМЭ?

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

2. Основные принципы и нормы биомедицинской этики

На каких принципах основывается концептуальная модель БМЭ?

Требования практической медицины и биологии, с одной стороны, и социально-гуманистические ожидания общества, с другой, привели к необходимости разработки ***универсальных этических принципов –*** *фундаментальных понятий БМЭ,* на базе которых вырабатываются конкретные моральные нормы поведения врача, медика–исследователя и их пациентов. Международная общественность и научно-медицинское сообщество ведет постоянную работу в этом направлении. Это этические принципы биомедицинских исследований Нюрнбергского кодекса (1947), Хельсинкской декларации (1964), Международной Конвенции Совета Европы «О правах человека в биомедицине» (1997), Всеобщей Декларации ЮНЕСКО о биоэтике и правах человека (2005) и др. Хельсинкская декларация включает в число основных такие принципы биоэтики, как принцип *автономии личности, информированного согласия* и *конфиденциальности.* В других медицинских кодексах отмечается также *стремление к обеспечению блага пациента,* базирующееся на фундаментальных демократических ценностях, таких как солидарность, соучастие, сострадание, идея коммуникалистских интересов (Б. Дженнингс). «Классическими» считаются принципы биоэтики, предложенные Т. Бичампом и Дж. Чилдресом – так называемые «джорджтаунские мантры» (по имени университета в США, в котором работают авторы): *уважение автономии личности, справедливость*, *непричинение зла, ориентация на благо* (делай добро). Этические принципы *европейской биоэтики и биоправа,* разработанные в рамках исследовательского проекта Еврокомиссии, – «принципы Кемпа» (по имени координатора и автора концептуальных идей) – в качестве основополагающих включают в себя *автономию* личности, человеческое *достоинство*, *целостность* и *уязвимость* человека. Принцип *автономии личности* признается всеми авторами без исключения и ставится на первое место.

Какие моральные принципы БМЭ относятся к принципам субъект-субъектного ряда?

Основой принципов так называемого ***субъект-субъектного ряда*** выступает *симметрия – равенство* и *независимость* партнеров, активная роль пациента и его право на самоопределение в процессе лечения или обследования, иными словами – признание *автономности, независимости личности.* Поэтому основной принцип этого ряда **– принцип автономии**∗, в свою очередь, предполагающий соблюдение таких принципов, как *информированность* пациента, *добровольность* принятия им решения и соблюдение *конфиденциальности* в отношениях врача и пациента. Принцип **информированности**∗ в автономной модели – не выражение доброй воли или желания врача, это его обязанность; соответственно получение информации – становится *правом* пациента. Правильное информирование о состоянии здоровья и его прогнозе дает пациенту возможность самостоятельно и достойно распорядиться своим правом на жизнь, обеспечивая ему свободу добровольного выбора. **Добровольность**∗ – еще один принцип БМЭ,

связанный с автономией пациента. В свою очередь, добровольность и отсутствие зависимости приводят к требованию и ожиданию взаимного *доверия* между врачом и пациентом, проявляющегося в принципе **конфиденциальности*** и строгом соблюдении *врачебной тайны**.

Какие принципы БМЭ относятся к принципам субъект-объектного ряда?

По мере развития медицины и вовлечения в биомедицинские исследования и манипуляции все большего числа людей, особую роль начинают играть принципы ***субъект-объектного*** – «*страдательного»* порядка, при котором прослеживается *асимметрия* в системе здравоохранения. С одной стороны, пациенты попадают во все большую *зависимость* от медицины, с другой – предполагается все большая забота общества и специалистов – врачей и исследователей о соблюдении этических требований по отношению к зависимым от них пациентам. Особое место в этом ряду занимает **уважение достоинства*** личности. В БМЭ этот принцип охватывает даже более широкий круг ситуаций, чем принцип *автономности*, который предполагает *осознанную* дееспособность и самостоятельность личности. Уважение же *человеческого достоинства* в БМЭ связано не только с *осознанием* своего достоинства, но и с такими ситуациями, когда человек может быть не в состоянии выразить свою волю и не способен к автономным действиям. С уважением достоинства личности непосредственно связан принцип **целостности***, выдвинутый европейскими биоэтиками. Необходимость защищать психофизическую целостность человека, минимизировать ее нарушения требует сегодня разработки этических и правовых норм, относящихся, в частности, к вмешательству в генетическую структуру индивида, к манипуляциям с психикой человека, к проблеме использования органов и тканей человеческого тела.

Особое место в рамках гуманистической биоэтической парадигмы занимает **справедливость***, в основе которой лежит *принцип равноправия*, уравнивающий права каждого человека на единые стартовые возможности и дающий каждому одинаковые шансы на достойную жизнь. Однако *равноправие* отнюдь не то же самое, что *равенство.* Люди равны в своих правах, но не равны в своих возможностях, способностях, интересах, потребностях. Поэтому специальная роль отводится в БМЭ защите прав наиболее *уязвимых слоев населения*. Принцип **уязвимости*** должен лежать в основе особой заботы и ответственности медиков по отношению к наиболее слабым и зависимым, что и станет реализацией *принципа справедливости* в системе здравоохранения и при проведении научных биомедицинских исследований.

3. Специфика высших моральных ценностей в биомедицинской этике

Добро и Зло: какова их специфика в медицинской практике?

Добро и **Зло*** являются критериями разграничения нравственного и безнравственного в любой поведенческой деятельности человека. Особое значение приобретают они в медицине, от которой во многом зависит не только сохранение, но и качество жизни людей. Врачи, медицинские сестры, фармацевтические работники уже в силу своей профессии нацелены на Добро. Не случайно все профессиональные медицинские кодексы и клятвы, определяющие идеалы, мотивы и действия врача, содержат в себе *нормы добра*: Святость жизни, Благоговение перед жизнью, Не навреди, Не убий, Благодарность учителям, Взаимопомощь коллег. Ими должен, прежде всего, руководствоваться врач при определении стратегии и тактики лечения. Эти нормы сами по себе есть добро и нацелены на добро. Казалось бы, их соблюдение автоматически решает проблему Добра и Зла. Однако нравственные коллизии медицины здесь только начинаются.

Как утверждал Сократ, никто сознательно зла не творит: его совершают по *неведению*. Но если нарушил основную заповедь БМЭ «Не навреди» – сотворил зло, не желая того, не специально, а по «неведению», оправдывает ли это Зло? И что это за неведение: неведение самой медицины (которая действительно сегодня еще многого не знает и не умеет) или собственное невежество врача? Часто фразой «медицина здесь бессильна» некомпетентные, не достаточно профессиональные врачи прикрывают свое личное бессилие и творимое ими зло. Медицина уже знает, может, умеет, а врач, не слышал, не читал, не знает, по-прежнему остается на уровне устаревших учебников, да и их-то помнит довольно смутно.

Что означает библейское, общечеловеческое «Не убий» в медицине, когда, несмотря на действия врача или даже в их результате наступает смерть больного, – это «убийство»? И если да, то всегда ли это «убийство» – зло? А если это помощь больному в прекращении его страданий? Но имеет ли врач юридическое и моральное право на подобную «помощь»? Или другая традиционная медико–морально–религиозная проблема: аборт – это убийство? Это нарушение заповеди «не убий»? И как решить здесь проблему добра и зла, особенно если речь идет о плоде с заранее известными аномалиями развития? Как видим, проблема Добра и Зла в БМЭ нацеливает на неоднозначные решения в конкретных ситуациях: каждое явление и действие может в той или иной степени нести в себе и то, и другое. Задача врача – суметь выявить эту степень и минимизировать Зло, максимально творя Добро.

Страдание и сострадание в БМЭ: вред или польза?

Те, кто считает, что медицинская профессия вырабатывает особую душевную стойкость, невосприимчивость к чужой боли и страданию, глубоко ошибаются. И у врачей, какими бы мужественными они ни казались, есть предел – предел выдержки и терпения, определяемый его *отношением к страданию* и *способностью к состраданию*. Страдание и сострадание – это конкретное проявление Добра и Зла в медицине. **Страдание*** бывает связано с личными установками человека, вызвано воспоминаниями или предвидением условий, при которых оно возникало или должно возникнуть. Но какими бы ни были причины страдания, безусловно, одно: «Всякое страдание и болезнь вносят в духовный мир человека такие перемены, которые меняют подчас гармонию личности, а также характер отношения к самому себе, ко всему окружающему» (Г.И. Россалимо). Это ситуация, в которой человек чувствует себя одиноким, потерпевшим поражение. Будучи не в состоянии преодолеть трудности самостоятельно, страдающий человек нуждается в поддержке. Тем более в такой поддержке нуждается больной человек. Именно это заставляет его обратиться к врачу, в котором больной видит, прежде всего, человека, способного помочь ему *освободиться от страдания*. В этом и состоит основное предназначение врача. Вместе с тем *страдание, боль* – это еще показатель и симптом болезни, а иногда (например, при родах) и естественное состояние для организма. Поэтому, стремясь облегчить страдания больного, врач не должен делать это самоцелью, добиваясь облегчения любой ценой (например, ценой образования впоследствии у больного наркотической зависимости).

Нравственный ориентир врачу в отношении к страданию больного дает **сострадание***, помогая ему находить «золотую середину», проявлять необходимую гибкость, облегчая или сохраняя страдание. Для врача это элемент его профессионализма. Вместе с тем существует, как писал С. Цвейг, «сострадание малодушное и сентиментальное,… нетерпение сердца, спешащего поскорее избавиться от тягостного ощущения при виде чужого несчастья; это не сострадание, а лишь инстинктивное желание оградить свой покой от страданий ближнего…Врачу должно быть свойственно сострадание истинное, которое требует действий, а не сантиментов, знает, чего хочет, и полно решимости, страдая и сострадая, сделать все, что в человеческих силах».

Формой сострадания больному со стороны медицинских работников выступает **милосердие***. В медицинской практике, где врачи, медсестры, фармацевтические работники часто имеют дело с инвалидами, тяжелобольными, немощными, стариками, роль милосердия особенно велика. В истории медицины можно найти немало примеров, когда врачи были зачинателями добрых дел, проявляя тем самым любовь к людям, верность принципам гуманизма и милосердия. Не случайно на могильном камне замечательного русского врача-гуманиста XIX в. Ф. И. Гааза был начертан девиз его жизни: «Спешите делать добро». Огромную роль играет и **эмпатия*,** проявляющаяся в *сочувствии*, *сопереживании* больному со стороны медицинских работников. Внимательно выслушивая больного, сочувствуя ему, врач, сестра дают ему возможность высказаться и тем самым облегчить его душевное состояние.

Что означают свобода и ответственность в медицинской деятельности?

Отношением к добру и злу определяется и мера свободы в деятельности врача. Давая клятву нести людям добро, врач практически уже сделал свой *выбор*. С одной стороны, в соот-

ветствии с собственным мировоззрением он сам определяет свои дальнейшие действия: «В любое время помогать каждому больному, независимо от его социального происхождения, вероисповедания и национальности». С другой, – в соответствии с нравственными требованиями общества, он будет действовать более *ответственно*. Сегодня категория свободы претерпевает переосмысление – в направлении от *свободы потребительской* («свободы от») к *свободе созидательной* («свободе для»). Современные биомедицинские исследования и манипуляции позволяют человеку в определенной мере достичь «свободы от». Он освобождается от природных форм зависимости от внешнего мира, может удовлетворять свои растущие потребности: увеличивать активный период жизни, освобождаться от ранее неизлечимых болезней, изменять внешность, пол, осуществлять личный выбор – иметь или не иметь детей и т.д. Но, отделяясь от природного естества и возвышаясь над миром, человек порою попадает во все большую зависимость от современных технических средств. Вместе с тем только в своей органической целостности, творении самого себя человек приближается к свободе созидательной – «свободе для себя».

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

Вместе с тем быть свободным, самостоятельным — значит быть *ответственным*. Объективная логика такова, что автономия, суверенность личности врача, его *нравственная свобода* уравновешиваются ***ответственностью****, которая проявляется как обратная сторона свободно принятого решения, как естественное следствие свободы выбора. Более того, свобода и ответственность находятся в *прямой зависимости*: чем шире пространство свободы, тем больше ответственность врача, связанная с соблюдением им основных моральных принципов, в том числе и принципа *предосторожности**.

Моральный выбор: как решается проблема цели и средств в медицинской практике?

Моральный выбор* выступает в медицине как форма проявления свободы врача, требуя от него решительности, заставляя переходить от размышлений и сомнений к действиям. Вместе с тем, даже делая правильный выбор, врач должен руководствоваться сложной диалектикой **цели** и **средств,** например: оправдывает ли мораль достижение такого блага, как здоровье, любыми средствами. При рассмотрении отношения «цель–средства» в медицине часто упускаются из вида, во-первых, неоднозначность зависимости в системе «лечебное воздействие – терапевтический эффект», во-вторых, нравственные аспекты этого отношения. Так, утверждение «все, ведущее к здоровью, не должно отвергаться медициной», не содержит в себе ошибки, но не содержит и истины, потому что надо еще убедиться, что некий конкретный фактор воздействия действительно лечит болезни и укрепляет здоровье. Широко распространено другое упрощенное представление: «все, что способствует здоровью, должно применяться в медицине». Отсюда всего лишь шаг к суждению: «Цель оправдывает средства», которое, будь оно принято в медицине, станет прикрывать любое невежество, в том числе *знахарство** и *шарлатанство**.

Имеет ли врач право на риск?

Несмотря на необходимость осторожного отношения врача к проблеме выбора целей и средств, он не только имеет *право на свободу*, он *«обречен» на свободу* действий. Проявляет-

ся это, в частности, в праве на **риск***, который присутствует в деятельности врача практически постоянно. Обусловлено это тем, что природа заболевания по своему содержанию всегда богаче знаний медицины о ней. В случаях, когда психическое, соматическое или возрастное состояние пациента не позволяет врачу собрать более полную информацию о причинах, обстоятельствах заболевания, отягощенности организма пациента наследственностью, действия врача зачастую принимают «произвольный», случайный характер, и возможность риска увеличивается. Поэтому выбор оптимальных решений в клинической медицине все больше требует учета, оценки ***степени риска***, сопровождающего применение современных методов врачевания. Традиционно проблема риска наиболее тесно связана с хирургией: «*оперативный риск*», который, к сожалению, сопровождается определенным процентом смертности, существует при любой хирургической операции. Сегодня имеется тенденция распространения хирургических методов лечения на многие разновидности патологии, которые раньше считались терапевтическими. Такая тенденция, связанная с одновременным возрастанием риска при операциях, даже получила название *хирургической агрессии.* И теперь нежелательный риск, сопровождавший раньше в основном хирургическое вмешательство, имеется и в терапевтических областях, представители которых еще не привыкли к соответствующей «бдительности». Большую тревогу вызывает и рост осложнений медикаментозного лечения – *ятрогений**. Новые вопросы возникают у БМЭ и в связи с высоким риском некоторых современных *диагностических методик* исследования. Поэтому, отступая в некоторых случаях от буквы заповеди «Не навреди!», БМЭ подтверждает значение ее духа и противостоит повышенной рискованности методов врачевания на современном этапе. Как конкретно-деонтологическое указание норма «Не навреди!» «санкционирует» риск диагностического или лечебного воздействия только в том случае, когда он хорошо рассчитан – «*рассчитанный риск*» и врач выбирает тот из двух конкурирующих методов, который связан с меньшим риском, или вообще отказывается от вмешательства. Что касается таких «агрессивных» методов лечения, как применение иммунодепрессантов в трансплантологии, химиотерапии и лучевой терапии в онкологии, тетурама в наркологии, то с этической точки зрения риск от их последствий не является неожиданным и поэтому тоже может считаться «рассчитанным».

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

Таким образом, с точки зрения БМЭ совершенно недопустимы случаи возрастания риска для здоровья и жизни больных по причинам некомпетентности, невнимательности или склонности врача к авантюризму. Оправданием риска в медицинской практике может быть только преследование блага больного как высшей цели врачебных решений и действий.

В чем состоит природа «врачебной ошибки», «право на ошибку» и ответственность за нее?

Анализу нравственно-этического смысла понятия **«врачебная ошибка»*** уделяли внимание многие известные врачи, писатели, деятели здравоохранения, демонстрируя разные подходы и оценки этого феномена.

*Н.И. Пирогов** считал, что молодому врачу-практику «крайне нужно», во-первых, *умение признавать собственные ошибки,* анализировать конкретные случаи и «считать причиной ошибки свое незнание или свою неопытность» – только такая этическая позиция может в какой-то степени искупить случившийся «брак» в медицинской работе. Любые личные соображения здесь должны быть ниже нравственных аргументов и целесообразности. Во-вторых, признавая врачебные ошибки безусловным злом, Н.И. Пирогов выступал против *этической*

капитуляции, против признания их злом неизбежным, считая это недостойным высокого звания врача. Оптимистическая, жизнеутверждающая этика Пирогова непримирима к злу врачебных ошибок и вместе с тем рассматривает их как источник обогащения собственного опыта врача и совокупного опыта медицины. Только извлекая максимум поучительного из своих профессиональных ошибок, врач может возместить (искупить) зло своей ошибки. В-третьих, требование быть честным перед самим собой у Пирогова не героизм и исключительность, а *профессиональная этическая норма* врача. Только беспощадная самокритика своих ошибок может быть адекватной расплатой за их высокую цену. Отношение Н.И. Пирогова к профессиональным ошибкам – нравственный идеал для каждого врача. Отступление от него равносильно отступлению от требований медицинской этики.

*В.В. Вересаев** демонстрирует более пессимистическое отношение к проблеме. Он считает, что врачевание вообще часто связано с риском, поэтому даже у выдающихся врачей встречаются профессиональные ошибки. Прогресс медицины неизбежно связан с повышенным риском, успехи медицины в известном смысле зиждутся на врачебных ошибках. Вместе с тем возрастание вероятности профессиональных ошибок у начинающих, молодых врачей не может не тревожить, тем более что ошибки врачей – одна из причин падения доверия к медицине. Гуманизм размышлений В.В. Вересаева по поводу врачебных ошибок состоит в том, что он видит проблему как с точки зрения врача, так и с точки зрения больного и его близких, постоянно подчеркивая «обнаженно-человеческую» сторону в отношениях врача и больного. В.В. Вересаев освещает философские, социально-этические горизонты медицинской профессии, обращает внимание на драматизм, а подчас и трагизм медицинской профессии. Если «Анналы» Н.И. Пирогова – это пример идеального отношения к своим ошибкам для каждого врача, то «Записки врача» В.В. Вересаева – это конкретный пример жизненного опыта врача, осваивающего свою трудную профессию путем переживаний и осмысления собственных ошибок.

Понятию «врачебная ошибка» по своему содержанию близко понятие «*несчастный случай*». В *клиническом смысле* они означают разновидности неблагоприятных исходов лечения, неправильного врачевания, в *морально-этическом* – поражение врача в борьбе за жизнь и здоровье вверившегося ему пациента и, конечно, несчастье больного, его близких. В *юридическо-правовом* акцент обычно делается на *виновность* врача и его ответственность, поэтому дифференциация понятий «несчастный случай» или «врачебная ошибка» для юридических органов самостоятельного значения не имеет. Вместе с тем наличие в медицинской практике врачебных ошибок и несчастных случаев как неизбежных явлений, сопутствующих лечению, ни в коей мере не должно означать ***«права врача на ошибку»***. Подобное право могло бы порождать профессиональную *недобросовестность*, за которой стоят обычно неправильные диагнозы основного и сопутствующих заболеваний, недооценка хирургического риска, запоздалое оперативное вмешательство и др. Тезис о «праве врача на ошибку» несостоятелен и с логической, и с мировоззренческой точки зрения. С точки зрения логики: нельзя сущее выдавать за должное; профессиональные ошибки врачей – «досадный брак» – случаются в силу неконтролируемых врачом обстоятельств, а не «по праву». С точки зрения мировоззренческой: если профессиональная деятельность врача заведомо ориентируется на ошибки, она утрачивает свою гуманистическую природу. Идея «права на ошибку» деморализует врачей, поэтому с позиции БМЭ отношение к профессиональным ошибкам должно быть непримиримым.

В чем состоят особенности долга в профессиональной этике врача?

Первостепенная роль **долга*** в профессии врача обусловлена ценностью здоровья и жизни людей. Требования врачебной морали всегда носили явно выраженный *категорически-императивный характер*. Поэтому иногда всю медицинскую этику обозначают термином *медицинская деонтология* (от лат. *deon* – долг), подчеркивая тем самым значение *профессионального врачебного долга* – теснейшего переплетения обязанностей врача по отношению к больному, коллегам и обществу в целом. Высшим проявлением профессионального долга врача является соблюдение им принципа ***гуманизма*,*** добросовестное выполнение им своих обязанностей по отношению к больному. Прямое *нарушение профессионального долга* – чер-

ствое, формальное отношение врача к больному человеку, поскольку вера больного в успех лечения, доверие его к медицинскому персоналу играют часто не меньшую роль в выздоровлении, чем применение новейших лекарств и оборудования. Академик В.М. Бехтерев подчеркивал, что если больному после разговора с врачом не становится легче, это – не врач. Врач призван *психотерапевтическими методами* – словом ободрения, утешения, успокоения, чутким отношением – тактично и умело мобилизовать физические и душевные силы больного на борьбу с его болезнью.

Какой смысл имеет понимание чести и достоинства врача в БМЭ?

Понятия **чести*** и **достоинства*** врача определяются, прежде всего, его следованием *общечеловеческим моральным ценностям*, его порядочностью, культурой и интеллигентностью, и уже потом – его профессионализмом и мерой заслуженного им почета и уважения. Вместе с тем поддержание *чести* и *достоинства* врача во многом зависит не только от него самого, но и от условий, которые предоставляет ему государство (оснащение современным оборудованием, фармацевтическими средствами, обеспечение рабочего места, повышения квалификации, достойного материального вознаграждения его труда). Безнравственно, если труд врача не оценивается соответствующим образом, если врач не может выписать журналы, купить книги и т.д. Кроме *экономических* факторов, в поддержании и защите чести врача большую роль играют факторы *социальные* и *юридические*. Незащищенность врача и его действий законом приводит часто к открытости медиков не только для критики, но и для прямых обвинений чуть ли не в преступлениях. В отсутствие законов, которые должны были бы четко прописать права и обязанности врача в случаях трансплантации, реанимации, эвтаназии, аборта, врачи часто бывают вынуждены отстаивать свою честь старым (и не всегда нравственным) *корпоративным способом*: объединяясь, защищая «своего» от «чужих». При этом «корпоративная защита» нередко отстаивает не только невиновного, но и виноватого врача, действительно запятнавшего честь профессии.

В чем состоит уважение достоинства пациента в БМЭ?

Руководствуясь высокими нравственными принципами, врач обязан *уважительно относиться к достоинству каждого пациента*, независимо от его социального положения и личных качеств. Святость жизни и ценность личности – главное, что лежит в основе деятельности каждого медицинского работника. Совершенно недопустимо *унижать достоинство пациента,* ибо, унижая достоинство другого, ты унижаешь собственное человеческое достоинство. Кроме того, в медицине следует иметь в виду сложное взаимодействие *достоинства* человека с *болью* и *страданиями*. Существует две противоположные точки зрения на влияние боли и страдания на человеческое достоинство. Первая: сильные боль и страдание лишают человека достоинства; именно поэтому иногда смерть предпочтительнее жизни в непереносимых физических или душевных мучениях. Вторая: в том, как человек ведет себя перед лицом страданий, проявляется его сущность; поэтому желание жить вопреки боли и страданию не умаляют, а упрочивают человеческое достоинство.

4. Проблема жизни и смерти в биомедицинской этике

Что означает право человека на жизнь?

Тема отношения человека к ***жизни*** и ***смерти*** имеет в БМЭ особое — реально-практическое значение. Уважение жизни и личности больного является альфой и омегой врачебной этики от Гиппократа до наших дней. В Международном пакте о гражданских и политических правах (1966) медицинская максима, определяющая человеческую жизнь в качестве безусловной ценности, приобрела статус общечеловеческой моральной и правовой нормы: «Право на жизнь есть неотъемлемое право каждого человека. Это право охраняется законом. Никто не может быть произвольно лишен жизни». **Право человека на жизнь*** предполагает признание *святости человеческой жизни*, ее бесконечно большой *ценности*, равных прав на *достойную жизнь* и высокое *качество жизни** всех без исключения людей. Оно распространяется на все этапы бытия человека — от зачатия до смерти. Если мы признаем это

право за человеком с момента его зачатия, то это определяет наше отношение к любому покушению на его жизнь и в дальнейшем.

В чем состоит проблема права на жизнь на начальной стадии человеческого существования?

Признание или непризнание этого права за человеком с момента его зачатия служит основанием непрекращающихся (а в последнее время ставших еще более острыми) споров по поводу *абортов** – искусственного прерывания беременности. Существуют разные точки зрения на моральную оправданность этой операции: *консервативная, либеральная, «умеренная»*. С одной стороны, аборт остается одним из самых распространенных средств контроля над рождаемостью. С другой, это медицинское вмешательство (в особенности «по желанию») квалифицируется как нарушение моральной заповеди «Не убий», а со стороны врача – еще и клятвы Гиппократа. Даже в тех случаях, в которых мы определяем его как «выбор меньшего зла», речь идет все-таки о зле – о покушении на человеческую жизнь.

Решение проблемы аборта многие специалисты ставят, в первую очередь, в зависимость от установления ***статуса эмбриона****: с какого времени зародыш считается ребенком, человеком. Правомерно ли рассматривать развивающийся эмбрион в качестве личности? Обладает ли он (и в какой мере) человеческими качествами и правами? Способен ли он к ощущениям (в особенности – к ощущению боли)? Необходимо четкое разделение двух существенно различных (в этическом отношении) состояний плода: то, которому мы не приписываем никакого «человеческого» содержания, и то, за которым это содержание уже признается. Существуют консервативная, либеральная и умеренная позиции по этому вопросу. Однако даже те, кто не считает не только эмбрион, но и новорожденного младенца личностью, вынуждены признавать потенциальные возможности развивающегося эмбриона – его способность со временем, при благоприятных обстоятельствах, стать личностью. В любом случае эмбрион, развивающийся в организме беременной женщины, является эмбрионом *человека*. Одно это налагает на нас определенные моральные обязательства по отношению к нему. Поэтому с точки зрения БМЭ, аргументы в защиту аборта неприемлемы, ибо они содержат в себе санкцию на покушение на человеческую жизнь. Идея А. Швейцера о «благоговении перед жизнью» распространяется и на эту, еще только зарождающуюся жизнь.

Имеет ли право на жизнь эмбрион с отклонениями развития?

Особенно сложно решается в обществе вопрос о праве на жизнь новорожденных (или еще не рожденных) детей с серьезными *дефектами развития*. Некоторые специалисты считают, что если нет оснований надеяться на то, что ребенок в процессе своего развития станет личностью, или если размеры эмоционального и/или материального ущерба, наносимого семье уходом за ребенком, исключительно велики, то этически допустимым является решение о прекращении лечения и реанимирования таких «неполноценных» младенцев. Очевидно, что данная система рассуждений базируется не на медицинских и этических, а на утилитарно-прагматических соображениях. Такие решения не учитывают желания и права на жизнь самого ребенка и обусловлены нежелательностью (для кого?) продолжения жизни данного новорожденного. Теоретическим обоснованием подобного *утилитаристского подхода* является точка зрения на человеческую личность, согласно которой определяющим признаком личности является способность познавать, страдать, переживать эмоциональное состояние счастья, иметь прошлое и будущее. Поэтому «нормальный» младенец имеет предполагаемое право на жизнь, а новорожденный с серьезными дефектами развития – нет. Авторы такого подхода предлагают действовать по принципу равного учета интересов всех: не только самого ребенка, но и его родителей, возможно, их следующего ребенка, ближайшего окружения и общества в целом. И если ребенку предстоит бедная, убогая жизнь «неполноценного» человека, не имеющая никакой ценности ни для него самого, ни для других (родителей, общества), то ему лучше не жить. Если же младенец имеет жизненные перспективы, пусть и не такие обширные, как нормальные дети, то нет необходимости идти на крайние меры. В любом случае решение принимает не ребенок, а некто за него. При этом в оценку жизненных перспектив включается не только тяжесть заболевания, которым страдает младенец, но также

готовность и способность общества оказать помощь таким людям, создать им условия для жизни.

Согласно же точке зрения БМЭ, право такого новорожденного на жизнь может быть поставлено под сомнение только тогда, когда нет серьезной надежды на то, что последующая жизнь ребенка не сведется к бессмысленному существованию. Только в том случае, когда решение принимается исключительно в интересах ребенка и только его одного, а такие побочные факторы, как расходы или неудобства семьи не влияют на характер принимаемого решения, оно может быть оправдано морально и юридически. Поэтому с ребенком, у которого при появлении на свет выявлены серьезные дефекты развития, следует обращаться так же, как с «обычным» ребенком, поскольку любой новорожденный, с точки зрения БМЭ, представляет собой *личность, имеющую право на жизнь*. При этом сущность этических аргументов сводится к следующему: 1) право новорожденного на жизнь тем «сильнее», чем выше его потенциальная возможность стать личностью; 2) появление младенца на свет – обычно большая радость для его родителей, поэтому его смерть наносит им заметный ущерб; 3) даже нежеланный ребенок может принести радость другим лицам, которые усыновят его; 4) хотя право «дефектного» новорожденного ставится под сомнение, это не означает, что он вообще не обладает никакими правами, и нам следует уважать его права.

Какой моральный смысл имеет определение границы жизни и смерти?

Наряду с необходимостью морально-этического «взвешивания» ценности человеческой жизни в ее *начальной фазе* существует потребность этико-гуманистического осмысления ее *заключительной фазы — умирания*. В связи с этим особенно актуальной становится проблема **границы жизни и смерти**. Именно в ней сосредоточены сегодня новые акценты в трактовке медицинского гуманизма. Врачи и человечество столкнулись с новой областью объективной реальности: впервые предметом изучения медицины становятся не только болезнь и здоровье (как модусы жизнедеятельности человека), но и сам процесс умирания. Выявление *критерия и сущности жизни и смерти* становится центральной биоэтической и профессионально-медицинской проблемой, в частности для определения судьбы эмбриона, в реаниматологии, трансплантологии, терапевтическом клонировании и других манипуляциях с человеческой жизнью. Огромное число философских, юридических, медицинских работ посвящается так называемому «праву человека на смерть», связанному с «пограничными ситуациями» его жизни.

В чем состоят этические проблемы отношения к смерти?

Смерть* — естественное явление, венчающее конец жизни. Выбирать не приходится: человек конечен, жизнь его ограничена зачатием и смертью. Поэтому важнейшая этическая задача — выработать механизмы защиты от *страха перед смертью* — эмоциональные и рациональные. Возможность *эмоциональной защиты* от страха смерти английский философ Ф. Бэкон видит в том, что «…нет в душе человека даже самой слабой страсти, которая не побеждала бы страха смерти; а значит, смерть не может быть столь уж страшным врагом, раз у человека целая рать, способная ее одолеть. Месть торжествует над смертью; любовь ее презирает; честь призывает ее; горе ищет в ней прибежище; страх предвосхищает ее…» *Рациональная защита* от страха перед смертью предусматривалась еще в древних религиозных культах. Смягчают трагизм смерти учения Сократа, Платона, Аристотеля о *бессмертии души*. Простой довод, снимающий страх перед смертью, приводит Эпикур: «…самое ужасное из зол, смерть, не имеет к нам никакого отношения; когда мы есть, то смерти еще нет; а когда смерть наступает, то нас уже нет». Впоследствии эти и другие подобные идеи воспринимаются христианством и становятся традицией европейской духовной жизни.

Важной современной этико-философской проблемой является определение ***статуса смерти***: в каком смысле следует признать ее *существование*? Если смерть *существует*, то существует она как *умирание,* как переход одного качества в другое: *живого – в мертвое.* Границей же бытия и небытия живого выступает особый вид существования – *«клиническая смерть»**. Ее специфическая особенность – принципиальная *обратимость*, которая порождает этический императив, побуждающий к оказанию незамедлительной помощи умираю-

щему. Основная форма такой помощи – ***реанимирование**** – «оживление» человека, возврат его к жизни. Вместе с тем, процесс реанимирования нередко возвращает человека не только к жизни, но и к страданиям, или поддерживает жизнь на таком низком уровне ее качества, которое бывает невыносимым для больного. Поэтому одна из важнейших моральных проблем реаниматологии – проблема выбора, принятия решения о необходимости реанимирования, его продолжительности или прекращении; решение вопроса о том, до каких пор разумны усилия реаниматологов по продлению жизни безнадежно больного человека, и какими этико-правовыми нормами следует при этом руководствоваться.

Что следует считать критерием смерти?

С феноменом «клинической смерти» тесно связана этическая проблема определения **критерия смерти***: какую степень деградации жизненного процесса следует считать *объективно наступившей смертью*? Современные концепции усматривают такой критерий в *смерти головного мозга.* Однако при этом могут сохраняться некоторые видимые еще признаки жизни (например, сокращения сердечной мышцы), поэтому вековые медицинские традиции не дают признать человека мертвым. И тогда возникает вопрос: не является ли отключение аппаратуры, искусственно поддерживающей существование, убийством? Этот вопрос носит не абстрактно-умозрительный характер; он содержит в себе этические основания для решения практических задач современной биомедицины.

Одним из наиболее значимых прецедентов в этом отношении стал «казус Кливлен»*, заставивший не только медиков, но и этиков, философов, юристов решать непростой вопрос сохранения или прекращения жизни молодой девушки, на протяжении многих лет пребывавшей в состоянии клинической смерти, связанном со смертью мозга. Как относиться к этому феномену «*вегетативного существования*»*: это жизнь или нет, что следует предпринимать в этой ситуации – поддерживать это существование или прекращать его, как квалифицировать действия врачей в последнем случае? Сегодня при соответствующем медицинском и экономическом обеспечении больные в «вегетативном» состоянии могут жить, точнее, существовать достаточно долго и после смерти мозга. Вопрос в том, нужно ли это, что это дает? Даже в самом благоприятном случае неизвестно, вернется ли к спасенному человеку нормальное сознание (ведь повреждения мозга до недавнего времени считались необратимыми). Ради чего тогда сохранять это растительно-животное существование, если человек перестал быть личностью? Вместе с тем сегодня все чаще появляются сообщения о возвращении к жизни людей, достаточно долго просуществовавших в вегетативном состоянии. Это еще больше усложняет принятие врачами решения в случае констатации гибели мозга. Можно ли говорить о прогрессе медицинского гуманизма в связи с признанием смерти мозга критерием смерти человека? Не уступает ли медицина соображениям утилитарной целесообразности, обосновывая и оправдывая право обрывать нить человеческой жизни в этом случае? Подобные вопросы, в первую очередь – моральные, встают и при обсуждении других проблем БМЭ: эвтаназии, трансплантологии и др.

Имеет ли человек право на смерть? Что означает «умирание с достоинством»?

Логическим продолжением *права человека на достойную жизнь* — как естественного права каждого человека – является признание столь же естественного его **права на достойную смерть***. В праве на достойную смерть и достойное умирание могут фиксироваться различные моральные ценности и предпочтения. Одна из крайних форм реализации права на смерть – *суицид*,* самоубийство, на которое человек решается по личным соображениям. В БМЭ *моральные проблемы умирания* возникают как «другая» сторона жизнедеятельности человека в результате так называемых нестандартных ситуаций в практике медицины, заставляя медицинское сообщество пересматривать и углублять содержание действующих в нем ценностей, в частности, отстаивая право больного на смерть, «данное ему от рождения» (Дж. Кеворкян, «доктор Смерть», США). Вырабатываются новые подходы к проблеме умирания, в частности, **«умирание с достоинством»***. Сегодня человек все чаще уходит из жизни не дома, не в кругу родных и близких, а в больнице, где процесс умирания жестко регламентируется персоналом клиники и представлениями, общепринятыми в медицинской практике. Будучи

до этого свободным в выборе того, как ему следует распорядиться своей жизнью, в ее финальной стадии он оказывается несвободным, а иногда и полностью лишенным права голоса, вынужденным принимать тот стиль поведения, который считается обязательным в общественном мнении. Вместе с тем умирание с достоинством должно включать в себя и уважение личной уникальности человека, его мировоззренческих, этических, религиозных или атеистических взглядов и убеждений, его национальной принадлежности. Попытки решить проблему «умирания с достоинством» предпринимаются сегодня с двух противоположных сторон: внедрения *хосписного движения* и отстаивания права на *эвтаназию*.

Что такое хосписное движение и каковы его этические принципы?

В основе современного **хосписного движения** лежит особая *этика и философия врачевания*, согласно которой смерть, как и рождение, – естественный процесс, его нельзя ни торопить, ни тормозить. Умирающий нуждается в помощи особого рода: ему можно и должно помочь перейти границу между жизнью и смертью. Именно такую задачу ставят перед собой **хосписы***. Хоспис – не дом для смерти, это дом для качественной жизни до конца. Хронические боль и страдание изменяют мироощущение, мировосприятие человека: испытывая невыносимую боль, он не в состоянии размышлять, вспоминать; боль способна вытеснить нравственные потребности, нравственную мотивацию поведения. Хоспис создает такие условия, образ жизни пациента, такое «жизненное пространство», которое позволяет взять под контроль боль и страдания даже самых тяжелых больных. Он обеспечивает такое *качество жизни*, когда самодостаточным и актуальным является настоящее, а не будущее. Взаимоотношения пациентов и медицинского персонала складываются здесь на основе *принципов хосписного движения,* выполнение которых зависит от подготовки и личных качеств медицинского персонала. В настоящее время для службы хосписов формируется новая медицинская специальность, изучающая процесс завершения жизни – *врач паллиативной помощи.*

В чем суть моральных проблем эвтаназии?

Один из важнейших аспектов проблемы «умирания с достоинством» — право больного на решение *добровольно уйти из жизни*, сделанное им обдуманно, с учетом своего психического и физического состояния, через искусственно приближаемую смерть – **эвтаназию***. Проблема эвтаназии связана, прежде всего, с *правом человека на жизнь*, которое имеет несколько аспектов: право на сохранение жизни (индивидуальности); право распоряжаться собственной жизнью; право подвергать свою жизнь значительному риску; наконец, наиболее оспариваемое *право решать вопрос о прекращении собственной жизни*. В некоторых случаях жизнь и работа человека сопряжены с высоким риском для его жизни и здоровья, но это не запрещается законом, значит, косвенно признается (работа ученого, ставящего на себе эксперимент, полярника, космонавта, спортсмена-автогонщика). Не поощряется, но и не преследуется решение человека покончить жизнь самоубийством. Но в вопросе об эвтаназии общество, государство и закон ставят под сомнение право человека распоряжаться своей жизнью. Поэтому этот вопрос остается одной из «открытых» проблем БМЭ.

Сегодня человек отказывается воспринимать себя как «пассивный материал» и все более склонен относиться к себе как «собственнику» и творцу своей жизни и самого себя. Действия, оцениваемые в традиционном моральном сознании как убийство или самоубийство, в новом технологическом пространстве биологии и медицины приобретают иной статус, определяемый иными морально-этическими принципами, суть которых – «достойно жить – достойно умереть». В связи с этим некоторые авторы считают, что новая реальность в значительной степени способствует формированию у медицины, наряду с традиционной здравоохранительной, новой функции – *смертеобеспечивающей* (В.А. Прихотько). Обращение к эвтаназии – это попытка решить неразрешимые проблемы с помощью сверхрадикальных мер, посредством пересмотра этических обязательств, наложенных обществом на медицину. Однако эта попытка вызывает крайне неоднозначные оценки. Одни отвергают эвтаназию как акт убийства; другие рассматривают ее как панацею от всех бед; третьи выражают тревогу: не обернется ли легализация эвтаназии дискредитацией врачебной профессии? Не подвигнет ли она медиков — вместо трудного поиска новых, более эффективных средств и методов лечения — на

более легкий и простой путь «умерщвления из сострадания»? Не ослабит ли наличие такой перспективы, как «легкая, безболезненная смерть», волю тяжело больных, но не безнадежных пациентов к сопротивлению болезни, к борьбе за жизнь? Очевидно, что вопрос об эвтаназии вызывает острые дискуссии не столько своим медико-«технологическим», сколько этическим содержанием.

В любом случае выбор должен быть за человеком, однако *легитимация, легализация эвтаназии* как раз и предоставляет ему в случае печальной необходимости возможность такого выбора. Но прежде необходима *переориентация морального сознания* общества, предполагающая открытое и откровенное обсуждение необычных для традиционной медицины положений, которые могут стать *основанием морального допущения эвтаназии.* Во-первых, следует отказаться от убеждения, будто медик всегда, в любой ситуации обязан стремиться продлить, насколько возможно, жизнь человека. Во-вторых, доктрина безусловного превосходства биологической выживаемости над другими ценностями (достоинством личности, ее благом, суверенными правами) должна уступить место доктрине *качества жизни*, в соответствии с которой быть человеком в подлинном смысле этого слова более ценно, чем быть просто живым. В-третьих, если связь между страданием и человеческим бытием, превратившимся в сплошную боль, нельзя разорвать иначе как прекратив это бытие, то при соблюдении определенных условий (наличии просьбы больного, согласии его родственников, консилиуме врачей, юридическом контроле и т.п.) допустимо пойти на такой крайний шаг, как эвтаназия.

5. Современные биотехнологии в свете биомедицинской этики

Достижения научно-технического прогресса открыли новые перспективы в развитии биологии и медицины. С одной стороны, расширение экспериментальных исследований в тех сферах, которые имеют непосредственный выход на медицинскую практику, породило новые возможности — генетическое манипулирование, эмбриональную хирургию, новые технологии деторождения, трансплантацию органов, поддержание больного в бессознательном — «вегетативном» состоянии в течение долгого времени и т.д. С другой стороны, эти исследования и успехи создали *нестандартные ситуации*, усилившие остроту морально-этических и правовых проблем, существовавших ранее и вновь возникших. Это, в частности, определение правового статуса эмбриона и оснований для распределения донорских ресурсов при трансплантации; разработка новых подходов к определению критериев смерти; необходимость контроля за развитием генной инженерии и биотехнологий с целью предотвращения катастрофических для человеческого вида последствий и т.д.

Какие этические проблемы порождаются развитием репродуктивных технологий?

Достигнутый к настоящему времени уровень развития биотехнологий, вторгшихся в решение вопросов жизни и смерти, заставляет обратиться к проблеме этического обоснования вмешательства в биологические процессы, ответственные за *начало человеческой жизни* – воспроизводство его потомства.

1. Наиболее острые моральные проблемы возникают при осуществлении **пренатальной диагностики***, способствующей выявлению различных наследственных* и хромосомных* заболеваний (болезнь Дауна), а также заболеваний, связанных с полом ребенка (гемофилия), врожденными дефектами метаболизма, анэнцефалией и др. Пренатальная диагностика позволяет «сомневающимся» родителям убедиться, что их ребенок здоров, или принять правильное решение по поводу судьбы будущего ребенка с врожденными дефектами. Вместе с тем она часто ставит родителей и медиков перед сложными и мучительными проблемами. Это, в частности, вопрос о *селективном проведении аборта* в случае выявления у плода заболевания, которое поддается лекарственной терапии; или выявление хромосомных аномалий, которые могут *не сказаться отрицательно* на здоровье ребенка. Во всех сложных случаях врач при консультировании должен придерживаться этически нейтральной позиции, а право окончательного решения о проведении аборта следует предоставить родителям. Вместе с тем, пренатальная

диагностика не должна становиться основанием для проведения аборта, например, при выборе пола ребенка или с учетом других капризов родителей.

2. Серьезные моральные проблемы возникают при использовании принципиально новых путей **преодоления бесплодия**, включая внешнее вмешательство в репродуктивные процессы организма. В последние годы широкое распространение получило ***экстракорпоральное (внематочное) оплодотворение – ЭКО****. Во многих странах насчитываются тысячи детей, зачатых вне организма женщины, *in vitro* – в пробирке. Вместе с тем эти гуманнейшие технологические возможности вызвали к жизни новые варианты их использования и новые проблемы. Появился феномен так называемого «*суррогатного материнства*»*, породивший ряд проблем этического и юридического характера, которые могут серьезно нарушить моральный климат в семье, «принявшей» ребенка, выношенного посторонней женщиной, и самое главное – осложнить жизнь ребенка. Даже если ребенок, «зачатый в пробирке», вынашивается биологической матерью, возможны другие этические проблемы. Так, учитывая, что донорская сперма может сохраняться для оплодотворения какое-то время в замороженном виде, как оценить с этической точки зрения тот факт, что мужчина может стать отцом ребенка после своей собственной смерти? Стоит ли подвергать хирургическому вмешательству здоровую женщину и использовать столь сложные технологии, чтобы дать детей бесплодным семьям, когда в мире так много несчастных детей, ждущих усыновления? Неоднозначен и ответ на вопрос о том, этична ли неизбежная при искусственном оплодотворении целенаправленная или случайная «селекция», если будущие родители захотят подобрать для своих детей «самых умных», «самых здоровых» или «самых красивых» носителей генов. Не может ли это привести к своеобразному расизму, если подобной целью задастся все общество?

3. Бурное развитие репродуктивных биотехнологий порождает ряд практических проблем, касающихся *научных исследований* в этой области и связанных со статусом эмбриона*. В случае возможных или обнаруженных аномалий может ли и должен ли плод быть уничтожен, и на каком этапе его развития это допустимо? Кто является собственником «избыточных» эмбрионов, которые обычно возникают в качестве «побочного продукта» при искусственном оплодотворении *in vitro*? Можно ли использовать эти «избыточные» эмбрионы, которые могут сохраняться при низкой температуре без утраты жизнеспособности в течение длительного времени, для проведения научных исследований и экспериментов? Допустимы ли такие исследования в принципе? Некоторые специалисты считают, что многое здесь зависит от способности эмбриона к ощущению, которая определяется степенью его развития. Поскольку центральная нервная система формируется лишь на 22-е сутки беременности, то предельным сроком экспериментов они считают 30-суточный «возраст» эмбриона. Другие же предлагают работать и с более «взрослыми» эмбрионами, прибегая в этих случаях к анестезии. Безусловно, в интересах науки исследования на эмбрионах необходимы. Они способствуют разработке новых средств контрацепции, выявлению наследственных заболеваний плода, преодолению бесплодия, изучению механизмов спонтанно протекающих абортов, процессов созревания яйцеклетки, канцерогенеза, а также установлению закономерностей развития человека как биологического вида. Запрещать любые манипуляции с эмбрионами — это значит не только отказаться от помощи семьям, которые не могут иметь детей иначе, чем по методикам ЭКО, но и закрыть целое научное направление — *эмбриологию.* Вместе с тем с моральной точки зрения, должно быть полностью запрещено проведение некоторых видов экспериментов на плодах. Так, эмбрионы, подвергнутые тем или иным воздействиям, не должны имплантироваться в женский организм. Эмбрионы человека не должны имплантироваться в организм животного. Недопустимыми также являются не санкционированные продажа и приобретение эмбрионов.

Какие этические проблемы порождаются современной трансплантологией? «Запретительные тенденции» в БМЭ касаются не только искусственного оплодотворения, но и других направлений медицины, в частности **трансплантологии***, которая демонстрирует как возможности клинической медицины, так и сложность порождаемых ею этических проблем, требуя переосмысления кантовской нравственной максимы «относиться к человеку только как к цели» (например, в случаях, когда врач использует для пересадки орган живого

донора). Этические проблемы сегодняшней трансплантологии, с одной стороны, порождаются самим ее развитием, а с другой – препятствуют ему.

1. *Выбор донора и реципиента*. Наиболее оптимальный и высокоморальный вариант – это добровольная жертва одного из своих органов родственником больного. Но не всегда такой вариант возможен, и тогда встает вопрос о постороннем доноре. Если нужный орган близкого человека не подходит больному для пересадки и если его невозможно взять от постороннего лица, то необходимый орган может быть изъят у трупа, причем, чем раньше, тем лучше. Здесь возникает серьезное этическое противоречие. С одной стороны, реаниматологи до последней возможности пытаются спасти жизнь умирающего человека (даже безнадежного больного). С другой – чем скорее умрет один, тем больше вероятность для трансплантологов спасти другого. Поэтому разрешение этой дилеммы остается одной из самых сложных в моральном и правовом отношении.

2. *Добровольное и сознательное согласие* человека на взятие у него органов и тканей. Операция трансплантации, в соответствии с принципами БМЭ, допустима лишь при наличии информированного согласия не только со стороны больного, но и донора. В то же время их согласие не отменяет личной моральной ответственности врача, ибо именно он решается на калечащую человека операцию изъятия здорового органа. Моральный выбор врача в данном случае остается внутренне противоречивым: с одной стороны, при наличии самоотверженной позиции кого-то из родных используется шанс спасения обреченного больного, с другой – нарушается этическая заповедь «Не навреди!». Тем более что в трансплантологии врач сталкивается не только с удвоенным *оперативным риском* (оперируются не один, а два человека), но и с гораздо большим, чем в остальных областях медицины, *этическим риском**.

3. *Проблема коммерциализации трансплантологии*. Возможность продлить жизнь человека и улучшить ее качество с помощью трансплантации органов и тканей таит в себе опасность превращения донорства в коммерческую сделку, где возможны злоупотребления, подкуп, коррупция (покупка или продажа органов человека, покупка приоритетного права в списке очередников на тот или иной донорский орган). Однако запреты и преследования этих проблем не решают. Нельзя, например, опасаясь злоупотреблений, запретить обмен донорскими органами с другими странами и операции по пересадке органов гражданам других государств. Это означало бы не иметь возможности не только передавать, но и получать необходимые обреченным людям органы по международным системам сотрудничества. Так же несостоятельно предложение некоторых законодателей запретить изъятие органов у трупов без прижизненного письменного согласия умерших людей. Это привело бы к закрытию всех программ трансплантации органов и тканей, которые сегодня спасают жизнь и здоровье тысячам людей.

4. Этико-правовые проблемы в области *трансплантации мозга.* Несмотря на имеющийся опыт удачного осуществления подобных операций, на их проведение до сих пор наложен мораторий. Здесь к вышеперечисленным вопросам добавились еще более сложные. Во-первых, мозг для пересадки должен быть взят до истечения критического срока его жизни и начала необратимых процессов его разрушения. А это *убийство*, даже если у умирающего имеются другие травмы, несовместимые с жизнью. Во-вторых, учитывая, что мозг — это орган личности, как определить статус человека с пересаженным мозгом? Становится ли он (юридически и фактически) тем, кем был прежний «владелец» мозга (в семье, в бизнесе и т.д.), или он — тот, кем было и является его тело? Эти проблемы, не имеют пока однозначного ответа, но их актуальность очевидна.

Какие этические проблемы сопровождают развитие генетики?

Сегодня уже очевидно, что генные технологии обладают огромным потенциалом и возможностями воздействия на человека и социум. Однако перспективы эти оказываются двойственными. Отмечая научные и экономические перспективы **генной инженерии***, необходимо иметь в виду и те опасности, которые могут возникнуть при дальнейшем проникновении человеческого разума в естественные силы природы. Поэтому, с точки зрения БМЭ, ста-

вится вопрос: *всегда ли в области генной технологии можно делать то, что можно сделать*? Речь идет не о том, чтобы сказать «да» или «нет» ее развитию, а чтобы осветить положительные и отрицательные стороны проблемы. Генная технология дала человеку преимущество, которым он раньше не обладал: способность целенаправленно и быстро изменять природную среду и самого себя. Сумеет ли человек распорядиться своей увеличившейся властью, которой должна соответствовать *новая этика обращения с Живым*? Чтобы ответить на этот вопрос, следует иметь в виду следующее.

• Генная технология — не универсальное средство, а продуктивный метод, который может быть применен в биотехнологии, клеточной биологии, генетике человека и с помощью которого человечество может улучшать в будущем основы наследственности человека, победить многие болезни.

• Эффективность новой технологии, виды и объем ее применения должны определяться в ходе научных и общественных дискуссий, которые уже выявили две основные позиции: одна, более слабая (меньшинство) — скептическая оценка генной инженерии, другая, более сильная — оптимистическая.

• Возможность распоряжаться жизненными процессами не должны привести к злоупотреблениям (конструирование новой жизни может стать злом, потому что эта жизнь начинает существовать самостоятельно и воспроизводить сама себя).

• Новое биологическое знание открывает новые возможности генетического контроля над индивидом. Каждый человек несет в себе немало «дефектных» генов. Знание о виде и размере этого «балласта» не должно вести к социальной и профессиональной дискриминации, психическим переживаниям.

Сегодня ***генная технология*** и ***биотехнологии*** могут вмешиваться в судьбу человека. Все, что им удается делать с микроорганизмами и отдельными клетками, принципиально возможно сделать с человеком, человеческой яйцеклеткой. При этом некоторые ученые считают, что их деятельность ни в чем не должна быть ограничена: то, что они *хотят*, они *могут* и *должны* делать. Однако научное «любопытство», удовлетворяемое любой ценой, опасно и не совместимо с гуманистической природой этики.

В сфере генетической биомедицины обостряются или модифицируются традиционные проблемы БМЭ. Так, обретает новые аспекты проблема сохранения врачебной тайны при *генетическом тестировании**. Объектом «этической заботы», субъектом соблюдения принципа конфиденциальности и сохранения врачебной тайны становится здесь не только пациент и его родственники, но и еще не родившиеся дети. Требует этической экспертизы и *генетическая паспортизация** – составление личных паспортов, в которых отмечается генетическая предрасположенность к наследственным и некоторым другим заболеваниям, – эксперимент, начатый недавно в России. Это вызывает обеспокоенность возможностью вмешательства в личную жизнь граждан и опасностью генетического апартеида – дискриминации по состоянию здоровья.

Какие моральные проблемы порождаются успехами клонирования?

Благополучное появление на свет и нормальное развитие овечки Dolly, обезьянки Tetra и котенка Little Nicky заставляют не только радоваться торжеству человеческого гения, но и выражать определенное беспокойство, особенно если речь идет о **клонировании человека***. Опасения вызывают как серьезные медико-биологические, так и этические и правовые проблемы, которые человечество пока не готово решать. Прежде всего, это проблема *определения статуса полученного клона*. Будет ли клон самостоятельной автономной личностью? Какое место он займет в обществе? Должно ли его происхождение сохраняться в тайне? Как будут решаться проблемы его дальнейшего воспроизводства? Неправильное решение этих проблем и опасность злоупотреблений и спекуляций на них может скомпрометировать саму идею и научный поиск. В любом случае задача БМЭ — не запрещать исследования и не налагать моратории на новые и старые биотехнологии, а способствовать их развитию и нравственному использованию.

6. Этические проблемы современной психиатрии

Какие этические опасности заключает в себе вмешательство в психику человека?

Основные этические опасности здесь – возможность субъективного, произвольного подхода к выбору объекта и методов лечения, а также опасность расширения области применения психохирургических и психотропных манипуляций. Показанием к ним может оказаться не только болезнь, но и преступное поведение, «синдром гиперреагирования» (сумасбродство, непослушание, неустойчивое поведение у детей), массовые выступления и вспышки неповиновения, диагностируемые как «заболевания мозга». В результате нейрохирургических операций по «модификации поведения особо опасных личностей» (как преступников, так и борцов за гражданские права) происходят радикальные изменения сознания и поведения человека, превращаемого в управляемую марионетку. Сегодня обсуждается возможность проведения подобных операций не только в целях исправления поведения, но и в превентивных целях (например, «электронная система предупреждения преступлений» Мейера). Применение подобного хирургического (или иного психотропного) вмешательства носит не лечебный, а манипулятивный характер. Поэтому многие специалисты в области психиатрии предлагают наложить мораторий на отдельные направления психохирургических исследований, в частности, на операции по лоботомии, изменяющие структуру личности, продуцирующие в ней агрессивность, печаль, страх; на метод вживления в мозг человека электродов, оказывающих стимулирующее, подавляющее, выключающее воздействие на эмоционально-психическую деятельность человека.

Биотехнологии, связанные с успехами в нейрофизиологии и микрохирургии мозга, как и в области психиатрии в целом, таят в своем применении определенные опасности, ибо часто их конечный результат – не просто коррекция и модификация поведения, а радикальные изменения сущности человеческой личности. К таким опасностям относятся:

— использование психиатрии в политических и социальных целях для коррекции поведения «социально опасных лиц»;

— возможность полного перерождения личности в результате частичного вмешательства (так, воздействие на центр удовольствия в целях излечения наркомании чревато подавлением творческой активности и инициативности);

— экспериментальные исследования психоэмоционального состояния личности против ее воли как нарушение прав человека — вторжение в его интимный мир;

— применение психотропных методик не в медицинских, а социальных целях: «счастье через электроды», манипулирование сознанием людей в политических и иных целях и т.д.

В чем нравственный смысл идеи защиты гражданских прав психически больных?

Формирование гуманного отношения общества к психически больным людям началось с 1793 г., когда впервые с них сняли цепи, подняв их тем самым до достоинства больных. Однако применение некоторых мер стеснения – «смирительной рубашки», временной изоляции – допускалось до середины XIX в. Принудительная госпитализация душевнобольных считалась нормой, опирающейся на этические традиции медицинской профессии и нравственные чувства милосердия, гуманности, ответственности.

В 50-е гг. XX в. в западных странах начинается «кризис психиатрических больниц» – движение, предлагающее расширение лечения психических больных без изоляции от общества. Начиная с 60-х гг. в западной психиатрии активно проводится *деинституциализация лечения* психически больных – отказ от необходимости их госпитализации, поскольку помещение в больницу обернулось для многих из них многолетним заключением. Отмечались и другие негативные стороны госпитализации: утрата пациентами социальной активности, разрыв социальных связей, эмоциональная изоляция и т.д. В США движение за «психиатрию без больничной койки» привело к массовому закрытию государственных психиатрических клиник и развитию более «мягких» форм психиатрической помощи (частичная госпитализация, психиатрическое обслуживание в больницах общего типа и т.п.). Возникает движение «антипсихиатров», утверждавших, что психических болезней, как и психически больных нет, что психиатрический диагноз – это социальный «ярлык», что психиатрия не наука, а психи-

атры – не врачи. «Антигоспитальное» и «антипсихиатрическое» движения привели к революционным изменениям: возникает ***идея защиты гражданских прав душевнобольных***, предъявляющая особые требования к *этико-правовым аспектам психиатрии**. Моральной и правовой оценке и регуляции стали подлежать социальное отчуждение, неоправданное ограничение прав, презрительное или пренебрежительное отношение, другие формы унижения человеческого достоинства душевнобольных. Одной из главных проблем при оказании психиатрической помощи становится *проблема недобровольности лечения*. Еще один этический аспект психиатрии связан с *методами*, применяемыми в стационарах – «химическое стеснение», избыточное применение сильнодействующих психотропных средств, нередко приводящее к серьезным ятрогенным осложнениям. Возникает проблема защиты больных *от избыточного лечения*. Наконец, предметом особой заботы БМЭ является вопрос о соблюдении принципа «информированного согласия»*, который приобретает в психиатрии специфические аспекты. Решение всех этих проблем и составляет смысл *защиты и гарантий гражданских прав* лиц, страдающих психическими расстройствами.

В чем заключается смысл современных этических проблем в наркологии?

В современной **наркологии*** как специфической отрасли психиатрии требование воспринимать больного как *личность*, обладающую индивидуальностью и достоинством, особенно актуально. Пациенты, страдающие наркоманией или алкоголизмом, переживают дезорганизацию социальной жизни, вызываемую болезнью, более остро, чем даже нарушения функций организма. Поэтому современные принципы лечения больных алкоголизмом и наркоманией в значительной степени ориентированы на мобилизацию и активацию резервов больного, в первую очередь, на морально-психологические возможности его личности. Обычно больные данного профиля не осознают всей тяжести своей болезни, стараются исключить себя из лечебного процесса, целиком полагаясь на действия медицинского персонала. В связи с этим возрастают требования к персоналу наркологических учреждений, который должен последовательно проводить реабилитационные мероприятия среди больных, несмотря на известное сопротивление с их стороны, и который в свою очередь должен научиться преодолеть предубеждения по отношению к этим больным и самой болезни. Основной моральной установкой в наркологии должна быть идея, что человек, злоупотребляющий психоактивными веществами, такой же человек, как все, только попавший в беду. Он готов откликнуться даже на небольшие психотерапевтические воздействия, особенно на ранней стадии болезненного пристрастия, что может привести к положительным результатам. Поэтому тактичное вмешательство близких и друзей, ранняя диагностика, доброжелательное консультирование и выяснение обстоятельств, по которым у некоторых людей развивается зависимость, будут повышать эффективность помощи наркологически зависимым людям. Отношения, которые обеспечивают такому больному чувство собственного достоинства и самоуважения, гарантируют ему личную защищенность и неразглашение информации, способствуют его включению в процесс лечения, рождают оптимистические ожидания на будущее.

7. Основные проблемы деонтологии

Что такое медицинская деонтология, каковы ее содержание, цели и задачи?

В современной медицинской литературе наблюдаются разногласия по вопросу о содержании терминов **медицинская деонтология*** и **врачебная этика***. Одни авторы считают, что термин «врачебная этика» самодостаточен, ибо включает в свое содержание все проблемы, связанные с взаимоотношениями между участниками лечебного, реабилитационного и профилактического процессов, а также регламентацией поведения медперсонала в соответствии с критериями профессиональной чести и достоинства. Другие полагают, что вполне можно обойтись термином «медицинская деонтология», содержание которого включает в себя те же компоненты. Наконец, существует мнение, что термины «врачебная этика» и «медицинская деонтология» имеют различное содержание: *врачебная этика* – учение о долге, чести и достоинстве врача, а *деонтология* – о взаимоотношениях между всеми участниками лечебного, реабилитационного и профилактического процессов. Последняя позиция не совсем корректна, т.к. основной *целью* и медицинской деонтологии, и врачебной этики являет-

ся оптимизация оздоровительного процесса, что достигается не только совершенствованием средств и методов лечебной практики, но и безусловным выполнением медиками своего *долга** на основе высокого *профессионализма**.

Основные принципы, нормы, *правила* деонтологии в различных *сферах ее действия* отражаются в **деонтологических кодексах**, разрабатываемых медицинскими сообществами той или иной страны. В Беларуси такими основополагающими документами в области здравоохранения являются Клятва врача Республики Беларусь и Кодекс врачебной этики, принятый I съездом врачей Республики (1998). Общепринятые деонтологические принципы являются здесь фундаментом, на котором выстраиваются конкретные врачебные нормы, правила и обязанности и возводится здание отношений между врачом и пациентом. В их основе лежат не категории добра и зла, а *пользы** и *вреда**, причем не столько во благо рода человеческого, сколько во благо конкретного человека, ибо медицинская Д. направлена на сохранение жизни и здоровья *каждого конкретного больного*. Знание и конкретизация основных положений Кодекса помогает сформироваться в сознании врача прочным устойчивым *деонтологическим стереотипам*, обеспечивающим его *нравственный облик и профессиональные качества**. Социокультурные, интеллектуальные, эмоционально-волевые качества, придающие индивиду общественно значимый характер, принципиально важны в медицине, что отражено в формуле: *врач в своей деятельности прежде всего врач*. Он не может руководствоваться ничем иным, кроме *глубоких профессиональных знаний, высоких моральных принципов, обостренного чувства долга перед больными и обществом.*

В чем состоят особенности основных моделей взаимодействия врача и пациента?

В медицинской деонтологии существуют **две основные модели** взаимодействия врача и пациентов: традиционная – *патерналистская* и более современная – *автономная.* **Патерналистская модель*** предполагает, что врач берет на себя всю полноту решений, касающихся жизни и здоровья больных. К сожалению, признавая необходимость более демократичных взаимоотношений с больным, наша медицина в реальной жизни по-прежнему руководствуется принципом патернализма. Некомпетентность больного, его страх и растерянность перед непривычной обстановкой, инструментами, манипуляциями, непонятной терминологией, его угнетенное психосоматическое состояние и вместе с тем его порой наивная вера в силу медицины и надежда на врача – все это ставит больного в положение *зависимости* от него. **Автономная модель*** строится на признании моральной *независимости* пациента, его мнения о том, что является благом для него самого, когда врач не рассматривает собственные представления как единственно правильные, а умело подводит больного к «самостоятельному» выбору метода и средств лечения. Тем самым повышается и ответственность пациента в принятии решения о лечении, профилактике заболевания, медицинской реабилитации. Вместе с тем возможны ситуации, когда состояние больного не позволяет ему участвовать в принятии решения в то время, когда требуется неотложное медицинское вмешательство (хирургический больной в бессознательном состоянии). Здесь более правомерна патерналистская модель поведения. Кроме того, возможна третья, пограничная модель – **ослабленного патернализма***, применяемая в ситуациях, вынуждающих медиков действовать, не заручившись предварительно согласием пациента. Это ситуации, связанные со снижением уровня автономии личности (например, у пациентов психоневрологических стационаров). Возможны и другие модели. Так, в Европе и Америке пользуется популярностью *классификация моделей взаимоотношений между врачом и пациентом*, разработанная американским специалистом по биоэтике Р. Витчем*.

Каковы тенденции развития моделей взаимодействия врача и пациента?

Современная тенденция трансформации этики авторитарной* в гуманистическую* определяет необходимость перехода от *патерналистской* модели к *автономной*. Демократичный и гуманный характер автономной модели проявляется, в частности, в ее пристальном внимании к ***правам пациента****, среди которых одним из важнейших выступает *«право пациента на самоопределение»**. Соблюдение прав пациента – святая обязанность врача; преступать

их он не может даже в том случае, если это мешает выполнению им своего долга. Переход к автономной модели предполагает решение ряда конкретных задач:

- определение уровня автономности и прав пациентов, в том числе психически больных и лиц с девиантным поведением (наркоманов, алкоголиков и др.); на этом этапе возникают порой сложные, трудноразрешимые проблемы (право больного на отказ от лечения, эвтаназию и др.);
- распространение в клинической и исследовательской практике принципа «информированного согласия», предполагающего совместное с пациентом принятие решений, касающихся его лечения или участия в медико-биологических исследованиях;
- пересмотр некоторых традиционных норм медицинской деонтологии (положения о врачебной тайне, принципа «не навреди» и др.), поиск инвариантных решений;
- необходимость определения собственного отношения к новым деонтологическим подходам в новых условиях, в частности, в условиях компьютерной и телемедицины, платного здравоохранения и др.

В чем состоят сущность и проблемы основного принципа медицинской деонтологии «Не навреди»?

Содержание принципа **«Не навреди»*** определялось на протяжении истории медицины социальной реальностью, в которой он осуществлялся, уровнем соблюдения *прав пациента* и *моделью межличностного взаимодействия* врача и пациента. Будучи безусловным принципом БМЭ, принцип «Не навреди» несет в себе, особенно в условиях современной медицины, ряд этических проблем. «Не навредить» – значит не сотворить зла. Но что есть Зло в каждом конкретном случае? Хирургическое вмешательство, которое может спасти жизнь больному, но может и «навредить»: оказаться бессмысленным или неудачным, усугубить его страдания – вред это или польза? Что делать в этом случае: ждать, пустить болезнь на самотек, опасаясь *навредить*, или, наоборот, спешить предпринять все необходимое, ибо «промедление смерти подобно»? Многое здесь зависит от темперамента, характера, решительности врача, его способности к риску, его моральных установок и мотиваций. Что, например, окажется сильнее: стремление помочь, облегчить страдания, не навредить именно этому больному, или здоровая любознательность исследователя, желание испробовать еще одну методику, чтобы принести пользу многим, «навредив» при этом одному? Особенно сложно выполнение заповеди «Не навреди» в психиатрии. «Не навреди» кому? Больному? Окружающим? Но ведь часто, корректируя поведенческие реакции больного, приводя их «в норму», медицина вторгается в область личностной автономии субъекта. Не случайно именно по этическим соображениям наложен мораторий на некоторые методики в области психиатрии. Неоднозначно решается в разных моделях деонтологии вопрос о корреляции принципа «Не навреди» и права пациента на информирование о состоянии его здоровья, что проявляется в дискуссиях по поводу тактики *лжи** *и притворства** в медицине.

Как связаны права пациента с его доверием врачу и сохранением врачебной тайны?

Важнейшими обязанностями врача являются преданность интересам пациента, профессиональная честность и сохранение в тайне касающейся пациента информации. *Право больного на сохранение врачебной тайны* – один из аспектов более широкой правовой и этической категории – права каждого человека на невмешательство в сферу его частных интересов. Нарушение врачебной тайны, как писал врач и писатель В.В. Вересаев, «на практике, в рядовой массе врачей, ведет к ужасающему легкомыслию и к возмутительнейшему пренебрежению к самым законным правам больного», ведь, по сути, речь идет о *вмешательстве врача в личную жизнь больного*, что само по себе является серьезной нравственной проблемой. После 1917 г. пренебрежение врачебной тайной стало в СССР государственной политикой. Нарком здравоохранения Н.А. Семашко объявил врачебную тайну пережитком старой кастовой врачебной практики и старых глупых предрассудков, подчеркнув, что советское здравоохранение держит «твердый курс на уничтожение врачебной тайны как пережитка буржуазной медицины …». Современная деонтология отрицает необходимость безграничного вмешательства в интимный мир пациента. Вместе с тем для определения диагноза и выбора оптимальных средств лечения врач должен знать условия и образ жизни больного, особенности его психического состояния. Нередко в интересах больного врачу приходится

корректировать его морально-психологические установки, ограничивать или стимулировать те или иные потребности, рекомендовать изменить образ жизни. Необходимость такого вмешательства повышает *моральную ответственность* врача, требует от него высоких нравственных качеств. Больной должен быть абсолютно уверен в его честности, порядочности, способности сохранить врачебную тайну. Вверяя врачу свою жизнь, пациент надеется на милосердие, сострадание к себе. Он должен испытывать к врачу *доверие**. Пациент и его родственники должны быть уверены, что высказанная ими информация не станет достоянием других людей и не повредит им в будущем, что достоинство пациента будет сохранено и защищено.

Если согласиться с тем, что нравственное кредо медика – его *профессиональный долг*, требующий считать благо пациента приоритетной целью, то ***сохранение врачебной тайны*** – одно из проявлений этого ***долга*** и ***принципа конфиденциальности****, базирующегося на *доверии* врача и пациента. Императив **неразглашения врачебной тайны*** – это адекватный морально-этический ответ медика на *доверие* и *откровенность* больного, обеспечивающий надежность их доверительных отношений. Кроме прямого запрета на разглашение врачебной тайны *императив ее неразглашения* включает в себя ряд этических аспектов, указывающих на необходимость ситуативного подхода к данному вопросу. Это, в частности, проблемы *субъекта** и *границ** сохранения врачебной тайны.

Чем обусловлены этические проблемы отношений «по вертикали» в системе врач – больной?

Отношения в **системе врач–больной** – одна из основных проблем медицинской деонтологии. *«Вертикальность»* этих отношений определяется, прежде всего, изначальным *неравенством* врача и больного, проявляющимся в *зависимости* одного человека – больного от другого – врача. Проявляются эти неравенство и зависимость в следующем.

1. Врач и больной встречаются в связи с заболеванием последнего, т.е. их отношения опосредованы *страданиями* одного из них.

2. Борьба против общего врага – болезни – объединяет врача и больного, но борются они *в разных условиях*: один из них болен, другой – здоров. Врач олицетворяет активное начало, больной же в своих возможностях влиять на процессы, протекающие в его организме, ограничен, и его активность сводится лишь к волевым усилиям, направленным на борьбу с болезнью, и к оценке действий врача.

3. Отношения врача и больного обусловлены также *разницей их ролевого положения и ожиданий*. Перед врачом стоит не всегда разрешимая задача излечения человека, успех решения которой зависит от характера и сложности заболевания, стадии его развития, возраста больного, уровня медицинской науки, наличия или отсутствия средств достижения поставленной цели. Люди же, доверившие свою жизнь врачу, ожидают от него одного – умения побеждать недуг. Отсюда проистекают *моральная рефлексия* и *высокий уровень императивности* в деятельности врача: сохранять и восстанавливать здоровье человека независимо от наличия средств и условий для этого.

4. В условиях технизации медицины, лабораторных исследований, аппаратурной и компьютерной диагностики возникают некоторые сложности и изменения в системе отношений врач–больной, *«размывается» их непосредственное общение*. Расширяется круг лиц, с которыми вынужден контактировать больной; его отношения с врачом все более обезличиваются, деперсонализируются; врач воспринимает заболевание, а не человека; у больного «путешествие» по узкоспециализированным кабинетам отнимает ощущение «своего» врача.

5. Возрастает *формализация взаимоотношений* врача и пациента. Последний воспринимается не столько в плане своей индивидуальности, сколько в качестве объекта, который должен быть отнесен к определенным классификационным рубрикам, что во многом и предопределяет формы и методы обращения с ним, порождая опасность *психоэмоциональной отчужденности*.

6. Характер общения в системе «врач–больной» оказывается под влиянием *повышения общей и медицинской культуры населения.* С одной стороны, это облегчает их взаимопони-

мание, с другой – нередко порождает недоверие и пренебрежительное отношение к советам врача (особенно молодого), сомнение в правильности назначенного им лечения, стремление и склонность больных к самолечению или обращению к нетрадиционной медицине. Усугубляет ситуацию и возрастание ятрогенных заболеваний, обусловленных медицинским вмешательством.

В современных условиях в связи с возрастанием психоэмоциональной напряженности, информационных нагрузок, темпов социальной жизни, учащением конфликтных ситуаций перед врачом встает необходимость гуманизации форм общения с пациентами, умения интуитивно постигать состояние больного, настроиться на волну его переживаний, проявить сочувствие. Отношения «по вертикали» определяются сложными противоречиями между здоровьем и болезнью. Они включают в себя множество аспектов, предусматривающих все нюансы взаимодействия врача и пациента, врача и родственников больного и регулируются *деонтологическими правилами поведения медперсонала*[1]**.**

В чем состоят этические проблемы в работе медсестры?

Отношения в системе «**медсестра – больной**» также находятся сегодня под влиянием нового, автономного понимания прав пациента. В Кодексе этики, принятом Американской ассоциацией медицинских сестер, поведение *среднего медицинского персонала** рассматривается в рамках *договорной модели*, определяющей основной задачей медсестры *наилучшее обслуживание пациента.* Оно должно основываться на уважении человеческого достоинства и уникальности каждой личности (при этом ее социальный и экономический статус, личные особенности или характер заболевания не должны приниматься во внимание). Медсестра гарантирует недопустимость *соррогений** в своих действиях, а также охрану частных интересов пациента, обязуясь оберегать от посторонних информацию конфиденциального характера. Очевидно, что поведение медсестры будет зависеть от модели взаимоотношений с пациентом, которой она придерживается в своей работе. Вместе с тем положение медсестры достаточно противоречиво: она обязана не только хорошо «обслуживать» пациента, но и, подчиняясь *субординации**, выполнять указания врача и соблюдать дисциплину. Кроме того, существуют факторы, осложняющие выполнение медсестрой своих этических обязательств. Это – различия в социальном статусе врача и медсестры, их образовательном уровне. Важно и то, что врачами являются как женщины, так и мужчины, в то время как медсестры в 97% случаев – лица женского пола, что накладывает определенные ограничения на их поведение. Свобода действий медсестры во многом обусловлена также теми этическими нормами, которые сложились в данном лечебном заведении.

Как регулируются взаимоотношения врача со средним и младшим медперсоналом?

Эффективность деятельности врача достигается как за счет его профессиональных качеств, так и за счет умелого взаимодействия со средним и младшим медперсоналом.

1. Со средним и младшим медперсоналом у врача должны складываться *деловые доброжелательные отношения*, которые становятся основой *взаимоуважения* и *доверия*, снимая настороженность и напряженность, препятствующие успеху дела.

2. Доброжелательность и доверительность возможны лишь в том случае, если и врач, и средний, и младший медперсонал будут обладать необходимыми *профессионально-деонтологическими качествами* и *нравственными установками* (чувством долга, ответственности, достоинства).

3. Доброжелательность и взаимное доверие *не должны опускаться до панибратства;* врач не должен передоверять свои обязанности среднему и младшему медперсоналу, перекладывая на него свою ответственность.

---

[1] В данном разделе и Словаре при рассмотрении правил, регламентирующих отношения врача «по вертикали» и «по горизонтали», отношения врача и пациентов, врача и среднего медперсонала, среднего медперсонала и пациентов используются материал, обобщенный и систематизированный Е.Н. Бураком в гл. 9 учебного пособия «Биомедицинская этика» / под ред. Т.В. Мишаткиной, С.Д. Денисова, Я.С. Яскевич. Мн., 2003.

4. Отношения между врачом, средним и младшим медперсоналом должны строиться на высокой *требовательности* врача и к нему, и к самому себе; врач должен *контролировать работу медперсонала*, пресекая халатность, невнимательность, недисциплинированность.

5. Требовательность врача к среднему и младшему медперсоналу должна быть обоснована; врач обязан доходчиво объяснять медсестре, что и почему он от нее требует.

6. Врач *не имеет права унижать* средний и младший медперсонал, особенно в присутствии больных или их родственников. Разбор недостатков в его работе (если это не используется в качестве назидания другим) желательно проводить *конфиденциально*. Ни в коем случае врач не должен повышать тон в разговоре с медперсоналом.

7. Врач должен *передавать свои знания и опыт* работающему с ним среднему и младшему медперсоналу, служить ему примером. Выражая свое доброжелательное отношение, он должен находить в работе подчиненных не только недостатки, но и достоинства и *не скупиться на похвалу.*

8. Врач никогда не должен пользоваться услугами среднего и младшего медперсонала в решении своих проблем, не имеющих отношения к работе.

В чем состоят этические требования к отношениям «по горизонтали» – между врачами-коллегами?

Основные требования к отношениям «по горизонтали» в медицинском коллективе – это дружелюбие, доверие, взаимопонимание, надежность.

1. Для установления доверительных отношений с коллегами врач должен, прежде всего, уметь слушать, вникать и стараться понять точку зрения коллеги по любому (не только профессиональному) вопросу. Он может не принять мнение коллеги, не разделять его убеждения и жизненную позицию, он должен убеждать коллегу и даже идти на конфликт с ним – но все это в крайнем случае и в экстремальных условиях, когда на карту поставлены жизнь и здоровье пациента. Во всех же других случаях следует избегать возникновения конфликта между коллегами; они должны уметь быть лояльными, терпимыми друг к другу, признавать свои ошибки и заблуждения: это лишь укрепляет авторитет врача.

2. Врач не имеет права быть высокомерным, заносчивым по отношению к коллегам, даже если он убежден в своем профессиональном превосходстве, более богатом опыте и т.д. В противном случае его отношения с коллегами будут напряженными в силу взаимной неприязни, что обязательно отразится на их совместной работе. Рано или поздно об этом узнают больные и теряют уважение и доверие к врачу. Врач может испытывать разные чувства по отношению к коллеге, но он не должен эти чувства (особенно если они негативные) показывать.

3. Недоверие и неприязнь между коллегами часто вызываются завистью к общественному имиджу коллеги, его должности, уважению, которое выражают ему коллеги и больные, его материальному благополучию и т.д. Такая зависть непременно проявляется в том, что в отношениях возникает напряженность, грозящая перерасти в конфликт. Зависть оправдана только тогда, если она является стимулом для профессионального и нравственного совершенствования, пробуждая здоровое и полезное честолюбие. Зависть же, направленная на разрушение статуса объекта зависти, для врача недопустима.

4. Врач должен постоянно учиться у более опытных и знающих коллег, что способствует не только профессиональному росту, но и установлению взаимных уважительных отношений между коллегами. Опытные, искусные врачи обязаны мягко и тактично учить и направлять врачей менее опытных и менее искусных. Однако недопустим менторский тон, насмешки над ошибками молодых врачей, грубые «разносы» за ошибки, которые могут лишить молодого врача уверенности в себе.

5. Коллектив современного лечебного учреждения – единый организм, объединенный общей целью – заботой о жизни и здоровье пациентов. Поэтому ответственность одного врача должна разделяться всеми врачами коллектива. Коллеги обязаны приходить на помощь друг другу, не считаясь с тем, «их» это пациент или коллеги, тем более на помощь другому врачу вне зависимости от времени и места нахождения.

6. Врачи обязаны обмениваться профессиональной информацией, не пытаясь монополизировать ее в ущерб делу. Сокрытие информации (как и неуместное ее разглашение) может стать причиной гибели пациента, нанесения ущерба его здоровью. Это не противоречит соблюдению авторских прав. Если врач в процессе исследований сделал открытие, он должен его зарегистрировать и предать гласности, ибо от этого может зависеть жизнь и здоровье людей. Необходимость создания единого информационного пространства требует интенсивного обмена информацией, что предполагает установление доброжелательных отношений с коллегами из других медицинских учреждений и даже стран.

7. Отношения «по вертикали» между коллегами – главным врачом, заведующим кафедрой, заведующим отделением и их подчиненными в рамках профессии должны носить официальный характер. Недопустимо панибратство, ведущее к ослаблению дисциплины и порядка. Речь идет не о слепом подчинении или чинопочитании, а о рациональной *субординации*, при которой подразумевается, что каждое распоряжение начальника содержит в себе здравый смысл и прагматическую цель. Об этом, прежде всего, должны заботиться руководители, если хотят добиться уважения и подчинения коллег-подчиненных. Вне рамок работы и подчиненные, и начальники являются только врачами-коллегами, субординация между которыми неуместна.

8. И начальник, и подчиненный – врачи, поэтому в процессе лечения больного и тот и другой в своих профессиональных отношениях должны исходить, прежде всего, из пользы дела. Не в каждом конкретном случае начальник более компетентен, чем его подчиненный, и поэтому *начальник должен быть готовым отбросить амбициозность* и, если понадобится, ассистировать своему подчиненному, не нанося ущерба ни своему врачебному достоинству, ни своему авторитету.

9. Руководитель в целях сохранения единства коллектива *не имеет права:* высказывать явное предпочтение или неприязнь кому-либо из врачей; отчитывать подчиненных врачей в присутствии их коллег, тем более в присутствии младшего медперсонала; без необходимости пользоваться властью, проявляя нетерпимость и самодурство; использовать служебное положение в неслужебных целях, особенно в ущерб подчиненным. Он должен внимательно и заинтересованно выслушивать подчиненных, даже если они не правы, поскольку в их мнении всегда можно обнаружить рациональное зерно. Руководитель должен помнить, что эффективность его работы зависит от того, насколько он сумеет сплотить коллектив, что достигается умным, тактичным, но в тоже время требовательным отношением к подчиненным.

10. Руководитель должен поощрять подчиненных, развивая их инициативность, отмечая не столько их огрехи, сколько удачи, стимулируя тем самым уверенность подчиненных и их чувство собственного достоинства. Руководитель с высоким чувством долга и ответственностью за порученное дело не должен видеть в подчиненных угрозу своему положению; напротив, он должен на всех уровнях поощрять талантливых, достойных сотрудников, не опасаясь за свое место.

11. Врач может указать на ошибку, совершенную коллегой, только *конфиденциально или на профессиональном разборе*, причем в соответствующей, не унижающей коллегу форме.

12. Врач ни в коем случае не может отговаривать пациента лечиться у своего коллеги, а тем более «переманивать» пациентов у других врачей.

Какими этическими нормами регулируются биомедицинские исследования?

Клинические исследования, проводимые на людях*, регулируются этическими принципами биомедицинских исследований, сформулированными, в первую очередь, в таких международных документах, как Нюрнбергский кодекс, 1947; Хельсинкская декларация прав человека, 1964; Международная Конвенция Совета Европы «О правах человека в биомедицине», 1997; «Гармонизированные трехсторонние правила проведения качественных клинических исследований – Good Clinical Practice (GCP)»*, 1999; документ ВОЗ «О внедрении международных стандартов в практику клинических испытаний в новых независимых государствах», 1999; документы ЮНЕСКО «Всеобщая Декларация о геноме человека и правах человека», 1997; «Всеобщая Декларация о биоэтике и правах человека», 2005, Руководства ЮНЕСКО №1

и №2 по созданию и деятельность комитетов по биоэтике, 2005. Если исследования связаны с оказанием пациенту профессиональной медицинской помощи, то дополнительно предусматриваются правила, устанавливаемые *этикой медицинских исследований – Ethics Medical Research*∗.

В Беларуси биомедицинские исследования на человеке проводятся на основе Законов Республики Беларусь «О здравоохранении», 1993, с последующими дополнениями (новая редакция Закона готовится к принятию Палатой представителей Национального собрания РБ); «О безопасности генно-инженерной деятельности», 2006; «О лекарственных средствах», 2006; «О трансплантации органов и тканей человека», 2007; Постановлений Совета Министров Республики Беларусь «О концепции развития здравоохранения Республики Беларусь на 2003-2007 гг.» от 8 октября 2003 г., № 1276; «О государственных минимальных стандартах в области здравоохранения» от 18 июля 2002 г., № 963; «Об утверждении положений о лицензировании видов деятельности, выдачу лицензий на которые осуществляет Министерство здравоохранения» от 20 октября 2003 г., № 1378; «Об утверждении положения о государственной регистрации лекарственных средств и фармацевтических субстанций и положения о государственной регистрации изделий медицинского назначения и медицинской техники» от 20 июня 2000 г., № 921; а также в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РБ «Об утверждении правил проведения клинических испытаний лекарственных средств» (1999), на основании которого было создано Республиканское унитарное предприятие «Центр экспертиз и испытаний в здравоохранении»∗, и Приказом Министерства от 17.04.2006 г. от № 274 «О создании Национального комитета по биоэтике» ∗.

Эксперименты на животных∗, проводимые в доклинических биомедицинских исследованиях, регулируются директивой Евросоюза «О сближении законов, постановлений и административных положений государств ЕС по вопросам защиты животных, используемых для экспериментальных и других научных целей» (86/609/ЕЕС). Эксперименты проводятся в целях разработки, производства, испытания качества, эффективности и безопасности лекарственных средств, пищевых продуктов и других веществ или препаратов.

Раздел II СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ БИОМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ

Определите значения слов,
и вы избавите человечество от половины его заблуждений.
Рене Декарт

Аборт – искусственное прерывание беременности. В юридическом отношении А. прошел путь от запрещения под страхом смертной казни до полной легализации как право женщины распоряжаться функциями собственного тела. В этическом отношении существуют разные точки зрения на аборт: 1) *консервативная* – А. аморален всегда и может быть разрешен только когда речь идет о спасении жизни беременной женщины; 2) *либеральная* – утверждает абсолютное право женщины на проведение А. безотносительно к возрасту плода; 3) *умеренная* – считает А. этически оправданным лишь тогда, когда плод не достиг определенной стадии развития и если в данном конкретном случае имеют место обстоятельства, оправдывающие проведение этой операции («селективный А.»).

Автономность (от греч. *autonomia*: *autos* – сам и *nomos* – закон) – основной принцип БМЭ, согласно которому принятие надежного в этическом отношении медицинского решения основано на взаимном уважении врача и больного и их активном совместном участии в этом процессе. Принцип А. основан на единстве прав врача и пациента и предполагает их взаимный *диалог*, при котором право выбора и ответственность не сосредоточиваются всецело в руках врача, а распределяются между ним и пациентом. Моральным основанием принципа А. выступает понятие «*автономия личности*» – базовая этическая ценность, указывающая на независимость личности, право на самоопределение и свободный выбор пациентом врача, методов и форм лечения. Уважение А. относится, прежде всего, к личности, обладающей возможностью и правом распоряжаться своей жизнью и здоровьем, вплоть до сознательного отказа от лечения, даже если это решение будет стоить ей жизни.

Автономная модель взаимоотношений врача и пациента – «*модель сотрудничества*», в которой врач и пациент выступают как *равноправные партнеры.* АМ появляется в середине XX в. как проявление *интерсубъективного* подхода в медицине, наделяющего больного такой же активностью, как и врач. Гуманистический характер АМ определяется *субъект-субъектностью* отношений врача и больного. При этом АМ не отрицает значение нравственного авторитета врача, основанного на его профессиональных знаниях, компетентности и опыте, а включает в себя ответственное отношение проинформированного больного к процессу лечения и контроль больного над выполнением нравственного идеала врача – «Не навреди». АМ строится на признании *моральной автономии* пациента, его права на решение своей судьбы, стремлении к обеспечению блага пациента. В рамках АМ сложные медицинские вмешательства проводятся с письменного согласия пациента, требующего его *компетентности, информированности*, *добровольности* и *самостоятельности* принятия решения. Повышение роли пациента в принятии на себя ответственности за ход и исход лечения требует от врача более гибкого мышления. Он должен исходить из того, что любое, даже самое продуманное его решение окажется *вероятностным*, ибо его выполнение будет зависеть от субъективной устремленности больного, поскольку только он выступает полноправным хозяином своих интересов. Поэтому врач должен иметь в виду, что сферой взаимоотношений между «Я» и «Другой» является соприкосновение, взаимное проникновение личностных миров: его и больного. Каждый из этих миров субъективен, поэтому ни врач, ни больной не вправе требовать или ожидать совпадения взглядов и убеждений каждого из них.

Адаптация (от лат. *adaptatio* – приспособление) – 1) процесс приспособления самоорганизующихся систем к изменяющимся условиям среды (например, изменению температуры, содержанию кислорода); 2) результат процесса адаптации, т.е. наличие у системы приспособляемости к некоторым факторам среды; 3) в психологии понятие адаптации (дезадаптации) используется при анализе взаимоотношений индивида (личности) с окружением. В биоэтике применяется по отношению к биологическим системам (отдельному организму, его органам, к популяции организмов), отражает целесообразное реагирование сложной иерар-

хической самоорганизующейся системы (человеческого организма) на изменяющиеся условия среды.

Аксиология (от греч. *axios* – ценность и *logos* – слово, понятие) – учение о ценностях, цель которого – исследовать высшие смыслообразующие принципы как условие необходимого и общезначимого различения истинного и ложного, доброго и злого, справедливого и несправедливого. Важнейшими вопросами А. являются: что есть благо, место ценности в структуре бытия, ее значимость для субъекта и общества. В БМЭ А. подход означает анализ специфики и установление иерархии таких ценностей, как Жизнь, Здоровье, Благо, Добро, Свобода, Справедливость, Достоинство и др.

Аллергия – одна из форм иммунного ответа организма, заключающаяся в формировании его гиперчувствительности к аллергенам – химическим веществам антигенной природы, контакт с которыми может привести к развитию заболевания. В отличие от иммунитета А. характеризуется не снижением, а повышением чувствительности организма к аллергену. Острая форма А. может протекать по типу анафилактического шока. В отдельных случаях А. может развиваться вследствие ятрогений и врачебных ошибок, что требует от медика соблюдения биоэтического *принципа предосторожности* и высокой *ответственности*.

Альтернативная медицина (терапия) – направления медицины, не поддерживаемые классической медициной (фитотерапия, гомеопатия, ароматерапия, психоанализ, аюрведическая медицина и др.). В той или иной степени часть этих ветвей медицины регулируется государством, др. часть находится за рамками государственного регулирования (хиропрактика, шаманизм и др.). АМ основывается на до сих пор не познанных и не имеющих точного научного доказательства сил человека или природы, иногда – на фрагментарном опыте без объективного и тщательного изучения последствий альтернативного лечения точно определенных групп больных. БМЭ при оценке АМ придерживается плюралистичного подхода к разным ветвям медицины на основе принципа «не навреди».

Альтруизм (от лат. *alter* – другой) – самоотверженное, сознательное и добровольное служение людям, желание помогать другим, способствовать их счастью на основе мотива любви, преданности, взаимопомощи, сочувствия, сострадания. В БМЭ рассматривается как атрибутивное профессиональное качество врача.

Аморализм (от греч. *a* – не, без и лат. *moralis* – нравственный) – 1) общественное явление, выражающееся в отрицании общепринятых норм морали в поведении людей; 2) принцип практической или идейной ориентации, обосновывающий правомерность нигилистического отношения к общечеловеческим нормам морали в поведении человека; 3) характеристика отрицательных качеств человека, его поступков и образа жизни (подлость, бесчестие, беспринципность, предательство, бессовестность и т.п.). В медицине А. может проявляться в недостойном отношении к своему профессиональному долгу, высокомерном, пренебрежительном отношении к людям, цинизме, предпочтении меркантильных, карьеристских и др. Не допустим в поведении врача – представителя самой гуманной профессии.

Антропный принцип (от греч. *anthropos* – человек) **–** принцип, фиксирующий связь между крупномасштабными свойствами Вселенной и существованием в ней человека. Согласно АП, человек мог появиться не в любой точке Вселенной, а лишь в соответствующих условиях, детерминированных набором фундаментальных констант. Основные вопросы в рамках «антропного космологического принципа»: 1) является ли «тонкая подстройка» физических параметров «счастливой случайностью», обеспечившей необходимые условия для формирования высокоорганизованных структур, жизни и разума; 2) достаточна ли «причинная аргументация», объясняющая связь между наличием разумных существ во Вселенной и фундаментальными физическими параметрами нашего мира; 3) в результате каких фундаментальных законов природы формируются предпосылки появления человека и человеческого разума во Вселенной; 4) уникальна ли наша Вселенная или существует ансамбль миров с различным физическим устройством, обладающим потенциальными вариантами появления жизни и разума. С точки зрения АП положение человека во Вселенной, хотя и не считается центральным, но выступает привилегированным.

Антропология социальная (культурная) – междисциплинарная область знания, изучающая человека на уровне общества и культуры с сохранением его человеческих масштабов, неформальных статусных структур, ритуальной стороны социальной жизни, систем родства и т.п. Такой подход способствует формированию целостного мировосприятия развития человеческой истории как постоянного взаимодействия двух ее векторов – уникально-локального, неповторимо-колоритного и глобально-интеграционного, позволяя по-новому раскрыть механизмы и правила взаимодействия индивида и общества, тела, души и духа в человеке, его телесности и социальности. Одним из направлений СА, исследующим области социальной жизни, в которых проявляются функции человеческого *тела*, включенного в социокультурные, коммуникативные, познавательные процессы, а иногда определяющего развитие того или иного социального феномена или поведения, выступает *антропология тела*. СА и АТ имеют особое значение для биоэтики при решении этических проблем генной инженерии и клонирования, трансплантации, экспериментов с участием человека и т.д.

Антропоцентризм – своеобразный «антропоэгоизм» – мировоззрение, согласно которому человек есть центр Вселенной и конечная цель мироздания. А. близок *гуманизм*у, это понятия родственные: и тот, и другой замыкаются на человеке. Однако гуманизм не претендует на «центризм» человека, он стремится лишь «защитить» и «реабилитировать» его перед обществом; А. же, возвеличивая человека, забывает о его природной биологической сущности. В этом смысле А. – «бесчеловечный гуманизм», в то время как БМЭ нуждается в *«человечном гуманизме»*, трансформирующем роль *homo sapiens* из хозяина и господина живой природы в ее часть. Поэтому актуальным является переход от «старого» А. принципа регуляции отношений человека и природы к *не-антропоцентристскому* подходу, одним из которых выступает *гуманология* – новое направление в науках о человеке, в основе которого лежит современная *гуманистическая парадигма*.

Апатия (от греч. *apatheia* – бесчувственность) – термин античной этики, означающий бесстрастие, безмятежность, умение властвовать над собой. Считалась существенным свойством мудрости, обеспечивающей способность преодолевать аффекты, страсти, главные из которых – печаль, страх, вожделение, стремление к наслаждению. В БМЭ понятие А. актуализируется при исследовании проблемы права человека на жизнь, «умирания с достоинством», нравственных проблем эвтаназии и т.п.

Атараксия (от греч. *ataraxia* – невозмутимость) – термин античной этики, означающий состояние душевного покоя, безмятежность, невосприимчивости души к аффектам, перенос внимания с внешних обстоятельств на внутреннее состояние и предпочтение разума чувствам. Состояние А. – это сосредоточение на «самом общем и главном», помогающее отрешиться от тревоги в душе, возникающей, прежде всего, от ложных мнений о смерти**.** Один из важных моментов хосписной этики.

Аффект (от лат. *affectus* – волнение, страсть) – кратковременное, но очень сильно и бурно протекающее эмоциональное переживание (страх, ужас, отчаяние, ярость и т.п.), сопровождающееся криком, плачем, резкими выразительными движениями. А. может нарушать нормальное течение восприятия, мышления, вызывать помрачение сознания вплоть до патологической формы. Некоторые биотехнические (психотропные) достижения по изменению состояний сознания могут сопровождаться аффектацией, что необходимо учитывать при исследованиях на человеке.

Барьеры коммуникации – помехи, препятствующие контакту между коммуникатором и реципиентом, адекватному приему, пониманию и усвоению сообщений в процессе коммуникации. Во взаимоотношениях врача и пациента выделяются психофизические, психические, соматические и др. БК. 1. *Б. страдания, горя,* проявляющийся в желании побыть в одиночестве («оставьте меня в покое»), эгоизме (жаль себя), зависти к чужой радости и здоровью, иногда агрессивности. 2. *Б. гнева* — возникает от обиды, неудовлетворенности, несправедливости; человек «зацикливается» на первопричине своего гнева, ни о чем другом не может и не хочет говорить; коммуникация затруднена: до человека сложно «достучаться». 3. *Б. страха*, лишающий человека дара речи, не дающий возможности объясниться; может быть

вызван страхом пациента перед болезненными процедурами, неблагоприятным диагнозом или прогнозом заболевания, непонятной медицинской терминологией или инструментами и т.д. 4. *Б. стыда и вины* — «своего рода гнев, обращенный вовнутрь», особенно характерен для пациентов с «социальными» заболеваниями; заставляет человека уйти в себя, замкнуться, «самоугрызаться». Общение затруднено: энергия человека направлена на самооправдание («не думал, что так получится»), он «не слышит» неприятных для него слов, «переключается», начинает испытывать обиду и гнев, особенно если беседа с медперсоналом носит публичный и унизительный характер. 5. *Б. установки* — негативное восприятие кого-либо или чего-либо на основе предшествующего знания или предубеждения; вызывается собственным печальным опытом или чьим-то внушением и становится препятствием для непредвзятого доброжелательного отношения к другому (отношение к ВИЧ-инфицированным, наркоманам, психически больным людям). 6. *Б. презрения* — результат воспитания, связан с господствующими в обществе ценностями и идеалами; как и Б. установки, часто возникает на базе предрассудков и предубеждений, бытующих в обществе: профессиональных, расовых, национальных («лица кавказской национальности — бандиты» и т.д.). 7. *Б. отвращения, брезгливости* — связан с психофизиологическими особенностями поведения людей: неприятными манерами, отталкивающими привычками, нарушением правил личной гигиены, несоблюдением «дистанции в общении». Чтобы не вызывать подобного Б. по отношению к себе, следует внимательно следить за своими манерами, чистоплотностью, привычками и вместе с тем — быть более терпимым по отношению к другому. 8. *Б. настроения* — может включать в себя все предыдущие, быть разной степени тяжести, вплоть до глубокой депрессии. Причинами могут быть межличностные конфликты, ссоры, обиды, несбывшиеся ожидания, обманутые надежды, отказ в чем-то, на что рассчитывал. Настроение играет в общении особую роль: оно заразительно, может передаваться больным и обладает «эффектом бумеранга», возвращаясь к нам. Поэтому врач должен быть крайне внимательным к проявлениям собственного настроения, ибо «распускать себя порядочному человеку не пристало» (А.П. Чехов). 9. *Б. речи* — двойной Б.: это одновременно Б. «говорения» и Б. «слушания». Первый проявляется в языковом бескультурье: недостаточный запас слов, невнятная, монотонная речь, дефекты дикции, отталкивающий (высокомерный, амбициозный) тон, отсутствие чувства юмора, незнание речевого этикета. Второй – в неумении слушать и слышать другого: человек не умеет сдержать желания высказать собственное мнение; спешит опровергнуть собеседника, не вникая в смысл его речи и мотивы; перебивает, не дожидаясь окончания аргументации; отвлекается на несущественное, внешнее, упуская суть речи; заранее настраивается на несогласие с оппонентом (отрицательная установка). Поскольку общение с пациентом – важнейшая сторона профессиональной деятельности врача, необходимо знать и уметь преодолевать эти Б.

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

Бессмертие – термин, означающий веру в нескончаемость человеческого существования, особенно души человека. В человеческой культуре выделяются следующие концепции Б.: 1) *эйдетическая концепция* (от греч. *эйдос* – «идея», существующая отдельно от единичных вещей) – Б. понимается как приобщение к миру вечных идей; 2) *христианская концепция*, исходящая из единства тела и духа смертного человека – Б. понимается как воскресение и причастие к благодати Святого Духа; 3) *натуралистическая концепция* – признает Б. первоначал человеческой природы (атомов, генетического кода и др.) и смертность человеческого существа; 4) *социокультурная концепция, трактующая* Б. как сохранение достижений человека в памяти человечества.

Биобезопасность – система мероприятий, направленных на предотвращение или снижение до безопасного уровня неблагоприятных воздействий генно-инженерной деятельности и генно-инженерных (трансгенных) организмов на здоровье человека и окружающую среду. В 2000 г. странами, подписавшими Конвенцию о биологическом разнообразии (включая Беларусь), принят *Картахенский протокол по биобезопасности*, основная цель которого – «содействие обеспечению надлежащего уровня защиты в области безопасной передачи, обращения и использования живых измененных организмов, являющихся результатом современной биотехнологии, способных оказывать неблагоприятное воздействие на сохранение и устойчивое использование биологического разнообразия, с учетом также рисков для здоровья человека и с уделением особого внимания трансграничному перемещению» (Статья 1).

Биогерменевтика (БГ) – инновационная междисциплинарная область биологического, социо-гуманитарного и философского знания, исследовательский интерес которой сосредоточен на постижении единых закономерностей смыслов, характеризующих субстрат жизни. Рефлексия по поводу интерпретации *феномена жизни* происходит на различных уровнях: биологическом, психологическом, социо-культурном, духовно-этическом. Особенно важно раскрытие *биоэтического смысла жизни*. БГ рассматривает живое в единстве двух планов – «выражения» (организм) и «содержания» (смысл); следовательно, постижение субстрата жизни невозможно без расшифровки его смысловой сути. Особое внимание уделяется изучению роли специфичных коммуникативных (сигнальных) «маркеров» биоса (молекул нейромедиаторов, гистогормонов, феромонов), обеспечению нехимической коммуникации у живых организмов на молекулярно-генетическом, межклеточном, межтканевом, межорганизменном уровнях. Перспективными являются проблемы идентификации живой системы с биологических позиций и ее интерпретации с точки зрения ее синхронизированности в «едином плане» развития Вселенной. Первые исследования в области БГ начинаются в 80-х гг. XX в., в России ведутся в Москве и С.-Петербурге.

Биомедицинская этика (БМЭ) – этико-прикладная дисциплина, предметом которой выступает нравственное отношение общества в целом и профессионалов – медиков и биологов в особенности – к *Человеку,* его жизни, здоровью, смерти и которая ставит перед собой задачу сделать их охрану приоритетным правом каждого человека. БМЭ представляет собой систематическое исследование человеческого поведения в свете моральных ценностей и принципов в рамках наук о жизни и здоровье человека. Если биоэтика акцентирует свое внимание на проблемах Жизни любого Живого, то БМЭ конкретизирует принципы биоэтики применительно к Человеку. БМЭ носит *интегративный* характер, концентрируя в себе общие биоэтические проблемы, требования «традиционной» медицинской этики и «новые» этические коллизии, связанные с развитием медицины и биотехнологий. Конкретные биомедицинские *ситуации* и *казусы* она превращает в *прецеденты,* становящиеся основанием для этических обобщений, выводов и последующих рекомендаций. Круг *основных проблем* БМЭ: установление статуса и роли моральных ценностей в профессиональной деятельности медиков и биологов; разрешение нравственных коллизий в конкретных ситуациях, возникающих в процессе биомедицинских исследований и лечения больных; этическая регуляция межличностных отношений в системе вертикальных и горизонтальных связей в сфере медицины. Свои проблемы БМЭ решает не на профессионально-корпоративной, а на более широкой основе, с привлечением представителей других профессий и широкой общественности.

Бионика (*bionics* – англ.) – прикладная наука о применении в технических устройствах и системах принципов, свойств, функций и структур живой природы, что широко используется при разработке новых биотехнологий.

Биополитика – эко-ориентированная сфера деятельности людей, цель которой – внедрение новых социально-политических принципов разумного сочетания антропоцентризма и биосфероцентризма в познавательно-преобразующую практику для сохранения биобезопасности и экостабильности современного социума. БП – кросс-дисциплинарное направление на стыке биологического и социально-политического знания, имеющее почти полувековую историю развития и подтверждающее тенденцию лидерства биологии в современных науках и

ее активное влияние на формирование мировоззренческих позиций. В то же время усиливается встречное движение гуманитаризации всего комплекса дисциплин, исследующих *биос*. В концептуальном смысле БП – совокупность парадигм с биоцентристской направленностью, применяемых в политологии, и действенных методов и подходов современных политтехнологий (Дж.Уокэ, США; Х.Флор, Германия; А.А. Горелов, Россия). В практическом ракурсе БП по-новому оценивает понятие социальности – как биосоциальность, как успешную эволюционно-консервативную альтруистическую стратегию *биоса*, направленную на сохранение вида в целом, а не отдельных особей. Развивается с конца 60-х гг. XX в.; в 1975 г. проводится первая научная конференция «Биология и политика» (Париж); с начала 80-х гг. в США и Германии ведутся системные исследования БП. С 1985 г. действует Биополитическая интернациональная организация (БИО) и Интернациональный Университет по Биоокружению под руководством А. Влавианоса-Арванитиса (Греция). В настоящее время спектр исследовательских проблем БП включает: 1) исследование природы человека в аспекте политической теории (эволюционные корни человечества и государства, этологические и физиологические особенности политического поведения человека); 2) применение выводов биологии при решении конкретных политических проблем, главная из которых – проблема сохранения видового многообразия всех форм биоса.

Биоправо – становящаяся область социокультурной практики, цель которой – выработать нормы правовой и социально-этической регламентации взаимодействия человека с живой природой. Отвечает устойчивой тенденции дополнения моральных регуляций биоэтического стиля мышления правовыми и установления парадигмы этико-правового контроля в биомедицине. Идея БП предложена в 40-е гг. XX в. О. Леопольдом. В 1971 г. вводится понятие «экологическая ответственность перед живой природой» (Дж. Фейнберг); в 1992 г. К. Стоун предлагает придать всем природным объектам законный статус. В 80-90-хх гг. проблема законных прав природных организмов широко обсуждается в западной юридической и философской школах, как ее сторонниками (Дж. Лилли, Д.Ф. Фавре и др.), так и противниками (М. Сагофф, П.С. Элдер и др.). Сегодня сфера действия юридических аргументов биоэтики значительно расширена. Юридические основания биоэтики закреплены международным правом («Конвенции о правах человека и биомедицине», Совет Европы, 1998 и др. документы). Ценности либерализма (автономия индивида, свобода воли и выбора, информированное согласие) находят свое выражение в господствующей в биоэтике *юридической парадигме* с присущим ей акцентом на права пациента. Модель *гражданской* биоэтики (Б.Дженнингс, 1990) исходит из демократических ценностей: солидарности, равенства людей в получении медицинских услуг и социальных благ, коммуникалистских интересов и целей. Нравственно-правовые аспекты взаимодействия человека, в частности ученого-испытателя, с животными становятся перспективным направлением биоэтических исследований в отечественной и российской научной мысли (Б.Г. Юдин, А. Олескин, Н.Б. Игнатовская, Т.С. Морозкина, С.Д. Денисов и др.). В Минске в 2006 г. была проведена международная научная конференция «Гуманизация образования специалистов медико-биологического профиля» по защите прав животных в учебном процессе и научных исследованиях. Вместе с тем высказываются серьезные опасения в том, что правовой контроль может резко ограничить и затормозить развитие научных исследований, что нанесет ущерб последующим поколениям людей в их правах на здоровую жизнь. Прослеживаются два методологических подхода по данному вопросу: «индивидуалистический» и «холистический» – целостный. Первый основывается на индивидуалистической договорной традиции в этике и пытается добиться признания не только «моральных прав» животных, но и их «законодательных прав» (А. Влавианос-Арванитис, А. Олескин). Второй подход на основе утилитаристской традиции пытается обосновать «моральный статус» и «моральную важность» животных с тем, чтобы включить всех их в сферу моральной рефлексии человека (Дж. Сакс, М. Фокс, С. Дуглас-Скотт). Таким образом, *биоправо* рассматривается как поиск новых путей решения сложнейших дилемм биотехнологического прогресса, в условиях которого ограничиться лишь моральными обязательствами и персональными оценками ученого, исключив при этом государственные и правовые регламентации биомедицинских исследований, сегодня уже нельзя. Необходимо создание систе-

мы этико-правового и социологического контроля над ними, включающей нравственно-религиозные ценности.

Биоразнообразие – совокупность всех видов и форм живого, взаимосвязанных, взаимозависимых и необходимых друг другу, что обусловливает этическое требование бережного отношения к нему и заботу человека о его сохранении. Предполагает вариабельность организмов в рамках одного вида, между видами и разнообразие экосистем. В 1992 г. в Рио-де-Жанейро подписана международная Конвенция о сохранении биологического разнообразия, на основании которой разработаны проекты Национальной стратегии по сохранению и устойчивому использованию биологического разнообразия в Республике Беларусь.

Биос (биота) (от греч. *biote* – жизнь) – 1) исторически сложившаяся совокупность растений и животных, объединенных общей областью распространения; 2) целостная совокупность живого на Земле. Биоэтика на основе принципа *благоговения перед жизнью* признает *самоценность* и *права* любого Живого как самостоятельного субъекта, независимо от его пользы или вреда для человека. Моральное и юридическое признание *прав животных* ориентируют человеческое сообщество на сохранение, защиту Иного Живого и заботу о нем. В настоящее время в некоторых странах ПЖ оформляются как юридические (*биоправо*).

Биотехнология – первично: совокупность методов, использующих для промышленного производства живые организмы и биологические процессы (хлебопекарное производство, виноделие, производство некоторых биопрепаратов и др.). Современная БТ – 1) наука, изучающая возможности использования организмов, биологических процессов и систем в производстве; 2) технологии, основой которых являются генетическая и клеточная инженерия в сочетании с микробиологическим синтезом и методами биохимии. Современные БТ и их последствия – один из факторов, способствовавших возникновению биоэтики.

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

Биоценоз – биологическое сообщество, взаимообусловленный комплекс растений, животных и микроорганизмов, населяющих определенное пространство и характеризующихся определенными отношениями между собой и с абиотическими факторами среды. Нуждается в охране и поддержке.

Биоэтика (*bioethiks* – англ.) – междисциплинарное направление, ориентированное на изучение и разрешение моральных проблем, порожденных новейшими достижениями биомедицинской науки и современных биотехнологий. Термин «биоэтика» указывает, что она ориентируется на исследования живых существ (не только человека) независимо от того, находят ли эти исследования применение в лечении человека, и рассматривает проблемы ценностного характера, свойственные всем видам деятельности, связанным с Живым. *Предметом* и *высшей моральной ценностью* БЭ выступает нравственно-понимающее отношение к Жизни и любому Живому, а *главным принципом* – благоговение перед Жизнью. Основные *особенности* БЭ. 1. *Универсальность* и *глобальность*, которые ставят ее в один ряд с общей этикой: БЭ выходит за рамки жизни и здоровья человека, касаясь проблем существования животных и растений, вопросов экспериментирования на животных и соблюдения экологических требований. Потому она одинаково значима для биологов, медиков, экологов, психологов и смежных с ними специальностей. 2. *Нормативность*: БЭ нацелена на выработку близких или *единых регулятивных норм.* Она озабочена разработкой той универсальной основы, которая задается общими моральными принципами и поэтому требует не «частного», «одноразового», а единого, желательно законодательно закрепленного решения. 3. *Публичность*: ее проблемы возникают в публичных сферах жизни, в зонах *институционального* поведения, где поступки имеют осознанный и общественно значимый характер (для медицинской этики более характерна «закрытость», корпоративность). БЭ включает широкий спектр социальных вопросов, связанных с общественным здравоохранением, безопасностью труда, этикой контроля над демографическими процессами. В значительной степени ориентирована на процессы принятия

решений, выступает сферой этической оценки практических действий, на которых реально строится организация медицинской практики и системы здравоохранения.

Биоэтическая ситуация – нестандартная ситуация в медицине, возникающая в связи с новейшими достижениями биомедицинской науки, практики и биотехнологий (в области генной инженерии, клонирования, трансплантологии, психиатрии и т.д.).

Биоэтическое образование – важнейшая социальная задача, решение которой призвано существенно повлиять на оптимизацию деятельности в системе здравоохранения. Главным в БЭО является формирование у будущих специалистов способности к рефлексии над проблемами жизни и смерти человека, устойчивой ориентации и готовности в своей практической деятельности руководствоваться принципами и нормами БМЭ, сочетать чувства и разум, интуицию и логику, эмоциональную страсть и интеллектуальное напряжение. Достижение этой цели предполагает четкое определение круга проблем, избираемых для БЭО и воспитания специалиста. Из всего разнообразия тематики, диктуемой развитием биологии, практикой медицины и здравоохранения, выбираются наиболее фундаментальные проблемы, отвечающие принципам системного и целостного подходов. Анализ этических ситуаций в процессе БЭО требует также вычленения из всего объема специальных знаний наиболее «нравственно-ориентированных» разделов и последующее «обеспечение» их этико-гуманитарными комментариями. Задача БЭО состоит не только в том, чтобы описывать преломление, трансформацию моральных норм в профессиональной среде, но и в том, чтобы выявить способы их реализации в конкретных клинических и исследовательских ситуациях, имеющих свои границы и поддающихся целенаправленному контролю. В этом плане важнейшая функция БМЭ – перемещение моральных ценностей из идеальной, умозрительной сферы в практическую, что поможет поднять медицину до уровня общих моральных требований, не допуская отступлений от них под прикрытием специфики конкретных ситуаций. Важнейшие практические вопросы организации БЭО: *чему* необходимо учить, *кого* следует учить, и *кто* должен этим заниматься. Сегодня в Республике Беларусь выстраивается три уровня БЭО. 1. БЭО будущих профессионалов – студентов медицинских вузов осуществляется в процессе изучения курса «Основы биомедицинской этики» цель которого – формирование у студентов осознанного нравственно-понимающего отношения к Живому и благоговейного отношения к человеческой Жизни. 2. Обеспечение биоэтической компетентности действующих медиков через систему повышения квалификации и последипломного образования. 3. Биоэтическое просвещение населения – здесь уровень отсталости и некомпетентности, влияющий на общественное мнение и принятие решений по жизненно важным вопросам – от «информированного согласия» до принятия законов, требует незамедлительного вмешательства.

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

Благоговение перед жизнью – принцип гуманистической этики, требующий от личности индивидуального выбора на основе формулы *А. Швейцера*: «Я – жизнь, которая хочет жить… среди жизни, которая хочет жить», согласно которой следует «относиться с благоговением к каждому живому существу и уважать его как собственную жизнь… Сохранять жизнь, двигать ее вперед, доводить развивающуюся жизнь до высшей ступени – значит … делать добро; уничтожать жизнь, мешать жизни, подавлять развивающуюся жизнь – зна-

чит… делать зло. Это необходимый, абсолютный, основной принцип морали… Следовательно, этика благоговения перед жизнью заключает в себе все, что можно обозначать как любовь, самопожертвование, сострадание, соучастие в радости и стремлении… Поистине, нравственен человек только тогда, когда он повинуется внутреннему побуждению помогать любой жизни, которой он может помочь и удерживается от того, чтобы причинить живому какой-либо вред». При таком подходе подлинно нравственный человек испытывает побуждение выказывать равное благоговение как по отношению к собственной воле и жизни, так и по отношению к любой другой.

Благодарность – чувство обязанности, уважения и любви к другому человеку за оказанное им благодеяние. В отличие от античности, где Б. трактовалась как добродетель, в христианстве она понимается как обязанность и соотносится с *милосердием*. С точки зрения Канта, Б. как «священный долг» человека подкрепляет собой мотив *благодеяния*. Интерпретация понятия Б. как обязанности, долга является предметом обсуждения в биоэтике при исследовании морального содержания взаимоотношений между врачом и пациентом (проблема материального вознаграждения), исследователем и испытуемым и др.

Благоразумие – принцип действия, ориентирующий человека на достижение максимального блага. Отделив Б. от морали, Кант показал, что Б. направлено на естественную цель – счастье, и благоразумный поступок является лишь средством для его достижения. Понятие Б. привлекает особое внимание при поиске ответов на моральные дилеммы современной биомедицины, определение их статуса и принципов.

Болезнь – нарушение жизнедеятельности организма, выражающееся физиологическими и структурными изменениями, возникающими под влиянием чрезвычайных (для данного организма) раздражителей внутренней и внешней среды. Б. характеризуется общим или частичным снижением приспособляемости к среде и ограничением свободы жизнедеятельности. Задачей медицины является *лечение* Б., которое состоит в воздействии лечебными факторами или на причины, или на механизм ее развития, а также в мобилизации защитных сил организма.

Боль – своеобразное психофизиологическое состояние человека, тягостное, гнетущее ощущение, возникающее под влиянием сильных или разрушительных внешних воздействий, вызывающих органические или функциональные нарушения в организме. По отношению к Б. существует две альтернативные точки зрения: 1) «*безболезненная» медицина,* считающая, что везде, где только можно, следует стремиться снимать боль и неприятные ощущения у пациента; 2) *медицина «суровая*, считающая, что боль – это сигнал, изменение интенсивности которого свидетельствует о течении заболевания, помогая врачу корректировать его действия, и поэтому она должна иметь место. Б. является защитной реакцией организма и играет положительную роль в жизни живых существ, пока она предупреждает или предохраняет организм от грозящей ему опасности, или помогает врачу распознать болезнь. Б. мобилизует защитные силы организма на устранение болетворных раздражителей. Длительные же болевые ощущения, не поддающиеся лечебному воздействию, нарушают жизнедеятельность организма и могут вызвать серьезные расстройства и переживания. В БМЭ коррелирует с понятиями *страдание* и *достоинство* человека.

Вегетативное существование (от лат. *vegetativus* – растительный) – биологическое существование организма, находящегося в бессознательном состоянии ввиду прекращения функционирования мозга. Медицинская помощь при ВС – искусственное поддержание основных жизненных функций организма с помощью аппаратуры, способствующей воспроизведению лишь биологической – *растительной* – жизни, которая не станет автономно-суверенной, а обречена на прогрессирующую деградацию. При соответствующем медицинском обеспечении тело больного может сохранять это растительно-животное существование сколь угодно долго. Но поскольку повреждения мозга необратимы, человек, мозг которого не функционирует, перестает быть личностью *(Казус Квинлен)*.

Вересаев Викентий Викентьевич (1867–1945) – русский врач и писатель, оставивший медицинскую практику ради литературного творчества, автор книги «Записки врача» (1901),

посвященной вопросам врачебной этики, неоднозначно оцениваемой современниками и потомками. Книга содержит много продуктивных мыслей о роли медицины в обществе; о подготовке будущих специалистов-медиков; о проблеме врачебной тайны; о проведении медицинских исследований на человеке и животных и др.

Вивисекция – живосечение (от лат. *Vivus* – живой, *section* – рассечение) – оперативный метод, применяемый на живых животных с целью выяснения отправлений тех или других органов тела путем раздражения, пересадки или удаления какого-либо органа. Исследование проводится во время самой операции. В XIX в. в Англии зарождается движение против вивисекции – *антививисекция*. В 1879 г. здесь был принят «Акт о жестоком обращении с животными», регламентирующий проведение исследований с участием животных. В 1883 г. в Филадельфии было основано Американское общество против вивисекции.

Виртуальная лаборатория – замена испытаний новых биотехнологий, методов лечения, лекарственных средств, проводимых с участием человека или животных, контрольными манипуляциями с их информационными (графическими, объемными или цифровыми) виртуальными «копиями» (аналогами).

Виртуальные способности – согласно концепции российского психолога А.Н. Леонтьева, мозг заключает в себе не те или иные специфические человеческие способности, а способность к формированию этих способностей. Последние существуют *виртуально* относительно субстанции мозга и зависят от характера воздействий на него, в первую очередь информационных. Эти способности во многом определяют интеллектуально-эмоциональный статус личности и возможности ее самореализации, включая использование в этих целях высоких биомедицинских технологий.

Виталогия (от лат. *vita* – жизнь и греч. *logos* – учение) – «наука XXI века» – наука о жизни и ее высшей форме – человеке как целостной духовно-материальной сущности. Свое предназначение видит в том, чтобы предотвратить возникновение в мире ситуации, несовместимой с жизнью, для чего человечество должно перейти к качественно иному способу существования. Преобразование мира через обучение, воспитание и совершенствование человека В. не считает эффективным средством для улучшения человеческой породы, ибо точкой приложения усилий является здесь сам человек. Свою задачу В. видит в том, чтобы направить все силы на познание и совершенствование *человеческой души,* помочь человеку решить эти проблемы и обрести счастье.

ВИЧ/СПИДа этические аспекты. Точное происхождение заболевания не известно. Среди первых ВИЧ-инфицированных в начале 80-х гг. в США и Западной Европе оказались гомосексуалисты и потребители инъекционных наркотиков. Поэтому и в России диагноз ВИЧ-инфекция ассоциировался с изгоями общества, ВИЧ-позитивные люди – с асоциальными группами, а естественной реакцией общества было отгородиться от этой проблемы. Отношение общества к людям, живущим с ВИЧ, до сих пор остается негативным, основанным на стереотипах, страхах и предрассудках, сформированных в течение десятилетий («СПИД – чума 20 века»). Однако для ВИЧ-инфекции не существует традиционных границ и преград, таких как национальность, возраст, пол и т.д. ВИЧ-позитивными, могут оказаться родственники, друзья, соседи и другие близкие люди. Проблема ВИЧ/СПИДа давно перестала быть только медицинской. Она активно влияет на социальную и экономическую сферу, что заставило не только медиков, но и политиков включиться в борьбу с эпидемией. Сегодня в Республике Беларусь насчитывается более 8 тыс. ВИЧ-позитивных людей. Как правило, это молодые люди репродуктивного возраста, которые живут в обществе, взаимодействуют с ним и активно влияют на него. Основные *этические проблемы* ВИЧ/СПИДа следующие. 1. Социальная интеграция и помощь людям, живущим с ВИЧ/СПИД: наравне с другими членами общества они должны жить полноценной жизнью. 2. Со своей стороны они должны облегчать бремя эпидемии и не допускать новых случаев заражения. 3. Людям, в чью жизнь ВИЧ не вошел как собственная болезнь или болезнь близких, надо научиться сосуществовать в условиях распространения ВИЧ-инфекции. 4. В этих условиях особая роль отводится медицинскому персоналу. С одной стороны, медики призва-

ны оказывать медицинскую помощь ВИЧ-инфицированным людям, а с другой – снижать психологическое напряжение, связанное с ВИЧ-статусом, помочь интегрировать ВИЧ-позитивных людей в общество. 5. Учитывая, что во многих случаях ВИЧ-инфекция – это «болезнь поведения», необходимо с помощью квалифицированных специалистов формирование в обществе стереотипов безопасного поведения. 6. Специалисты, работающие с ВИЧ-позитивными людьми, должны обращать внимание на оказание психосоциальной помощи этой группе пациентов. Многие из них вынуждены жить в условиях стигматизации и дискриминации. Поэтому лица, осуществляющие лечение и уход, должны соблюдать конфиденциальность, хранить врачебную тайну, чтобы не раскрыть окружающим ВИЧ-статус пациента. В противном случае врачебная ошибка может дорого обойтись пациенту: не только сломать его карьеру, разрушить семью, но иногда и способствовать суицидальным попыткам.

Врачебная тайна – фундаментальная ценность и принцип медицинской этики, своеобразная модификация заповеди «Не навреди»: не навреди личности пациента в глазах окружающих, не навреди спокойствию его и его близких, ибо благополучие человека определяется не только его физическим здоровьем, но и нравственным комфортом. Является следствием взаимодействия двух субъектов: врача и пациента (его родственников и близких), в котором между ними возникает своеобразный нравственный союз, основанный на психологическом состоянии и нравственных принципах каждого из них. ВТ включает в себя сохранение в тайне всей информации, касающейся пациента. Это: 1) сведения о больном, полученные от него самого, его родственников, близких ему людей и в процессе его обследования; 2) медицинские знания, которые не следует доверять больному и другим непосвященным. ВТ составляет любая информация о факте обращения гражданина за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе заболевания, результатах диагностических исследований и лечения, иные сведения, в том числе личного характера, полученные при его обследовании, лечении, а в случае смерти – о результатах патологоанатомического вскрытия. Использование сведений, составляющих ВТ, в учебном процессе, научной литературе допускается только с согласия пациента. За разглашение ВТ медицинские и фармацевтические работники несут ответственность в соответствии с законодательством (Закон РБ «О здравоохранении», ст. 60).

Врачебной тайны неразглашение – *категорический императив медицины,* выступающий показателем нравственной культуры медика как профессионала и человека. Сохранение ВТ – одно из проявлений *врачебного долга*, требующего от медика морально-целеустремленной и профессионально-грамотной заботы о *чести и достоинстве* больных и их близких, недопустимости их оскорбления путем *диффамации* – разглашения фактов интимной жизни человека, не подлежащей вторжению постороннего любопытства. Нарушение этого императива в различных ситуациях и по разным причинам требует своей этической оценки. 1. В случае разглашения ВТ по вине медицинских работников (из-за болтливости медика, отсутствия у него такта и скромности, по соображениям меркантильности, престижа или сенсационности) данный факт следует рассматривать однозначно негативно – как проявление низкой профессиональной культуры и невысоких моральных качеств врача. 2. В современных условиях организации здравоохранения утечка информации часто происходит не по вине медиков; этому может способствовать технический прогресс: создание компьютерных банков данных в крупных клиниках, проведение мультидисциплинарных исследований; нарушение ВТ происходит также при оформлении больничных листов, санаторно-курортных карт и т. д. В связи с этим встает вопрос о мере моральной ответственности врача и медицинского учреждения за сохранение ВТ при лечении и проведении исследований. 3. Неоднозначно решается вопрос о сохранении ВТ, касающийся пациентов, страдающих психическими или так называемыми «социальными» недугами – наркоманией, алкоголизмом, венерическими заболеваниями, людей ВИЧ-инфицированных. Передача посторонним лицам информации о таких пациентах не только порождает чувство ущербности у них, но и может вызвать множество социальных проблем: послужить причиной их дискриминации на службе, в семье. Вместе с тем встает вопрос безопасности окружающих и самого пациента. Для решения этих проблем необходим, во-первых, контроль над соблюдением ВТ врачами и медиками-исследователями, во-вторых,

практическое обеспечение сохранения ВТ, например, путем создания анонимных кабинетов для лечения и обследования пациентов.

Врачебной тайны границы – этические и юридические границы ВТ оговорены в кодексах, декларациях медиков, в государственных законодательствах и определяются тем, насколько личный интерес пациента в сохранении его тайны не нарушает интересов других людей. При отсутствии противоречий этические и юридические границы ВТ остаются неприкосновенными. В случаях же, когда конфиденциальная информация, полученная врачом от пациента, угрожает здоровью или безопасности других, ее разглашение допускается, а иногда и прямо предписывается (например, когда речь идет о совершенном, задуманном или готовящемся преступлении; в случаях умышленной, сознательной передачи венерической болезни или СПИДа другому лицу; в случаях жестокого обращения с детьми и др.). Не должна также скрываться информация о некоторых заболеваниях (эпилепсия, сердечно-сосудистые заболевания) у лиц определенных профессий (стрелочник, водитель, пилот). Вместе с тем, существуют пограничные ситуации, которые, не будучи специально оговорены в законодательстве, требуют от врача конкретного нравственного решения (должен ли врач, отступая от принципа конфиденциальности, сообщить близким, что больной находится в состоянии тяжелой душевной депрессии и склонен к суициду; или предупредить соответствующие органы в случае, если психический больной сообщает врачу о своем намерении совершить убийство или другое противоправное действие?). Часть врачей считает, что нарушение ВТ в этих (и других случаях) уменьшит число больных, обращающихся за помощью, снизит искренность и доверие больного, что понизит эффективность лечения и увеличит число противоправных поступков. Однако многие врачи считают, что не следует абсолютизировать сохранение ВТ любой ценой, особенно когда есть угроза безопасности для других людей. Проблематичным является вопрос о *временных границах* хранения ВТ. С одной стороны, ВТ должна сохраняться до смерти больного, а в тех случаях, когда оглашение тайны может повредить его потомству или нарушить семейное спокойствие, то и дольше. С другой – безусловное воспрещение посмертного обнародования ВТ по отношению к общественным деятелям, имя которых принадлежит истории, может идти вразрез с законным желанием современников и потомков знать причины их смерти. Это касается и утаивания «правительственными врачами» информации о состоянии физического и психического здоровья первых лиц в государстве, от деятельности которых зависят судьбы народов.

Врачебной тайны субъект – этическая проблема в рамках принципа конфиденциальности: кто и в какой мере является С. информированности в процессе лечения или исследований; кому врач должен или может сообщить информацию о диагнозе, результатах исследования или испытаний. 1. По отношению к пациенту как С. информированности вопрос по-разному решается с позиций автономной и патерналистской этики. Принцип автономности требует сообщения полной информации пациенту; в рамках же патерналистской этики она часто остается «закрытой» для него и обсуждается только в кругу самих медиков. 2. Признание С. информированности родственников больного также порождает сложные психологические ситуации, связанные с межличностными отношениями в семье. 3. Неоднозначен вопрос о том, может ли С. получения конфиденциальной информации выступать общество, государство, его правоохранительные органы, СМИ? В Законе РБ «О здравоохранении» однозначно указано, кому медицинские и фармацевтические работники обязаны сообщать о состоянии здоровья граждан: так, при столкновении обязанности соблюдать врачебную тайну с обязанностью способствовать суду в раскрытии истины закон отдает преимущество последнему. Вместе с тем с моральной точки зрения проблема выбора для врача всегда остается: сделать С. доверительных отношений правоохранительные органы или сохранить конфиденциальность. 4. Демократические преобразования в обществе требуют расширения законодательных рамок, касающихся С., для которых профессиональная медицинская информация может быть разглашена. Так, должны нести не только моральную, но и юридическую ответственность должностные лица за сокрытие от населения информации о ситуациях, чреватых нанесением ущерба здоровью нации, напри-

мер, об авариях на промышленных предприятиях, связанных с нарушениями экологической ситуации и оказывающих влияние на состояние здоровья людей и всего живого на планете.

Вред – ущерб, наносимый здоровью пациента в связи с врачебными *ошибками*, *ятрогениями*, преступной халатностью медперсонала, неоправданным *риском*, несовершенством медицины или несчастным случаем. Предостережение от нанесения В. – основа принципа медицинской деонтологии «Не навреди».

Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) — специализированное учреждение ООН, крупнейшая международная медицинская организация, провозгласившая целью своей деятельности «достижение всеми народами возможно высшего уровня здоровья» (ст. 1 Устава ВОЗ). ВОЗ сформулировала три основных компонента, лежащих в основе современной модели отношений врача и больного: право всех людей на здоровье, право пациента на информацию, обязанность врача объяснить пациенту все, что его интересует. ВОЗ официально одобрила принцип предоставления пациенту надежной и понятной для него информации, а врачу – обеспечение доступа к объективной и поддающейся проверке информации.

Выбор моральный – форма проявления *моральной свободы.* Выбор обеспечивается *разумом* и *волей.* Любое решение принимается *разумом*, подготавливающим почву для совершения МВ, который реализуется информированной *волей*: она движет разумом, предписывая ему принятие решений, а разум предоставляет воле соответствующие цели и средства выбора. Выбор является *свободным,* когда к нему подключены все интеллектуальные и волевые способности и когда моральные требования сливаются с внутренними потребностями личности. Он ограничен и *несвободен,* когда место разума занимают чувства страха или долга, вызванные внешним принуждением или произволом, а волеизъявление личности затруднено противоречиями между *хочу, могу и надо.* МВ врача определяется *иерархией ценностей* БМЭ, в которой человеческая жизнь – приоритетная ценность, а здоровье человека – высшее благо.

Гааз Фридрих Иосифович (Федор Петрович) (1780-1953) – врач и общественный деятель. Родился в Германии, образование получил в университетах Йены и Вены, в Россию переехал в 1803 г. С 1828 г. до конца жизни был членом Московского губернского тюремного комитета и главным врачом московских тюрем. Всю свою жизнь Ф.П. Гааз посвятил заботе о заключенных, осужденных на каторгу, их детям, больных и бездомных бедняках. На собранные Ф.П. Гаазом пожертвования в Москве была построена больница, куда принимали на лечение бесприютных, пострадавших при пожарах, от холода, голода. «У Гааза нет отказа» – такую поговорку сложил о нем народ.

Генетика (от греч. *genesis* – происхождение) – отрасль биологии, изучающая законы наследственности и изменчивости живых организмов; методы управления наследственностью и наследственной изменчивостью для получения нужных человеку форм организмов или в целях управления их индивидуальным развитием. В зависимости от изучаемых объектов различают Г. микроорганизмов, растений, животных и человека. *Генетика человека* – отрасль генетики, тесно связанная с антропологией и медициной. Подразделяется на *антропогенетику,* изучающую наследственность и изменчивость нормальных признаков человеческого организма, и *генетику медицинскую*, которая изучает наследственную патологию человека (наследственные болезни, врожденные уродства и др.).

Генетическая (генная) инженерия – 1) Современная биотехнология, получение новых комбинаций генетического материала путем проводимых вне клетки манипуляций с молекулами нуклеиновых кислот и переноса созданных конструкций генов в живой организм, в результате чего достигается их включение и активность в этом организме и у его потомства. 2) Наука о генетическом конструировании новых форм биологически активных ДНК, новых форм клеток и целых организмов с помощью искусственных приемов переноса генов. 3) Совокупность разделов молекулярной и клеточной биологии, для которых характерна синтетическая методология эксперимента, позволяющая изменять структуру гена, создавать новые гены или конструировать химерные гены. ГИ разрабатывает различного рода биотехнологии, реализует возможности введения чужеродных или модифицированных генов в геном соматических клеток для генной те-

рапии некоторых заболеваний человека (например, при бета-талассемии в дефектные клетки костного мозга вводится бета-глобиновый ген). Отмечая научные и экономические перспективы генной инженерии, необходимо иметь в виду и ее этические аспекты. ГИ имеет возможность генетического контроля над организмами, может вести к социальной и профессиональной дискриминации людей. Становятся реальными: направленное изменение наследственного материала; идентичное воспроизведение генетически запрограммированной особи – *клонирование*, что имеет огромное практическое значение для сельского хозяйства, медицины и промышленности, но вызывает тревогу в отношении некоторых возможных манипуляций с человеком (например, создание химер человек-животное из наследственного материала разных видов при ксенотрансплантации) и др. Особенно ответственно следует отнестись к возможностям ГИ в будущем синтезировать неизвестные ранее гены и встраивать их в уже существующие организмы. Новые «сконструированные» организмы, попавшие в нашу среду обитания, будут принципиально отличаться от тех существ, поведение которых давно изучено, и поэтому они могут быть намного опаснее. Особенно серьезные моральные проблемы возникают при изменении генома зародышевых клеток человека.

Генетическая паспортизация – получение сведений о генетических особенностях организма и составление на их основе *генетических паспортов.* Расшифровка генома человека сделала возможным определение наличия в генотипе человека различных мутаций или полиморфных состояний генов с целью определения предрасположенности к наследственным патологиям или определенным видам деятельности. При рождении ребенка (и до его рождения) можно выявить *наследственные заболевания*, которые неминуемо проявятся (например, болезнь Альцгеймера в зрелом возрасте), или *предрасположенность* к наследственным заболеваниям. Сложной этической проблемой является вопрос доступности этой информации при Г.п. для самого человека и посторонних лиц. Информация о выявлении *наследственной предрасположенности* к заболеваниям позволяет принять профилактические меры. Многие наследственные патологии (фенилкетонурия, муковисцидоз и др.) являются предметом обязательного тестирования при рождении ребенка с целью предупреждения инвалидности и летальных исходов. Вместе с тем при выявлении неизлечимой болезни у человека могут возникнуть проблемы, например, с устройством на работу и др. В принципе Г.п. важна и полезна, т.к. позволяет человеку правильно распорядиться своей судьбой.

Генетически модифицированные организмы (ГМО) – живые организмы, содержащие новую комбинацию генетического материала, полученную с помощью генетической инженерии. С одной стороны, ГМО могут в значительной мере содействовать решению проблем сельского хозяйства и здравоохранения. С другой, неконтролируемое создание и высвобождение ГМО в окружающую среду может привести к нежелательным последствиям для здоровья человека и неблагоприятным экологическим последствиям. Опасения экологов связаны с тем, что высвобождение в окружающую среду сельскохозяйственных растений и животных, в геном которых привнесены чужеродные, не характерные для них гены микроорганизмов или вирусов, может приводить к изменению естественных биоценозов, появлению новых, более агрессивных патогенов, сорняков, поражению организмов, не являющихся мишенями трансгенных признаков и др. Во избежание опасности существует эффективная система оценки безопасности ГМО для здоровья человека и окружающей среды. Она содержит целый ряд защитных мероприятий, которые заканчиваются получением свидетельства о государственной регистрации трансгенного сорта, дающего право использовать ГМО в хозяйственной деятельности.

Генетически модифицированные продукты (генно-инженерные, трансгенные) – новые, сконструированные с помощью генной инженерии продукты (продукты питания, лекарства, косметика и др.), полученные из ГМО или содержащие ГМО, а также обработанные материалы, происходящие от ГМО и содержащие поддающиеся обнаружению способные к воспроизводству молекулы ДНК, включающие трансгены. Среди потенциальных рисков для здоровья человека, связанных с использованием генно-инженерных биотехнологий, рассматриваются, например, изменение активности отдельных генов живых организмов под влиянием вставки чужеродной

ДНК. В продуктах питания, полученных из генно-инженерных организмов может быть повышенный уровень токсичных или аллергенных веществ, который превышает установленные пределы безопасности. В этой связи каждый ГМ-продукт должен быть подвергнут обследованию, способному выявить самый широкий спектр возможных опасностей. Специалисты в области гигиены питания убеждены, что ГМ-продукты менее опасны для здоровья по сравнению с обычными, поскольку ни один обычный продукт не проходит такой тщательной проверки на безопасность, как это делают с трансгенными сортами. Тем не менее, во многих странах маркировка ГМ-продуктов закреплена законом, что дает потребителям право отказаться от их использования.

Генетическое тестирование – выявление носителей мутаций или полиморфных состояний генов (в гомозиготном или гетерозиготном состоянии), предпринимаемое в медицине и сельском хозяйстве для определения предрасположенности организма к *наследственным заболеваниям* или в целях профилизации (например, спортсменов). Наличие определенных генетических факторов обусловливает развитие тех или иных свойств (способностей) организма. С данными возможностями ГТ связаны и возникающие при этом этические проблемы в сфере медицины. Во-первых, всегда ли следует сообщать результаты ГТ самому пациенту (например, в случае выявления предрасположенности к заболеванию, которое обязательно проявится, но в далеком будущем) обрекая человека долгое время, до старости, жить с грузом этой информации? Во-вторых, как быть с информацией о возможной опасности заболевания, которое может проявиться или не проявиться – у самого пациента или у его потомства (пациент имеет право знать ее, однако она должна быть на 100% достоверной), тем более что в данном случае возникает проблема выводов и рекомендаций, касающихся человеческой жизни. В-третьих, должны ли родственники знать результаты ГТ: ведь это касается и их, может осложнить им жизнь, нанести определенный ущерб. В-четвертых, должна ли быть субъектом информирования общественность? Не приведет ли это к дискриминации людей по генетическим признакам: при приеме на работу, вступлении в брак, планировании потомства, не станет ли ГТ основой новой евгеники?

Геронтологии этические проблемы. Г. – медицинская дисциплина, занимающаяся особенностями диагностики, лечения и профилактики болезней у лиц пожилого возраста. Актуальность проблем Г. обусловлена тем, что в пожилом возрасте наиболее распространены (по сравнению с другими возрастами) почти все заболевания. Большинство из них не поддается радикальному излечению, и эффект лечения заключается только в продлении жизни и сохранении ее качества. Основными группами заболеваний пожилого возраста являются психические расстройства, болезни сердечно-сосудистой системы и опухоли. Существует ряд этических проблем в Г. 1. Тяжелые формы заболеваний в случае неблагоприятного их прогноза ставят перед врачом проблему сообщения пациенту диагноза и ожидаемой продолжительности жизни. Большинство специалистов склоняются к сообщению пациенту правдивой информации. 2. Лечение заболеваний в пожилом возрасте в некоторых случаях приводит только к удлинению продолжительности жизни, но не улучшению ее качества. Такая ситуация ставит вопрос об активной либо пассивной эвтаназии, по поводу которой существует большой спектр различных мнений, в т.ч. и противоположных. 3. Серьезной проблемой в Г. является рационирование – проблема справедливого распределения ресурсов на лечение различных заболеваний и групп больных. В условиях дефицита ресурсов пожилые пациенты находятся в невыгодной ситуации, т.к. с утилитарной точки зрения «выгоднее» лечить трудоспособных молодых больных. Скрытыми формами дискриминации пожилых пациентов является отказ им в госпитализации и не назначение им дорогих методов лечения.

Гигиена – область медицины, изучающая влияние условий жизни и труда на здоровье человека и разрабатывающая меры профилактики заболеваний, обеспечения оптимальных условий существования, сохранения здоровья и продления жизни. Относится к наиболее древним отраслям медицинских знаний. Научная Г. развивается со 2-й пол. 19 в. Для изучения санитарного состояния внешней среды и ее влияния на организм человека Г. использует физические, химические, физиологические, токсикологические и другие методы. Г. включает

ряд самостоятельных разделов (коммунальная Г., Г. труда, Г. детей и подростков, Г. питания, военная Г., радиационная Г. и др.). В рамках БМЭ Г. является предметом просвещения населения и работы со СМИ.

Гиппократ (Hippocrates) (460-377 гг. до н.э.) – великий древнегреческий врач, реформатор античной медицины, основоположник принципа индивидуального подхода к больному. Разработал систему лечения, в основе которой лежат принципы: 1) приносить пользу и не вредить; 2) противоположное лечат противоположным; 3) помогать природе, сообразовывать свои действия с ее усилиями избавиться от болезни; 4) соблюдать осторожность, щадить силы больного; не менять внезапно лекарства, применять более активные средства тогда, когда менее активные не оказывают действие. Выявил основные типы темпераментов (сангвиник, холерик, флегматик, меланхолик) и их предрасположенность к определенным болезням. С именем Гиппократа связано представление о высоком моральном облике врача и этике его поведения – Клятва Гиппократа.

Глобализация – философско-культурологическая интегративная концепция, отражающая тенденции развития мировой истории на современном этапе. С т. зр. Г. утверждается, что современное общество – это целостный взаимосвязанный мир, сталкивающийся с необходимостью культурного плюрализма при решении *глобальных проблем современности,* в частности экологических и биоэтических проблем. Г. ориентирует исследователей на универсальные нормы поведения людей и человеческих сообществ, выявляет позитивные тенденции интеграции в научной, технологической, политической, медицинской, культурной сферах. Предполагается, что глобальное взаимодействие культур приведет к становлению единой планетарной цивилизации с новой шкалой общечеловеческих ценностей и идеалов Добра, Совести, Справедливости, Добродетели, Долга, Чести, Достоинства, Милосердия, Красоты, Истины, Толерантности, Согласия. В биомедицине Г. способствует оптимальному распределению лечебных и биоресурсов (создание единого банка органов для трансплантации и др.), обмену специалистами и научными идеями

Глобальная биоэтика (термин В.Р. Поттера) – обозначает более высокий статус биоэтики, ее превращение в парадигмальную модель *принципиально новой общей этики.* ГБ определяет своеобразие нового формирующегося мировоззрения, детерминированного, в первую очередь, *принципом автономии*, который интегрирует в себе телесно-физиологические, психологические, социальные и духовные ценности, а также феноменологические, экзистенциальные и персоналистские представления о смысле жизни человека. Отличительная черта ГБ – ее индивидуально-личностная направленность, проявляющаяся в *авторизации* морального поведения, в механизмах правильного выбора из множества стратегий жизнедеятельности человека.

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

Гуманистическая парадигма БМЭ – характеризуется радикальным поворотом от эмпирического описания врачебной морали к обостренной этико-философской рефлексии над нравственными основаниями биомедицинских исследований, что приводит к расширению проблемного поля биоэтики за счет включения в него нравственных, философских, правовых компонентов, а также за счет объединения различных систем ценностей: биологических (физическое существование, здоровье, свобода от боли и т.д.), социальных (равные возможности, получение всех видов медицинских услуг и т.п.), экологических (осознание самоценности природы, ее уникальности, коэволюции), личностных (безопасность, самоуважение и др.). В рамках БМЭ ГП предполагает переосмысление таких категорий, как *гуманизм, справедливость, благо, долг* и др.; может быть реализована при одновременном соблюдении нравственных принципов и правовых норм.

Гуманное отношение к животным – обязательное требование БМЭ. При проведении научных исследований с участием животных в основу «этичного эксперимента» должны быть положены рекомендации конвенции Евросоюза, основанные на *принципах «3 R»:* 1) Re-

duction – сокращение числа животных, используемых для получения научной информации; 2) Replacement – замещение экспериментальных животных адекватными моделями *in vitro* и *in silico,* либо замена животных с высокоорганизованной психикой на стоящих ниже на эволюционной лестнице; 3) Refinement – сокращение частоты или интенсивности негуманных процедур, применяемых к экспериментальным животным. *Альтернативный метод* использования животных в эксперименте охватывает все «3R» и имеет своей целью применение научных методов при одновременном сокращении количества животных, используемых в экспериментах, а также усовершенствование экспериментальной техники с целью минимизации страданий, испытываемых подопытными животными.

Гуманология – новое направление в науках о человеке (Г.Л. Тульчинский), в основе которого лежит современная *гуманистическая парадигма,* обеспечивающая разрешение противоречия между антропоцентризмом «старого» мировоззрения, делавшего человека исключительным центром мироздания, и новым, «не-антропоцентрическим» подходом, заботящимся о Жизни и Живом во всех их проявлениях. БМЭ, снимая это противоречие, делает обе эти парадигмы *комплементарными* – «уживающимися» и взаимодополняющими друг друга. Не человек сам по себе в рамках традиционного *гуманизма* и *антропоэгоизма,* а свобода его воли, направленная на выбор им подлинных ценностей, открывает новую *пост-человечность* – человечность более высокого уровня, выявляющую способность личности не только к эгоцентризму, но и к заботе о жизни и правах Живого до-, не- и недо-человеческого уровней. Таким образом происходит распространение, расширение человеческого и человечности за пределы его биологического вида.

Демографической регуляции этические проблемы. Демография – наука о народонаселении и закономерностях его развития, в частности его *воспроизводства* вследствие естественных процессов рождаемости и смертности. Проблема ДР возникает во 2-й половине XX в. в связи с «демографическим взрывом» – бурным ростом народонаселения в слаборазвитых странах. Существует несколько моделей ДР, которые заключают в себе различную этическую оценку с точки зрения прав человека: 1) ограничение рождаемости государственно-правовым путем; 2) осуществление медико-биологического контроля над рождаемостью (вплоть до стерилизации); 3) религиозно-гуманистическая пропаганда прав человека и эмбриона; 4) свободный выбор каждым человеком собственного способа воспроизводства. Одним из самых распространенных индивидуальных средств контроля над рождаемостью попрежнему остается аборт и контрацепция, несущие в себе собственные биоэтические проблемы.

Деонтология врачебная (медицинская) (от греч. *deon* – должное, надлежащее и *logos* – учение) – пограничная дисциплина между *этикой* и *медициной,* область *медицинской этики*, имеющая свою специфику; учение о моральном долге, нравственных обязанностях и этических нормах поведения медицинского персонала, обеспечивающих оптимальное качество и результативность его работы по восстановлению и сохранению здоровья людей. Ключевым понятием медицинской Д. является *профессиональный долг* врача перед обществом и пациентами. Д. предполагает *право* медиков на профессиональные достоинство и честь, включает *нормативные принципы поведения* врача. В структуре БМЭ Д. занимает особое место**.** Во-первых, это самая первая и наиболее традиционная отрасль *профессиональной этики*; во-вторых, она носит наиболее *прикладной характер*, непосредственно вторгаясь в область регуляции человеческих отношений и воплощаясь в *деонтологических Кодексах.* В узком смысле Д. – это совокупность конкретных норм и принципов медицинской морали применительно к *определенной специальности*. Поскольку врачебные специальности существенно различаются, Д. требования, регулирующие практическую деятельность врачей-специалистов, носят специфический характер. Различают Д. терапевта, хирурга, акушера-гинеколога, педиатра, онколога, психиатра, дерматовенеролога и др. Основные *сферы регуляции общей и специальных Д.*:

взаимоотношения между врачом и пациентом, в том числе в присутствии других больных и в присутствии коллег – отношения «по вертикали»;

взаимоотношения между врачом и пациентами-детьми;

взаимоотношения между врачом и близкими пациента, в том числе в присутствии последнего и в присутствии посторонних;

взаимоотношения между врачом и его коллегами, в том числе в присутствии пациента, его близких и посторонних – отношения «по горизонтали»;

взаимоотношения между врачами и средним (младшим) медперсоналом, в том числе в присутствии больных;

отношение врача к врачебной тайне и его право на распространение информации;

право врача на эксперимент и этические проблемы медицинских исследований*;

проблема юридической ответственности врача;

проблема материального и морального вознаграждения врача.

Дерматовенерологии этические проблемы связаны, в первую очередь, с особенностями заражения и течения данных болезней. 1. Проявления кожного заболевания могут наносить больному моральную травму, изменяя его внешность, пути заражения венерическими болезнями носят интимный характер, поэтому врач должен проявлять особую осторожность и тактичность при изучении анамнеза, назначении лечебных и реабилитационных мероприятий больным ДВ профиля. 2. Достаточно негативное отношение населения к контингенту пациентов ДВ учреждений порождает боязнь огласки и элемент неловкости при необходимости обращения в ДВ учреждение, что приводит к несвоевременному обращению пациентов за необходимой помощью и в итоге может быть причиной запущенности заболеваний, запаздывания противоэпидемических мероприятий. 3. Врач-ДВ должен четко разграничивать правовые и этические нормы своей профессиональной деятельности, в частности по отношению к *врачебной тайне*. Из этических соображений больному можно не сообщать диагноз неизлечимой на сегодняшний день кожной болезни, убеждая его, что самые современные методы лечения направлены на облегчение его страданий и скорейшее выздоровление. В то же время близким родственникам (матери, жене, сыну или дочери) врач в деликатной форме должен объяснить суть и возможный исход болезни. При венерическом заболевании – сифилисе или гонорее – истинный диагноз больному сообщается, он дает подписку о том, что он ознакомлен с диагнозом, и врач объясняет больному, что он должен помочь привлечь к обследованию всех, с кем имел половые и тесные бытовые контакты за последнее время. Если у половых партнеров не выявлено такое же заболевание и им проводится только превентивное лечение, то сообщать им точный диагноз виновника вызова их на обследование нет необходимости, можно ограничиться словами, что у данного человека острое или хроническое воспалительное заболевание мочеполового тракта. Никаких сообщений по месту работы или жительства больного заразным кожным или венерически заболеванием не делается. В противном случае врач несет уголовную ответственность за разглашение врачебной тайны. Исключением из правила является ответ на официальный запрос прокурора или народного суда по какому-то конкретному делу. Вопросы об источниках заражения пациента венерическим заболеванием, его половых контактах, интимной жизни больного вообще не могут быть предметом обсуждения во время обхода, они решаются только в личной беседе с больным лечащего врача или заведующего отделением. Таким образом, врач-дерматовенеролог в своей работе обязан постоянно демонстрировать гармоничное сочетание профессионализма с нравственно-этическими и деонтологическими нормами поведения, уважая действующие законы и права человека.

Диалог – логико-коммуникативный процесс, при котором люди взаимодействуют посредством обмена своими смысловыми позициями, что ведет к кристаллизации идей, к их творческому взаимообогащению и синтезу. Общие требования к ведению Д.: 1.Для Д. необходим единый язык; 2. Д. возможен лишь при наличии общего предмета обсуждения; 3. Необходимым условием Д. является существование желания и потребности в общении между его участниками; 4. Непременное условие сотрудничества в Д. – отдавать предпочтение слушанию перед говорением; 5. Сотрудничество в Д. исключает конформизм и требует критического отношения к высказываниям и взглядам партнера; 6. Важнейшее условие продуктивного Д. – сво-

бода. Эти требования к ведению Д. должны соблюдаться как в общении врача и пациента, так и в научных дискуссиях между коллегами.

Добро и Зло – наиболее общие понятия морального сознания, разграничивающие нравственное и безнравственное; универсальная этическая характеристика всякой человеческой деятельности и отношений. Д. есть все, что направлено на созидание, сохранение и укрепление блага; З. есть уничтожение, разрушение блага. Все профессиональные медицинские кодексы и клятвы, в которых сформулированы основные нравственные принципы, определяющие идеалы, мотивы и действия врача, ориентированы на Д. В БМЭ проблема Д. и З. в конкретных ситуациях нацеливает на неоднозначные решения, которые осложняются тем обстоятельством, что в реальной жизни нет *абсолютного Д.* и *абсолютного З*. Каждое действие врача может в той или иной степени нести в себе и то, и другое.

Добровольности принцип – принцип автономной этики, предполагающий добровольное (самостоятельное) решение пациента или его согласие на медицинские манипуляции. Это уважение свободы волеизъявления личности, предполагающее самостоятельное принятие решения или согласие на медицинские манипуляции или исследования при условии информированности и отсутствия внешнего принуждения – не только физического или морального давления, но и зависимости разного рода.

Добродетель (буквально – деятельное добро, делание добра) – 1) этическое понятие, характеризующее готовность и способность человека следовать добру; 2) совокупность душевных и интеллектуальных качеств, выражающих совершенный моральный идеал; 3) способность поступать наилучшим образом во всем, что касается удовольствий и страданий и связано с достижением *счастья,* тождественного высшему благу; путь к счастью и существенная часть самого счастья (Аристотель); 4) моральная твердость воли человека в соблюдении им *долга*, который представляет собой моральное принуждение со стороны разума, обязанности по отношению к себе и другим (И. Кант). В сфере интересов биоэтики Д. связана с моральными дилеммами, возникающими в современной биомедицине, обоснованием морального выбора в конкретных ситуациях взаимоотношений между врачом и пациентом, исследователем и испытуемым в контексте биомедицинских исследований.

Доверия принцип – принцип автономной этики, основанный на симметричности, взаимности отношений врача и пациента, при которых пациент отдает себя в руки врача с верой – *доверием* к его профессионализму и добрым намерениям. Д. во взаимоотношениях между врачом и пациентом повышает эффективность медицинской помощи, устраняет причины, заставляющие пациента избегать лечения (в частности, боязнь огласки). Д. тесно связано с принципом *конфиденциальности*.

Долг врачебный (профессиональный) – ключевое понятие БМЭ. ВД заключается в выполнении всех требований, связанных с его работой и достижением главной цели – успеха в лечебной деятельности и оздоровлении больного, в независимости от условий и времени оказания медицинской помощи, от состояния врача и его отношения к личности больного. Врач должен быть всегда готов оказать медицинскую помощь, индивидуально и вдумчиво подходить к каждому больному, быть внимательным и заботливым, проявлять при этом максимум творческой активности, исходя не только из последних достижений медицинской науки и практики, но и из принципов и норм профессиональной морали. *Этические проблемы* исполнения ВД: 1. Необходимость выяснить для себя, в чем конкретно заключается твой долг как врача и человека; в случае расхождения попытаться совместить эти «долги», руководствуясь не только моральным кодексом, но и собственной *совестью.* 2. Профессиональный ВД категорически запрещает проведение *научно необоснованных* экспериментов на живых людях (в том числе над заключенными, безнадежно больными, умственно неполноценными) даже с их согласия. 3. Новые, *научно обоснованные*, но еще не допущенные к всеобщему применению методы диагностики, профилактики, лечения и лекарственные средства могут применяться врачом по отношению к больному лишь при соблюдении *основных принципов БМЭ*; их несоблюдение при апробации, испытании нового медицинского метода или средства, не связанного с излечением больного, или несущего в себе слишком большой риск, делает экспери-

мент неправомерным и безнравственным. 4. Долг врача – приходить на помощь прежде всего тем, кто в ней нуждается в первую очередь, независимо от его социального происхождения; предпочтение собственного интереса или желание избежать беспокойства и риска – нарушение морально-этического долга врача. Независимо от причины такой поступок признается аморальным и непростительным для врача.

Достоинство – в широком этическом контексте – *самоценность*, которой обладает каждый человек по праву своего рождения, поскольку он человек (человеческое Д.). Проявляется в самоуважении, внутренней уверенности личности в собственной ценности, ее сопротивлении попыткам посягнуть на свою индивидуальность и независимость. Все люди, и пациенты в том числе, независимо от их социального статуса, психического и физического состояния и поведения имеют равные права на признание и уважение собственного Д. В БМЭ уважение *человеческого Д.* связано и с такими ситуациям, когда человек в силу своего физического или психического расстройства не способен к автономным действиям, когда речь идет не о человеческой личности, а о человеческом существовании (ситуации вегетативного существования, тяжелые формы гериатрического состояния, статус эмбриона человека и др.). В БМЭ понятие Д. человека находится в сложном взаимодействии с переживаемыми им *болью* и *страданием.* От неоднозначности их восприятия зависит решение многих важных проблем БМЭ, в частности, отношение к эвтаназии.

Евгеника (от греч. *eugenes* – породистый) – научное направление первой половины XX в., в рамках которого ставилась задача совершенствования наследственных характеристик человеческой популяции (физических и интеллектуальных). Методы Е. были направлены на то, чтобы остановить генетическое вырождение человечества, связанное с развитием медицины и социальной поддержкой индивидов, в результате которых ослабло действие естественного отбора. В рамках *негативной* Е. отстаивается идея лишения «неполноценных» граждан (алкоголики, наркоманы, преступники и т.п.) возможности продолжения рода и передачи по наследству «недостойных» генов. В рамках *позитивной* Е. ставится задача обеспечения преимуществ для воспроизводства наиболее одаренных (физически и интеллектуально) людей. В последние десятилетия Е. снова начинает развиваться в связи с бурным прогрессом молекулярной генетики, клонирования и др. биомедицинских исследований, выдвигая требования учитывать этические и социокультурные факторы вмешательства в наследственные программы, осуществлять их регуляцию и контроль за ними, исходя из блага человеческой популяции.

Жизнь – форма существования целостных высокомолекулярных систем, отличающаяся обменом веществ и энергии, способностью к размножению, росту, активной регуляции своего состава и функций, раздражимостью, приспособляемостью к среде и т.д. Однако данное определение не может считаться исчерпывающим. В биологии и медицине конкретное различение живого и неживого, особенно в пограничных случаях, встречает затруднения. В настоящее время *критерием жизни человека* считается функционирование его мозга. Ж. человека рассматривается в этике как естественное, т.е. неотъемлемое, присущее человеку от рождения право, как высшая ценность; в биоэтике – как главная цель врачевания. Выявление критерия и сущности Ж. является центральной биоэтической и профессионально-медицинской проблемой, в частности для определении судьбы эмбриона, в реаниматологии, трансплантологии, терапевтическом клонировании и др. манипуляциях с человеческой Ж. В этике Ж. человека рассматривается как высшая *ценность*, предполагающая *любовь к жизни.* В БМЭ борьба за сохранение Ж. – главная *цель* врачевания.

Заболевание – нарушение нормальной жизнедеятельности организма, обусловленное функциональными или/и морфологическими изменениями. Возникновение З. связано с воздействием на организм вредных факторов внешней среды (физических, химических, биологических, социальных), с его генетическими дефектами и т. д. Взаимоотношения врача и пациента, находящегося в состоянии З., составляет предмет деонтологии.

Здоровье – естественное состояние организма, характеризующееся его уравновешенностью с окружающей средой и отсутствием каких-либо болезненных изменений, «состояние

полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» (ВОЗ).

Здравоохранение – социальная система, включающая совокупность действий, главная цель которых состоит в *охране здоровья* населения – его укреплении, восстановлении и поддержании; предупреждении и лечении заболеваний; создании здоровых условий труда и быта; содействии всестороннему физическому и духовному развитию населения; обеспечении его общедоступной квалифицированной медицинской помощью. Система З. – наиболее институциализированная и оформленная в правовом отношении сторона медицинской деятельности.

Знахарство – самодеятельное занятие врачеванием лицами, не имеющими медицинского образования, средствами и методами, не основанными на данных медицинской науки. З. бывает наивным, его можно квалифицировать как добросовестное заблуждение, оно ищет самооправдания в логике «цель оправдывает средства». Однако часто возникает конфликт: из уст в уста передается молва о «прекрасных результатах» З., «оригинальных методах» лечения каких-либо недугов, которые не признаются «врачами-консерваторами». БМЭ оценивает З. с точки зрения соотношения *целей* и *средств* излечения, поэтому требует не только осуждения, но и внимательного изучения, т.к. З. может содержать в себе неизвестные науки элементы народной или нетрадиционной медицины.

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

Институциональность – особенность современной БМЭ как прикладной этики, связанная с необходимостью решения социальных и профессиональных проблем здравоохранения через создание и функционирование специальных институтов, в частности, биоэтических комитетов, профессиональных моральных кодексов и др.

Интернет-зависимость *(Internet addiction disorder, IAD* – англ.) — реально существующий феномен психологической зависимости от Интернета. Различают два подхода в интерпретации ИЗ: 1) как социальное явление, как феномен массовой культуры, когда человек, работающий в Сети, получает «удовольствие от общения» (*communication pleasure*); 2) как болезнь, результат влияния информационных технологий на человеческое сознание, проявляющаяся в особой страсти к Сети, когда человек страдает от такой зависимости, но не может без посторонней помощи прекратить это общение или регулировать его. Во многом определяется системой моральных ценностей и предпочтений человека.

Интимность отношений (от лат. *intimus* – глубокий, внутренний). В медицине – близость, тесные двусторонние «человеческие отношения» в системе «врач–больной». Этика предполагает при этом их обоюдную готовность выполнять моральные нормы, нести ответственность, проявлять уважительность, честность, откровенность по отношению друг к другу. «Обнажаясь» перед врачом и физически, и эмоционально, больной ожидает от последнего не только сочувствия, но и соучастия, при котором врач «возьмет на себя» его боль. Именно экстремальная ситуация вынуждает пациента «впустить» врача в свою личную жизнь. Врач становится для него самым близким человеком, его «доверенным лицом»; больной идентифицирует врача с собой, полностью доверяя ему, а врач идентифицирует себя с пациентом, воспринимая его боль и принимая все меры для ее облегчения. Эта *эмоциональная близость* порождает один из самых деликатных вопросов БМЭ – возможность возникновения на основе внимания, доверия, заботы о другом человеке, обязательных для процесса лечения, глубоких и сложных чувств, сексуальных влечений или просто интимных связей с пациентами. Традиционно ИО между врачом и пациентом осуждаются, так как считается, что они ставят под угрозу процесс лечения.

Информационная свобода личности – возможность человека получать необходимую для его жизни, здоровья, профессиональной деятельности и развития информацию, а также выражать свою точку зрения по поводу тех или иных природных, общественных, научных явлений, передавать информацию другим людям, т. е. распространять ее в обществе. ИСЛ лежит в основе принципа информированного согласия и проблемы врачебной тайны.

Информированного согласия принцип (получение согласия на основе ознакомления) – принцип БМЭ, требующий получения согласия больного или испытуемого на любое вмешательство в сферу его здоровья (госпитализация, назначение исследований или лечения). Предполагает соблюдение *права пациента* знать правду о состоянии своего здоровья, о существующих способах лечения его заболевания и риске, связанном с ними. Сложные медицинские вмешательства (лечение или обследование) требуют получения ИС пациента, ознакомленного с их целью и возможными результатами, в письменном виде. ИС – это коммуникативный диалог врача и пациента с соблюдением необходимых этических и процессуальных норм: учет психического состояния, уровня культуры, национальных и религиозных особенностей пациента; тактичность врача или исследователя, его моральные качества, способность обеспечить понимание информации пациентом. При получении ИС должны учитываться *компетентность* пациента и подлинная *добровольность* принятия им решения, т.е. оно должно быть получено без угроз, насилия и обмана. Добровольное согласие – это *право* пациентов, получение такого согласия больного – это *обязанность* врача. Особый случай – получение ИС от больных с психическими заболеваниями, приобретающее в психиатрии следующие аспекты. 1. Как и в любой другой области медицины, больному должна быть представлена полная и всесторонняя *информация*, включая ответы на все его вопросы о заболевании, диагнозе и прогнозе, продолжительности лечения и риске, связанном с применением особо опасных видов или методов лечения. 2. В психиатрии согласие на лечение и клинические эксперименты требует дополнительных гарантий защиты прав пациентов, поскольку душевнобольные относятся к категории особо уязвимых.

Казус (медицинский) – конкретный случай клинической медицины, затрагивающий жизнь и здоровье человека, отличающийся сложностью, вариативностью возможных решений и неоднозначностью оценок – на уровне международных законодательных актов, теоретической этики, религиозных конфессий, обыденного сознания. Особый интерес для БМЭ представляют МК, превращающиеся в *прецеденты,* которые могут стать основанием для этических обобщений, выводов и последующих рекомендаций. «Открытость» МК для обсуждения, возможность и допустимость принятия индивидуальных самостоятельных решений в каждой конкретной ситуации – как со стороны врача, так и пациента – обусловливают одну из особенностей БМЭ как прикладной этики – ее *ситуативный характер.* В учебном процессе анализ этической стороны МК представляет наиболее продуктивный современный метод изучения БМЭ – *case-study.*

«Казус Квинлен» – уникальный случай клинической медицины, произошедший с американской студенткой Карен Квинлен более 20 лет назад. Под влиянием алкоголя и ЛСД она потеряла сознание, была доставлена в госпиталь и подключена к аппарату «искусственные легкие-сердце». Через некоторое время медики зафиксировали гибель мозга, но аппаратура не была отключена. Спустя месяц, когда консилиум авторитетных врачей подтвердил необратимость произошедших изменений, а «вегетативное существование» продолжалось лишь за счет аппаратуры, родители девушки попросили отключить аппарат и дать возможность смерти довершить свое дело, а им — похоронить и оплакать свою дочь. Однако администрация госпиталя отказала им, мотивируя это тем, что ни родные, ни врачи, ни сам больной не имеют права решать вопрос жизни и смерти человека. Родители подали в суд, и началось первое в истории медицины судебное разбирательство подобного рода, которое длилось больше года. Самым сенсационным было то, что когда по решению Верховного суда США аппаратура была отключена, тело Карен продолжало функционировать самостоятельно, но по-прежнему в «растительном» состоянии, при нулевой энцефалограмме. Медицина не может объяснить этого явления, хотя после случая с Карен было зафиксировано еще несколько подобных ситуаций, в том числе и благополучные роды здорового ребенка женщиной в состоянии «клинической смерти». «Казус Квинлен» вновь сделал актуальными вопросы: что оз-

начает утверждение, что данный человек умер? Когда окончательно наступает смерть? Что означает отсутствие сознания? Чем является тело человека, мозг которого не функционирует? Дискуссия вышла за рамки медицинских и юридических проблем, приобрела этический оттенок и потребовала нового определения и пересмотра понятий «жизнь», «смерть», границы между ними.

Качество жизни – совокупность характеристик уровня жизни человека и общества, включающих качество условий жизни человека: его продуктов питания, жилья, окружающей среды, здравоохранения, удовлетворение насущных потребностей, его самочувствие и состояние здоровья. КЖ – один из важнейших критериев «достойной жизни» человека; в БМЭ – один из аргументов в решении вопроса о проведении реанимирования человека, а также вопроса об эвтаназии.

Клиническое испытание/исследование – изучение безопасности и/или эффективности исследуемого лекарственного средства или клинической методики для человека, направленное на выявление или подтверждение клинических, фармакологических и/или фармакодинамических свойств исследуемого препарата и/или проводимое с целью выявления его побочных эффектов. Предполагает предварительное проведение *доклинических исследований,* не включающих в себя экспериментов на людях и проводимых на животных при наличии гарантий соблюдения гуманного отношения к ним. В КИ участвуют исследователь и испытуемый. *Исследователь* – физическое лицо, несущее ответственность за проведение КИ в лечебно-профилактическом учреждении. Если испытание проводится коллективом сотрудников учреждения, исследователем (основным исследователем) является руководитель коллектива. Он гарантирует соблюдение прав испытуемого. *Испытуемый* – участник КИ, который дает добровольное согласие на участие в испытании на основе ознакомления с его условиями и предполагаемыми результатами. При этом испытуемому должны быть предоставлены гарантии сохранения его здоровья, а его права и интересы должны быть максимально защищены. КИ проводятся на основе *программы испытаний (протокола)* – документа, описывающего полученные ранее данные и обоснование КИ, его задачи, методологию, процедуры, статистические аспекты и организацию, а также возможные поправки к протоколу. Важное место в этом документе занимает раздел получения согласия испытуемых на основе ознакомления и соблюдения этических принципов проведения самого испытания, защиты прав испытуемых и гарантирования конфиденциальности информации в отношении к ним.

Клиническое испытание лекарственных средств (Статья 15, Закон Республики Беларусь «О лекарственных средствах») – проводятся на физических лицах в целях выявления или подтверждения клинических свойств исследуемых лекарственных средств и (или) выявления побочных реакций на лекарственные средства, изучения всасывания, распределения и выведения их из организма. Решение о назначении клинических испытаний лекарственного средства принимается Министерством здравоохранения Республики Беларусь при наличии: а) положительных результатов доклинических исследований эффективности и безопасности лекарственного средства; б) убедительных данных о том, что риск побочных реакций на лекарственное средство будет ниже его ожидаемой положительной эффективности и безопасности. Проводятся государственными организациями здравоохранения, определяемыми Минздравом РБ, в соответствии с требованиями *Надлежащей клинической практики* и программой (протоколом) клинических испытаний, одобряемой комитетом по этике и утверждаемой Минздравом РБ.

Клонирования этические проблемы. К. (от греч *klon* – ветвь, отпрыск) – искусственное создание генетически идентичных исходным клеток, тканей, организмов путем неполового размножения. Может быть использовано для тиражирования ценных пород животных, сохранения редких видов, создания тканей или органов, необходимых для трансплантологии («*терапевтическое клонирование*»). Существует теоретическая возможность создания генетических копий человека из отдельной клетки, однако идея К. человека подвергается всесторонней биоэтической экспертизе. *Медико-биологическая* мотивация запрета на КЧ связана в первую очередь с высоким процентом неудач – повреждений эмбрионов и мертворождений при К. животных. Кроме

того, в процессе культивирования клеток могут возникать мутации, что может привести к рождению генетически неполноценных детей. Существуют данные о преждевременном старении клонированных организмов из-за того, что каждая клетка имеет свой лимит делений, а клонированный организм происходит не из «молодой» половой клетки, а из «старой» соматической клетки, уже прошедшей большое количество делений. С *этической* точки зрения у КЧ также есть сторонники и противники. Сторонники КЧ видят в нем, прежде всего, перспективный репродуктивный способ, которым могут воспользоваться люди, не имеющие возможности поиному воспроизвести свои гены и получить в результате собственного ребенка. Гипотетически КЧ может дать возможность «размножать» гениальных людей, обеспечивать кому-то «бессмертие», создавая его копию. Противники указывают на то, что результатом К. становится не ребенок своих родителей, а однояйцевый близнец отца или матери, что порождает новые моральные и правовые проблемы. С другой стороны, существует определенная опасность злоупотреблений и спекуляций на несчастье бездетных людей. Поэтому в настоящее время существует запрет на КЧ (Конвенция Совета Европы «О правах человека», дополнительный протокол 2002 г.). Допустимым является лишь клонирование животных и отдельных органов человека, необходимых для трансплантации, проводимое при соответствующем этическом контроле.

Клонирование терапевтическое – направление современной генетики, целью которого является К. не целостного организма человека, а отдельных его органов и клеток в интересах лечения больных, в частности для трансплантации. Один из предлагаемых методов – К. и использование эмбриональных стволовых клеток, что возвращает исследователей к этическим проблемам *статуса эмбриона*.

Клятва Гиппократа – свод морально-этических норм поведения врача, предусматривающий соблюдение принципа «Не навреди»; признание святости жизни; готовность воздерживаться от злодеяний и коррупции, сохранять врачебную тайну, отдать все силы и знания укреплению здоровья больных, делиться знаниями с коллегами, проявлять уважительное отношение к учителям, обучивших искусству врачевания.

Кодекс (от лат. *codex* – книга) – свод нравственных норм, предписываемых к исполнению: Кодекс врачебной этики; Клятва Гиппократа; Факультетская клятва врача. Деонтологические кодексы предполагают высокие моральные качества врача, его долг перед обществом и пациентом, право врача на профессиональные достоинство и честь. В Республике Беларусь действует *Кодекс врачебной этики*, принятый I съездом врачей Республики (1998) и утвержденный Министерством здравоохранения (1999). В нем отражены принципиально важные, необходимые и общезначимые для каждого врача морально-этические, психологические и правовые нормы и принципы взаимоотношений между врачом и участниками лечебного процесса (пациентом, его родственниками, коллегами и др.).

Коллегиальность – принцип БМЭ, предполагающий обращение за помощью и советом к коллегам, умение уважать их мнение и прислушиваться к нему, не допускать покушений на авторитет коллег, унижение их достоинства, сомнений в их компетентности. В медицине К. находит широкое проявление в проведении *консилиумов*. К. не исключает критичного отношения к непрофессиональным действиям коллег и борьбы с негативными проявлениями корпоративности.

Комитет по этике (этический комитет) – независимый от заинтересованных в проведении клинического испытания сторон (спонсора, исследователя, контрактной исследовательской организации) коллегиальный орган, включающий в себя врачей и научных деятелей, специалистов по этике, юристов, представителей духовенства, профессиональных медицинских ассоциаций и других общественных объединений, осуществляющий этическую экспертизу планируемого или текущего клинического испытания. Впервые КЭ как специальные структурные подразделения возникают в 50-х гг. XX в. в США с целью проведения официальной *этической экспертизы* исследований, финансируемых из федерального бюджета, причем обязательной этической экспертизе подлежат не только биомедицинские, но и психологические, антропологические и другие исследования, проводящиеся на человеке или на животных. С 1967 г. КЭ создаются для проведения независимой этической экспертизы и контроля,

обязательных для всех биомедицинских исследований, при больницах и исследовательских учреждениях Великобритании. По мере расширения практики биомедицинских исследований их *этическое сопровождение,* осуществляемое КЭ, становится во всем мире нормой. Сегодня каждый исследовательский проект должен получить *одобрение* независимого КЭ – принятое КЭ заключение, подтверждающее факт проведения экспертизы документации по клиническому испытанию и являющееся разрешением на его проведение в данном лечебно-профилактическом учреждении в соответствии с инструкциями этого комитета, а также требованиями правил GCP и контрольно-разрешительных инстанций. В настоящее время КЭ активно функционируют в России, Украине, Литве. В Беларуси деятельность КЭ координируется Центром экспертиз и испытаний в здравоохранении. КЭ создаются при государственных организациях здравоохранения в качестве экспертного совета. Рассматривают вопросы обеспечения прав, безопасности и охраны здоровья лиц, участвующих в клинических испытаниях, одобряют программу (протокол) клинических испытаний, оценивают квалификацию исследователей и наличие условий для проведения испытаний, а также методы получения согласия испытуемых на основе их информирования. В своей деятельности КЭ руководствуются принципом «делай благо», а также принципами независимости, компетентности, открытости, плюрализма, объективности, конфиденциальности, социальной справедливости, коллегиальности.

Контрацепция – методы и средства предупреждения беременности, один из основных способов профилактики аборта, планирования семьи, регулирования количества народонаселения. Главное требование к средствам К. – их безвредность для организма женщины. В этическом аспекте отношение к К. неоднозначно. Православие относится к К. резко негативно, т.к. считает ее покушением на волю Божью и основанием для развращенности нравов. В современном католицизме и протестантизме К. допускается как способ профилактики нежелательной беременности и планирования семьи. БМЭ считает применение К. одним из самых действенных и гуманных способов предотвращения абортов. В условиях распространения СПИДа мужские средства К. служат также для предохранения от ВИЧ-инфекции.

Конфиденциальности принцип (от лат. *confidentia* – доверие) – принцип, обеспечивающий *взаимное доверие* между врачом и пациентом. Базируется на двух этических аргументах: 1) *утилитаристском*, исходящем из соображений полезности, ибо нарушение К. ухудшает взаимоотношения пациента и врача и затрудняет выполнение последним своих обязанностей; 2) *деонтологическом*, опирающемся на моральные соображения, что каждый индивид имеет право сам решать, в какой мере его мысли, переживания, чувства могут быть сообщены другому. К. предполагает строгое соблюдение *врачебной тайны*, надежное хранение врачом информации, полученной от пациента, анонимность проводимых исследований, минимизацию вмешательства в личную жизнь пациента, тщательное хранение данных и ограничение доступа к ним не только при жизни, но и после смерти пациента. Особенно строго принцип К. должен соблюдаться лицами, имеющими *прямой доступ* – разрешение на изучение, анализ, проверку и копирование каких-либо записей и отчетов, сопровождающих процесс клинических исследований или лечения. Все имеющие право прямого доступа (сами исследователи, национальные или зарубежные контрольно-разрешительные инстанции, мониторы и аудиторы спонсора), должны принимать все меры предосторожности для соблюдения нормативных требований по сохранению анонимности испытуемых и конфиденциальности информации. Они несут основную этическую ответственность за неразглашение любых сведений в отношении личности испытуемых.

Корпоративность профессиональная (медицинская) (от лат. *corporatio* – объединение, сообщество) – преданность узким групповым интересам в рамках профессиональных объединений (корпораций), проявляющаяся: 1) в сохранении и культивировании *профессиональных (врачебных) тайн* и *секретов*; 2) в *«цеховой солидарности»* – помощи и защите представителей своего (медицинского) «цеха» в любых условиях; 3) в специальной *символике*: традициях, обычаях, одежде; 4) в обращении к особому языку профессионального общения (ла-

тынь у медиков). К в медицине может иметь как морально положительный, так и негативный оттенок.

Ложь и притворство – обсуждается в деонтологии в связи с правом каждого пациента на информирование о состоянии его здоровья и одновременным соблюдением принципа «Не навреди». Связано с различным восприятием больными своего диагноза: одни выслушивает неблагоприятный диагноз стоически, у других при сообщении о нем появляется страх, который сам по себе является эмоцией, опасной для жизни. Поэтому сторонники патерналистской модели, стремясь уберечь пациента от дополнительного стресса, прибегают к *тактике лжи*. Автономная модель категорически отрицает право врача на «ложь во спасение», считая, что Л. *этически абсолютно недопустима,* т.к. 1) она нарушает *права человека*; 2) она подрывает *доверие*, на котором строятся взаимоотношения врача и больного; 3) не зная об истинном диагнозе, больной, у которого притупляется чувство опасности, прекращает следить за состоянием своего здоровья, а когда обращается к врачу за помощью, то часто бывает уже поздно. В качестве альтернативы американские специалисты предлагают отличать Л. от *притворства,* которое выступает элементом терапевтического процесса и поэтому *этически допустимо*, хотя и оно иногда может породить ложные надежды, ослабить волю больного. Вместе с тем, притворяясь, врач не представляет больному ложной информации, а лишь создает условия, при которых тот сам приходит к ложному умозаключению, неверно интерпретируя ситуацию (снижение дозы болеутоляющего средства без ведома больного, применение плацебо и т.д.).

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

Медицина – система научных знаний и практической деятельности, целью которой является укрепление и сохранение здоровья, продление жизни людей, предупреждение и лечение болезней человека. В силу того, что в систему М. вовлечены люди (врачи и пациенты, исследователи и испытуемые), находящиеся в неравном (асимметричном) положении, отношения между ними нуждаются в этической регуляции, осуществляемой биоэтикой, БМЭ, медицинской этикой и деонтологией.

Междисциплинарные исследования – способ организации исследовательской деятельности, предусматривающий взаимодействие в процессе изучения одного класса объектов и систем представителей различных дисциплин. МД стратегии обеспечивают инновационную систему организации научных знаний, которая не ограничивается взаимодействием отдельных наук, а привлекает для проведения гуманитарной экспертизы научных проектов социальные ценности и регулятивы, соотнося их с внутринаучными идеалами, нормами и ценностями и с этико-гуманистическими приоритетами и установками. МД характер биоэтики проявляется в ее выходе за рамки узкопрофессионального биомедицинского знания, привлечении философско-методологических подходов при анализе современного биоэтического пространства и его соотнесенности с социокультурными, аксиологическими и мировоззренческими основаниями биомедицинской теории и практики. МД подход предполагает привлечение общественности к участию в принятии решений в сфере науки и техники (например, биотехнологий, генной инженерии и др.), а также необходимость разъяснения сущности и возможных последствий научно-технических проектов (например, трансплантологии, клонирования) за рамками научного сообщества. В этом смысле сегодня говорят о *трансдисциплинарной науке*, выходящей не только за рамки отдельных дисциплин, но и дисциплинарной науки вообще в широкую общественную среду.

Методология науки – учение о методах научно-познавательной деятельности, в том числе и биомедицинских исследований. Научный метод – это система регулятивных принципов и приемов, с помощью которых достигается объективное познание действительности. Успех научного поиска во многом определяется точностью выбранного метода исследования. МН изучает все

компоненты научной познавательной деятельности в их взаимосвязи. Она выявляет способы формирования нового знания в их зависимости от исследуемого объекта, познавательных средств, целей и установок познающего субъекта; исследует механизмы взаимоотношений норм и нравственности, науки и культуры, истины и ценности. МН – это своего рода *самосознание науки*, осознание путей и методов эффективного решения познавательных задач. По степени общности можно выделить три основных уровня МН: 1) анализ специальных методов, обеспечивающих решение некоторого класса конкретных задач в рамках той или иной отрасли науки (например, принципы БМЭ); 2) анализ общенаучных методологических принципов и идей, которые имеют более широкую сферу применения, чем специальные методы (например, принципы дополнительности, соответствия, инвариантности, системного, синергетического и др. подходов, действующие в биоэтике); 3) философско-методологический анализ механизмов развития нового научного знания, выступающий как наиболее общий методологический регулятив научного исследования.

Милосердие – общечеловеческая ценность, проявление человеческого в человеке, «сердолюбие, готовность делать добро всякому, любовь на деле» (Вл. Даль). Понятие М. легло в основу названия одной из медицинских профессий – *«сестра милосердия».* В медицинской практике М. – наиболее «практическая» форма сострадания больному, «сострадание действием». Вместе с тем всякое действие при определенных условиях может привести к противоположным результатам. Если, проявляя М., постоянно освобождать больного от преодоления трудностей, то, войдя в роль страдальца, он не захочет из нее выходить. Ему будет нравиться, чтобы за ним ухаживали, проявляли к нему внимание. Больной становится капризным и пассивным, не принимает активного участия в лечении, не включает внутренние резервы своего организма, не ориентирует себя на преодоление болезни.

Мировоззрение – обобщенная, упорядоченная система взглядов на окружающий мир, явления природы, общество и самого себя, а также вытекающие из общей картины мира основные жизненные позиции людей, их убеждения, идеалы, принципы и оценки материальных и духовных событий; своего рода схема мира и места человека в нем. М. крайне важно в формировании профессионального сознания специалиста-медика и его отношения к проблемам биоэтики.

Моделирование – исследование объектов познания на их моделях. *Модель* (от лат. *modulus* – образец) — программа либо устройство, обеспечивающее имитацию характеристик и поведения определенного объекта. М. играет большую роль в гуманизации медико-биологического образования и применения альтернативных методов использованию животных в учебном процессе.

Модели отношений между врачом и пациентом по Р. Витчу:

1. *Модель технического типа,* в рамках которой врач ведет себя как ученый-прикладник: он должен быть «беспристрастным», опираться только на факты, избегать ценностных суждений, не мучаться никакими моральными вопросами.

2. *Модель сакрального типа* – другая крайность, превращающая врача в священника, который больше заботится о душе, чем о теле; основной моральный принцип – «оказывая пациенту помощь, не нанеси ему вреда».

3. *Модель коллегиального типа* предполагает, что врач и пациент должны видеть друг в друге коллег, стремящихся к общей цели – ликвидации болезни и защите здоровья пациента; в этой модели решающую роль играет *доверие*.

4. *Модель контрактного типа* основана на контракте или *соглашении*. Эта модель позволяет избежать отказа как от моральных норм со стороны врача (что характерно для первой модели), так и от моральных ожиданий со стороны пациента (что характерно для второй модели); позволяет избежать ложного и неконтролируемого равенства и доверия третьей модели. В отношениях, основанных на контракте или «информированном согласии» пациента, в случае значимого выбора за пациентом сохраняется свобода управлять своей жизнью и судьбой.

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

Мораль (от лат. *mores* — «нравы») – специфический способ духовно-практического освоения мира, предполагающий особое ценностно-императивное отношение к нему. Специфичность М. заключается в том, что 1) в М. воплощено единство *духовного* и *практического*: с одной стороны, она выступает значимым элементом духовной культуры личности, показателем меры человеческого в человеке; с другой — вся практическая деятельность человека (в том числе и профессиональная), все его поведение определяется и организуется сложившимися в обществе моральными представлениями; 2) М. задается расхождением *должного* и *сущего*, она направлена на преодоление этого расхождения; 3) М. носит *универсальный* характер, т.к. а) ее требования адресованы всем людям; б) ее решения и суждения пронизывают собой все без исключения сферы жизни, в том числе и область медицины; 4) *ценностно-императивный* характер М. проявляется в том, что здесь личности, с одной стороны, предлагаются ценности и идеалы как ориентир поведения, с другой – к ней предъявляются требования повеления, выработанные на основе этих ценностей и предписывающие ей в форме норм, принципов и правил особый — моральный тип поведения; 5) М. носит подчеркнуто *оценочный* характер, поскольку в ней все явления мира и человеческие действия рассматриваются сквозь призму нравственных ценностей и оценок с позиций добра и зла, долга и ответственности и оцениваются с точки зрения их соответствия/несоответствия моральным предписаниям. Ценностно-императивный характер способствует выполнению М. своей *регулятивной функции*, обеспечивая оптимальное соотношение интересов личности и общества, необходимый баланс Я и не-Я. Таким образом, М. выступает как система представлений о принципах, нормах, ценностях и идеалах, цель которых – оптимизация отношения людей к обществу, другим людям, самим себе.

Мораторий (от лат. *moratorius* – задерживающий) – временный запрет на проведение каких-либо исследований, отсрочка внедрения тех или иных научных открытий, отдаленные последствия которых могут нанести вред или несут опасность, например, некоторые исследования в области биотехнологий или генной инженерии.

Наблюдение – метод эмпирического познания, заключающийся в активном, целенаправленном, непосредственном или опосредованном систематическом восприятии объектов, в ходе которого достигается знание о внешних сторонах, свойствах и отношениях исследуемого объекта. Н. – наиболее гуманный и «щадящий» метод изучения и исследований живых объектов.

Надлежащая (качественная) клиническая практика – Good Clinical Practice (GCP) – этический и научный стандарт качества планирования, проведения, мониторинга, аудита, документального оформления и представления результатов исследований с участием человека, служащий гарантом достижения целостности и достоверности данных и соблюдения прав субъектов исследования в соответствии с принципами Хельсинкской Декларации. GCP предусматривает комплекс мероприятий и документирование процессов, включающих: 1) защиту субъекта исследования (информированное согласие и этическая экспертиза Комитета по этике); 2) стандартные операционные процедуры (СОП); 3) документирование и хранение материалов и результатов; 4) контроль проведения исследования; 5) мониторинг нежелательных явлений. GCP служит для общества гарантией достоверности и точности полученных данных и представленных результатов, а также защищенности прав, здоровья и анонимности испытуемых.

Наркологии этические проблемы. Н. – раздел психиатрии, поэтому в этой области действуют те же нормы, что и в психиатрической этике. Н. занимается диагностикой, лечением и профилактикой болезней, проявляющихся в пристрастии к постоянному приему в возрастающих количествах наркотических лекарственных средств и веществ вследствие стойкой психический и физической зависимости от них с развитием абстиненции при прекращении их приема. Это порождает у Н. больных множество социальных проблем, связанных с деградаци-

ей личности: утрачивается способность нормального общения с коллегами по работе, нарушаются взаимоотношения в семье, теряется квалификация, совершаются правонарушения, влекущие судимость, утрату работы, бездеятельность, неумение распоряжаться своим временем, финансами и т.д. В результате общественным мнением и даже частью медиков больные алкоголизмом и наркоманией рассматриваются как аморальные, безвольные, греховные и неизлечимые. Проблемой становится «этический нигилизм» по отношению к Н. больным, которым часто отказывают в праве быть субъектами этических отношений, а вместо профессиональной этической нормы руководствуются понятием целесообразности в произвольной, субъективной трактовке. Такое негативное отношение препятствует продуктивной работе с этими людьми, отражается на них самих: такие пациенты часто склонны «выпадать» из лечебного процесса, их болезнь может давать рецидивы. Это приводит к убеждению, что все люди, злоупотребляющие алкоголем или наркотиками, имеют плохой прогноз в плане выздоровления, что, в свою очередь, препятствует развитию системы адекватной помощи и терапии. Основными *«барьерами»*, препятствующими работе с Н. пациентами, являются:

– *пессимизм* – убеждение, что лечение людей, страдающих зависимостью — дело безнадежное;

– *морализаторство* – потребление психоактивных веществ рассматривается как порок, их прием – как постыдный акт, а люди, употребляющие их – как безнравственные;

– *создание стереотипов* – считается, что злоупотребление алкоголем или психоактивными веществами свойственно каким-то слоям населения в большей степени, чем другим;

– *пренебрежение,* отрицание того факта, что алкогольные и другие наркотические зависимости – это болезнь, нуждающаяся в лечении. При этом обычно игнорируется и то, что большинство болезней (за исключением сугубо наследственных или врожденных) являются в значительной мере результатом патогенного поведения человека, будь то его неосторожность или рискованность, легкомыслие или сознательный отказ следовать рекомендациям о здоровом образе жизни.

Наследственная болезнь, наследственное заболевание — патология, нарушение нормального развития и функционирования организма, отдельных его органов или систем, обусловленное наличием генных или хромосомных мутаций. У человека различают следующие НБ: а) с обязательным, независимо от внешних факторов, проявлением (хромосомные и некоторые генные мутации) — синдром Дауна, гемофилия, фенилкетонурия и др.; б) с неполным, зависящим от условий среды проявлением мутаций — некоторые формы диабета, подагра и др.; в) НБ, возникающие вследствие реализации наследственной предрасположенности (полиморфное состояние каких-либо генов) в сочетании с воздействием определенных внешних факторов — инфаркт миокарда, инсульт, гипертензия, аллергия, атеросклероз, рахит и т. д. Среди НБ человека выделяют также моногенные и полигенные (мультифакторные), а среди моногенных — с разными типами наследования: аутосомно-доминантные, аутосомно-рецессивные, сцепленные с полом доминантные и рецессивные. Практически все заболевания имеют наследственную предрасположенность, проявляющуюся в большей или меньшей степени. Например, даже переломы костей обусловлены хрупкостью костной ткани, генетически обусловленной. НБ, выявляемые у плода путем пренатальной диагностики, требуют от врача придерживаться при консультировании родителей этически нейтральной позиции, ибо информация по поводу судьбы будущего ребенка с врожденными дефектами ставит родителей и медиков перед сложными и мучительными проблемами. Другая этическая проблема, связанная с НЗ разного типа – информирование об этом носителя НЗ и его родственников.

Наследственность — 1. Непрерывная передача и проявление биологических признаков родителей у потомства, обеспечиваемая наличием материальных носителей Н. — генов, которые детерминируют развитие этих признаков. 2. Передача генетической информации одним поколением другому. Типы и характер Н. зависят от типа воспроизведения наследственного материала, от локализации генов (в ядре или цитоплазме, сцепление с полом) и их взаимодействия друг с другом, от числа генов, детерминирующих определенный признак (моногенный или полигенный контроль). Н. характеризуется константностью и изменчивостью. Константность Н. обеспечивается точно копирующим воспроизведением носителя на-

следственности (гены, хромосомы), а ее изменчивость связана, с одной стороны, с мутациями наследственных структур, а с другой — с перестройками генетической системы в целом, объединяющей эти структуры. Т. обр., Н. представляет собой комплекс явлений, обусловленных как носителями Н., так и закономерностями проявления наследственных признаков. Проблемы Н. требуют особого внимания с точки зрения БМЭ при проведении генетической паспортизации или генетического тестирования.

Национальный комитет по биоэтике (НКБЭ) – создается и действует на национальном уровне с целью обеспечения в стране независимой экспертизы, консультирования и принятия решений по защите прав и достоинства участников биомедицинских исследований и оценке этических, правовых и социальных вопросов, связанных с биомедицинскими или другими видами исследования, предусматривающими участие человека и животных. Основанием для деятельности НКБЭ являются соответствующие международные документы, в частности Хельсинкская декларация по соблюдению прав человека, Международная хартия прав человека, Декларация ЮНЕСКО по биоэтике и правам человека, а также национальное законодательство страны. НКБЭ позволяют создавать на государственном уровне институциональные механизмы для анализа и разработки политики в области биоэтики. Основные направления деятельности НКБЭ: координация и контроль деятельности локальных и региональных комитетов по соблюдению международных биоэтических принципов в лечебно-профилактической, научно-исследовательской, учебно-образовательной и природоохранной деятельности в соответствии с государственным законодательством; разработка рекомендаций по социальным, правовым и этическим вопросам проведения биомедицинских исследований и организации системы здравоохранения. В состав НКБЭ входят обычно представители разных медицинских специальностей, эксперты в области этики, права, биологии, религии, представители общественности. В Республике Беларусь НКБЭ как консультативный орган был создан по поручению Совета Министров РБ при Министерстве здравоохранения Республики на основании Приказа № 274 от 17.04.2006 г.

Нейролингвистическое программирование (НЛП) – процедуры, с помощью которых формируется модель успешной психотерапии, использующей метод изменения «текста» и его воздействие на человека. Уникальные возможности этого направления позволяют быстрее добиваться взаимопонимания с окружающими, активизировать умственные способности (*нейро*); особым образом использовать язык (*лингвистическое*) для достижения своих целей и успеха; научиться управлять состоянием своего разума, психики, приводить свои убеждения и ценности в соответствие с желаемыми результатами (*программирование*). НЛП отличается практическим, результативным подходом, способствующим быстрым переменам в поведении и личным достижениям в разных сферах человеческой жизнедеятельности (в медицине, образовании, спорте, коммерческой деятельности, управлении персоналом, бизнесе, подготовке сотрудников спецслужб). Основную проблематику НЛП составляет межличностное общение, восприятие и путь к совершенствованию. Философско-этическим основанием концептуальной модели НЛП является адекватное соотношение мысли и поступка, которое можно выразить фразой: «*Меняя свои мысли, вы начинаете вести себя по-другому и добиваетесь иных результатов*». В рамках же технологически-прагматического подхода НЛП предлагает несколько простых приемов, помогающих изменить *образ мышления*, что приводит к изменениям в *поведении*.

«Не навреди» – основной принцип БМЭ, синоним принципа «святости жизни», выражающий гуманистические идеалы врачевания, отношения к жизни больного как ценности, проявляющийся в переживаниях со-страдания и со-радования врача и больного и реализующийся в актах их содействия, соучастия и помощи. Необходимым условием соблюдения принципа «Не навреди» является признание универсальных прав и свобод личности, уважение самовыражения и проявления человеческой индивидуальности, *толерантность*. Принцип «Не навреди» включает в себя *конфиденциальность, коллегиальность*, *свободный выбор* пациентом врача, *беспристрастный анализ врачебных ошибок*. Требуя своего безусловного соблю-

дения, принцип «Не навреди» несет в себе в условиях современной медицины ряд этических проблем, требующих от врача неоднозначных решений.

Норма (от лат. *norma* – руководящее начало, правило, образец) – установленный эталон для оценки существующих и создания новых объектов. Наиболее известная область применения Н. в медицине – это *диагноз,* позволяющий установить, находится ли данный субъект в границах Н. Представления о Н. меняются вместе с обществом и трансформацией модели современной медицины. В рамках современной науки при исследовании поведения сложных саморазвивающихся систем необходимо отходить от жесткого линейного принципа и учитывать все взаимодействующие факторы, характер внешних параметров, воздействующих на систему, и более четко интерпретировать Н. «Жесткость» в постановке клинического диагноза не оправдана, ибо при этом не учитываются неповторимые физические и духовные свойства индивидов, особенности проявления и течения болезни у отдельных больных. Отказ от однолинейности и жесткости, обращение к теориям случайных и вероятных процессов, учитывающих «свободу воли» в ее динамическом выражении, призваны способствовать обновлению суждений о Н. и патологии, размыванию границы между ними широким спектром адаптационных реакций.

Нравственность – совокупность моральных норм и правил, регулирующих отношения и поведение людей в обществе. Часто используется как синоним понятия «мораль», но имеет свою специфику. Главное различие этих понятий основано на противопоставлении того, что должно быть, к чему человек должен стремиться (*мир должного*), и теми практическими нравами, с которыми человек сталкивается в повседневной жизни (*мир сущего*). При таком подходе под *моралью* понимают специфическую сферу культуры, в которой концентрируются и обобщаются высокие принципы, идеалы и ценности, регулирующие поведение и сознание человека. В понятие *нравственность* вкладывается более «приземленное», «живое» значение, включающее нормы реального практического поведения людей, при котором строгость высоких моральных принципов значительно смягчена. В современной БМЭ формулируются этические принципы, обеспечивающие регулирование нравственного поведения специалистов в различных областях их профессиональной деятельности и проведение экспертизы и моральной оценки биомедицинских исследований.

Онкологии этические проблемы имеют особое значение, поскольку злокачественная опухоль оказывает на состояние человека очень сильное психотравмирующее влияние. У большинства пациентов появляется подавленность, чувство страха, безысходности, неверие в успех лечения. 1. При работе с таким больным врач обязан быть особенно тактичным, внимательным, должен поддержать его, подготовить к предстоящему лечению, вселить оптимизм и веру в благополучных исход. В то же время нельзя скрывать серьезность заболевания, сложность и длительность предстоящего лечения, необходимость скорейшего начала специального лечения. 2. Существуют различные подходы к целесообразности сообщения больному диагноза злокачественного новообразования – от неразглашения диагноза до исчерпывающей информации о болезни и прогнозе заболевания. В любом случае должен решаться вопрос о *рациональном информировании* пациента, при этом необходимо учитывать индивидуальные психологические особенности, уровень интеллектуального развития, отношение к болезни, способность адаптации к отрицательной информации, а также стадию заболевания. Принцип работы с такими больными: никогда не обманывать, в то же время избегать бездумной откровенности. Правда должна быть дозированной, постепенно доводимой до пациента, чтобы у него было время на адаптацию к своему диагнозу. Врач при этом должен чувствовать, насколько больной хочет далеко зайти в осознании истины. Не стоить давать информации больше, чем требуется пациенту. 3. Особого отношения требуют безнадежные больные. При распространенных формах опухолей проводятся активные лечебные мероприятия, облегчающие состояние больного, поддерживающие максимально возможный уровень качества жизни. Это достигается с помощью медикаментозных средств и специальных методов лечения (лучевая терапия, паллиативные операции). При этом нельзя рисовать радужные перспективы, но нельзя в то же время лишать больного надежды на позитивные

сдвиги, определив при этом ближайшую цель. При депрессивном состоянии у таких больных необходимо широко использовать психофармакологические препараты.

Онтогенез – процесс индивидуального развития особи; целостная характеристика развития предстает в единстве рассмотрения О. и *филогенеза* – процесса эволюционного (исторического) развития организма, вида, популяции.

«Особые» люди («необычные» люди) **–** лица с нарушениями или серьезными препятствиями физического или психического развития. Термин введен российским проф. Д.Н. Исаевым как гуманистическая альтернатива традиционному термину «неполноценные люди», несущему в себе прямое нарушение этических принципов, запрещающих проведение сегрегации (разделения) людей по любым признакам. Основная этическая проблема связана с неготовностью общества и специалистов – медиков и педагогов – к включению этих людей (детей) в систему общественных связей, к последовательному проведению их адаптации, к созданию условий для их «нормализации».

Ответственность моральная – умение, способность и готовность думать о последствиях своих действий и нести ответ за них. МО врача определяется соблюдением им основополагающих принципов медицинской этики, прежде всего, принципа «Не навреди» – заботой о недопустимости ущерба пациенту действиями врача. *Виды О.* определяются тем, перед кем (чем) и за что врач несет ответственность. Выделяются: 1) О. врача перед самим собой: делая выбор, он «выбирает себя», свою жизнь, свое место в профессии и потому несет за них ответственность; 2) О. врача как профессионала за жизнь и здоровье пациентов, за свои конкретные действия и поступки перед ними, особенно если затрагиваются их интересы; здесь моральная О. может совпадать с правовой и административной О., в частности, если речь идет о *врачебной ошибке* или *риске* (дифференциация понятий «несчастный случай» или «врачебная ошибка для юридических органов самостоятельного значения не имеет); 3) О. человека перед миром и человечеством, требующая особой самовключенности человека в систему естественных и социальных связей, их осознания (например, при проведении исследований по созданию новых биотехнологий). *Мера* МО зависит 1) от степени *самостоятельности* совершаемого действия, однако наличие принуждения не снимает О. с человека; 2) от *значимости* совершаемого деяния для судеб других людей; 3) от *масштабов* принимаемых решений: идет ли речь о судьбе отдельного человека или о судьбах человеческого генофонда; 4) от влиятельности, авторитета, общественного положения или должности личности, принимающей решение (Министр здравоохранения или врач сельской больницы).

Оценка моральная – суждение, выражающее моральное отношение к феноменам ценностного мира (одобрение – неодобрение, добро – зло, правильно – неправильно и т.п.). В биоэтике МО является результатом *биоэтической экспертизы* и играет роль моральной санкции проводимых биомедицинских исследований с участием человека, применения новых биомедицинских знаний и технологий, новейших достижений биомедицинской науки в практике здравоохранения.

Ошибка врачебная – в БМЭ тесно связана с понятием *ответственность*. Проблема соотношения ВО и моральной ответственности врача базируется на ряде положений: 1) причины ВО заключаются в необычайной сложности объекта, с которым имеют дело медики, в резко возросшей активности современных методов лечения и диагностики, в прогрессирующей специализации медицины, поэтому ВО часто не зависят от личности врача; 2) анализ и изучение ВО, их регистрация и систематизация должны быть основанием для развития научно-медицинской мысли; 3) необходимо четко дифференцировать *незнание* и *невежество,* что не всегда легко: невежество врача должно вести к его дисквалификации, незнание может быть результатом *«добросовестного заблуждения»;* 4) причинная связь между действиями (или бездействием) врача и ухудшением здоровья или даже смертью больного не означает еще виновности врача: это может быть и *несчастный случай,* хотя в морально-этическом плане это все равно поражение врача в борьбе за жизнь и здоровье вверившегося ему пациента. Если в *моральном плане* ВО могут быть *извинительны* в силу объективных или субъективных обстоятельств – стесненных, неоптимальных условий деятельности врача, исключи-

тельной сложности самой врачебной профессии, то в *юридическо-правовом отношении* акцент обычно делается на *виновность* врача и, следовательно, его ответственность. С точки зрения БМЭ, врач всегда должен быть честным перед самим собой и признавать свои профессиональные ошибки. *Этическая норма* врача – быть непримиримым к профессиональным ошибкам. Поэтому, во-первых, БМЭ требует каждый раз давать оценку собственной врачебной ошибке: даже если она не влечет за собой уголовной ответственности, врач не освобождается от моральной ответственности; во-вторых, отношение к профессиональным ошибкам коллег должно быть прямым и нелицеприятным. Причем такое принципиальное отношение в одних случаях должно играть роль «обвинения», исполняя справедливую карающую функцию. В других – небезразличная и компетентная позиция коллег должна играть роль «защиты»: ведь иногда врач сам нуждается в нравственно-психологической реабилитации.

Парадигма – система теоретических, методологических и аксиологических установок, принятых в современной науке в качестве образца решения тех или иных научных задач, например, биоэтическая парадигма, гуманистическая парадигма.

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

Патернализм (от лат. paternus – отеческий) – принцип БМЭ, определяющий форму заботы о нуждах другого (пациента), подобно тому, как отец заботится о ребенке. *Патерналистская субъект-объектная модель* господствовала в медицине на протяжении 24-х столетий, вплоть до XX столетия. В соответствии с ней врач полностью брал на себя ответственность за лечение и его исход, самостоятельно определяя соотношение в своих действиях *вреда* и *пользы* для больного. В исключительной компетенции врача оказывается вопрос и о том, в какой мере и в каких аспектах пациент может получить достоверную информацию о своем состоянии, стратегии, тактике и перспективах лечения. Крайние формы П. авторитарны и вообще лишают пациента права выбора как в отношении лечащего врача, так и в отношении стратегии и тактики лечения. Таким образом, П. несет в себе насильственное ограничение свободы личности, обусловленное «заботой» о ее благополучии.

Патернализм «ослабленный» (ограниченный) – пограничная модель отношений врача и пациента, допускающая частичное ограничение свободы личности в ситуациях, связанных с «качеством личности» больного, когда снижен уровень психической и интеллектуальной деятельности пациента и, соответственно, – уровень автономии личности (например, у больных в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, у пациентов психиатрических или гериатрических лечебных учреждений). Применяется, когда необходимо удержать пациента от нанесения себе или другим существенного ущерба (попытка суицида, наркоманические галлюцинации) и выиграть время, чтобы выяснить серьезность его намерений.

Патософия (от греч. *pathos* – страдание и *sophia* – мудрость) – «мудрость о страдании», заключающаяся в умении *понять С.*, готовности *принять С.* и способности *побеждать С.* Реакция человека на С., модель его поведения зависят от *понимания* С. и *отношения* к нему. В результате мы или *бежим* от него, или *принимаем* его. П. выступает высшей мудростью для сотрудников и пациентов *хосписов.*

Педиатрии этические проблемы – определяются *особенностями психики ребенка,* которые проявляются в его реакциях, восприятии, его впечатлительности и доверчивости. Поэтому работа педиатра связана с глубоким знанием детской психологии, основ педагогики детского возраста, умением понять ребенка, завоевать его доверие, повлиять на него, заинтересовать его. *Цель* БМЭ в педиатрии – решение морально-этических проблем, возникающих при лечении и наблюдении за детьми с момента рождения до 18 лет. Основные *задачи* БМЭ в педиатрии: 1) установление доверительных взаимоотношений между врачом, родителями и их ре-

бенком; 2) оказание помощи семье в вопросах планирования деторождения, проведения медико-генетического консультирования, наблюдение за детьми, родившимися с помощью ЭКО; 3) особенно внимательное наблюдение и уход за безнадежно больными детьми, инвалидами, детьми с наследственными и врожденными заболеваниями; 4) принятие трудного в этическом отношении решения об отключении ребенка от аппарата ИВЛ при смерти мозга; 5) сообщение родителям об установлении факта смерти ребенка, объявление им результатов патологоанатомического или судебно-медицинского вскрытия. В круг этических проблем педиатрии входят также: а) защита прав ребенка в случаях жестокого обращения с ним со стороны родителей или медицинского персонала (в больницах, ДДУ, детских домах); при неслучайных отравлениях и травматизме; медицинской и эмоциональной запущенности, отсутствии элементарных условий для жизни, ухода и питания детей в семье; б) помощь семьям и детям, страдающим повышенной агрессивностью, жестокостью, наркотической, токсикологической, никотиновой зависимостью, имеющим суицидальные наклонности, различные виды сексуальной адаптации, перенесшим насилие со стороны взрослых; в) помощь в решении проблемы приемных детей, отказов от собственного или усыновленного ребенка, лишения родительских прав; г) помощь родителям при принятии решения по трансплантации и донорству органов; по использованию в лечении детей методов генной инженерии; по поводу проведении хирургического вмешательства или использования инвазивных методов в лечении и диагностике, особенно если они угрожают неблагоприятным исходом для здоровья или жизни ребенка; по поводу ранних абортов у подростков; д) выявление случаев врачебных ошибок, ятрогенных заболеваний, возникших в результате лечения или обследования ребенка; е) обеспечение социальной адаптации ребенка с ограниченными физическими и психическими возможностями (инвалидов с детства), оказание им и их родителям психологической поддержки; ж) сохранение врачебной тайны, конфиденциальность при осмотре и беседе с больным ребенком и подростком; з) защита прав ребенка на получение полноценного лечения и обследования при отказе родителей от их проведения (по причине принадлежности к секте или невменяемости родителей), особенно если это влечет за собой угрозу здоровью или жизни ребенка; и) выявление и осуждение случаев недостойного поведения врача или среднего медицинского персонала (вымогательство, грубость, равнодушие, неоказание медицинской помощи ребенку); к) недопустимость проведения медицинских исследований и экспериментов на ребенке без согласия родителей.

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

Поведение – система внутренне взаимосвязанных и согласованных с окружающей средой действий, направленных на реализацию соответствующих функций. В широком смысле можно говорить о П. любых объектов (от электрона до систем биологического и социального типа); в более узком смысле понятие «П.» описывает нравственные поступки человека, а также системные характеристики психической деятельности биологических индивидов различных уровней организации по поддержанию своего существования. Опираясь на подходы, зафиксированные в рамках бихевиоризма, теории рефлексов, гештальт-психологии, психологической школы, генетической психологии, современная БМЭ исследует специфические механизмы П. человека в условиях биомедицинских исследований; правовые, нравственные и ценностные параметры П. профессионалов–медиков в условиях принятия решений в экстремальных ситуациях; механизмы регулирования П. и взаимоотношений индивидов и общества, касающихся применения новых биомедицинских знаний и технологий.

Польза – понятие, отражающее ценностные параметры и значение отдельных предметов по отношению к интересам человека и общества. В рамках деятельностно-целевого подхода полезным считается то, что содействует достижению *целей*; с точки зрения ценностно-

целевого подхода полезным признается то, что наряду с достижением цели обеспечивает *успех*, т.е. получение результатов, близких к поставленной цели, и эффективность, т.е. достижение цели с наименьшими затратами. Принцип полезности («извлекай из всего пользу для своего интереса»), таким образом, дополняется принципом успешности («используй оптимальные средства и стремись к успеху в достижении целей»). В биоэтике важно нравственно-мировоззренческое и гражданское звучание принципа П., позволяющее устанавливать горизонты социально-значимого индивидуального поведения ученых, медиков, специалистов в биомедицинских исследованиях и экспериментах с участием человека и ограничивать эгоистично-прагматическое своеволие и абсолютизацию принципа П. и меркантильности, способствуя развитию ценностей милосердия и справедливости.

Поттер Ван Ранслер – известный американский исследователь, хирург-онколог, который в 1969 г. впервые ввел понятие «биоэтика» и дал ему определение; считается основоположником биоэтики как нового направления в науке. Автор книги “Bioethics: bridge to the future” (1971) – «Биоэтика: мост в будущее» (Киев, 2002), которая посвящена поиску путей решения глобальной проблемы выживания человечества, включающей в себя демографическую, экологическую и технологическую составляющие. Поттер оценивает проблематичность существования человечества как биолог, но пути решения проблемы он видит в моральном совершенствовании сознания, поэтому новую отрасль знания – биоэтику он рассматривает как «мост в будущее», который должен опираться на синтез естественнонаучного и гуманитарного знания, в котором «этические ценности не должны рассматриваться вне биологических фактов».

Права пациента – автономная модель в медицине, предусматривающая право пациента:

- на *свободный выбор лечащего врача;* это право пациента дисциплинирует врача, заставляет его быть «конкурентоспособным», постоянно повышать квалификацию;
- на *получение от врача полной информации* о состоянии своего здоровья, предлагаемых методах обследования и лечения, их преимуществах и недостатках, степени риска;
- *жаловаться на врача* в случаях своего несогласия по поводу ведения последним процесса лечения или реабилитации, применения им процедур или препаратов, ухудшающих состояние его здоровья; по поводу грубости, бестактности, жестокости врача;
- на то, чтобы все медицинские вмешательства производились *только с его согласия,* кроме особых случаев, когда тяжесть физического или психического состояния не позволяет ему принять осознанное решение;
- на то, чтобы изучение его органов и тканей с диагностической и лечебной целями производилось *только с его письменного согласия*, или (если больной в критическом состоянии) с письменного согласия его близких родственников, а в отсутствии таковых – с согласия представителей закона;
- на *духовную поддержку* служителя любой религиозной конфессии, не запрещенной законом страны.

Секционные исследования трупа разрешаются *при согласии семьи умершего* за исключением тех случаев, когда семьи нет или она безразлична к данной проблеме. В таком случае разрешение должно исходить от представителей властей в рамках законности.

Права физических лиц, участвующих в клинических испытаниях лекарственных средств (Статья 16, Закон РБ «О лекарственных средствах). Участие физических лиц в клинических испытаниях лекарственных средств (КИЛС) является добровольным. КИЛС проводятся при наличии письменного согласия физического лица на участие в их проведении клинических испытаний, а при участии в КИЛС несовершеннолетнего лица – при наличии письменного согласия одного из родителей. Физическое лицо имеет право отказаться от участия в КИЛС на любой стадии его проведения. КИЛС должно быть прекращено в случае возникновения угрозы жизни и здоровью человека, нарушения GCP, норм медицинской этики и деонтологии, а также в случае недостаточной эффективности и безопасности исследуемого лекарственного средства. Запрещается участие в КИЛС:

беременных женщин, за исключением случаев, когда исследуемое лекарственное средство предназначено исключительно для лечения данной категории лиц или целью клинических испытаний является оптимизация дозирования или режима применения лекарственного средства у беременных женщин, когда необходимая информация может быть получена только при КИЛС на беременных женщинах и когда полностью исключен риск нанесения вреда жизни и здоровью беременной женщины и плода;

несовершеннолетних, за исключением случаев, когда исследуемое лекарственное средство предназначено исключительно для лечения детских заболеваний или когда целью КИЛС является оптимизация дозирования или режима применения лекарственного средства у несовершеннолетних;

детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;

военнослужащих и лиц, на которых распространяется статус военнослужащих;

осужденных и лиц, содержащихся под стражей;

лиц, признанных в установленном порядке недееспособными, а также лиц, страдающих психическими расстройствами, принудительно госпитализированных и находящихся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре.

Право на достойную жизнь – предполагает реализацию личностью и обществом отношения к жизни как *естественному, неотъемлемому праву* каждого человека, которое принадлежит ему с момента его зарождения. Поэтому должны пресекаться любые попытки распоряжаться его жизнью и здоровьем, в том числе претензии медицины полноправно решать судьбу пациентов, или претензии государства решать свои проблемы за счет жизни граждан (например, при ведении войн), или стремление общества обеспечивать свою безопасность за счет сохранения смертной казни. ПДЖ включает в себя не просто право на жизнь как биологическое существование, но и понятие «достойная жизнь», связанное с определенным «качеством жизни». Термин ДЖ буквально означает «жизнь с достоинством», жизнь, соответствующую человеческому достоинству, не умаляющую его. Это понятие социально-экономическое, цивилизационно-культурологическое, психологическое, медико-биологическое. Высокий уровень этих параметров обеспечивает человеку необходимое и достойное *качество жизни.*

Право на достойную смерть – естественное право каждого человека, такое же, как *право на достойную жизнь,* т.к. смерть – другая сторона жизнедеятельности человека. Включает в себя два аспекта. 1. Право на смерть (ПС), основанное на моральном праве человека свободно, по своему усмотрению распоряжаться собой, своей жизнью и смертью, вплоть до отказа от лечения в ситуациях, когда оно чересчур мучительно, бесперспективно и ведет к потере человеческого достоинства. Приверженцы традиционной медицинской деонтологии высказываются против ПС, считая, что оно не принадлежит к таким фундаментальным человеческим ценностям, как право на жизнь, а в случае его признания приведет к неблагоприятным для общества последствиям (массовым злоупотреблениям, дискредитации врачебной профессии, паническому страху больных перед врачами). Их оппоненты заявляют, что желание и свободный выбор человека должны считаться высшим законом, что признание права больного на прекращение собственной жизни не заключает в себе никакой угрозы общественным интересам, поскольку касается сферы личной свободы, не подлежащей социальной регламентации. 2. Право на *достойную* смерть (ПДС), в котором проявляется родовая сущность человека – естественное стремление к получению удовольствия и избежанию страданий – физических и духовных. ПДС фиксирует в себе моральные аспекты *достоинства*, гармонизирующие жизнь отдельного человека и общества в целом. Не только уход из жизни по личным соображениям, когда человек сам предпочитает достойную смерть недостойной жизни, но и нестандартные ситуации, порождаемые научно-техническим прогрессом в практике медицины (трансплантация органов, поддержание человека в бессознательном – «вегетативном» состоянии, новые подходы к определению критерия смерти и т.д.) заставляют общество пересматривать, углублять отношение к ПДС. Это право предполагает нравственную заботу об автономии и достоинстве умирающего, прежде всего, со стороны медицинских работников, которые должны дать больному правдивую информацию о диагнозе его болезни, о ле-

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

Право пациента на самоопределение – предполагает:

- отказ больного от общепринятых рутинных процедур в том случае, когда они не являются действительно необходимыми, а проводятся по шаблону;
- свободный доступ больного к своей истории болезни, чему медперсонал часто препятствует, оправдывая свои действия некомпетентностью больного и заботой о его спокойствии;
- свободный доступ к больному родных и близких по их и его желанию;
- право на информацию – как о состоянии своего здоровья и методах лечения, так и о квалификации медперсонала (пациент имеет право отказаться от услуг студента-практиканта или неопытной, неловкой медсестры);
- защита прав пациента путем дополнительных мер (обращение к адвокату, СМИ и т.д.).

Праксиология (от греч. *praktikos* – деятельный, активный) – концепция, описывающая механизмы эффективной организации практической деятельности человека. Оформляется к началу XX в. в контексте поиска универсальных принципов всеобщей организационной науки и наиболее общих норм максимальной целесообразности действий. Содержит в себе системы общих рекомендаций и предостережений применительно к профессиональной деятельности. В настоящее время формируется и развивается инструментированное понимание практики, выражающееся, с одной стороны, в философской рефлексии над ее основаниями, с другой – в ее технологизации. Применительно к биомедицинской практике – это поиск оперативных механизмов организации профессиональной деятельности врача, технологически-аналитическая разработка ее принципов, уровней, компонентов. В БМЭ идеи и обобщения П. весьма важны при анализе механизмов принятия решения в биомедицинских исследованиях, морального выбора ученых-медиков, их поступков в экстремальных ситуациях, регулировании взаимоотношений между индивидом и обществом в процессе применения новейших биомедицинских технологий, нормативно-ценностных аспектов сотрудничества и взаимодействия врача и пациента и т.д.

Предопределение – в рамках религиозного мировоззрения концепция, исходящая из детерминированности этического поведения человека, его «спасения» («осуждения») волей Божьей. Развившись в рамках религиозных систем и будучи их специфическим продуктом, концепция фатальной предопределенности служит в современной биоэтике своеобразной философско-логической моделью обоснования таких ее важнейших проблем, как «обреченность» врача на необходимость морального выбора, моральную ответственность, моральный долг «лечить до конца», запрет на эвтаназию и т.п.

Предосторожности принцип – принцип, регулирующий принятие решений и осуществление исследовательской и клинической деятельности, когда последствия ее неопределенны и вызывают опасения в силу непредсказуемости или неблагоприятного развития ситуаций. ПП основывается на требовании «не навреди» и чувстве *ответственности* тех, кто принимает решения, делает прогнозы и осуществляет медицинскую деятельность; обусловлен высокой степенью *риска* в медицине. ПП предполагает необходимость осторожного отношения врача к проблеме выбора целей и средств, с тем, чтобы избежать или уменьшить *морально неприемлемый ущерб*, который может угрожать жизни или здоровью людей; или являться серьезным и практически невосполнимым; или наноситься без должного внимания к правам тех, кому причиняется. ПП включает также внутреннюю защиту врача от самого себя – собственных безнравственных поступков, и от произвола других (например, администрации или обвинений со стороны родственников больного).

Пренатальной диагностики (ПД) этические проблемы. ПД – диагностика, выявление наследственных заболеваний и другие манипуляции в период внутриутробного развития плода. Моральная правомерность процедуры определяется, во-первых, целями диагностики: определение пола плода или выявление у него наследственной патологии; во-вторых, последствиями диагностики: повлечет ли она за собой селективное прерывание беременности в зависимости от результата. Этическая экспертиза данной методики предполагает учет сле-

дующих обстоятельств: степень добровольности ПД населения с целью выявления носителей наследственных заболеваний (особенно когда один из родителей будущего ребенка является носителем дефектного гена); оправданность морального желания родителей – носителей наследственных заболеваний иметь потомство; принятие решения, выявление каких наследственных заболеваний плода позволяет (или прямо обязывает) родителей к проведению аборта; допустимы ли аборты в случае, когда единственным основанием к их проведению является желание семьи иметь ребенка с заранее запланированным полом. Противники ПД обвиняют ее прежде всего в том, что она выступает основанием для проведения абортов. Поэтому возможности ПД, позволяющей выявить различные хромосомные заболевания, заболевания, связанные с полом ребенка, врожденные дефекты и др., требуют от врача в случае генетического консультирования придерживаться *этически нейтральной позиции*: сами пациенты должны принимать решение по интересующим их вопросам. Моральным оправданием ПД является то, что она спасает больше жизней, чем отнимает, позволяя «сомневающимся» родителям убедиться в том, что их ребенок здоров. Вместе с тем многие этические вопросы ПД остаются еще не решенными, в частности, вопрос о селективном проведении аборта в случае выявления у плода заболевания, которое поддается лекарственной терапии или не обязательно отрицательно скажется на здоровье ребенка.

Принятие решения – выбор определенной линии действий из множества возможных. В научной и практической медицине постоянно присутствующий фактор. К элементам, образующих ситуацию, в рамках которой осуществляется ПР, относятся следующие: субъект (лицо, сообщество), принимающий решение; средства достижения цели; объективные условия, при которых происходит ПР; ограничения, исходящие от наличных средств или объективных условий; ситуация выбора, обеспечивающая различные возможности линии поведения; возможные исходы, которые зависят как от объективных обстоятельств, так и от выбора линии поведения. Выделяются решения надежные, рискованные и безосновательные. При *надежном* решении субъект хорошо осведомлен о сложившейся ситуации, прежде всего, об объективных условиях и средствах достижения цели, что дает ему возможность уверенно и точно предсказать последствия своих возможных действий. В случае *безосновательных* решений он владеет ситуацией настолько плохо, что в принципе не способен оценить последствия своих действий. *Рискованные* решения не дают возможности субъекту полностью ориентироваться в последствиях, контролировать и предвидеть их, однако у него есть возможность дать их вероятностную оценку.

Прогноз (от греч. *prognosis* – предвидение) – первоначально – предсказание хода болезни, основанное на ее распознавании, диагнозе; впоследствии – всякое конкретное предсказание, суждение о состоянии какого-либо явления в будущем (П. погоды, исхода выборов и т.п.). В современном понимании – научно обоснованное суждение о возможных состояниях того или иного явления в будущем и/или об альтернативных путях и сроках осуществления этих состояний.

Профессионализм врача – понятие, включающее знания на уровне последних достижений медицинской науки; знания в области практической и социальной психологии; умение логически мыслить; наличие развитой интуиции и способности к анализу и синтезу фактов; обладание высокой техникой исполнения необходимых действий; высокие моральные качества, такие, как гуманность и верность долгу. ПВ – это мера и качество деятельности специалиста-медика, показатель его социальной и профессиональной зрелости, уровень профессионального мастерства, достигнутый им. Он предполагает собственный стиль деятельности, способность успешно осуществлять врачебную деятельность в любых ситуациях. Важный показатель П. – профессиональная *компетентность* врача, требующая определенной подготовки – специальных знаний и навыков, приобретенных в процессе длительного обучения. ПВ включает в себя *профессиональный долг,* понимание врачом своего *предназначения* – принести как можно больше пользы людям. ПВ — это высокий уровень мастерства и совершенства в сфере медицинской деятельности, полная, самозабвенная отдача своему труду, увлеченность своей специальностью, самоотверженность, высокий уровень результатов. Т.о., важнейшие черты ПВ: 1) ПВ связан с субъективной стороной человеческой деятельности, с по-

требностью индивида реализовывать свои потенции; 2) одновременно П. — объективная сторона деятельности врача, т.к. она способствует улучшению здоровья, содействует общественному прогрессу; 3) П. превращает медицинскую специальность в образ жизни врача, его жизненную потребность; 4) П. раскрывается в готовности передать свои знания, опыт и навыки «новичкам», научить их выполнять свою работу сознательно, творчески; 5) ПВ рационален, разумен, основан на четком осознании целей, применении логических законов, принципов, методов; 6) ПВ базируется на этических нормах: он требует свободы и независимости, осмысленных действий, ясного понимания цели, смысла, конечного результата деятельности; 7) атрибутом ПВ является знание и соблюдение им основных принципов, норм и правил БМЭ.

Профессиональные качества врача – это строго индивидуальный, конкретный способ приложения специалистом к процессу врачевания своих сил и возможностей, полная реализация им своих способностей. Это предполагает:

способность сострадать – ближнему и всему живому;

высокий уровень профессионализма, увлеченность своей профессией, самоотверженность;

повышенное сознание и чувство ответственности: перед больным, его родственниками, своей совестью;

мужественность, способность не поддаться панике и хладнокровно принимать решения;

законопослушность: знание соответствующих законов, их понимание и исполнение;

принципиальность: верность врача деонтологическим принципам, способность не поступаться ими ни под каким давлением, ни при каких обстоятельствах;

терпимость к характеру, привычкам, мнению, капризам и даже враждебности пациента; *нетерпимость* к халатности и недобросовестности коллег и медперсонала;

способность к взаимопониманию, товариществу, доброжелательность, участие к коллегам, отсутствие эгоизма;

чувство собственного достоинства, выражающееся в компетентности, тактичности, доброжелательности; отсутствии высокомерия, снобизма, хамства; сострадательности и понятливости; словом – в *интеллигентности*;

сила воли, помогающая врачу владеть собой, взять себя в руки, побороть негативные наклонности, достойно выполнять свой врачебный долг;

глубокая вера в спасительную миссию медицины и свое предназначение.

Психиатрии этические проблемы. 1. П. по сравнению с другими областями медицины является в большей степени *социально ориентированной специальностью*. Она часто имеет дело с больными с социально деформированным, асоциальным и антисоциальным поведением. 2. Многие этические проблемы П. порождаются ее традиционным пристрастием к так называемому *линейному принципу,* согласно которому каждая П. болезнь имеет единые причины, проявления, течение, исход. Такая «жесткость» в постановке клинического диагноза не учитывает, что неповторимы не только физические и духовные свойства индивидов, но и проявления и течение болезни у отдельных больных. Сложность объекта ставит современную П. перед необходимостью включения в ее аргументационную систему *гибкости* и *вариативности* в постановке диагноза. При таком подходе понятие болезни будет *вероятностным*, а ее течение в ряде случаев – принципиально непредсказуемым. Актуальным станет понятие *свободы воли*, изменятся суждения о *норме* и *патологии*, границах между ними. Ориентация на конкретного человека поможет избежать «*этических перекосов*» («гипердиагностики» или «презумпции болезни»). 3. Вопрос о *модели отношений* в П. осложняется различиями больных по глубине и степени выраженности психических нарушений, интеллектуальному уровню, сохранности критики, возможности понимать значение своих действий и контролировать их, способности к волеизъявлению, выражению и защите своих интересов. На одном полюсе находятся хронические больные, некритичные к своему состоянию, зависимые от других, несамостоятельные в выборе решений и действий, которые могут причинить вред себе либо окружающим. На другом – автономные личности с нередко выраженными ситуационно обусловленными пограничными психическими нарушениями. Поэтому в зависимости от состояния пациента в П. может применяться патерналистская либо автоном-

ная модели отношений. Профессиональная деятельность психиатра (установление диагноза, постановка на учет, запрет на определенные виды деятельности, госпитализация) налагает на врача серьезную социальную и этическую ответственность. 4. Существенное отличие П. и наркологии – возможность/необходимость применения к больным прямого или косвенного *принуждения* (*ослабленный патернализм*). Сегодня госпитализация больного по решению врача-психиатра без согласия его или родственников производится только в том случае, если больной представляет непосредственную опасность для себя или окружающих. Вместе с тем в П. добровольность лечения и право больного на отказ от него содержит серьезные противоречия. С одной стороны, это право и здесь является общепризнанной этико-гуманистической ценностью и юридической нормой, соответствующей международным стандартам. С другой – применение этой нормы при оказании П. помощи делает актуальной проблему *опасности*, которую могут представлять некоторые душевнобольные для себя и окружающих. Приоритетом здесь должно быть оказание медицинской помощи пациентам (с соблюдением их гражданских прав) и только во вторую очередь – изоляция тех больных, которые представляют опасность. 4. Нуждаются в этическом контроле *методы,* применяемые в П. стационарах. В П. изначально в качестве терапевтических средств применялось «лечение жестокое, иногда смертоносное» – массивные кровопускания, сильные души, холодные ванны и т.д. С 30-х гг. 20 в. стали широко применяться шоковые методы лечения, вызывавшие серьезные осложнения. В современных условиях, отказавшись от подобных методов, стационары все еще применяют для некоторых больных большие дозы наркотических средств, сильнодействующих психотропных препаратов – «химическое стеснение», нередко приводящее к серьезным ятрогенным осложнениям. Возникает проблема защиты больных *от избыточного лечения*. Этим обусловлено более строгое этическое регулирование деятельности психиатров, чем врачей других специальностей. Одним из способов такой регуляции является *этический кодекс профессионального поведения психиатров*, регулирующий характер и границы отношений между психиатром и пациентом, его родственниками, средствами массовой информации, обществом.

Психология медицинская – один из составных элементов профессионализма врача, который повседневно имеет дело с конкретными и различными по своим психическим реакциям людьми, к каждому из которых нужен индивидуальный подход с учетом их психологических особенностей, социально и индивидуально обусловленных поведенческих и идеологических стереотипов, что требует от врача глубокого усвоения *практической* и *социальной психологии*.

Психотерапии (ПТ) этические проблемы. ПТ – методика излечения нервно-психических расстройств, одним из теоретических оснований которой выступают, в частности, *психоаналитическая концепция* З. Фрейда и его учение о *бессознательном* и возможности его «переведения» в осознанное. Им же предложены принципы проведения ПТ и первые рекомендации по этике поведения в отношении пациентов. Важные условия этики ПТ – ответственность, взвешенность суждений и честность психотерапевта. В отличие от психиатрии и наркологии, где используется термин пациент, подразумевающий патернализм специалиста, в ПТ используется термин *клиент*, указывающий на автономность личности. Психотерапевт заключает с клиентом контракт, в котором ПТ отношения определяются как обоюдное стремление, а профессиональные знания и навыки психотерапевта – как средство установления понимания сознательных и бессознательных мотивов поведения клиента в интересах решения его проблем. Основные *этические принципы и правила* ПТ: 1. *Уважение ценностей и убеждений клиента*; ПТ отношения между клиентом и психотерапевтом основываются на *доверии* и *информированном согласии*. Психотерапевт должен хорошо осознавать собственные установки и с уважением относиться к личным убеждениям клиентов; поэтому психотерапевты утверждают, что они не дают советов клиентам. 2. Принцип *конфиденциальности*, гарантирующий, что содержание бесед с психотерапевтом не может быть кому-либо сообщено без согласия клиента. Неэтично также использование психотерапевтом информации и возможностей клиента с личной выгодой. 3. Отношения между психотерапев-

том и клиентом ограничены профессиональными рамками, делающими невозможным вступление в личные отношения, т.е. какие-либо иные, в т.ч. интимные, взаимоотношения между ними. По этой же причине ПТ не проводится с родственниками, знакомыми, друзьями. 4. В процессе ПТ клиент часто выражает свои чувства к психотерапевту, проецируя на него то, что есть в нем самом, или было в его прошлой жизни («перенос» – по Фрейду). Психотерапевт должен продолжать работу и в случае «переноса», подводя клиента к осознанию того, что с ним происходит на самом деле. 5. Психотерапевт должен оказывать только профессионально компетентную помощь, осознавая пределы собственной компетентности. Следует воздерживаться от лечения, когда состояние психотерапевта может оказать негативное влияние на терапию. Психотерапевту следует обращаться за консультацией к супервизору или другим коллегам в случаях, когда в процессе ПТ возникают серьезные трудности. Психотерапевту следует честно и открыто сообщить клиенту о своей профессиональной подготовке и практическом опыте, а также выгодах, требованиях и условиях психотерапии. 6. Если у психотерапевта есть основания полагать, что другой психотерапевт нарушает профессиональную этику, он должен обсудить ситуацию с этим психотерапевтом, проконсультироваться с коллегами или сообщить о факте нарушения в Комитет по этике.

Реанимации этические проблемы. Р. (от лат. *reanimatio* – оживление) – совокупность мероприятий по «оживлению» человека в состоянии *клинической смерти.* Меры Р. помощи направлены к тому, чтобы задержать переход от жизни к смерти и как можно скорее восстановить жизнедеятельность организма. Основным регулятором для Р. является фактор времени – количественно выраженная *мера жизни*, сохраняющейся в условиях клинической смерти. Этические проблемы Р.: при решении вопроса о сохранении жизни неизлечимых больных – насколько этичны идеалы традиционной медицинской этики, предписывающей бороться за жизнь «до конца», если больной предпочитает «легкую смерть»; при трансплантации – противоречие между необходимостью изъятия для пересадки еще «живого» донорского органа, для чего сам донор должен быть уже необратимо мертв; при продлении жизни больного с помощью аппаратуры – какие аргументы будут этически весомыми при отключении аппаратуры, т.е. по сути дела «умерщвлении» больного и др.

Реципиент – воспринимающий организм. В генетике – организм, воспринимающий генетическую информацию от другого организма; в генной инженерии – организм, в который переносится нужный генетический материал (трансгены); в медицине – организм, который получает от другого организма (донора) органы, ткани, клетки, в частности при *трансплантации.* Проблема донора и Р. – одна из самых сложных этических проблем в трансплантологии.

Риск врачебный – необходимость принятия решения и совершения осознанного ответственного выбора в экстремальных лечебных ситуациях. Р. может быть: 1) *оперативным* – связан с профессиональными навыками и опытностью/неопытностью врача, отражает уровень знаний и возможностей медицины; 2) *этическим* – отражает область межличностных отношений врача с больными, с их близкими, самооценку врачом своих возможностей и способностей; 3) *рассчитанным* – в случае, когда методы диагностического или лечебного воздействия тщательно проанализированы и врач выбирает тот метод, который связан с меньшим Р. и большей эффективностью медицинского вмешательства. «Этический риск» сводится к минимуму, если пациент предельно объективно информирован о действительном и возможном риске операции для его жизни и если сокращен до минимума «оперативный риск», т.е. операции такого рода проводятся на уровне высших достижений клинической медицины. Понятие Р. близко, но не тождественно понятию *«опасность»*, которое характеризует *объективную* жизненную ситуацию саму по себе; понятие Р. отражает *субъективное отношение* врача к опасной жизненной ситуации. Оценка Р. в клинической практике и отношение к нему врача – важнейший аспект проблемы морального выбора в современной медицине.

Самосознание – осознание индивидом своей физической, интеллектуальной, нравственной, личностной специфики и уникальности, национальной и профессиональной принадлежности, места в системе общественных отношений.

Свобода – философско-этическое понятие, выражающее способность человека к моральному самоопределению, моральной автономии, интеллектуально-нравственному волеизъявлению; поведение, которое зависит от собственных действий, сознания и воли индивида. Нравственная С. предполагает превращение моральных требований во внутренние потребности, убеждения человека. Индивид свободен, если он способен сознательно принимать решения, учитывать последствия собственного поведения и управлять им. В деятельности врача С. проявляется в его умении: 1) делать осознанный *моральный выбор* действий и поступков, в том числе применять (или открывать) новые научные методы, научные знания в медицине; 2) давать своим действиям и поступкам нравственную оценку, 3) предвидеть их последствия, 4) осуществлять разумный контроль над своим поведением, чувствами, страстями, желаниями. В современной БМЭ понятие С. конкретизируется через такие понятия, как «С. принятия решения», «С. действий», *«С. выбора»* и выступает в тесной взаимосвязи с нравственно-правовой *ответственностью* субъекта, принимающего решение в конкретной биомедицинской ситуации.

Синергетика – *(synergetic* – англ.) – междисциплинарная область современной науки, задающая исследователю идеалы нелинейного видения мира и человека, допускающая «свободу выбора» в развитии различных систем, их открытость, непредсказуемость, неповторимость. С. утверждает, что открытый характер большинства систем во Вселенной и наличие большого числа подсистем в их структуре приводят к постоянным *флуктуациям*, т.е. случайным отклонениям величин, характеризующих системы, от их среднего значения. Они могут быть настолько сильными, что существующая прежде структура или организация не выдерживает и разрушается. В такие переломные моменты (*точки бифуркации)* принципиально невозможно предсказать, в каком направлении будет происходить дальнейшее развитие, в какое состояние перейдет система, какой из вариантов структур она «выберет». С. подход к изучению сложных самоорганизующихся систем различной природы, в частности биологических и социальных, указывает на то, что линейное мышление может быть опасным в сложной нелинейной реальности. С. призывает специалистов в области человековедения, медицины, психологии, биоэтики, политики отказаться от позиции линейного понимания человека и социальных систем, беспрекословной «манипуляции» и жесткого контроля над ними. Тем самым преодолеваются возможные при линейном мышлении догматизм, отсутствие плюрализма и толерантности в науке. В качестве методологического основания современной БМЭ С. подход особенно продуктивен в биомедицинских исследованиях, предлагая идеалы открытости, диалогичности, уважения позиции пациента, соблюдения этических и правовых норм в исследованиях с участием человека.

Смерть – прекращение жизнедеятельности организма и вследствие этого – гибель индивида как обособленной живой системы. Определение философско-онтологического *статуса смерти* предполагает решение проблемы *существования* и *сущности* смерти. Она предстает как *процесс умирания*: переход одного качества в другое, одной формы бытия в другую – *живого в мертвое.*

Смерть клиническая – особый вид существования – *терминальное состояние*, граница бытия и небытия живого; процесс *умирания* как переход одного качества в другое. Временной интервал, характеризующий КС – 5–6 минут (иногда менее) – количественно выраженная *мера* еще сохраняющейся жизни. Вокруг понятия и сущности КС ведутся непрекращающиеся споры. Одни ученые указывают на то, что КС «уже не является жизнью, но еще не является смертью» (В.А. Неговский). Другие считают ее «качественно особой формой жизни», поскольку, с биологической точки зрения, при КС еще сохраняется достаточное количество «элементов жизни», многие функции которых лишь приостановились (А.Я. Иванюшкин). Отсюда – специфическая особенность «клинической смерти» – ее принципиальная *обратимость*, которая порождает *этический императив*, требующий от медиков отношения к КС как состоянию, нуждающемуся в неотложных мерах помощи умирающему.

Смерти критерии – признаки, определяющие окончательную степень деградации жизненного процесса и объективное наступление смерти. Современные концепции предлагают считать таким критерием смерти человеческого индивида омертвление головного мозга. Именно в этом

случае утрачивается автономность и индивидуальность личности, поскольку носителем жизни, обеспечивающим ее автономную целостность, суверенность и индивидуальность (даже в биологическом смысле), является мозг. Поэтому *смерть мозга* есть расщепление основания жизни, ибо именно в этом случае утрачиваются ее атрибутивные качества.

Справедливости принцип – мера *естественных прав человека*. В рамках БМЭ предполагает реализацию социальной программы, в соответствии с которой обеспечиваются равные права всех слоев и групп населения на доступ к общественным благам, в том числе получению биомедицинских услуг и фармакологических средств, необходимых для поддержания здоровья, на защиту при проведении биомедицинских исследований. Согласно ПС, польза для пациента всегда должна превышать научный или общественный интерес. Особое место ПС отводит защите прав наиболее *уязвимых слоев* населения.

Средний медицинский персонал: этические проблемы. Основные из них: 1) избегать *соррогений* (от лат. *sorror* – сестра, *gennao* – делать) – вреда, наносимого действиями медицинской сестры, и 2) «правильно» вести себя. Это предполагает умение различать этические дилеммы, возникающие а) в тех случаях, когда указания врача нарушают (прямо или косвенно) право больного на адекватное медицинское обслуживание, т.е. когда они неправильны в медицинском отношении, и б) когда медсестра обнаруживает, что врач игнорирует право больного на самоопределение. В Кодексе этики медсестер (США), требующем соблюдать *дисциплину* и *субординацию*, говорится: «Она призвана защищать права пациента в тех случаях, когда его здоровье и безопасность могут пострадать из-за некомпетентных, неэтичных или незаконных действий другого индивида (в том числе и врача)». Поэтому, получив неправильное в медицинском отношении указание, медсестра имеет моральное право не выполнить его, хотя это и может привести к возникновению нежелательных для нее последствий (выговор, увольнение с работы за неповиновение). Дело в том, что компетентность медсестры в некоторых случаях может превосходить компетентность лечащего врача, особенно если она постоянно повышает свой уровень, а степень ее специализации достаточно высока. Кроме того, медсестры, как правило, лучше, чем врач, знают больного, теснее контактируя с ним. Дилемма второго рода не столь трудна в этическом отношении. Для того чтобы понять, что те или иные указания врача нарушают права больного на самоопределение, медсестре не нужны специальные познания. Однако ей не всегда легко найти в себе смелость действовать так, как это подсказывают совесть и этические нормы.

Страдание и Сострадание – взаимодополняющие друг друга этические категории. *Страдание* – эмоциональное состояние человека, порожденное трудностями, превышающими его физические, душевные и духовные возможности; физическая или нравственная мука, боль. С. рассматривается в этике как *школа жизни,* т. к. оно 1) учит правде и справедливости; 2) очищает душу, успокаивая совесть; 3) облагораживает человека, являясь источником нравственных ценностей; 4) закаляет волю, выдержку, настойчивость. Основное предназначение врача – освобождать пациента от страдания. Поэтому врач не может смириться с С. больного и привыкнуть к ним. Он должен знать, каковы причины С., как оно проявляется и как помочь пациенту преодолеть его. Однако С. – это еще показатель и симптом болезни, поэтому врач должен быть осторожен в стремлении облегчить С. больного. Существует корреляция между *С.* и *болью*: боль испытывает тело, а С. – личность; боль не обязательно влечет за собой С.; С. человек может испытывать и без боли; боль сопровождается С., когда она невыносима, не прекращается, внушает страх или отвращение; боль преодолима, если она имеет смысл; испытывает С. не только тот, кто испытывает боль, но и сопереживающие ему.

Сострадание – жалость, сочувствие, вызываемые несчастьем, горем, страданием другого человека, соединенное с желанием помочь ему. Со-С. как способность страдать вместе с другим, сочувствовать, сопереживать, соболезновать ему – неотъемлемое качество врача, в основе которого лежит высокоразвитая эмоционально-чувственная сторона личности. Для врача это элемент его профессионализма. Однако существует точка зрения, что Со-С. «мешает» врачу: препятствует моментальному принятию решения, заставляет его колебаться, терять драгоценное время в экстремальных ситуациях, отвлекает его на эмоциональные пережива-

ния вместо того, чтобы сконцентрировать все силы на рационально-рассудочном анализе хода болезни, стратегии и тактики ее преодоления, поисках оптимальной методики лечения. Моральная ценность Со-С. определяется степенью его действенности. Формы проявления Со-С.: поддержка другого словом и делом; благотворительность; умение прощать; *милосердие* (*«сестра милосердия»*).

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

Суицида этические аспекты. С. – одна из крайних форм реализации права на смерть – самоубийство, на которое человек решается по личным соображениям, предпочитая достойную смерть недостойной жизни. В разные времена и в разных культурах С. рассматривался с этической точки зрения по-разному. В христианстве С. однозначно считается грехом, поскольку человек в данном случае покушается на волю Бога. В светской культуре С. часто связывают с понятием «*достоинство*» – как выбор во имя человеческого достоинства, как «почерк свободы» (смерть офицера как последняя возможность «спасти честь» или японское харакири). Другая трактовка С. – желание уйти из жизни, не имеющей *смысла* или потерявшей *смысл:* бес-смысленность существования. Наконец, причиной С. могут стать невыносимые страдания в результате тяжелой неизлечимой болезни – нежелание влачить далее недостойное существование. Такое отношение к собственной жизни и смерти определяет постановку вопроса об *эвтаназии.* БМЭ не осуждает с моральной точки зрения С. как таковой, но считает моральным долгом врача предостеречь человека от С. и помочь ему преодолеть депрессивное состояние.

Суррогатного материнства (СМ) этические проблемы. СМ (от лат. *surrogatus* – заменяющий другого) – вынашивание ребенка посторонней женщиной, не являющейся его генетической матерью. «Суррогатная мать» – женщина, вынашивающая чужой эмбрион, плод, имплантированный в ее организм (оплодотворенную спермой мужа яйцеклетку другой женщины, которая не может или не хочет вынашивать ребенка). Этические проблемы возникают из-за обоюдных претензий генетических родителей и суррогатной матери по поводу «принадлежности» родившегося ребенка. На каких основаниях следует строить взаимоотношения женщины-носительницы и семьи, «принявшей» ребенка? Каковы права и обязанности женщины-носительницы в случае рождения «неполноценного» ребенка? Насколько допустима или даже необходима для будущих детей и их официальных родителей анонимность суррогатных матерей (или доноров-мужчин)? Этично ли оплачивать вынашивание ребенка? Не приведет ли это к рассмотрению человеческой жизни в качестве товара?

Танатология (от греч. *thanatos* – смерть, *logos* – учение) – раздел медицины, изучающий причины, признаки и механизмы смерти, течение процесса умирания, изменения в тканях организма, связанные с умиранием и смертью. Предметом интереса Т. являются также этические вопросы врачебного вмешательства в процессы умирания – оживление организма (*реанимация*) и облегчение предсмертных страданий больного (*эвтаназия, хосписное движение*).

Телемедицина (от греч. *tele* – вдаль) – «отдаленная», дистантная медицина, оказание медицинской помощи с использованием новейших информационно-коммуникационных технологий и средств удаленной радио- и телесвязи. Направлена на содействие развитию здравоохранения, осуществление эпидемиологического надзора и предоставление медицинской помощи, а также обучение, управление и проведение научных исследований в области медицины.

Тело – понятие, имеющее несколько значений: 1) живой организм в его соотнесенности с душой; 2) естественные природные тела (наделенные и не наделенные жизнью, изучаемые соответственно физикой, химией, биологией, физиологией и т.д.); 3) искусственные тела, произведенные человеком в процессе цивилизационного развития. В *социальной антропологии* имеется направление, исследующее различные области социальной жизни с точки зрения

включенности в нее различных функций человеческого *тела*, иногда определяющих развитие того или иного социального феномена – *антропология тела*. В современной биоэтике важнейшими проблемами, связанными с понятием тела, являются проблемы трансплантации органов, использование тел умерших людей и тел животных в биомедицинских исследованиях.

Толерантность (от лат. *tolerantia* – терпение) – терпимость к иным взглядам, мнениям, нормам поведения, общения и деятельности, отличным от тех, которых придерживается конкретный человек или общество в целом; выдержка, самообладание, способность к взаимному пониманию и согласованию разнородных интересов. В БМЭ *принцип толерантности* предполагает заботу о сохранении жизни и здоровья человека, предотвращении болезней и облегчении страданий больных вне зависимости от пола, возраста, расовой и национальной принадлежности, социального и материального положения, политических убеждений и вероисповедания. Принцип толерантности обеспечивает также уважение к мнению коллег в процессе научных исследований и в ходе их оценки.

Трансплантации этические проблемы. Т. (от лат. *transplantare* – пересаживать) – пересадка органов с последующим их приживлением в пределах одного организма (*аутотрансплантация*), или от одного организма другому того же вида (*гомотрансплантация*), или другого вида (*гетеротрансплантация*), или в пределах разных видов (*ксенотрансплантация*). К основным этическим проблемам Т. относится, прежде всего, проблема *донора* и *реципиента.* Теоретически, при условии соблюдения врачом высоких нравственных принципов, донорами необходимого органа могут быть: 1) родственники больного, добровольное жертвующие один из своих органов; 2) посторонний человек, давший добровольное и сознательное согласие на взятие у него органов или тканей; 3) труп только что умершего человека. Вместе с тем по закону посторонний человек не может при своей жизни продать или подарить свой орган (даже парный). Это значит, что при отсутствии родственников или их согласия на операцию необходимый больному орган может быть взят только у трупа. Во многих странах проблема использования органов трупа для Т. получила правовое решение в двух вариантах: 1) «поощрительный добровольный подход» – юридическое оформление передачи своих органов другим лицам – с целью их последующего использования после смерти; 2) концепция «предполагаемого согласия» – предоставление врачу юридического права «отбирать» необходимые для целей Т. органы умершего пациента, поскольку предполагается, что разрешение на эти действия могло бы быть им получено. Другие этико-правовые проблемы Т. связаны с опасностью превращения донорства в коммерческую операцию (покупка, продажа органов человека или приоритетного права в списке очередников, ожидающих донорский орган). Поэтому при Т. органов и тканей должны соблюдаться определенные правила: 1) деонтологический *принцип коллегиальности* при принятии решения; 2) условия взятия трансплантантов от живого донора: а) если больному нельзя оказать помощь иными средствами, кроме пересадки органов или тканей и б) если вред, причиняемый при этом донору, меньший, чем предотвращенный вред для больного-реципиента.

«Умирание с достоинством» – символизирует нравственную заботу об умирающем больном, проявляющуюся в уважительном отношении к его телесному и духовному Д. «Умирание с достоинством» в равной степени затрагивает как личное Д., так и Д. общества, которое своими действиями должно охранять Д. каждого человека; включает в себя психологическое и эстетическое измерения: уважение личной уникальности пациента, его мировоззренческих, религиозных взглядов и убеждений, его национальной принадлежности; заботу о гигиеническом и эстетическом состоянии тела умирающего. «Умирание с достоинством» предполагает также хорошо обдуманное решение уйти из жизни самого больного, которое следует рассматривать как проявление самоуважения личности, так как оно связано с ценностным подходом к жизни. Появление новой — гуманистической модели взаимоотношений людей, усиливающаяся автономность личности, внедрение в практическую медицину достижений науки, которые продлевают существование тяжелобольного, но не всегда улучшают *качество его жизни*, — все это внесло новые оттенки в понятие «умирание с достоинством»,

требуя от медицинского персонала особо бережного нравственного отношения к умирающему больному.

Уязвимость – принцип БМЭ, выступающий как проявление *принципа справедливости* в двух смыслах. 1. У. как характеристика *любого* живого существа, каждой отдельной жизни, по своей природе конечной и хрупкой, выступает связующим звеном между социально и морально отчужденными в обществе людьми, объединяя их в поисках преодоления собственной У. В этом смысле весь прогресс в области медицины и биологии может рассматриваться как борьба с человеческой У., вызванная стремлением минимизировать или «отодвинуть» ее. При этом У., в том числе смертность и конечность, оптимистически расценивается как некое обстоятельство, которое может и должно быть преодолено. 2. В узком смысле У. относится к отдельным человеческим группам и популяциям, участвующим в клинических испытаниях. *Уязвимые испытуемые* – лица, чье добровольное согласие на участие в клиническом испытании может быть результатом их чрезмерной заинтересованности, связанной с обоснованными или необоснованными представлениями о преимуществах участия в исследовании или санкциях со стороны выше стоящих инстанций в случае отказа от участия. К ним относятся, в частности, представители подчиненного звена в медицине: учащиеся высших и средних медицинских, фармацевтических и стоматологических учебных заведений, персонал клиник и лабораторий, сотрудники фармацевтических компаний, а также служащие вооруженных сил и заключенные. К уязвимым испытуемым относятся также больные, страдающие неизлечимыми заболеваниями; лица, содержащиеся в домах престарелых и инвалидов; пациенты, находящиеся в неотложном состоянии; представители национальных или иных меньшинств; безработные, бездомные, малообеспеченные граждане, бродяги, беженцы, дети. Эти группы требуют особой заботы, ответственности, эмпатии по отношению к ним – более слабым и зависимым. Считается этически недопустимым или нежелательным проводить клинические испытания на уязвимых людях.

Фармакологии этические проблемы. Ф. – наука, изучающая вопросы разработки, доклинического исследования, клинического испытания, и применения лекарственных средств человеком. Основными моральными проблемами Ф. являются соблюдение этических норм в отношении животных как основных объектов фармакологических опытов, а также людей, принимающих участие в клинических испытаниях лекарственных средств. Важной этической проблемой является объективность при оценке полученных результатов исследования лекарственных средств по их безопасности и эффективности, умение сделать вывод о возможности разрешения к применению нового лекарственного средства, готовность отстаивать интересы фармакологии, а не интересы фармацевтического производителя лекарственного средства.

Фетотерапия – трансплантация фетальных (постабортивных) клеток; может применяться при лечении таких серьезных заболеваний, как диабет, болезнь Паркинсона, травматические повреждения спинного мозга, заболевания печени и сердца, миодистрофия, несовершенный остеогенез. Биоэтическая проблема состоит в допустимости/недопустимости использования эмбриональных клеток и материала, остающегося после аборта.

Фитотерапия – одно из направлений альтернативной медицины, использование средств народной медицины, в частности, лечение травами. Ф. – одна из самых древних наук, появилась шесть тысяч лет назад. Многие изученные механизмы Ф. используются в официальной медицине в виде частей растений, а также готовых лекарственных средств из них, причем в настоящее время наблюдается тенденция увлечения их применения. За долгие годы человечество приобрело колоссальный опыт в траволечении, и пренебрегать им, по меньшей мере, неразумно. БМЭ при оценке Ф. должна придерживаться осторожного подхода на основе принципа «не навреди».

Хосписы – специальные организации помощи умирающим, особые медико-социальные институты, в которых безнадежно больные люди получают возможность достойно завершить свою жизнь. Обстановка и деятельность персонала нацелены в Х. на создание человеческих условий для *умирания с достоинством.* Отличие Х. от других лечебных учреждений для «безна-

дежных» больных заключается не просто в ином техническом и медикаментозном оснащении; на первый план выступает личность пациента, его желания, эмоциональные реакции. Основные *принципы хосписного движения* (А.А. Гвоздилин) предусматривают:

• контроль над болевыми синдромами, позволяющий качественно улучшить жизнь больного, чтобы пациент мог переключить все внимание на свой внутренний мир;

• особый стиль поведения медиков, для которого, прежде всего, характерен такт в обращении с обреченными больными, исключающий поверхностные, шаблонные суждения и утешения, игнорирующие или принижающие моральный статус человека;

• отрицание тактики «святой лжи», подготовка безнадежно больного человека к мысли о его смертельном недуге, о том, что он обречен;

• бескорыстие медицинского персонала, категорически исключающее материальное вознаграждение от пациентов и их родственников;

• широкое использование гражданской инициативы волонтеров – добровольцев, отдающих свои силы и время умирающим;

• психологическую помощь и поддержку близких умирающего или уже ушедшего из жизни, создание особого психологического климата.

Целостность – принцип БМЭ, который обозначает тождественность личности самой себе, обеспечивает ее самоидентификацию, не допускает разрушительных манипуляций с ней (в частности, в процессе биомедицинских исследований). Затрагивает как физическую, так и психическую стороны жизни индивида и обеспечивает его уникальность, индивидуальность и неповторимость. Ц. связана с «жизненной историей» индивида, которая создается памятью о наиболее важных событиях собственной жизни и интерпретацией жизненного опыта. Некоторые медицинские вмешательства, имеющие благую цель восстановить здоровье человека, улучшить его состояние, часто бывают связаны с нарушением Ц.

Ценность (*value*) – термин, используемый в этике, философии и социологии для указания на человеческое, социальное и культурное значение определенных объектов и явлений, отсылающих к миру должного, целевого, значимого, абсолютного. Базовое понятие в дискуссии о самоценности и правах Живого.

Ценностные ориентации – элементы внутренней структуры личности, сформированные и закрепленные жизненным опытом индивида в ходе их социализации и социальной адаптации. ЦО – это предпочтения определенных смыслов, целей и основных средств их достижения; иерархия разделяемых личностью этико-социальных ценностей, убеждений, жизнеорганизующих начал, готовность вести себя в соответствии с ними. Поэтому ЦО имеют функцию важнейших регуляторов социального поведения индивидов, в том числе и в сфере биоэтики.

«Центр экспертиз и испытаний в здравоохранении» – Республиканское унитарное предприятие (РУП), основными *целями* которого являются: обеспечение безопасности, эффективности и качества лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, безопасности химических и биологических веществ, материалов и изделий из них, продукции производственно-технического назначения, товаров для личных (бытовых) нужд, продовольственного сырья и пищевых продуктов, а также материалов и изделий, применяемых для производства, упаковки, хранения, транспортировки, продажи, иных способов отчуждения продовольственного сырья и пищевых продуктов и их использования на территории Республики Беларусь. Данные цели осуществляются путем проведения комплекса работ по подготовке и экспертизе *документации*, проведения *инспектирования* производств зарубежных предприятий (фирм), производящих эти средства, изделия и материалы, проведения их *сертификации*, осуществления государственного *контроля качества* лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники. Основные *направления* деятельности РУП осуществляются в комплексе работ по подготовке и экспертизе документации для:

– государственной гигиенической регламентации и регистрации химических и биологических веществ, материалов и изделий из них, продукции производственно-технического назначения, товаров для личных (бытовых) нужд, продовольственного сырья и пищевых про-

дуктов, а также материалов и изделий, применяемых для производства, упаковки, хранения, транспортировки, продажи, иных способов отчуждения продовольственного сырья и пищевых продуктов и их использования;

– государственной регистрации лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники;

– подготовки разрешений на ввоз лекарственных средств;

– ввоза, вывоза, транзита наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, изделий медицинского назначения и медицинской техники;

– проведения клинико-фармакологических испытаний лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники;

– проведения работ по сертификации химических и биологических веществ, материалов и изделий из них, продукции производственно-технического назначения, товаров для личных (бытовых) нужд, продовольственного сырья и пищевых продуктов, а также материалов и изделий, применяемых для производства, упаковки, хранения, транспортировки, продажи, иных способов отчуждения продовольственного сырья и пищевых продуктов и их использования;

– сертификации лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники;

– государственному контролю качества лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники.

Предприятие имеет в своем составе следующие управления: лекарственных средств, медицинской техники, гигиенической регламентации и регистрации, а также республиканскую клинико-фармакологическую лабораторию, республиканскую контрольно-аналитическую лабораторию, лабораторию фармакопейного и фармацевтического анализа.

Человек – высшая ступень развития живых организмов на Земле, биосоциальная система, единство физического и духовного, природного и социального. Как биосистема Ч. подчиняется биологическим закономерностям (биофизическим, биохимическим, физиологическим). Социальное становление предполагает усвоение, использование и модифицирование исторически сложившихся норм морали, права, культуры в процессе индивидуальной и социальной активности Ч. Происхождение, сущность и предназначение Ч. в мире – одна из ключевых научных проблем социо-гуманитарных дисциплин. Этика и БМЭ рассматривает Ч., его жизнь, здоровье, права и свободы как высшую ценность и цель биомедицинской деятельности.

Честь – наряду с *достоинством* – этические оценочные категории, которые отражают *моральную ценность* личности и представляют собой общественную и индивидуальную *оценку* нравственных качеств и поступков человека. Выступают необходимым условием выполнения врачом своего профессионального *долга*. Ч. как моральный феномен есть внешнее общественное признание поступков человека, его заслуг, проявляющееся в почитании, авторитете, славе. Поэтому *чувство Ч.*, внутренне присущее врачу как личности, связано со стремлением добиться высокой оценки со стороны окружающих, похвалы, известности. В отличие от достоинства, которое принадлежит человеку по праву рождения, потому что он человек (человеческое Д.), Ч. – это то, что человек должен завоевывать, добиваться в процессе своей жизнедеятельности. *Профессиональная Ч.* воздается врачу в соответствии с оценкой, которую получают его качества как человека и как представителя медицинской профессии, выполняющего свой долг.

Шарлатанство – бессовестный обман, основанный на незнании, невежестве окружающих. В медицине – корыстное и циничное использование невеждой, выдающим себя за специалиста, несчастного положения больного человека, его родственников и окружающих, которые жаждут исцеления «любыми средствами». Ш. требует однозначного осуждения и борьбы с ним.

Швейцер Альберт (1875–1965) – немецко-французский философ, врач, богослов, всемирно известный своими гуманистическими акциями, лауреат Нобелевской премии мира,

основатель бесплатных лечебниц в Африке. Автор этического *принципа благоговения перед жизнью.* По Ш., нравственность есть не только закон, но и условие существования и развития жизни. Основой прогресса человечества и духовного совершенствования индивида является органичное единство этики и культуры, критерием развития которой выступает *гуманизм*.

Эволюция (от лат. *evolutio* – развертывание) – постепенное, непрерывное, преимущественно необратимое развитие; в широком смысле – синоним развития, в узком – постепенные изменения, в отличие от революции.

Эвтаназия (от древнегреч. *eu* – хорошо и *thanatos* – смерть) – понятие, означающее добровольную безболезненную смерть и отражающее естественное для каждого человека желание умереть легко и спокойно. Умирающий имеет право определить, что для него важнее: быть человеком, обладающим самосознанием и рассудком, или просто оставаться еще какое-то время живым, в состоянии искусственного поддержания жизни. Такое решение связано с ценностным подходом к жизни и может быть рассмотрено как проявление самоуважения личности. Понятие Э. было введено Ф. Бэконом еще в XVII в. Сегодня Э. существует как *пассивная* и *активная*, *добровольная* и *ненамеренная*. *Пассивная Э.* – решение о прекращении лечения ввиду безнадежного состояния больного; *активная Э.* – введение высоких доз наркотиков, прекращающее страдания и жизнь безнадежных больных; *добровольная Э.* осуществляется при информировании пациента; *ненамеренная Э.* – без его согласия. Наиболее дискуссионным с биоэтической точки зрения является вопрос о *добровольной активной Э.* Ее сторонники выдвигают два основных этических аргумента: милосердие и «золотое правило». Первый аргумент обусловлен невыносимостью страданий, которые испытывает умирающий человек, и стремлением освободить его от этих страданий. Подобная акция была бы проявлением милосердия и по отношению к другим пациентам, которым в результате досталось бы больше внимания медперсонала и медикаментов. Аргумент «золотого правила» базируется на категорическом императиве Канта, требующем поступать с другими так, как мы хотели бы, чтобы поступали с нами. Применительно к проблеме Э. это означает, что каждый из нас на основе принципа автономности личности должен иметь право выбрать для себя болезненную или безболезненную смерть. Актуальность проблемы Э. сегодня во многом связана с тем, что старая врачебная этика уже не способна указать решение многих проблем в новых условиях. Расширилась сфера пограничных (между жизнью и смертью) ситуаций: современные средства медицины позволяют иногда повернуть вспять или привести к искусственному замедлению, казалось бы, неизбежный процесс умирания, («задержанная смерть»). Зачастую такое замедление продлевает не столько жизнь, сколько агонию и поддерживает лишь бессознательное существование тела без какой-либо надежды вернуть человеку сознание. Использование новейших технологий позволяет сохранить жизнь и тем пациентам, организм которых не приобрел (новорожденные с неустранимыми дефектами) или навсегда утратил способность самостоятельно справляться с важнейшими жизненными функциями. Так благородная и гуманная задача медицины — *борьба с болезнью* — становится своей противоположностью — *борьбой за поддержание болезни* в течение длительного срока. Сегодня в медицинских кругах широко дискутируется вопрос, в какой мере морально оправдано продление жизни безнадежного больного в ситуациях, когда: а) его сознание необратимо утрачено; б) умирая, он испытывает невыносимые физические страдания; в) этот пациент — новорожденный, анатомо-физиологические дефекты которого неустранимы. Абсолютно безупречных с морально-этической и правовой точек зрения способов решения этих проблем не существует, поскольку выбор делается не между добром и злом, а между меньшим и большим злом. Вместе с тем *сторонники* Э. считают, что она может быть этически оправдана при 1) далеко зашедшем неизлечимом заболевании, вызывающем у человека непереносимые страдания; 2) тяжелейшей форме инвалидности, ограничивающей жизнедеятельность человека. *Противники* добровольной активной Э. аргументируют свою позицию тем, что 1) намеренное прекращение человеческой жизни всегда безнравственно и не может быть морально оправдано; 2) в случае постановки неправильного диагноза можно потерять напрасно многие человеческие жизни;

3) при поспешном обращении к Э. может случиться так, что не излечимая сегодня болезнь завтра будет успешно побеждена; 4) возможны злоупотребления «убийством из милосердия» со стороны врачей и близких, которые могут быть заинтересованы в преждевременной смерти больного; 5) доступность Э. может спровоцировать у медиков и близких искушение избавиться от груза забот и ухода за тяжелым больным; 6) общество, руководствуясь законностью Э., может получить право избавляться от своих недееспособных «бесполезных» и «лишних» членов; 7) безнравственно привлечение к участию в Э. врачей – представителей самой гуманной профессии. Сопоставление доводов за и против легализации Э. приводит к выводам, что 1) активная недобровольная Э. должна быть отвергнута как нарушение права на жизнь; 2) пассивная недобровольная Э. может быть допущена при особых, специально оговоренных условиях медицинского характера (гибель головного мозга, наличие других признаков, несовместимых с жизнью и т.д.); 3) добровольная Э. (активная и пассивная) должна быть совместима со справедливостью, гуманностью и милосердием, и ее легализация может рассматриваться как реализация права человека на достойную смерть.

Экологического риска общество – согласно концепции совр. нем. философа У. Бека, формируется к концу 20-го в. В отличие от *традиционного* общества, доминантой которого являлось производство богатства, мышление людей находилось во власти диктатуры бедности, а движущая сила общества выражалась фразой: «Я хочу есть!», в новом обществе место общности нужды занимает *общность страха,* а движущая сила общества выражается фразой: «Я боюсь!». Основным фактором политики, стимулом развития производства становится *экологический страх*, порождающий новый тип мифологии, в которой на место злых духов встают такие силы, как «облучение», «загрязнение», «генетически модифицированные продукты», повышенное содержание в продуктах сахара, соли, холестерина, и т.д. Наука участвует в развитии *общества экологического риска* (ОЭР) тремя способами: вместе с промышленностью производя риски; диагностируя их; разрабатывая методы борьбы с ними. *Биоэтика* в ОЭР присутствует в двух формах: «биоэтика для друзей» – людей, объединенных общей религией, философией и т.п., и «биоэтика для посторонних» – людей, относящихся к разным религиям, философиям и т.д. Ее предметом выступает два типа ответственности: 1) ответственность личности (ученого, предпринимателя, исследователя) перед собой за самосовершенствование и самореализацию; 2) ответственность за события, возникающие как последствия поступков самореализации. Ситуация ОЭР характеризуется: с одной стороны, глобализацией рисков, объединяющей человечество и заставляющей искать общий морально значимый ответ; с другой – партикуляризацией морального сознания, ведущей к внутреннему расслоению и ослаблению влияния моральных авторитетов. Соответственно существует два моральных условия биоэтики ОЭР: 1) наличие «внутреннего» морального основания у личности; 2) готовность отстаивать свои внутренние ценности посредством мирных публичных демократических процедур. Центральными регулятивными принципами в биоэтике ОЭР выступают принцип *предосторожности* и принцип *презумпции опасности*.

Экология – (от греч. *oikos* – жилище, *logos* – учение) – наука, изучающая взаимоотношения человека и общества с окружающей средой – живой и не живой. Совокупность совместно обитающих разных видов организмов и условий их существования, находящихся в закономерной взаимосвязи друг с другом, составляет *экосистему*.

Эксперимент – метод эмпирического познания, при помощи которого в контролируемых и изменяемых условиях получают знание о связях между явлениями или объектами, или фиксируют их новые свойства. Проведение *Э. с участием человека* регулируется правилами проведения *Надлежащих (качественных) клинических исследований* и требует соблюдения этических стандартных операциональных процедур (СОПов), разработанных международными документами, в частности, соблюдения принципа информированного согласия. *Э. над животным* – это любое использование животного для исследовательских или других научных целей, которое может сопровождаться причинением ему боли, страдания, мучения или длительного вредного воздействия. Поэтому в понятие Э. входит также их исключение с помощью анестезии, анальгезии, других методов, а также гуманные, безболезненные методы

умерщвления или маркировки животного. Э. начинается в момент, когда животное подготавливают к исследованию, и заканчивается, когда дальнейшие наблюдения больше не проводят.

Экспериментальное животное – любое живое позвоночное (исключая человека, формы плода или эмбриона, а также свободно живущие личинки), используемое для исследовательских или других научных целей. *Порядок и условия содержания ЭЖ* предполагает соблюдение ряда требований. 1. Питомники и учреждения-поставщики животных должны быть утверждены или зарегистрированы уполномоченным органом и должны соответствовать специальным требованиям. 2. Должны регистрироваться количество и виды проданных и полученных животных, даты их продажи или поступления, наименование и адрес получателя, а также количество и виды умерших животных. Каждое животное (собака, кошка или не человекообразный примат) в любом питомнике, учреждении-поставщике или виварии до его отлучения от материнского вскармливания должно получить индивидуальный идентификационный знак наименее болезненным способом. В протоколы, ведущиеся в каждом учреждении, необходимо включать подробные данные об идентичности и происхождении каждого животного. 3. Виварии должны быть зарегистрированы или утверждены уполномоченным органом. Они должны иметь установки и оборудование, соответствующие используемым видам животных и проводимым экспериментам; их проектирование, конструкция и способ функционирования должны обеспечивать как можно более эффективное выполнение эксперимента в целях получения закономерных результатов при использовании минимального количества животных и по возможности не причиняя им боль, мучения, не создавая патологического состояния или длительного вредного воздействия. 4. В каждом виварии должно быть определено лицо, административно ответственное за надлежащий уход за животными и обеспечение функционирования оборудования; персонал должен быть достаточно подготовленным; должны быть приняты надлежащие меры по проведению консультаций и оказанию ЭЖ лечебной помощи ветеринарным врачом. 5. В вивариях должны использоваться только животные, полученные из питомников или из учреждений-поставщиков. По возможности следует использовать специально выведенных животных. Бродячих животных домашних видов не следует использовать в экспериментах, за исключением бродячих собак и кошек. 6. В вивариях не менее трех лет необходимо сохранять протоколы обо всех ЭЖ, в которых должны быть отражены количество и виды всех приобретенных животных, сведения о поставщике животных и дата их прибытия. *Правила ухода и содержания ЭЖ* должны гарантировать, что: а) всем им предоставляются жилище, некоторая свобода для движения, пища, вода и уход, необходимые для их здоровья и нормального самочувствия; б) любые ограничения, не позволяющие ЭЖ удовлетворять свои физиологические и этологические потребности, сведены к абсолютному минимуму; в) за состоянием здоровья ЭЖ наблюдает компетентное лицо, чтобы исключить причинение им боли, мучений, страданий или длительного вредного воздействия; г) приняты меры по обеспечению того, что любой обнаруженный дефект или вред, причиненный ЭЖ, устраняют как можно быстро.

Экспертиза этическая (биоэтическая) (от лат. *expertus* – опытный) – изучение какого-либо вопроса, связанного с исследованиями в области биологии и медицины, с представлением мотивированного заключения с позиций этической правомерности, безопасности и целесообразности данного исследования. Обязательность ЭЭ требует при проведении биомедицинского исследования учитывать, что возможность реализации получит не всякий замысел или идея, даже безупречные в теоретическом, техническом и методологическом отношениях, а только такие, которые пройдут *этическую гуманитарную экспертизу.* ЭЭ предполагает систему мер, обеспечивающих максимальную защиту прав каждого конкретного лица и сообщества людей, принимающих участие в исследовании, вносящих вклад в науку и этику биомедицинских исследований. Для обеспечения гарантий соблюдения прав испытуемых международное сообщество выработало эффективную систему общественного и государственного контроля над соблюдением прав и интересов субъектов исследований и этичностью клинических испытаний. ЭЭ проводится путем рассмотрения протокола исследования и поправок к нему, оценки квалификации исследователей, соответствия исследовательского

правок к нему, оценки квалификации исследователей, соответствия исследовательского центра, а также методов и средств получения от испытуемых добровольного, осознанного информированного согласия и его документального оформления, выносящего решение об одобрении исследования, либо отказе в нем. Одним из основных механизмов ЭЭ является деятельность *комитетов по этике*.

Экстракорпоральное (искусственное) оплодотворение (ЭКО) – современный биотехнологический метод преодоления бесплодия – зачатие *in vitro* (в пробирке): внематочное оплодотворение яйцеклетки бесплодной, но способной к вынашиванию ребенка женщины спермой мужа (или другого мужчины), а затем имплантация оплодотворенной яйцеклетки в ее матку. Возможность ЭКО порождает ряд этических проблем: от биологических прав эмбриона до социальных проблем (допустимость/необходимость сохранения анонимности доноров-мужчин или суррогатных матерей для будущих детей и их официальных родителей; опасность своеобразного расизма при возможности целенаправленной или случайной «селекции» доноров – носителей «лучших» генов; уничтожение/сохранение зародыша в случае возможных или обнаруженных аномалий; проблема собственности на «избыточные» эмбрионы и др.). Вместе с тем запретить манипуляции с эмбрионами – это значит не только лишить некоторые семьи возможности иметь детей по методикам ЭКО, но и закрыть целое научное направление – *эмбриологию,* которое помогает изучать генезис и механизм многих тяжелых заболеваний и искать пути их лечения.

Эмбриона статус, Эмбриона права. Э. (от греч. *embryon* – зародыш) – организм, развивающийся у млекопитающих в теле матери из яйцеклетки в период эмбрионального развития, в процессе превращения зиготы в зародыш. Этическое решение проблемы статуса и прав Э. зависит от отношения общества к *правам Живого* и двум различным *состояниям плода*: состоянию, которое не имеет никакого «человеческого» содержания, и состоянию, за которым это содержание уже признается. В основе запрета на использование Э. или его тканей в целях биомедицинских исследований лежит противопоставление гипотетической пользы для человечества и реальных прав конкретного Э. Защитники ПЭ ссылаются на святость и неприкосновенность человеческой жизни с момента зачатия, утверждая, что плод обладает всеми правами, свойственными человеку. Поэтому, лишая Э. жизни, мы убиваем то, что может стать личностью – это *«консервативная позиция».* Отрицание ПЭ – *«либеральная позиция»,* отказывающая плоду в самостоятельном статусе даже на самых поздних стадиях беременности («обсуждать права плода столь же бессмысленно, как обсуждать «права» аппендикса») и предоставляющая право выбора судьбы Э. матери или медикам. *«Умеренная позиция»* – основывается на точке зрения современной биологии и эмбриологии, согласно которой человек как биологический индивидуум формируется сразу после слияния родительских половых клеток, когда образуется неповторимый набор генов, и требует ответственного отношения к принятию решения.

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

Эмоциональный контакт – единство и созвучие чувств человека с переживаниями других людей. ЭК между врачом, больным и его родственниками – двусторонние отношения, основанные на принципе *партнерства* – понимания и принятия каждым из них друг друга как личностей. Объективной основой такого контакта являются психологические механизмы

заражения и *подражания,* ведущие к достижению высокого уровня идентификации, отождествления себя с другим, возможности разделить с ним свои переживания, в результате чего у человека наступает психологическая разрядка – *облегчение*. ЭК формируется через осознание больным профессионализма врача: чем выше профессиональный уровень врача, тем легче устанавливается ЭК врача и пациента.

Эмпатия – способность эмоционально отзываться на переживания другого, в чем нуждаются больные по отношению к себе со стороны медицинских работников. Э. проявляется в *сочувствии* и *соучастии*. Наиболее высокий уровень Э., требующий большой самоотдачи – соучастие, умение «взять боль пациента на себя» и помочь ему действием. Эмпатические переживания могут быть адекватными и неадекватными, их характер определяется не только качеством переживаний (субъекта), но и в значительной степени структурой личности индивида.

Эпидемиологии этические проблемы. Э. – наука, изучающая причины возникновения, закономерности распространения эпидемий и инфекционных заболеваний в обществе, а также разрабатывающая меры борьбы с ними. Э. носит как теоретический, так и практический характер. Э. тесно связана с биомедицинскими исследованиями в области микробиологии, паразитологии, иммунологии, а также с клиникой инфекционных болезней, гигиеной, организацией здравоохранения. Основные *этические проблемы Э.*:

– проблема социальной опасности, вызываемая инфекционными болезнями;

– моральные аспекты и сложности карантинных мероприятий;

–моральные дилеммы, возникающие по поводу прав и обязанностей граждан при проведении иммунопрофилактики инфекционных болезней (вакцинации);

–морально-этические проблемы венерологии: необходимость и допустимые ограничения анонимности в диагностике и лечении;

– моральные проблемы, связанные с ВИЧ-инфекцией: добровольность тестирования, конфиденциальность, отказ в лечении (и от лечения), доступность/недоступность лечения, хосписная помощь при СПИДе. Феномен спидофобии. Стигматизация, дискриминация и сегрегация ВИЧ-инфицированных.

Этика (от греч. ethos – характер, нрав) – философское учение, предметом которого выступает мораль как система норм, принципов и идеалов, регулирующих поведение и отношение человека к обществу, другому человеку, самому себе. Э. включает несколько различающихся областей рефлексии и исследований, которые пользуются особым научным языком. 1. Философия морали или метаэтика, понимаемая как философская рефлексия, возможность исследовать этику как науку; это философское направление, задачей которого является анализ этических понятий и возможности рационального обоснования моральных убеждений; философия морали пользуется языком и методами рассуждения, свойственными философии и логике. 2. Этика нормативная как система более или менее упорядоченных ответов на вопрос, что есть добро и зло, к чему следует стремиться в жизни, какие обязанности и идеалы следует реализовывать; язык нормативной Э. есть язык ценностей и норм. 3. Прикладная этика, сущность которой заключается в конкретизации общечеловеческих моральных норм и принципов применительно к данным ситуациям, для отдельных групп людей, с учетом специфики их жизнедеятельности; у нее есть свой особый язык – достаточно «технологизированный» и междисциплинарный, оперирующий не только этическими понятиями, но и понятиями социологии, психологии, юриспруденции, а также специальных отраслей знания, таких, например, как медицина и биология; у нее есть свое место в структуре этического знания – наряду с метаэтикой и нормативной этиками.

Этика авторитарная – этика (и мораль), для которых *высшей ценностью и целью* является не человек, а нечто внешнее по отношению к нему: интересы общества или государства, высшая идея, вождь, Бог и т.д. Человек же в АЭ не имеет самоценности и рассматривается лишь как *средство* достижения цели. АЭ базируется на *иррациональном авторитете,* источником которого служит власть над людьми, с одной стороны, и страх – с другой; она строится на *неравенстве* и *подчинении,* на приоритете авторитета, признании его права на одобрение или осуждение с позиций его собственного интереса. Основным методом моральной регуляции

выступает *внешнее принуждение,* которое осуществляется через механизм подчинения: страх, зависимость и насилие (физическое или моральное). АЭ требует от личности ориентации на общественный интерес (независимо от интереса личного), подчинения воле общества (или большинства), строгой субординации и унификации личностных качеств, взглядов и интересов, в том числе и профессиональных. АЭ не приемлет демократичности, индивидуализма и «инакомыслия». Является методологической основой патерналистского подхода в традиционной медицинской этике и деонтологии.

Этика гуманистическая – этика, ориентированная на *человека, его жизнь, свободу и интересы.* ГЭ рассматривает человека в его телесно-духовной целостности, считая, что основы «добродетели» заложены в характере зрелой и целостной личности, а «порок» заключается в безразличии к своему Я. Основоположник ГЭ – *Э. Фромм* утверждает поэтому, что «не самоотречение и себялюбие – а любовь к себе, не отрицание индивидуального, а утверждение своего истинно человеческого Я – вот высшие ценности гуманистической этики». ГЭ опирается на веру в человека, его автономность, независимость, свободу и разум, считая, что человек способен самостоятельно различать добро и зло и правильно давать этические оценки. Для ГЭ *каждый* человек, его жизнь и свобода – высшая *ценность и цель*, а все, что служит самореализации человеческой сущности, признается *средством* и гарантом достижения цели. Основной метод моральной регуляции в ГЭ – *свободный сознательный выбор* человеком собственной линии поведения на основе этической компетентности, личных интересов, способности предвидеть последствия своих действий и готовности нести за них ответственность. ГЭ базируется на принципе индивидуализма, понимаемом как любовь к себе, стремление к самоутверждению и самореализации, в результате чего человек обретает свою «самость», предъявляет себя миру и несет за себя ответственность, признавая те же права за другим. ГЭ выступает методологической основой БМЭ в целом и принципа автономности пациента в частности.

Этика жизни – направление русской этической мысли конца XIX–нач. XX в., ориентированное на осознание *самоценности жизни* как фундаментальной ценности, наполненной *духовным смыслом.* В различных философских концепциях ЭЖ трактовалась по-разному. Русская религиозная православная этика (Н.Ф. Федоров, Ф.М. Достоевский, В.С. Соловьев, Н.А. Бердяев) рассматривала проблемы жизни и смерти, выстраивая гуманистический вектор отношения человека к миру, к жизни, к окружающей природе. Живая этика (Н.К., Е.И. Рерихи и др.) отстаивала ценности взаимной солидарности, милосердия и справедливости. «Космическая этика» (К.Э. Циолковский) развивала идеи панпсихизма и бессмертия духовных атомов. Натуралистическое направление, ориентированное на естественные науки, прежде всего, на биологию, обосновывало этику, исходя из осмысления *антиэнтропийности жизни* как природно-исторического феномена, направленного на борьбу с силами хаоса, беспорядка, смерти (Н.А. Умов). Этика альтруизма (П.А. Кропоткин) одухотворялась тем, что этические нормы укоренены в природном мире, а истоки альтруизма – в инстинкте взаимопомощи и общительности, присущих и животным. Отдельные проблемы медицинской этики развивались впоследствии в работах В.И. Вернадского (учение о *ноосфере*), Д.П. Филатова (*этика любви к жизни*), В.Ф. Войно-Ясенецкого, А.А. Любищева.

Этика клинических исследований – область БМЭ, определяющая взаимоотношения между субъектом и объектом в процессе проведения *клинических исследований* (КИ) с участием человека. Предполагает соответствие условий проведения КИ общепринятым нормам морали, требованиям соблюдения прав, интересов и личного достоинства участников КИ, подчиненность интересов науки и иных интересов приоритету прав и свобод личности. Регулируется ***правилами проведения качественных клинических исследований*** – GCP, следование которым рассматривается как общественная гарантия того, что права и здоровье испытуемых, а также их личная жизнь защищены, а собранные клинические данные достоверны. Этика КИ на человеке предполагает соблюдение ряда правил. 1. КИ должны проводиться в соответствии с общепринятыми научными принципами и основываться на адекватных лабораторных исследованиях, экспериментах на животных и знании современной научной литературы. В любом

случае испытуемый должен быть добровольцем. 2. Программа и выполнение КИ на человеке должны быть четко сформулированы в экспериментальном протоколе, который представляется независимому комитету для рассмотрения, внесения замечаний и предложений. 3. Пациент, принимающий участие в КИ, должен быть информирован о целях и методах исследования, ожидаемой пользе, возможном вреде, а также обо всех неудобствах, связанных с исследованием. Ему должно быть предоставлено право отказа от участия в исследовании или выхода из него в любой момент. Врач обязан получить от исследуемого предварительное письменное согласие на участие в исследованиях. При этом испытуемый не должен находиться в зависимом от врача положении или согласие должно быть получено другим врачом, который не связан с исследованием. При физической или психической невозможности дать письменное согласие (или если исследуемый является несовершеннолетним), разрешение может быть получено от родственников в соответствии с законодательством. 4. КИ на людях должны проводиться только квалифицированными специалистами под наблюдением компетентного врача. Ответственность за здоровье человека несет врач, а не исследуемый, даже если он дал на это согласие. 5. Каждому планируемому КИ должно предшествовать точное определение степени риска и потенциальной пользы; КИ на человеке нельзя проводить, если предполагаемая польза не превышает возможный риск. *Интересы исследуемого должны быть превыше интересов науки и общества.* 6. Следует предусмотреть меры гарантии уважения личности испытуемого и уменьшения воздействия испытания на его физические и умственные способности. 7. При публикации полученных результатов врач должен соблюдать их точность. Сообщения об экспериментах, проведенных без соблюдения принципов, изложенных в декларации, не должны приниматься для публикации. 8. В протоколе КИ должен содержаться раздел с этическим обоснованием и отметкой о том, что он составлен в соответствии с принципами декларации о проведении исследований на человеке.

Этика медицинская – отрасль прикладной профессиональной этики, выступающая составной частью БМЭ и регулирующая «человеческие отношения» в медицине «по вертикали» и «по горизонтали» на основе традиционных установок *медицинской деонтологии.* МЭ включает в себя принципы и нормы, определяющие поведение *всего медицинского персонала*: врачей, фельдшеров, медицинских сестер, младшего медицинского персонала при выполнении профессиональных обязанностей. Носит корпоративный характер. Преобладающее внимание уделяет правам и обязанностям медиков по отношению к пациентам, а также нормативному регулированию взаимоотношений внутри медицинской профессии. Составной частью МЭ является ***врачебная этика*** – нравственные принципы поведения *врача.* ВЭ вобрала в себя общепризнанные моральные нормы и принципы: гуманность, чуткость, сострадание, отзывчивость, честность, справедливость, доброжелательность, порядочность, бескорыстие, корректность. Наряду с этим ВЭ содержит специфические нормы, такие, как принцип «прежде всего не навреди» (primum non nocere), отношение к врачебной тайне, профессиональному долгу (долг перед больным и перед профессией), обязанность повышать свою квалификацию, запрет на использование профессиональных знаний в негуманных целях и другие.

Этика медицинских исследований (Ethics Medical Research) – предусматривает дополнительные моральные правила-обязательства врача при проведении исследований, связанных с оказанием пациенту профессиональной медицинской помощи. 1. В рамках программы исследований врач должен иметь свободу в применении новых диагностических или лечебных мер, если они дают надежду на спасение жизни, восстановление здоровья или облегчение страданий больного. 2. Вероятные польза, вред, риск или неудобства нового метода должны быть оценены в сравнении с лучшими из существующих диагностических и лечебных методов. 3. В любом медицинском исследовании каждому больному, включая больных контрольной группы, должно гарантироваться применение лучших проверенных методов диагностики и лечения (в этом смысле применение плацебо для пациентов контрольной группы является не этичным). 4. В любом случае испытуемый должен быть добровольцем; отказ больного от участия в исследовании не должен нарушать его взаимоотношений с вра-

чом и медперсоналом. 5. Врач может сочетать медицинские исследования с профессиональной помощью для получения новых медицинских знаний в той степени, в какой эти исследования представляют диагностическую или лечебную ценность для больного. 6. При проведении чисто научных клинических исследованиях обязанностью врача являются защита жизни и здоровья человека – объекта клинического исследования. Исследователь должен прекратить эксперимент, если при продолжении исследования может быть нанесен вред здоровью испытуемого. 7. В исследованиях на человеке интересы науки и общества никогда не должны ставиться выше здоровья испытуемого.

Этика ненасилия – этическая концепция, в основе которой лежит гуманистическое отношение к жизни как абсолютной ценности и принцип *непротивления злу насилием,* выраженный в одной из заповедей Иисуса Христа: «Не противься злому» (Мат. 5: 39). Религиозно-нравственное учение непротивления злу отстаивал Л. Толстой, считавший непротивление единственной эффективной формой борьбы со злом, смысл которой состоит в том, чтобы *уменьшать «количество» зла и увеличивать «количество» добра* в мире. Главный вопрос: какими способами и путями добиться этого – с *помощью силы* или путем *ненасильственной борьбы.* Сторонники Н. рассматривают его как наиболее действенное и адекватное средство противостояния злу, как единственно возможный реальный путь к справедливости, ибо все другие пути (с позиции силы) оказались не эффективными. Ответное насилие не уменьшает, а увеличивает количество зла в мире, порождает эффект «бумеранга зла» (Л. Толстой), согласно которому содеянное тобой зло обязательно вернется к тебе. Н. рассматривается не как трусость и поощрение зла, а как способность достойно противостоять злу и бороться с ним, не роняя себя и не опускаясь до уровня зла. Сторонники *насильственной* формы борьбы со злом не оправдывают насилия, но расценивают его как *вынужденную необходимость.* Главный недостаток этики Н. они видят в *безнаказанности зла*. Противостояние рассматриваемых позиций проявляется в настоящее время в решении многих актуальных вопросов: при рассмотрении эффективности и моральной дозволенности различных путей борьбы с терроризмом; в отношении к ведению войн и позициям пацифизма, призывающего к полному отказу от какого-либо участия в любых войнах и активному Н. сопротивлению им; в отношении к смертной казни и т. д. Для биоэтики Н. представляет интерес с точки зрения обеспечения права человека на жизнь, в частности при решении проблем эвтаназии, проблемы прав эмбриона и др.

Этика нормативная — одно из направлений изучения морали, наряду с метаэтикой (философской этикой) и прикладной этикой. Предметом НЭ являются моральные принципы, нормы и ценности: разнообразное содержание добра и зла, правильного и неправильного, добродетели, обязанности, справедливости и т.д. Согласно *деонтологическому* подходу, правильными являются поступки, совершенные в соответствии с моральными принципами (правилами); по версии *контрактарианизма* (от лат. *contractus* – соглашение), – в соответствии с соглашениями, принятыми в данном сообществе; согласно *консеквенциализму* (от лат. *consequentia* – следование), – поступки, ведущие к позитивным результатам; по версии утилитаризма (от лат. *utilitas* – польза), – поступки, ведущие к наиболее благоприятному для большего числа людей результату. НЭ выступает формой связи теоретической этики и практической морали, являясь своеобразным «доразвитием» последней, высшим уровнем морального сознания, воплощаясь в *нормативных* формах знания, преобразуемых затем в систему *норм* практической морали. В этом смысле она служит «передаточным механизмом» от *теоретической* к *прикладной* этике, занимающейся моральными коллизиями в конкретных ситуациях и сферах общественной практики. При этом НЭ «помогает» морали в выработке наиболее общих понятий (добра, долга, ответственности, смысла жизни и др.), в обосновании моральных *норм* и *ценностей*, устанавливает их субординацию, чтобы затем, по каналам этического образования и нравственного воспитания, непосредственно участвовать в преобразовании нравственной жизни общества и формировании личности. При этом понимание этих норм и ценностей различается в морали *авторитарной* и *гуманистической*: первая трактует долженствование как однозначное подчинение и следование этим нормам, тогда как вторая предлага-

ет их в качестве вариантов свободного морального выбора и предпочтений личности. В результате этого выбора и образования иерархии ценностей у личности складывается та *стратегия «правильной жизни»,* которая должна стать генеральной линией бытия человека, его межличностных отношений и профессиональной деятельности. В рамках БМЭ исследуются специфика и «работоспособность» НЭ, в частности, особенности проявления общечеловеческих моральных ценностей в медицине.

Этика практическая – совокупность разнообразных систем моральных норм с различной степенью систематизированности, рационализированности, композиции (соотношения принципов и правил) и институциональной поддержки. В отличие от прикладной (БМЭ) и профессиональной (медицинской) этики основная задача ПЭ состоит в нормотворчестве, этической рационализации, обсуждении различных моральных практик, которые не обязательно являются профессиональными и в то же время не всегда относятся к области прикладных, такие как *экологическая этика* или *биоэтика*. ПЭ носит непрофессиональный, некорпоративный характер, возникая на почве обособленных по предмету, но не по профессии, организации или ведомству видов деятельности.

Этика прикладная – одно из направлений изучения морали, наряду с метаэтикой (философской этикой) и нормативной этикой. Предметом ПЭ является императивно-ценностное содержание конкретных (профессионально и предметно определенных) социальных практик с целью их этической рационализации. В частности, ПЭ изучает социокультурные условия и существующие нравы профессионально и предметно определенных видов деятельности, их нормативный состав, а также социальные устройства и механизмы, посредством которых обеспечивается их действенность. В ПЭ переосмысливаются традиционные и появляются новые ценностно-императивные моральные представления, смыслы и принципы деятельности и управления. Отличием ПЭ выступает учет в ней специфики объектов и целей как особых нормативно-ценностных подсистем, конкретизирующих теоретические принципы и нормы морали применительно к определенным ситуациям и сферам жизнедеятельности людей. В рамках ПЭ происходит *спецификация* и *деуниверсализация* моральных норм; она *специализирована* и поэтому носит *более практический характер,* чем общая этика. Для нее характерен *междисциплинарный подход*: она базируется не только на основах теории морали, но и на комплексе других социально-гуманитарных и специальных знаний (социологических, психологических, педагогических, медицинских и др.). ПЭ содержит в себе сильный *технологический аспект*: предполагает ситуационный анализ, разработку способов и методов внедрения прикладного знания в практику в виде проектов, программ, эталонов, кодексов; проведение этической экспертизы и моделирование исследовательских проектов, в том числе в виде симуляционных игр; целевое формирование новых профессиональных умений и знаний, интеллектуально-психологических и нравственных качеств, позволяющих принимать правильное решение и осуществлять моральный выбор в конкретных ситуациях. Разновидности ПЭ обусловлены предметом, на изучение которого они направлены. Наиболее развиты и востребованы следующие направления ПЭ: биомедицинская этика, деловая этика (или этика бизнеса), экологическая этика. Виды различных профессиональных и предметно определенных практик, представляющих интерес для ПЭ, постоянно расширяются; соответственно расширяется сфера ПЭ. БМЭ выступает одновременно и как важнейший элемент системы ПЭ в целом, и как вид профессиональной этики медика и биолога-исследователя.

Этика профессиональная – разновидность прикладной этики, предметом которой является профессиональная мораль; система нормативного регулирования профессиональной деятельности: специальные нормы или кодексы и обеспечивающие их действенность социальные устройства (институты и процедуры), регулирующие поведение специалиста на основе общечеловеческих моральных ценностей, с учетом особенностей его профессиональной деятельности и конкретной ситуации. Регулирует те виды профессиональной деятельности, последствия или процессы которой оказывают особое воздействие на жизнь и судьбы других людей или человечества. Выделяются *традиционные виды* Проф.Э, такие, как *медицинская*, педагогическая, юридическая, этика ученого, и сравнительно *новые*, появление или актуализация которых связаны с возрас-

танием роли «человеческого фактора» в данном виде деятельности (инженерная этика) или усилением его влияния и роли в обществе (биоэтика). Проф.Э имеют ряд особенностей. 1. *Высшие моральные ценности,* сохраняя свое общечеловеческое значение, обретают в них особые черты (добро и зло в медицине). 2. В недрах конкретной специальности формируются *специально-профессиональные моральные нормы и ценности,* характерные только (или особенно) для данного рода деятельности (принцип информированного согласия). 3. В сфере профессионального общения *нарушается равенство* взаимодействующих сторон, что обусловлено *властью* специалиста (врача) и *зависимостью* от его действий других людей, их жизни и здоровья (патернализм в медицине). 4. Для Проф. Э характерна *корпоративность,* сочетающая в себе плюсы солидаризма и минусы группового эгоизма. 5. Содержание и специфика конкретной профессии отражаются, в основном, в *моральных кодексах* данной специальности (Кодекс врачебной этики).

Этика ситуативная – отрасль прикладной этики, предметом регуляции которой выступают моральные проблемы, возникающие в конкретных жизненных ситуациях, применительно к которым СЭ разрабатывает практические рекомендации, а также возможные варианты норм и правил их решения. СЭ действует в различных сферах человеческой жизнедеятельности и общения – как в *интимных* (межличностных), так и *публичных* (массовидных). К *интимным* относятся такие виды межличностных отношений, как дружба, любовь, ситуации семейной, сексуальной жизни. Разработка этого направления предполагает тесное «сотрудничество» этики с психологией, медициной, биологией и др. Среди *публичных* выделяется этика политических публичных действий, массовых собраний и др. Наиболее «ситуативным» элементом С.э. является *этикет*. В БМЭ СЭ представлена обращением к анализу конкретных медицинских казусов и ситуаций, имеющих тенденцию становиться прецедентом и в этом качестве предлагать к обсуждению возможные варианты профессиональных решений.

Этика экологическая – отрасль прикладной этики, предметом которой выступают наиболее фундаментальные принципы и проблемы нравственных *взаимоотношений* в триаде «Человек – Природа – Общество», где *все* участники взаимодействия рассматриваются как автономные и равные моральные субъекты. На основе ЭкоЭтики формируется новое *энвайронментальное* сознание, включающее всю Природу – живую и неживую – в круг своих забот, внимания и взаимности. В рамках БМЭ ЭкоЭтика играет роль методологического фундамента, требующего от человека *нравственно-понимающего отношения* к Природе.

Ятрогении (от греч. *jatros* – врач и *gennao* – порожденный) – 1) заболевание, возникающее в результате ошибочных действий врача или неверно истолкованных медицинских назначений или медицинской литературы; 2) способ обследования, лечения или проведения профилактических мероприятий, в результате которых врач может причинить вред здоровью больного.

Литература

Биомедицинская этика. Учебное пособие. Под ред. Т.В. Мишаткиной, С.Д. Денисова, Я.С. Яскевич. Мн., 2003.

Биомедицинская этика / Под ред. В.И. Покровского, Ю.М. Лопухина. М., 2002.

Вековшинина С.В., Кулиниченко В.Л. Биоэтика: начала и основания. Киев, «Сфера», 2002.

Кэмпбелл А., Джиллет Г., Джонс Г. Медицинская этика. Под. Ред. Ю.М. Лопухина, Б.Г. Юдина. М., ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 400 с.

Павлова Т.Н. Биоэтика в высшей школе. М., 1998.

Петров В.И., Седова Н.Н. Практическая биоэтика: Этические комитеты в России. М., 2002.

Поттер В.Р. Биоэтика. Мост в будущее. Киев, 2002.

Силуянова И.В. Этика врачевания. М., 2000.

Тищенко П.Д. Био-власть в эпоху биотехнологий. М., 2001.

Этическая экспертиза биомедицинских исследований. Практические рекомендации /Под общей ред. проф. Ю.Б. Белоусова. М., 2005.

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

Справочное издание

Мишаткина Татьяна Викторовна
Яскевич Ядвига Станиславовна
Денисов Сергей Дмитриевич и др.

БИОМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА

Словарь-справочник

Под редакцией *Т.В. Мишаткиной*

Ответственный за выпуск *Т.В. Мишаткина*

Технический редактор *О.В. Амбарцумова*

Подписано в печать . Формат 60 × 84 1/16 Бумага офсетная. Гарнитура Times New Roman. Офсетная печать. Усл. печ. л.5,2. Уч.-изд. л. 9,1. Тираж 100 экз. Заказ

УО «Белорусский государственный экономический университет».
Лицензия издательская № 02330/0056968 от 30.042004.
220070, Минск, просп. Партизанский, 26.

Отпечатано в УО «Белорусский государственный экономический университет».
Лицензия полиграфическая № 02330/0148750 от 30.042004.
220070, Минск, просп. Партизанский, 26.