

П.Д. Тищенко, Б.Г. Юдин

проблемы биоэтики в СМИ



Организация
Объединенных Наций по
вопросам образования,
науки и культуры



СОЮЗ ЖУРНАЛИСТОВ РОССИИ

Издано при поддержке Бюро ЮНЕСКО в Москве

Сведения и материалы, изложенные в данной публикации, не обязательно отражают точку зрения ЮНЕСКО. За представленную информацию несут ответственность авторы

П.Д. Тищенко, Б.Г. Юдин. «Проблемы биоэтики в СМИ». М.: «Эслан», 2006. — С 93.

б и о э т и к а д л я ж у р н а л и с т о в

ISBN 5-94101-165-0

© Тищенко П.Д., Юдин Б.Г., 2006

© ЮНЕСКО, СЖР, 2006

Оглавление

Введение \ 4

Проблемы биоэтики \ 8

Уроки В. Вересаева \ 8

Нюрнбергский кодекс (или зачем России нужен закон об исследованиях на человеке) \ 22

Социальная справедливость как проблема биоэтики \ 27

Исландская сага, или сколько стоит генофонд потомков викингов \ 31

Клонирование человека — достижение или преступление? \ 35

Эвтаназия (российская ситуация в свете американского и голландского опыта) \ 40

Медицина и «парамедицина» \ 48

Вопросы и ответы \ 52

Вопросы без ответов \ 63

**Извлечения из международных и национальных
нормативных актов \ 67**

1. Из Конституции Российской Федерации \ 67

2. Из Федерального закона от 22 июля 1993 г. N 5487-1
Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан \ 68

3. Нюрнбергский кодекс \ 80

4. Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека ЮНЕСКО 82



Введение

Одной из наиболее примечательных особенностей нашего времени является бурный прогресс биологических и медицинских наук. Все чаще мы оказываемся свидетелями появления таких биомедицинских технологий, которые позволяют существенно продлить жизнь тех, чьи заболевания совсем недавно считались неизлечимыми. Все чаще люди обращаются к технологиям, которые значительно улучшают качество жизни пациентов, страдающих серьезными заболеваниями, включая и тех, кто родился или стал инвалидом.

Само по себе это привлекает пристальное внимание самой широкой аудитории, а значит, и средств массовой информации. Необходимо, однако, подчеркнуть, что прогресс биомедицинских знаний и технологий не только дарит надежду тем, кто еще вчера был ее лишен, но и ставит перед людьми новые, и нередко весьма острые, проблемы.

Возникновение биоэтики подчас связывают с событием, произошедшим в конце 60-х гг. XX в. Тогда в одной из больниц Сиэтла (США) появился первый аппарат диализа «искусственная почка». Поскольку он был единственным на всю клинику и не мог помочь всем нуждавшимся, со всей остротой встала проблема выбора: кому из пациентов дать доступ к спасительному прибору, а кому — нет. Врачи отказались брать на себя ответственность и предложили создать комиссию из уважаемых граждан, которая взвешивала бы все «за» и «против» и выносила свой вердикт.

Тем самым был поставлен под вопрос один из постулатов восходящей к Гиппократу врачебной этики, которая по своей сути была корпоративной: предполагалось, что все вопросы, связанные с лечением больного пациента, находятся в исключительном ведении самих врачей. Развитие науки заставило вносить коррективы в вековые устои, перед врачами встали сложнейшие проблемы, выходящие за рамки медицинской корпорации, проблемы, которые требуют широкого публичного обсуждения, поскольку столкнуться с ними рано или поздно может любой человек. Так было положено начало открытой дискуссии относительно этических принципов, в которую включились не только врачи и ученые, но и политики, общественные деятели, священнослужители, юристы, журналисты и рядовые граждане. Тема оказалась шире, чем предполагалось — в частности, речь шла не об одном лишь доступе к достижениям медицины, но и о защите прав и достоинства человека перед лицом новых биомедицинских технологий, которые могут использоваться не только во благо человека, но и во вред ему. В результате и появилась биоэтика как особое направление общественной и научной мысли.

Новые технологии, с одной стороны, неизмеримо расширяют возможности человека, делают реальностью то, что еще вчера нельзя было даже помыслить. С другой стороны, зачастую они ставят нас перед ситуациями, которые выходят за рамки морального опыта человечества. Человеку приходится де-

лать непростой и чрезвычайно ответственный выбор, который определяет судьбу либо его самого, либо его близких.

Так, технологии искусственного поддержания жизни дают возможность годами и даже десятилетиями поддерживать жизненные процессы в теле человека, к которому уже никогда не вернется сознание.

Методы современной генетики сулят нам перспективы таких воздействий на человека, которые позволят не только бороться с наследственными заболеваниями, но и существенным образом изменять, модифицировать саму его природу.

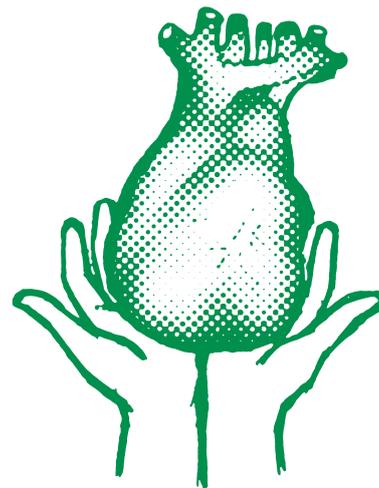
Трансплантология, занимающаяся пересадкой органов и тканей от одного человека другому, обеспечивая продление жизни этому другому, вместе с тем заставляет и медиков, и пациентов сталкиваться с тяжелой проблемой: кому следует отдать появившийся донорский орган, а кто будет обречен умереть, не дождавшись такой спасительной возможности.

Новые технологии репродукции человека помогают многим супружеским парам, страдающим бесплодием, испытать счастье стать родителями. Но применению этих технологий сопутствует создание так называемых «лишних» эмбрионов, судьба которых неясна и которые в ряде случаев приходится разрушать.

Эти и многие другие проблемы, возникающие по мере развития биологических и медицинских наук (ныне их все чаще объединяют под названием биомедицины) и самым непосредственным образом затрагивающие рядового человека, все чаще попадают в фокус внимания СМИ, вызывают острейшие дискуссии. Именно ими занимается биоэтика — молодая, насчитывающая всего несколько десятилетий область знания.

Безусловно, биоэтика является наукой, и сегодня в мире есть немало тех, кто занимается этой наукой профессионально. Вместе с тем, однако, биоэтика — это наука во многих отношениях необычная. В этой связи следует отметить особый характер ее взаимоотношений со СМИ. Традиционно, говоря о том, как сосуществуют наука и средства массовой информации, мы имеем в виду прежде всего ту функцию СМИ, которую можно назвать популяризаторской. Наука совершает открытия, смысл которых понятен только избранным, а СМИ стремятся как можно более доходчиво объяснить эти открытия широкой публике.

Что касается биоэтики, то в отношении нее эта популяризаторская функция чрезвычайно важна. Ею, однако, дело не ограничивается. Биоэтика, которая возникает в связи с развитием современных биотехнологий, нуждается в СМИ, которые выступают как среда ее обитания и без которых само ее существование было бы попросту невозможно. Иными словами, биоэтика



только и могла возникнуть в мире, в котором столь весомую роль играют СМИ.

Чем же объясняется это своеобразие биоэтики как науки? Для ответа на этот вопрос стоит заметить, что в нашем обычном восприятии наука выступает как то, что несет знания, которые не зависят от человека, а как бы предписываются ему ее авторитетом. Действительно, какому здравомыслящему человеку взбредет в голову не соглашаться с законами, установленными физикой или химией? Можно, конечно, пытаться построить вечный двигатель, но едва ли мы будем ожидать, что такая затея окажется успешной — ведь она противоречит законам природы.

Совсем иначе обстоят дела в случае с биоэтикой. Безусловно, она никоим образом не претендует на то, чтобы отменить законы природы. Ее интересует другое — то, что те технологии, которые порождают современные биологические и медицинские науки, очень часто отнюдь не диктуют человеку, что ему надлежит делать в той или иной ситуации. Эксперты, представляющие эти науки, могут объяснить ему, как грамотно применить ту или иную технологию, могут квалифицированно провести соответствующее медицинское вмешательство, но вопрос о том, применять ли ее, должен решать сам человек, что называется, простой человек «с улицы».

Биоэтика и призвана помочь ему в решении этого вопроса, помочь сделать самостоятельный выбор. Например, проходить или не проходить генетический тест, если он позволяет обнаружить, что впоследствии у человека может развиваться заболевание, которое не поддается лечению? Соглашаться ли женщине на диагностику эмбриона, развивающегося в ее утробе, если после установления диагноза у нее может возникнуть необходимость решать вопрос об искусственном прерывании беременности? Стоит ли принимать участие в рискованном биомедицинском исследовании, если оно может принести пользу для собственного здоровья? Надо ли становиться донором почки для своего родственника, если в будущем отсутствие одной почки может оказаться роковым?

Во всех этих случаях человек оказывается перед необходимостью самостоятельно принимать решение, а значит, и брать на себя ответственность за сделанный выбор. Во всех этих случаях речь идет о выборе, последствия которого будут поистине судьбоносными для самого человека и для его близких.

Именно этой необходимостью принятия человеком столь серьезных решений и объясняется та острота, порой даже ожесточенность дискуссий вокруг биоэтических проблем, которые разгораются в обществе. Естественным же полем для таких дискуссий являются СМИ.

И здесь возможны две ситуации. Бывают случаи, когда в результате дискуссии людям удастся согласовать представления о том, где проходит грань между допустимым и недопустимым с этической точки зрения. К примеру, продуктом такого согласия являются нормы этики и права, выполнение кото-

рых обязательно при проведении любых биомедицинских исследований с участием человека — независимо от того, насколько важные научные результаты предполагается получить. Эти нормы направлены на то, чтобы оградить участника от неприемлемого риска, на защиту его прав и достоинства.

Еще один пример такого рода — запрет на использование технологий клонирования для получения генетических копий любого живущего либо когда-либо жившего человека. Этот запрет, принятию которого предшествовали бурные дискуссии, ныне узаконен в большинстве стран мира.

Но биоэтика сталкивается и с ситуациями другого типа. В этом случае различия во взглядах и предлагаемых решениях, которые выявляются в ходе дискуссий, вызываются не тем, что та или иная из участвующих сторон недостаточно отчетливо понимает суть обсуждаемого вопроса, а тем, что люди могут придерживаться разных ценностей, руководствоваться разными интересами, а потому приемлемое для одного может оказаться недопустимым для другого. Это расхождение в ценностях, которых придерживаются люди, а значит, и в том, какие решения они принимают в критических ситуациях, есть, таким образом, не то, что надо во что бы то ни стало преодолеть. Глубинный смысл такого рода дискуссий состоит в том, что их участники получают возможность высказать, выслушать и продумать аргументы различных сторон и на этой основе принять свое собственное осознанное, взвешенное, как говорят в биоэтике — *информированное решение*.

Очевидно, без участия СМИ широкие круги актуальных и потенциальных пользователей новых биомедицинских технологий не только не смогли бы получить о них хоть какую-то исходную информацию, но и получить возможность для принятия такого информированного и, подчеркнем еще раз, чрезвычайно ответственного решения. Таким образом, связка биоэтики и СМИ необходима для того, чтобы они успешно могли делать общее дело — помогать рядовым гражданам «обживаться» в столь сложном, непонятном, порой пугающем мире новейших биомедицинских технологий.

Хотелось бы при этом обратить внимание на одно весьма существенное обстоятельство — биоэтические проблемы находятся столь близко к интересам и нуждам человека, что порой представляются совершенно простыми, не требующими для своего решения ни каких-то специальных знаний, ни долгих размышлений. Поэтому возникает искушение считать, что их вполне успешно можно решать и без посредства какой-то особой области знания — биоэтики. Эта простота, однако, обманчива — поверхностный взгляд не позволяет увидеть многие важные грани обсуждаемой проблемы, побуждая предложить потребителю СМИ недостаточно обоснованное решение, моральная расплата за которое, увы, ляжет на плечи излишне доверчивого потребителя. В общественном обсуждении сложнейших моральных коллизий, порождаемых научно-техническими свершениями в области биомедицины, роль двух составляющих — биоэтики и СМИ надо считать не только равно необходимой, но и равновеликой.

II. ПРОБЛЕМЫ БИОЭТИКИ

Уроки В. Вересаева

Больше ста лет назад, в 1901 году, в журнале «Мир Божий» впервые были опубликованы «Записки врача», принадлежащие перу известного русского писателя (врача по специальности) Викентия Викентиевича Вересаева (1867–1945). Публикация сразу же вызвала огромный интерес, который не прерывался долгие годы. Достаточно сказать, что на русском только при жизни Вересаева «Записки» переиздавались отдельной книгой 14(!) раз. Вскоре после первой публикации появились переводы на английский, французский, немецкий. Немецкая исследовательница Барбара Элкелес на конференции по истории экспериментов на человеке в XX столетии (Любек, Германия, май 2001 г.) рассказала, что уже в первые годы вышло 8 немецких изданий вересаевских «Записок».

Таким образом, «Записки» породили буквально взрыв интереса к медицинской этике, поскольку именно ее проблемы лежали в центре внимания автора. С небывалой откровенностью и искренностью, с сильнейшим эмоциональным напором и, что особенно важно, с редким гражданским мужеством Вересаев раскрыл для широкого читателя немало тщательно оберегавшихся от посторонних секретов медицинской профессии. Тем самым, наряду со всем прочим, были поставлены под вопрос бытовавшие представления о том, что полагается, а что не полагается знать о врачах всем тем, кто рано или поздно оказывается в положении пациентов. Вересаев исходил из того, что сохранение этих корпоративных секретов вовсе не самоцель, особенно в тех случаях, когда дело касается более значимых ценностей, таких, как здоровье, права и достоинство пациентов.

Безусловно, за прошедшие сто с лишним лет и практика медицины, и медицинская наука, да и медицинская этика претерпели колоссальнейшие трансформации. И все же очень многое в книге Вересаева несколько не утратило актуальности и сегодня.

Автор освещает самые острые и сложные этические проблемы, встающие перед врачом. Очень важна и в высшей степени уместна и в наше время позиция, которой он придерживается на протяжении всей книги. Ему совершенно не свойственна роль этакого всезнайки, имеющего готовые решения всех тех моральных коллизий, с которыми приходится сталкиваться практикующему врачу. Напротив, он отчетливо показывает то, что во многих реальных ситуациях просто не бывает такого выбора, который был бы безупречен в моральном отношении: врачу неизбежно приходится принимать и такие решения, которые могут вызывать осуждение либо коллег, либо пациентов, и нести за эти решения всю полноту ответственности.

Яркие страницы «Записок» посвящены теме, которая, увы, нечасто затрагивается в литературе по медицинской этике. Речь идет о том, каково приходится тем больным, особенно женщинам, которые подвергаются обследованиям, в частности, перед глазами студентов. «Мы, — пишет В. Вересаев, — учимся на больных; с этой целью больные и принимаются в клинику; если кто из них не захочет показываться и давать себя исследовать студентам, то его немедленно... удаляют из клиники. Между тем так ли для больного безразличны все эти исследования и демонстрации?»¹ Напоминая в этой связи о тех временах, когда — еще в сороковые годы XIX века — у студентов-медиков вообще не было практических занятий, что приносило огромный вред, Вересаев вместе с тем отмечает: «Здесь мы наталкиваемся на одно из тех противоречий, которые еще так часто будут встречаться нам впоследствии: существование медицинской школы — школы гуманнейшей из всех наук — немыслимо без поправки самой элементарной гуманности».²



Процитируем вывод, к которому приходит Вересаев в результате анализа этой проблемы: «Какой из этого возможен выход, я решительно не знаю; я знаю только, что медицина необходима, и иначе учиться нельзя, но я знаю также, что если бы нужда заставила мою жену или сестру очутиться в положении той больной у сифилидолога, то я сказал бы, что мне нет дела до медицинской школы и что *нельзя так топтать личность человека* только потому, что он беден».³

В этом рассуждении важны два момента. Во-первых, Вересаев со всей откровенностью говорит о тех моральных затруднениях, которые *неизбежно* возникают в повседневной работе врача. Иными словами, специфика медицинской профессии такова, что на долю даже безупречного в моральном отношении человека, коль скоро он является врачом, выпадает жестокая необходимость принятия решений и осуществления действий, приносящих кому-то более или менее ощутимый ущерб.

Но эта сторона медицинской профессии вовсе не должна пониматься как индальгенция, позволяющая смиряться со злом, коль скоро оно неизбежно. Выход состоит вовсе не в том, чтобы просто закрывать глаза на такие ситуации — как мы видим, этого не позволяет совесть. Такие коллизии, когда приходится нарушать одну моральную норму с тем, чтобы следовать другой, которая в данной ситуации более значима, являются достаточно распростра-

¹ «Записки врача» цитируются по изданию: В.В. Вересаев. Собрание сочинений в четырех томах. Т. 1. М., Изд-во «Правда», 1985. с. 230.

² «Записки», с.238.

³ Там же. Во втором случае курсив наш — Авт..

ненными. И они не должны проходить мимо нашего морального чувства — они оставляют то, что иногда называют «моральными следами».

Во-вторых, в этом месте мы встречаемся с одним из основных мотивов всей книги Вересаева: его резким протестом против того, что чаще всего попираются права и достоинства тех, кто беден, кто занимает низкое положение в обществе, кто, стало быть, особенно незащищен. Хотелось бы напомнить, что этот мотив вообще в высшей степени характерен для гуманистических традиций отечественной медицины.

Заметное место среди тем, обсуждаемых Вересаевым, занимает проблематика медицинских экспериментов или, по его собственным словам, «врачебных опытов на живых людях»⁴, на больных. Этим сюжетам посвящена отдельная глава «Записок». Представляется, что рассуждения и соображения Вересаева по этой тематике особенно уместны и значимы сегодня — и в качестве базы для сравнения с нынешней практикой биомедицинских исследований, и в плане обоснования тех этических норм и требований, которые должны соблюдаться при проведении биомедицинских исследований. В первую очередь их актуальность обусловлена тем, что и количество, и разнообразие медицинских исследований с участием человека сегодня неизмеримо возросли, чем во многом определяется облик современной медицины.

Обращаясь к теме медицинских экспериментов на человеке, Вересаев подчеркивает: в отличие от многих других вопросов медицинской этики, «на которые не знаешь, как ответить», на этот вопрос «возможен только один, совершенно определенный ответ». В начале главы он замечает, что будет ограничиваться экспериментами из одной лишь области медицины — венерологии, поскольку венерические болезни свойственны только людям, и ни одна из них не прививается животным. Современные этические нормы проведения исследований, заметим, вполне определенно требуют предварительных экспериментов на животных. Так, в соответствии со статьей 11 Хельсинкской Декларации Всемирной медицинской ассоциации «медицинские исследования с участием человека должны... основываться на... результатах соответствующих лабораторных исследований и там, где необходимо, экспериментов на животных».

По весьма резкому замечанию Вересаева, в венерологии «каждый шаг вперед... запятнан преступлениями.»⁵ В подтверждение этого тезиса он скрупулезно, с точным указанием соответствующих журнальных публикаций, описывает около двух десятков аморальных (или, если воспользоваться более жесткой вересаевской характеристикой — преступных) исследований, проведенных в разных странах, включая Россию, во второй половине XIX столетия.

⁴ См. Robert Nozick, «Moral Complications and Moral Structures», *Natural Law Forum* 13 (1968), p. 1-50.

⁵ Там же.

Стоит в этой связи отметить, что на Западе книга Вересаева была переоткрыта в 1972 г., когда американский медик Дж. Катц выпустил огромный том под заглавием «Экспериментирование с человеческими существами» — по сути дела, хрестоматию этического анализа практики экспериментов на человеке во всех ее аспектах. Публикация обширных выдержек из вересаевских «Записок врача» сопровождается весьма характерным примечанием: «Всюду, где было возможно, ссылки из книги Вересаева проверялись по оригинальным источникам; в каждом случае подтвердилось, что они были точными».

Очевидно, нет смысла пересказывать содержание экспериментов, о которых повествует Вересаев. Вместо этого попытаемся вычлнить те этические принципы, следование которым он считает необходимым при проведении экспериментов и нарушение которых вызывает столь резкую критику с его стороны. Так, он говорит о таких случаях, когда проводятся *эксперименты*, изначально *лишенные научной ценности*; тем не менее, при их проведении наносится вред — в этом случае абсолютно неоправданный — здоровью испытуемых. «Способ чистой разводки (использованный для прививки гонококка человеку — Б.Ю.), употребленный Бокгартом, был очень несовершенный, и его опыт большого научного значения не имел».⁶ В частности, одним из оснований для того, чтобы говорить о незначительной научной ценности экспериментов — никак не сопоставимой с тем огромным риском, которому подвергаются испытуемые, — является то, что (видимо, вследствие недостаточного знакомства с литературой) снова и снова проводятся исследования, хотя соответствующие данные ранее уже были подтверждены. Вересаев обращает внимание и на то, что во многих случаях прививки, к примеру, сифилиса получает чрезмерное количество испытуемых, вовсе не необходимое даже с собственно научной точки зрения.

Вообще говоря, в науке принято проверять и перепроверять полученные в ходе экспериментов данные; эта строгая проверка тем более важна, коль скоро получаемые и проверяемые данные имеют отношение к болезням человека и возможностям их лечения. Тем не менее, — и в этом отношении вересаевский анализ представляет особую ценность, — поскольку в медицинской науке речь идет об экспериментах, проводимых с риском для здоровья и даже жизни людей, постольку, согласно требованиям этики, экспериментатор должен специально продумать вопрос о том, чтобы исключить или, по крайней мере, свести к минимуму излишние тяготы и неоправданный риск для испытуемых.

Следующей этической нормой, о которой говорит Вересаев, является согласие испытуемого. В этой связи он цитирует резкую оценку одного из экспериментов, которая была дана известным российским терапевтом профес-

⁶ «Записки», с. 286.

сором В.А. Манассеиным: «... не знаешь, — отмечает Манассеин, — чему более удивиться: тому ли хладнокровию, с которым экспериментатор дает сифилису развиваться порезче для большей ясности картины и «чтобы показать больного большему числу врачей», или же той начальнической логике, в силу которой подчиненного можно подвергнуть тяжелой, иногда смертельной болезни, даже не спросив его согласия».⁷

Добавим, что в современной практике принято различать терапевтические и нетерапевтические исследования. В первом случае предполагается, что испытуемый может получить пользу от участия в исследовании — если изучается, скажем, новая методика лечения имеющегося у него заболевания. Во втором случае такой пользы для испытуемого не ожидается — и в таких ситуациях к обеспечению добровольности участия предъявляются особенно жесткие требования.

Стоит пояснить, что в приведенной цитате речь идет о попытках привить сифилис, проведенных киевским медиком проф. Х. фон-Гюббенетом; испытуемыми были находившийся, по словам самого экспериментатора, «в цветущем здоровье» 20-летний фельдшер и солдат, поступивший в госпиталь с заболеванием мочевого пузыря. В этой ситуации, следовательно, не только не было получено предварительное согласие испытуемых — более того, в соответствии с современными нормами согласие, даже если бы оно и было, не имело бы ни юриди-

ческой, ни моральной силы, поскольку *оба испытуемых находились в подчиненном положении по отношению к экспериментатору.*

И коль скоро речь зашла о современных представлениях, хотелось бы обратить внимание вот на что. В описании, сделанном проф. фон Гюббенетом, как и во многих других рассматриваемых Вересаевым случаях, называются имена испытуемых. Очевидно, в те времена такая практика была достаточно распространенной, однако сегодня это воспринимается как грубейшее нарушение *нормы конфиденциальности*, поскольку разглашение такой информации может нанести серьезный моральный вред испытуемым. Между прочим, в одном случае сам Вересаев указывает лишь инициалы совсем молодых девушек, которых пытались заразить сифилисом, отмечая, что «в оригинале все три девушки названы полными фамилиями».⁸

В ряде случаев, когда экспериментаторы сообщали о том, что исследования проводились с согласия испытуемых, Вересаев подвергает эти свидетельства язвительным сомнениям. Вот как он цитирует доцента А.Г. Ге из Казани: «Опыт был произведен над женщиною, страдающей норвежской прока-

⁷ Там же, с. 292.

⁸ Там же, с. 296.



зою, никогда не имевшей сифилиса и *давшей на опыт свое согласие (sic!)*.⁹ Действительно, надо обладать богатой фантазией, чтобы поверить в возможность и, главное, хоть в какую-то значимость такого согласия! Не менее вопиющим выглядит и другой факт, когда экспериментатор якобы получил согласие заразить сифилисом девочек 13-ти, 15-ти и 16-ти лет. «Если согласие даже действительно было дано, — с возмущением пишет Вересаев, — то знали ли эти дети, *на что* они соглашались, можно ли было придавать какое-нибудь значение их согласию?»¹⁰ Согласие, таким образом, не должно быть простой формальностью — необходимо, говоря современным языком, чтобы оно было осознанным, добровольным и информированным и исходило бы от компетентного лица; если же дело касается ребенка или умственно некомпетентного человека, то согласие должен давать его законный представитель.

Интересен в этой связи пример, который рассматривается в статье О.И. Кубарь.¹¹ Речь идет об операции по пересадке щитовидной железы, которую проводил главный врач Коломенского машиностроительного завода Б.В. Дмитриев, консультировавшийся в этой связи с авторитетнейшим русским юристом А.Ф. Кони¹².

Рассуждая об этической и юридической стороне права врача на пересадку тканей и органов от человека к человеку, Дмитриев задавался вопросом: «имеет ли врач право наносить хотя бы ничтожный и скоропроходящий вред здоровому человеку для пользы другого?» В своем ответе на этот вопрос доктор Дмитриев по сути дела сформулировал вполне достаточные даже по самым строгим сегодняшним меркам нормы информированного и осознанного согласия донора.

В тексте статьи эти положения представлены в следующем виде: врач «должен отказаться брать для пересадки части тела с несовершеннолетних и невменяемых. Как материал для гомопластических пересадок живых тканей может быть только тело взрослого человека, находящегося в состоянии полной вменяемости. Необходимо, чтобы наносимый удалением части тела вред был, по мнению врача, основанному на точных научных данных, скоропроходящим. Врач должен с исчерпывающей полнотой и ясностью объяснить дателю (донору — *Авт.*) все возможные случайности и опасности предстоящей операции и получить после этого объяснения его согласие».

Возвращаясь теперь к вересаевским «Запискам», отметим, что особое беспокойство, порой доходящее до отчаяния, у автора вызывает то, как практика жестоких медицинских экспериментов воспринимается врачебным

⁹ Там же, с. 295. Курсив и примечание в скобках принадлежат Вересаеву.

¹⁰ Там же, с. 296, курсив Вересаева.

¹¹ Кубарь О.И. Этические и правовые нормы в исследованиях на человеке: из истории России XX века. — «Человек», №3, 2001.

¹² Статья Б. Дмитриева и комментарий А. Кони, а также формуляр информированного согласия, полученного Дмитриевым, были опубликованы в журнале «Медицинское обозрение», 1917, том LXXXVII, №№ 13-14-15-16, стр.618-631.

сообществом. Прежде всего, он отмечает, что такого рода эксперименты бросают незаслуженную тень на всех врачей. «Сотня-другая врачей, видящих в больных лишь объекты для своих опытов, не дает еще права клеймить целое сословие, к которому принадлежат эти врачи. Параллельно можно привести ничуть не меньшее количество фактов, где врачи производили самые опасные опыты *над самими собою*».¹³

Чрезвычайно тягостное впечатление на Вересаева производит отсутствие сколько-нибудь осязаемой реакции на факты жестоких, антигуманных экспериментов со стороны медицинского сообщества. С особой горечью он замечает: «Но что безусловно вытекает из приведенных опытов и чему не может быть оправдания, — это то позорное равнодушие, какое встречают описанные зверства во врачебной среде. ... Казалось бы, опубликование первого же такого опыта должно бы сделать совершенно невозможным их повторение; первый же такой экспериментатор должен бы быть с позором выброшен навсегда из врачебной среды. Но этого нет».¹⁴ Единственным исключением, по Вересаеву, была русская газета «Врач», редактировавшаяся Манассеиным. Вплоть до его смерти в 1901 г. газета, по словам Вересаева, упорно и энергично протестовала против каждой попытки экспериментировать над живыми людьми.

В своем неприятии равнодушия врачей Вересаев готов был идти столь далеко, чтобы призвать даже к установлению внешнего контроля над медицинской профессией: «... пора уже и обществу перестать ждать, когда врачи, наконец, выйдут из своего бездействия, и принять собственные меры к ограждению своих членов от ревнителей науки, забывших о различии между людьми и морскими свинками».¹⁵

В последние десятилетия XX века, действительно, вопросы этического и юридического регулирования медицинских исследований стали делом не только медицинского сообщества. Во многих странах мира сегодня приняты законы, определяющие порядок проведения таких исследований, защиты здоровья, прав и достоинства испытуемых, а также контроля над подготовкой и ходом экспериментов; общество, таким образом, осознало, что и оно должно играть немалую роль в защите интересов и благополучия испытуемых.

Первые отклики на «Записки» стали появляться еще до того, как закончилась их журнальная публикация. Очень многие из этих откликов были отрицательными, и — что характерно — исходили они по большей части от самих же медиков. И значительная часть критических выпадов относилась именно к главе об экспериментах.

¹³ Там же, с. 298, курсив Вересаева.

¹⁴ Там же, с. 299.

¹⁵ Там же, с. 300.

В этой ситуации Вересаев проявил себя как блестящий полемист. Уже в декабре в газете «Россия» под заглавием «Моим критикам» публикуется его письмо в редакцию. В июле 1902 г. он готовит обширный текст «По поводу «Записок врача» с подзаголовком «Ответ моим критикам», который публикуется в №10 журнала «Мир божий». Позже, в январе 1903 г., Вересаев пишет существенные дополнения к этому тексту.

Для Вересаева, судя по его обостренной реакции, столь резкая отповедь множества критиков оказалась, видимо, неожиданной. Он мучительно ищет объяснения этому и, в конечном счете, приходит к достаточно горькому выводу, что суть такой позиции — отнюдь не в эгоизме отдельных представителей профессии; она лежит гораздо глубже и «заключается в той иссушающей, калечащей душу печати, которую накладывает на человека его принадлежность к профессии.

На все явления широкой жизни такой человек смотрит с узкой точки зрения непосредственных практических интересов своей профессии; эти интересы, по его мнению, наиболее важны и для всего мира, попытка стать выше их приносит, следовательно, непоправимый вред не только профессии, но и всем людям». ¹⁶ С такой точки зрения, продолжает Вересаев, если и можно касаться темных сторон профессиональной деятельности, то «нужно делать это чрезвычайно осторожно и келейно, чтоб в посторонних людях не поколебалось уважение к профессии и лежащим в ее основе высоким принципам...» ¹⁷

Таким образом, речь идет о столкновении двух противоположных позиций относительно того, каким образом должен поддерживаться авторитет профессии в глазах общества — либо путем сокрытия от общества этих темных сторон, даже если они отзываются страданиями и кровью пациентов, либо, напротив, путем открытого осуждения тех представителей профессии, которые нарушают ее этические нормы и именно этим ставят под удар престиж профессии. Эта болезненная для профессионального сообщества проблема, поставленная Вересаевым, особенно широко обсуждается в современной литературе, как по биомедицинской этике, так и по этике науки. Те, кто, так сказать, выносят сор из избы, информируя общество о нарушениях этических стандартов теми или иными представителями профессии, даже получили в соответствующей литературе название «свистунов».

В заметках «По поводу...» Вересаев с особой четкостью выражает свое, тщательно продуманное понимание того, в чем заключается существо медицинской этики и тех глубоких противоречий, с которыми ей доводится сталкиваться. «Нет ни одной науки, — пишет он, — которая приходила бы в такое непосредственно-близкое и многообразное соприкосновение с человеком, как медицина. ... Реальный, живой человек все время, так сказать, заполня-

¹⁶ «По поводу «Записок врача». Соч. в четырех томах, т.1, М., 1985, с. 426-427.

¹⁷ Там же, с.427.

ет собою все поле врачебной науки. Он является главнейшим учебным материалом для студента и начинающего врача, он служит непосредственным предметом изучения и опытов врача-исследователя; конечное, практическое применение нашей науки опять-таки сплетается с массой самых разнообразных интересов того же живого человека. Словом, от человека медицина исходит, через него идет и к нему же приходит.

Интересы медицины, как науки, постоянно сталкиваются с интересами живого человека, как ее объекта; то, что важно и необходимо для науки, т.е. для блага человечества, сплошь да рядом оказывается крайне тяжелым, вредным или губительным для отдельного человека. Из этого истекает целый ряд чрезвычайно сложных, запутанных противоречий». ¹⁸ Напомним, эти слова были написаны в самом начале XX столетия; и почти на всем его протяжении — а особенно после того, как мир узнал о жестоких экспериментах, проводившихся в нацистских концлагерях, — проблема, так резко сформулированная Вересаевым, чрезвычайно остро стояла не только перед врачами и учеными-медиками, но и перед всем обществом.

Чему должен отдаваться приоритет — интересам науки и общества или же благу и интересам отдельного человека? Лишь в самом конце ушедшего столетия в таких основополагающих международных документах, как Хельсинкская Декларация Всемирной медицинской ассоциации, Конвенция Совета Европы о биомедицине и правах человека, Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека ЮНЕСКО, всеобщее признание получила норма, согласно которой благо и интересы отдельной личности стоят выше интересов науки и общества.

Характерно, что в том же направлении, исходя из последовательно гуманистических позиций, эту проблему решает и Вересаев: «Общее благо, прогресс, развитие науки, — мы согласны приносить им жертвы лишь в том случае, если эти жертвы являются свободным проявлением нашей собственной воли, — отмечает он, и чуть дальше продолжает, — ... при таком положении дел вопрос и о правах человека перед посягающей на эти права медицинской наукой неизбежно становится коренным, центральным вопросом врачебной этики; вопрос о том, где выход из этого конфликта, не может и не должен падать до тех пор, пока выход не будет найден». ¹⁹

Принципиально важна мысль Вересаева о необходимости глубоких преобразований самой медицинской этики, расширения круга изучаемых ею проблем. В этой связи он пишет: «Как это ни печально, но нужно сознаться, что у нашей науки до сих пор нет этики. Нельзя же разуместь под нею ту специально-корпоративную врачебную этику, которая занимается лишь нормировкою непосредственных отношений врачей к публике и врачей между собою. Необходима этика в широком, философском смысле, и эта этика, прежде

¹⁸ Там же, с. 411.

¹⁹ Там же, с. 443.

всего, должна охватить во всей полноте... вопрос о взаимном отношении между врачебной наукой и живой личностью. ... Что же касается указанного общего вопроса, то он, сколько мне известно, даже никогда и не ставился».²⁰ Здесь Вересаев на много десятилетий вперед предвосхитил реальное развитие событий. Его «общий вопрос» действительно занял центральное место в биоэтике, но произошло это лишь в последней трети столетия.

Заметное место в вересаевских заметках «По поводу...» опять-таки отводится проблематике медицинских экспериментов, поскольку этот раздел «Записок» вызвал особенно много критических выпадов. Оппоненты говорили, в частности, о том, что не стоило писать об этих экспериментах, поскольку они и так всеми осуждаются; к тому же они имели место давно, так что это — дело прошлого. В ответ на такие упреки Вересаев привел 13 (!) выдержек из газеты «Врач» только за 1900 и начало 1901 года, в которых сообщалось о неэтичных экспериментах. В их числе — информация об опытах немецкого профессора Штинтцинга, который пробовал лечить сахарное мочеизнурение сухоядением. По своей жестокости этот эксперимент вполне сопоставим с тем, что делали нацистские врачи: больного, чтобы он не имел возможности пить воду, держали в запертой комнате; когда выяснилось, что он пьет воду, даваемую для мытья, он был лишен возможности мыться. Он был доведен до того, что стал пить собственную мочу. Дело кончилось тем, что ему удалось выломать оконную решетку и убежать в поисках воды для питья. Интересно, что проф. Штинтцинг в свое оправдание написал, будто больной добровольно согласился на опыты и во всякое время мог их прекратить!

Стоит привести характерный комментарий редакции «Врача» к описанию одного из экспериментов, которое «заставляет нас подчеркнуть, казалось бы, не требующее доказательств положение, что больные — не материал для опытов, как бы интересны эти опыты сами по себе ни были, и все, что не прямо необходимо для помощи им, допустимо лишь с полного ведома и согласия их самих».²¹ Здесь, как мы видим, об информированном согласии при проведении экспериментов, не являющихся терапевтическими, говорится как об очевидной и обязательной этической норме. И с глубочайшим сожалением Вересаев констатирует, что почти сразу после смерти Манассеина в феврале 1901 г. со страниц газеты «Врач» исчезают критические комментарии по поводу жестоких и опасных экспериментов. Увы, за прошедшие сто лет в Рос-



²⁰ Там же, с. 429.

²¹ Там же, с. 420.

сии так и не появилось того, кто продолжил бы серьезное дело, начатое Манассеиным...

Принципиальное значение для прояснения коренных расхождений между различными трактовками медицинской этики, как и позиции самого В.В. Вересаева, имеет его полемика с доктором М.Л. Хейсиным, опубликовавшим в 1902 г. в Красноярске брошюру «К вопросу о врачах». Брошюра, изданная в соответствии с постановлением Енисейского общества врачей, была направлена против вересаевских «Записок». Столкновение позиций Вересаева и Хейсина, однако, по своему смыслу выходит далеко за рамки полемики по поводу конкретной книги или личностных характеристик ее автора.

Вересаев воздает должное откровенности оппонента и отмечает, что «д-р Хейсин подходит вплотную именно к той стороне моей книги, которая только и может быть предметом серьезного спора, именно к «этико-философской» стороне ее. Вполне правильно он отмечает, что центральным вопросом является здесь вопрос об отношении между живою человеческой личностью и прогрессом науки, вполне правильно также он видит «объединяющую точку зрения» моей книги в том, что я на первый план выдвигаю интересы этой человеческой личности».²²

Характеризуя позицию Вересаева как выражение «обывательской», «сантиментальной» гуманности, Хейсин предлагает смотреть на этот вопрос под «более широким углом зрения».²³ С этой более широкой точки зрения центральным становится «поступательный ход прогресса», который требует других критериев. «Поступательное движение жизни человечества совершается ценою постоянного жертвования частных интересов и личного страдания».²⁴

Но кто же эти люди, которые приносятся в жертву и которым надлежит страдать во имя «поступательного хода прогресса»? И кто определяет, кому быть жертвой? Ответить на эти вопросы позволяет классификация, предлагаемая Хейсиным. Согласно ей, во-первых, «подавляющее большинство опытов производится над идиотами, прогрессирующими паралитиками в последней стадии болезни, когда едва ли чем-нибудь отличается человек от животного, над саркоматическими больными в самой последней стадии развития и т.п. Но, скажут, какое право имеет человек сокращать хоть на один день жизнь другого? Я думаю, что если польза от этого эксперимента велика, то приходится эту теоретическую гуманностью (позже на протяжении долгих десятилетий употребляли несколько иной оборот: клеймили абстрактный гуманизм, но суть оставалась той же самой — *Авт.*) пожертвовать. ... *Не знаю, какая польза будет от того, что общество заступится за таких больных*».²⁵

²² Там же, с. 437.

²³ «К вопросу о врачах», с. 24.

²⁴ Там же, с.21.

²⁵ Там же, с. 34.

Где-то в двадцатые годы в Германии нашлись врачи и биологи, развивавшие сходные идеи — они стали говорить о том, что бывает «жизнь, которая не стоит того, чтобы ее жить»; под эту категорию у них попадали примерно те же группы людей, которые перечисляет Хейсин. Впоследствии гитлеровский режим принял эти идеи как руководство к действию, и нашлись не только врачи, письменно удостоверявшие, что жизнь данного человека не стоит того, чтобы ее жить, но и палачи, проводившие эвтаназию. При этом, правда, стало выясняться, что рамки данной категории, а следовательно, и количество «жизней, которые не стоит жить», склонны расширяться чуть ли не беспредельно. Очевидно, сама по себе тенденция оценивать чью-либо жизнь с точки зрения ее пользы для общества, тенденция, адепты которой вовсе не перевелись и сегодня, неизбежно ведет если не к разрушению, то к озверению общества.

Поэтому нельзя не согласиться с сарказмом Вересаева, когда он отвечает Хейсину: «умирать, г. Хейсин, тяжело, и тяжелы смертные страдания; и для каждого члена общества нужна гарантия, что в один прекрасный день, под маскою врача, к нему не придет г. Хейсин и не скажет: «Едва ли теперь этот человек отличается чем-нибудь от животного, — несите его в лабораторию!»²⁶

Следующее место в классификации Хейсина занимают «опыты на здоровых людях вообще» — и здесь он выдвигает весьма своеобразное обоснование: «при обсуждении вопроса об экспериментах мы не должны забывать психологию людей, ищущих истину... Что делать такому человеку? Он не может себя, допустим, сделать объектом. Он убеждает других, или, наконец, *он разрешает себе перейти границу дозволенного*. Кто дозволяет? Какое право сильнее, — право ли своего глубокого, могучего побуждения или *формальное право?*»²⁷ Очевидно, последний вопрос представляется Хейсину чисто риторическим: с его точки зрения, более сильным будет право того, кто действует по праву сильного. Впрочем, этот пассаж можно истолковать и в том ключе, что преступление моральных норм окажется не виной, а бедой человека, который не в силах справиться с охватившим его побуждением... Приводит в изумление лишь то, что такое рассуждение принадлежит врачу, самый смысл профессии которого — помогать слабому, больному, страждущему, ставить во главу угла именно его интересы, а отнюдь не собственное беспредельное своеволие.

Наконец, в классификации Хейсина есть еще одна категория экспериментов или, как он сам выражается, «небольшая группа прививок, сделанных без всякого оправдания. Такие опыты — это симптомы современного разврата мысли, и, конечно, к ним не может быть двойного отношения».²⁸ Можно,

²⁶ «По поводу...», с. 440.

²⁷ «К вопросу о врачах», с. 35-36. В первом случае курсив наш — Авт.

²⁸ Там же, с. 36.

конечно, задаться вопросом о том, кто и как будет различать, какой случай относится к разряду дозволяемого своеволия, а какой — ничем не оправдываемого «разврата мысли». Дело, однако, не в этом. Во всяком случае, Вересаева, когда он вступает в столь обстоятельную полемику с Хейсиным, интересуется совсем другое. Подробно раскрывая цинизм позиции последнего, он надеется на то, что брошюра Хейсина сыграет роль своеобразного зеркала: «Может быть, не один из моих критиков, взглянувши в это «зеркало», почувствует, что г. Хейсин только оформляет и откровенно высказывает то, что в полусознанном состоянии было и у него самого в душе.»

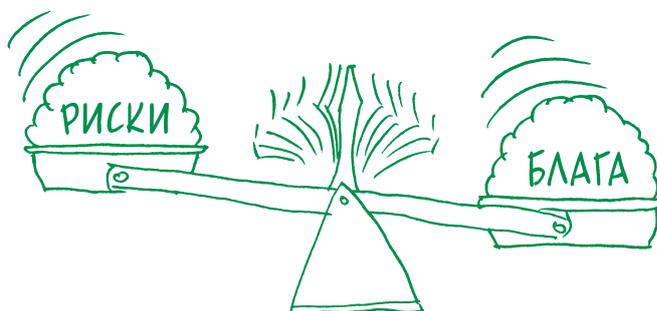
Безусловно, за прошедшие сто лет практика проведения медицинских исследований с участием человека изменилась и продолжает изменяться в самых разных аспектах. В этой связи хотелось бы отметить, прежде всего, то, что в течение последних десятилетий в мире была создана довольно-таки сложная система этического и правового регулирования таких исследований, основными механизмами которой являются, во-первых, сплошная предварительная этическая экспертиза *всех* исследовательских проектов и, во-вторых, получение добровольного информированного согласия участников исследований или их законных представителей. На сегодня эта система далеко еще не обрела сколько-нибудь законченных форм, она быстро усложняется и развивается, притом отнюдь не без сложностей и противоречий. Практика проведения исследований сталкивается со все новыми проблемами.

Так, со времен Нюрнбергского трибунала исследования долгое время понимались почти исключительно как источник риска для их участников. При этом задачи этического контроля, очевидно, были достаточно однозначными — как можно тщательнее оградить испытуемых от риска. В последние годы, однако, ситуация стала быстро меняться — все чаще участие в исследованиях рассматривается и как возможность получения испытуемыми определенных благ. Такими благами могут быть новые, предположительно более эффективные, чем все существующие, методы диагностики и лечения, доступ к дорогостоящим лекарственным препаратам и т.п. В соответствии с этим усложняются и задачи этического регулирования. С одной стороны, возникает необходимость соизмерения возможных рисков и благ для участников исследований. С другой стороны, коль скоро участие в исследованиях становится своего рода привилегией, встает и новая задача обеспечения социально справедливого доступа к этой привилегии. Теперь, скажем, считается, что доступ к такого рода исследованиям, от которых можно ожидать пользы, должен быть гарантирован представителям так называемых уязвимых групп — детям, беременным и кормящим женщинам, представителям национальных меньшинств, заключенным и т.п., которых прежде старались оберегать от участия в исследованиях.

Еще одно обстоятельство. Во времена вересаевских «Записок» в исследованиях затрагивались (и очень часто сталкивались) интересы всего двух сто-

рон: врача (экспериментатора) и больного (испытуемого). Постепенно, однако, число вовлеченных сторон возрастало: стали появляться этические комитеты, проводящие экспертизу исследовательских заявок; на сцену вышел такой мощный игрок, как фармацевтические фирмы, которые сегодня являются основными заказчиками и спонсорами исследований; наконец, в последнее время в качестве еще одной стороны, интересы которой должны учитываться при планировании и проведении исследований, выступает популяция, среди которой рекрутируются испытуемые. Более того, ныне биомедицинские исследования все чаще проводятся не исследовательскими институтами, а коммерческими организациями, специализирующимися именно на поиске мест проведения исследований, вербовке участников, составлении исследовательского проекта и анализе результатов.²⁹

И, тем не менее, несмотря на все эти колоссальные перемены, мы никоим образом не можем говорить, будто те проблемы, которые ставил Вересаев, тот нравственный заряд, который исходит от его «Записок», та оригинальная и вместе с тем глубокая трактовка проблем медицинской этики, которую он развивает и отстаивает, — будто все это осталось в прошлом.



²⁹ См. Rothman, David J. The Shame of Medical Research. — New York Review of Books, Nov. 30, 2000.

НЮРНБЕРГСКИЙ КОДЕКС

(или зачем России нужен закон об исследованиях на человеке)

В августе 1947 года на свет появился текст Нюрнбергского кодекса, регламентирующего правила проведения медико-биологических экспериментов на человеке. Он был подготовлен в ходе международного судебного процесса над нацистскими учёными-медиками, проводившими бесчеловечные научные эксперименты на заключённых в концлагерях. При подготовке обвинительных материалов необходимо было сформулировать принципы, по которым можно было бы отличить правильно осуществлённые исследования на человеке от тех, что представляли собой преступные деяния. Некоторые эксперименты, приводившие к смерти испытуемых, были, очевидно, преступными. Например, опыты по разработке методов борьбы с гипотермией, в которых часть испытуемых была в буквальном смысле заморожена, или опыты с испытанием отравленных ядом пуль. Не вызвала сомнений и преступность «заготовки» 120 трупов «русских евреев-комиссаров» для антропологических исследований и музейной экспозиции в страсбургском университете.

Другие опыты было гораздо сложнее оценить и, главное, сформулировать — в чём именно состояло содержание преступного действия. К примеру, фашисты хотели после победы в максимально короткие сроки заселить освободившееся «жизненное пространство» представителями арийской расы. Для этого ими разрабатывались методы увеличения числа случаев многоплодной беременности с помощью гормональной стимуляции яичников. Эти исследования, как правило, не сопровождались гибелью испытуемых, в ряде случаев трудно было сформулировать, в чём же заключался нанесённый ущерб, если соматические последствия были относительно незначительны.

Для решения этой проблемы группа экспертов, привлечённых к участию в процессе, сформулировала перечень принципов морально оправданного экспериментирования на людях, впоследствии получивший название Нюрнбергского кодекса. В России текст кодекса был впервые опубликован только в 1993 году, в №7 журнала «Врач». Более чем на десятилетие он был забыт и на Западе. И это не случайно. Первый пункт кодекса формулировал основополагающую моральную и правовую норму, нарушение которой инкриминировалось немецким врачам. Однако это требование не так уж редко нарушалось и учёными стран-победительниц. В частности, оно гласит:

«Прежде всего, необходимо добровольное согласие испытуемого, которое означает, что лицо, вовлечённое в эксперимент, имеет законное право дать такое согласие и обладает свободой выбора без какого-либо элемента насилия, обмана, мошенничества, хитрости или других скрытых форм принуждения; обладает достаточными знаниями, чтобы понять сущность эксперимента и принять осознанное решение. Последнее требует, чтобы до предоставления согласия испытуемый был информирован о его характере, продолжи-

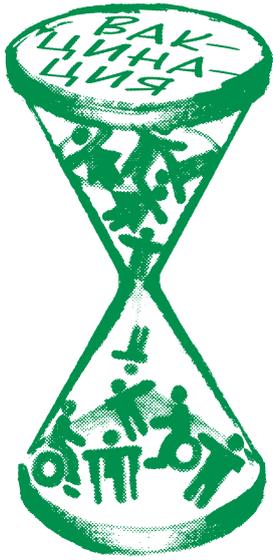
тельности и цели; методе и способах, с помощью которых он будет проводиться; обо всех возможных неудобствах и рисках; о последствиях для его здоровья и морального благополучия, которые могут возникнуть в результате участия в экспериментах».

Безусловно, в странах антифашистской коалиции нарушение этого принципа (в биоэтике он называется принципом информированного согласия) не носило столь бесчеловечного характера, как в нацистской Германии. Однако и здесь недобровольное использование людей слишком часто рассматривалось и учёными, и общественностью в качестве оправданной жертвы на алтарь научного прогресса. Достаточно еще раз напомнить те описания экспериментов на детях, душевно больных и стариках, которые дал в «Записках врача» В.В. Вересаев. Множество аналогичных примеров может представить и американская, и европейская доверенная история науки. В принципе, не изменилась ситуация и после решений Нюрнбергского трибунала.

Весной 1997 года президент США Клинтон объявил о начале выплаты компенсаций пациентам, включавшимся в контрольную группу (и не получавшим адекватного лечения) в рамках федеральной программы по изучению сифилиса в научном центре Тускиджи (штат Алабама). Программа осуществлялась с перерывами в течение нескольких десятилетий с 1932 года. Здоровью десятков чернокожих пациентов был нанесён значительный урон из-за предоставления вместо лекарств плацебо. В 1996 комиссия, созданная по распоряжению Клинтона, опубликовала объёмистый доклад по нарушениям прав испытуемых, недобровольно привлекавшихся в эксперименты для изучения медико-биологических последствий действия радиации. Причём экспериментирование проводилось и над отдельными гражданами (чаще всего военнослужащими), и над жителями целых населённых пунктов, над которыми самолёты разбрызгивали радиоактивные аэрозоли, а учёные потом исследовали, как радионуклиды накапливаются в почве, воде, органах и тканях людей, и домашних животных. Сотни аналогичных нарушений зарегистрированы во многих странах мира.

Наша страна в этом смысле не была исключением. Достаточно вспомнить варварский эксперимент с испытанием последствий ядерного взрыва на Тоцком полигоне. Серия телевизионных программ, прошедших на экране НТВ, засвидетельствовала аморальное отношение к жителям деревень в Челябинской области, страдающих от радиоактивного заражения вследствие производственной деятельности производственного объединения по производству оружейного плутония «Маяк». Жители убеждены, что их оставили жить в зараженной местности в качестве «подопытных кроликов» для медицинских экспериментов.





В 80-х годах в средствах массовой информации прошла серия публикаций об испытаниях вакцин на детях, которые, естественно, проводились без соблюдения добровольности и «информированного согласия». А ведь в результате каждого из подобных испытаний определённое число ранее здоровых детей приобретало ту или иную форму патологии. Действовала как самоочевидная и естественная логика — во имя благополучия “всех” можно пожертвовать здоровьем некоторого числа конкретных мальчишек и девчонок. Пожертвовать без согласия родителей и самих детей, не испытывая моральных угрызений и, что немаловажно в современных условиях, не неся материальной ответственности за нанесённый ущерб. Аналогичные данные появлялись и в начале 90х годов. Наука, как языческий идол, требовала человеческих жертв, и они ей регулярно приносились.

Массовый характер имеет проведение в исследовательских целях без согласия пациентов ненужных для их лечения процедур, в том числе и сопровождающихся серьёзной болью, а также влекущих риск осложнений. В начале 70-х годов член-корр. АМН СССР С.Д. Носов писал о моральной сомнительности проведения в научных целях пункций костного мозга, когда они не оправданы медицинской необходимостью для самих пациентов. Но столь же морально не оправдано проведение ненужных для лечения данного пациента биопсий, контрастирований сосудов и полостей органов, пункции спинного мозга, заборов крови и т.д.

Существенным шагом на пути реализации этических норм проведения экспериментов на людях, сформулированных Нюрнбергским трибуналом, стали “Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан” 1993 года. Статья 43 законодательства гласит: “Любое биомедицинское исследование с привлечением человека в качестве объекта может проводиться только после получения письменного согласия гражданина. Гражданин не может быть принуждён к участию в биомедицинском исследовании.

При получении согласия на биомедицинское исследование гражданину должна быть предоставлена информация о целях, методах, побочных эффектах, возможном риске, продолжительности и ожидаемых результатах исследования. Гражданин имеет право отказаться от участия в исследовании на любой стадии”. Несколько раньше запрещение недобровольного использования граждан в качестве испытуемых в научных экспериментах стало конституционной нормой.

Вместе с тем российское законодательство формулирует правовую норму лишь в самом общем виде. Специального законодательного акта, который бы мог конкретизировать многие неурегулированные аспекты в этой области, пока нет. К примеру, нередко проводящееся информирование в устной форме сохраняет опасность манипуляции решением испытуемых путём со-

крытия данных о риске осложнений или о праве выхода из эксперимента. Нет возможности проверить правдивость того, что с глазу на глаз передаётся от врача к пациенту. Думается, что этого можно было бы избежать, если бы информирование всегда проводилось письменно в рамках имеющего правовую силу договора будущего испытуемого с исследователями на участие в эксперименте.

Нет в действующем законе также правового определения того, что относится к эксперименту, а что к нему не относится. Например, во время скандала, разразившегося после передачи НТВ о трансплантации фетальных тканей некоторые средства массовой информации обвиняли исследователей в проведении экспериментов на детях в домах ребёнка. Однако, в заключении комиссии Минздрава было специально подчёркнуто, что лечение этих детей не носило экспериментального характера. Поскольку право не определяет понятия “эксперимент” — каждый оказывается вольным трактовать его по-своему. Закон имеет также немало других “прорех”, которыми нетрудно воспользоваться недобросовестным экспериментаторам. К примеру, следует ввести особые правовые нормы, регламентирующие проведение исследований, в которых испытуемыми являются военнослужащие.

Однако и в такой, весьма мало обязывающей, форме закон вызывает серьёзные возражения со стороны некоторых учёных. В частных разговорах с ними приходилось иногда слышать: “Если спрашивать разрешение, то никто не согласится быть испытуемым. Науке придёт конец”; “Вы со своими идеями этического и правового контроля представляете собой новую волну лысенковщины, которая для биологии и медицины будет иметь столь же печальные последствия, сколь и первая”; “Всё это американские изыски, нашим людям никакого информированного согласия не нужно. Настаивая на нём, вы разрушаете традиционные ценности доверия между врачами и пациентами”; “Наши пациенты не образованы в вопросах права и этики. Поэтому закон всё равно работать не будет”.

Начнем с последнего возражения. Сходные возражения высказывались по поводу тех статей «Основ законодательства РФ обо охране здоровья граждан», в которых гарантируется право пациентов на информированное согласие в связи с различными медицинскими вмешательствами. Когда закон издавался, случаев судебного иска со стороны пациентов против врачей в связи с защитой поправных прав практически не было. Сегодня, однако, число подобных исков исчисляется сотнями и тысячами. Медики всё чаще оказываются вынужденными выплачивать серьёзные финансовые компенсации за нарушения прав пациентов. Поэтому можно быть уверенным, что и этот закон, касающийся проведения экспериментов на людях, работать будет, и “наши люди” начнут им пользоваться не хуже американцев или западных европейцев. Только благоразумно ли исследователям ожидать санкций против самих себя вместо того, чтобы самим заблаговременно выработать соответ-

ствующие Конституции и закону профессиональные этические нормы и воплотить их в своей деятельности?

Что касается традиционных ценностей, то следует отметить, что они соответствовали духу государственной системы всеобщего бесплатного здравоохранения. Когда основную массу медицинских услуг пациенты не “получают”, а “покупают”, то оснований для доверия у покупателей медицинских услуг, к сожалению, ровно столько же, сколько и на любом другом российском рынке. Стоит ли опять же ждать, чтобы “покупатели” догадались, что в одной упаковке с нужным “товаром” им подчас продают то, что делается учёными-медиками во благо науки? Т.е. за свои деньги “покупатель” иногда ещё играет и роль “подопытного кролика”. В новой ситуации необходима новая система ценностей, более соответствующая современному характеру оказания медицинских услуг. Принцип информированного согласия как раз и является важнейшим элементом этой новой системы.

Обвинения в лысенковщине можно вполне игнорировать. Как показывает опыт наших западных коллег, введение самых жестких правовых регламентов для экспериментов на человеке не только не ухудшает, но и значительно улучшает качество научных исследований, заставляет более тщательно и ответственно планировать эксперименты. Кстати сказать, при подаче заявок на участие в международных конференциях, при направлении статьей в зарубежные журналы, при участии в международных исследовательских проектах наши исследователи так или иначе свидетельствуют о соответствии своих протоколов этическим стандартам, об их утверждении этическими комитетами.

Задумываясь об основных путях реформирования этической и правовой базы научных исследований на человеке, чрезвычайно полезно вспомнить уроки Нюрнберга и ещё раз перечитать Нюрнбергский кодекс.

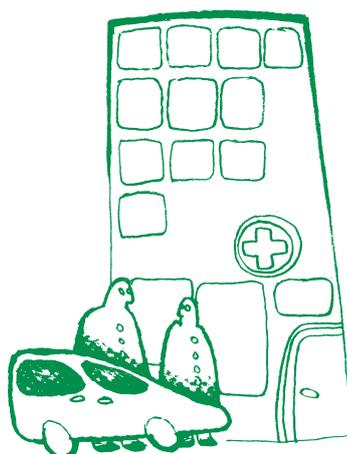


Социальная справедливость как проблема биоэтики

Постановка проблемы социальной справедливости в контексте биоэтики и прав человека, видимо, требует некоторых пояснений. В этой связи имеет смысл обсудить два вопроса. Во-первых, почему тематика социальной справедливости в здравоохранении обсуждается за пределами медицинской профессии? Ведь биоэтика, как известно — это междисциплинарная область, в рамках которой взаимодействуют философы, богословы, юристы, социологи, биологи и, конечно же, медики. Но не станет ли такое междисциплинарное обсуждение проблем социальной справедливости в здравоохранении некомпетентным вторжением дилетантов, которые по определению ничего не смыслят в организации здравоохранения, а стало быть, будут только чинить помехи специалистам?

Во-вторых, какой смысл в подключении к таким темам, как социальная справедливость и биоэтика, еще и тематики прав человека? Здесь следует заметить, что в последнее время эта проблематика в нашей стране часто оказывается не очень, если можно так выразиться, популярной. К тому же и воспринимается она односторонне, как относящаяся только к политическим правам, таким, как свобода слова, свобода совести, право на проведение митингов и демонстраций и т.п. В этой связи хотелось бы, несколько не умаляя значимости всех перечисленных прав, отметить тем не менее, что не одними ими жив человек. Действительно, есть еще и права социально-экономического характера, такие, как право на труд, на достойное вознаграждение за него, право на образование и т.п. И есть, далее, права, которые можно было бы назвать витальными. К ним можно отнести право на жизнь, право на здоровье (или, как часто предпочитают говорить, на охрану здоровья), право человека на сохранение собственной целостности, право на обеспечение собственного достоинства и др. Думается, без должного обеспечения этих последних две первые группы прав попросту не смогут быть востребованными.

Попытаемся теперь ответить на эти вопросы. Начнем с того, что проблемы справедливого доступа к медицинской помощи, как и ко всему комплексу услуг, связанных с обеспечением здоровья, — это такие проблемы, которые касаются далеко не только медиков, но всех и каждого из жителей России. Поэтому представляется вполне уместным, чтобы при их об-



суждении был представлен и голос тех, на кого направлены все уже предпринятые, предпринимаемые и планируемые преобразования в этой сфере.

В этой связи необходимо сказать о двух взаимосвязанных обстоятельствах. Первое. У нас *нет надлежащего информирования*: граждане России не получают сколько-нибудь достоверной информации о том, какие шаги в отношении реформирования здравоохранения готовятся и предпринимаются. Второе. Представляется необходимым, чтобы граждане *не только владели информацией, но и принимали участие в формировании политики в области здравоохранения*.

Разговор о политике в области здравоохранения может показаться неуместным — многие из нас привыкли к тому, что политика — это то, чем занимаются государственные мужи. А между тем реально, независимо от того, насколько мы это осознаем, такая политика существует, и это — непреложный факт. Но, к сожалению, мнения и представления россиян о том, как они воспринимают политику государства в области здравоохранения, что считают важным и первостепенным, что считают справедливым, а что — несправедливым в нынешних институтах охраны здоровья, систематически не выявляются. Те, кто реально определяют эту политику, даже не задумываются о том, чтобы всерьез изучать эти мнения и представления и уж тем более использовать их в качестве ориентира для своей деятельности.

У нас принято считать, что россияне в своей массе за последние годы стали аполитичными. С этим можно было бы согласиться, если понимать под вовлеченностью населения в политику только лишь интерес к программам и действиям политических партий, процент участвующих в выборах и т.п. Однако этим политическая жизнь общества никоим образом не ограничивается. В жизни общества происходит немало такого, что вызывают у граждан неподдельный интерес, и было бы естественно именно эти, действительно интересующие россиян процессы и явления рассматривать как наиболее значимые с политической точки зрения.

В качестве примера достаточно напомнить события, имевшие место в начале 2005 г., когда вступил в действие пресловутый 122-ой закон. Как оказалось, не только рядовые граждане, но и многие из тех, кому непосредственно надлежало реализовывать этот закон, не были должным образом проинформированы и подготовлены к новшествам. Бурная реакция россиян, в некоторых случаях, возможно, даже и чрезмерная, продемонстрировала не только то, что их мнения и представления могут воплощаться в форме весьма серьезных протестов, но и то, что стремление власти облагодетельствовать их через их голову далеко не всегда воспринимается с энтузиазмом.

Следует, конечно, иметь в виду, что проблемы выявления и учета мнений и представлений россиян, обеспечения подлинного, а не декоративного участия их в выработке политики в области здравоохранения (как, впрочем, и в других социально значимых областях, например, в образовании), далеко не тривиальны. Ведь представления граждан о том, что в существующей систе-

ме оказания медицинской помощи справедливо, а что — несправедливо, как и о том, что и как в ней необходимо менять, будут, естественно, варьировать в широчайшем диапазоне. Само выявление этого диапазона, не говоря уже о последующем его упорядочении, а также об организации широкой общественной дискуссии, необходимой для поиска приемлемых решений — всё это очень непростые процедуры, методологическое обеспечение которых еще предстоит разработать. Тем не менее, только таким путем можно прийти к выработке такой политики здравоохранения, которую граждане сочтут справедливой.

В этой связи следует напомнить, что понятие справедливости является одним из ключевых в этике. А следовательно, и *биоэтику имеет смысл рассматривать и использовать в качестве одной из таких площадок, на которых могут конструироваться и отрабатываться формы участия гражданского общества в разработке и реализации политики в области здравоохранения.*



Социальная справедливость в обеспечении здоровья граждан является для современной биоэтики одной из наиболее оживленно обсуждаемых тем. Дело в том, что сейчас *происходит сдвиг интересов в области биоэтики.* Этот сдвиг связан с тем, что биоэтическая проблематика привлекает все большее внимание тех, кто живет в странах третьего мира. Соответственно происходит определенная смена акцентов в том, что касается интерпретации основных положений биоэтики.

В частности, вопросы социальной справедливости в том, что касается здоровья человека, доступности медицинской помощи, качества оказываемой медицинской помощи, выходят на первый план. В значительной мере эти сдвиги связаны с тем, что в определении повестки дня мировой биоэтики все более артикулированным становится голос развивающихся стран.

Весьма широкой областью дискуссий при этом становится обеспечение справедливого доступа к новейшим биомедицинским технологиям. Многие из них открывают колоссальные возможности в том, что касается восстановления и укрепления здоровья, однако распределение этих возможностей очень часто оказывается далеко не справедливым. Особую тревогу вызывает то обстоятельство, что не только не сокращается, но, напротив, быстро растет разрыв между теми, кто имеет возможности доступа к этим новейшим достижениям, и основной массой населения. Он начинает принимать угрожающие размеры, и это осознается мировым сообществом как одна из глобальных проблем. В этой связи говорят о соотношении 90:10. Имеется в виду то, что 90% средств, которые тратятся сегодня в мире на биомедицинские исследования, направляется на создание средств борьбы с теми заболеваниями, от которых страдает 10% мирового населения. И только 10% средств,

расходуемых на эти исследования, идет на те заболевания, которым подвержены 90% жителей планеты!

Возвращаясь теперь к ситуации в нашей стране, хотелось бы отметить, что постепенно усиливается понимание того, что охрана здоровья должна стать подлинным приоритетом и для общества, и для государства. При этом, однако, обнаруживается довольно странный — при всей его привычности — феномен. Мы все время слышим о том, что самый выгодный способ вложения денег — это инвестиции в человека, которые несут благо и человеку, и обществу. Однако тогда, когда формируются бюджеты всех уровней, оказывается, что все так или иначе касающееся здоровья человека попадает исключительно в графу убытков.

А между тем сегодня в России уже существует немало высокотехнологичных предприятий, руководство которых понимает, что самый ценный их капитал — это те высококвалифицированные кадры, которые прошли достаточно длительную и серьезную подготовку и теперь работают на предприятии. Таким образом, здоровье этих людей становится одной из важных составляющих того капитала, которым располагает предприятие. Поэтому такие предприятия разрабатывают и реализуют специальные программы сохранения и укрепления здоровья своих работников.

Наконец, большой проблемой остается отношение граждан к своему здоровью. До сих пор у россиян сохраняются патерналистские установки: многие из нас привыкли перекладывать заботу о собственном здоровье на государство. При этом, однако, само государство склонно во все большей мере перекладывать ответственность за здоровье на самих граждан. Тем не менее, как показывают исследования, отношение россиян к своему здоровью начинает меняться. Все чаще они начинают сознавать его как ценность. Это — факт существенный и обнадеживающий.

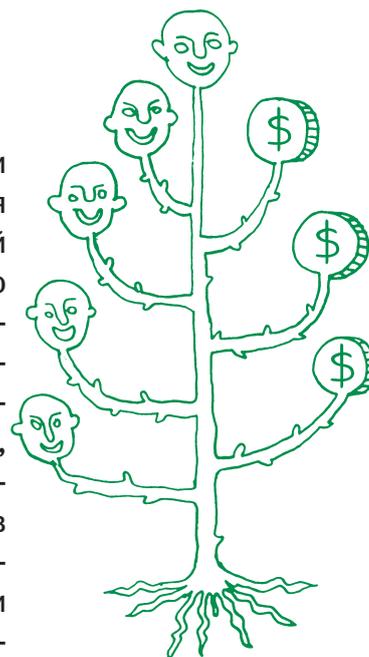


Исландская сага или сколько стоит генофонд потомков викингов

В 1998 году парламент Исландии принял решение о создании универсальной базы данных обо всех жителях страны, которая включает медицинскую информацию, данные о родословной гражданина, а также генетическую информацию, которую можно будет получить с помощью новейших молекулярно-биологических технологий, исследуя кровь или другие биоматериалы. Создание подобной базы данных позволит более эффективно использовать ресурсы общественного здравоохранения, даст в руки ученых новые возможности для поиска генов многих наиболее опасных заболеваний и разработки методов борьбы с ними. В 2000 году исландская компания “деКод Дженетикс” (поддержанная американскими инвестиционными компаниями и международной фармацевтической корпорацией Хоффман Ла Рош) выиграла конкурс на право быть основным исполнителем данного проекта. В обмен компания получила на 12 лет эксклюзивное право на коммерческое использование генетической информации, которая будет получена из исследованных образцов крови практически всех исландцев. Причем компания не только покрывает все расходы, связанные с созданием этой базы данных, но и обязуется выплачивать ежегодно правительству Исландии 70 миллионов исландских крон плюс 6% с коммерческой прибыли от использования получаемой генетической информации. К примеру, вновь открытые гены, предрасполагающие к развитию того или иного заболевания, будут запатентованы. Подобного рода патент — интересный товар для фармацевтических компаний, разрабатывающих лекарственные средства нового поколения.

Тем самым генофонд исландской нации (гордо именующей себя потомками викингов) приобрел товарную форму. Выступил предметом коммерческой сделки, был рыночно оценен и сдан на 12 лет в аренду, как участок земли для сельскохозяйственных работ. Впрочем, для Исландии более подходит другая метафора, подсказанная символическим совпадением по времени двух событий. Разработка биогенетического проекта совпала с введением в Исландии системы квот на рыбную ловлю. Традиционно море и его богатства в менталитете исландского народа представляли как общинное достояние, наподобие земли-матушки русского крестьянина. Сдача в аренду генома нации для биотехнологической эксплуатации напоминает продажу рыболовной квоты на “отлов” коммерчески ценной генетической информации.

Событие неординарное, хотя и не очень оригинальное. Подобного рода проекты разного масштаба и на разных стадиях разработки существуют в Австралии, Великобритании, Сингапуре, Норвегии, Швеции, Эстонии и ряде других стран. Исландский вариант характерен большей степенью прорабо-



танности а также выраженности тенденций коммерциализации в современной биомедицине. Характеризуется он и более активным участием общественности страны в обсуждении моральных проблем, связанных с реализацией проекта. Выделяют его и чисто научные генетические преимущества — этническая однородность и компактность популяции (число эмигрантов незначительно, а население составляет всего ок. 280 000), медицинская документация на всех исландцев сохраняется с 1915 года, практически каждая исландская семья хранит родословные, уходящие в глубь веков на несколько столетий. Для недавно сформировавшегося нового типа ученого-предпринимателя — “клондайк”. По крайней мере, так оценивали ситуацию инвесторы компании деКод Дженетикс. Насколько эти ожидания оправдались, а точнее не вполне оправдались — тема экономических анализов.

Нас интересуют, прежде всего, чисто философские аспекты. Во-первых, перед нами яркое проявление мощной тенденции коммерциализации науки, которая парадоксально заявляет о себе в геномике и других наиболее технологически развитых отраслях биомедицины. Человек превращает в товар не только предметы труда или свою способность к труду, но и “части” своего индивидуального или коллективного тела. Возникает нового типа “товар”, новый рынок со своим специфическим отношением спроса и предложения. Биотехнологические компании давно уже ввели практику патентования генов, нуклеотидных последовательностей и стволовых клеток человека. В случае исландского биогенетического проекта генофонд целой нации превращен в своеобразный товар.

Во-вторых, коммерциализация генома радикально преобразует представление человека о самом себе. Не случайно традиционно мыслящие люди и в Исландии, и в других странах выступили с резким моральным осуждением того, что, с их точки зрения, рассматривается как надругательство над человеческим достоинством. Это точка зрения христианских церквей, ЮНЕСКО, многих европейских правительственных этических комитетов. В Исландии она не очень популярна. Против проекта, по данным опросов Геллапа, выступает лишь около 9% населения. 81% поддерживает проект. Однако парадокс в том, что в Исландии это “молчаливое большинство”. Как отмечают исландские антропологи Палсон и Хардардоттир, противники проекта составляют подавляющее большинство из пожелавших высказаться в средствах массовой информации во время дискуссий, предшествовавших решению парламента о начале проекта. Интересное противостояние “либерального”, молчаливого большинства тех, для кого финансовые и возможные медицинские выгоды важнее традиционных ценностей, и публичных “консерваторов”, выступающих категорически против и приватизации генома, и приватизации в области рыболовного промысла, рассматривая и то, и другое как общинную собственность. Поддерживают консерваторов и немногочисленные правозащитные организации, видящие опасность для прав и личной свободы граждан в концентрации у государственных институтов огромной биомедицин-

ской и биографической информации обо всех гражданах страны. Здесь мы переходим к третьему био-политическому аспекту.

В-третьих, исландский проект представляет собой одно из первых проявлений нового типа био-политики, которая качественно отличается от дискредитировавших себя евгенических программ первой половины XX-го века. В то время в США, Германии и некоторых других странах на правительственном уровне ставились задачи “спасения нации от генетического вырождения” или даже, как в Германии, выведения новой более совершенной породы человека (“арийской”) методом селекции “производителей”, заимствованным из практики животноводов. Известный советский генетик Николай Кольцов писал, что реализация евгенических программ возможна лишь при моральной деградации общества — отказе от фундаментальной свободы выбора брачного партнера и создании репрессивного государства. Многие политические акции нацистов (к примеру, уничтожение “неполноценных” евреев и славян или запрет смешанных браков) имели “научное” евгеническое обоснование. В Исландии евгеническое движение, находившееся под сильным немецким влиянием, не определяло политику государства, хотя и пользовалось влиянием в среде националистически настроенной части населения.

Как отмечают Палсон и Хардардоттир, в дискуссии вокруг биогенетического проекта неоднократно всплывал тезис об особой ценности неиспорченного чужеродными примесями “арийского” генома исландской популяции. Но эти романтические реминисценции не определяли специфику политической борьбы вокруг проекта. Спор концентрировался вокруг права на доступ к медицинской, биографической и генетической информации. Опять же вопрос ставился так — чья это собственность. Если эта информация принадлежит индивиду, то в каждом случае необходимо спрашивать у последнего разрешение на ее использование (принцип добровольного согласия). Если это общественная ценность, или она принадлежит ученым, которые ее “добыли” и поэтому обладают ею, то можно и без согласия индивида. Для доступа к медицинской информации в исландском проекте использован в качестве компромисса так называемый принцип “презумпции согласия” — если индивид заблаговременно не запретил доступ к информации о себе, то можно использовать эту информацию (например, данные медицинских карт), не спрашивая специально разрешения. Если запретил — то нельзя. Для получения генетической информации из образцов биоматериалов (например, крови) действует принцип добровольного информированного согласия. Иными словами, новый тип биополитики более демократичен, учитывает определенный баланс между общественными и индивидуальными ценностями. Причем в отличие от старой евгеники, новая биополитика имеет в качестве предмета (пока лишь потенциально) не носителя неблагоприятных генов, а сами генетические аномалии.

“Исландская сага” может показаться действительно сказкой для российского читателя. При том, что у нас на всю геномику государство выделяет меньше средств, чем обходится финансирование одной очень небольшой американской лаборатории, можно ли говорить о реальности подобных проектов в нашей стране? Маниловщина, скажут иные реалисты. Но обратите внимание — очень сложный научный проект исландцы осуществляют за чужой счет, да еще имеют с этого прибыль! Т.е. не взяв ни рубля (точнее — ни кроны) из бюджета. Конечно, для всей российской популяции подобный проект неподъемен и пока неинтересен для генетики из-за ее генетической неоднородности. Но у нас есть малые народы, проживающие достаточно компактно, изолированно. Для них знание собственного генома может иметь огромное значение, возможно даже для их физического выживания. Одновременно, это может стать средством выживания отечественного ученого, специалиста в области геномики. Правда, на этом пути много проблем — в том числе и моральных. Выше об этом уже шла речь.

Клонирование человека — достижение или преступление?

В рождественскую пятницу 25 декабря 2002 года базирующаяся на Багамских островах биотехнологическая компания “Клонэйд” сообщила о первом в мировой истории успешном опыте клонирования человека. У 31 летней американки родилась девочка весом около трех кг. Девочку назвали Ева. Компания “Клонэйд” создана уфологической сектой раилитов, имеющей до 55 000 последователей в 88 странах мира. Раилиты считают, что первый человек был сотворен инопланетянами путем клонирования. Библейский рассказ — лишь мифологически искаженное изображение этого события. Конечной целью секты является обеспечение реального бессмертия человечества на основе развития современных технологий. Один из вариантов достижения этой цели включает на первом этапе отработку метода клонирования человека, а на втором — создание технологий, которые позволят пересадить в мозг клонированной биологической копии память и сознание индивида. Особые надежды в этом смысле возлагаются на отмечающийся в последние годы бум исследований в области психонейрофизиологии. Другие варианты связаны с созданием небиологических “носителей” памяти и сознания за счет развития компьютерных технологий и нанотехнологий.

Через несколько дней после сообщения о своем успехе компания обратилась к американскому журналисту Майклу Гиллену с просьбой возглавить комиссию независимых экспертов для подтверждения факта рождения клонированного ребенка. Гиллен до последнего времени работал ведущим научным обозревателем телекомпании ABC и был известен своим лояльным отношением к изучению всевозможных паранормальных явлений. 4 января 2003 года компания информировала, что родители Евы выражают сомнение относительно целесообразности проведения проверочных тестов. Одновременно было объявлено, что в одной из европейских стран вскоре должен родиться другой клонированный ребенок. Всего же до начала февраля должно появиться на свет еще пять клонированных детей. Отметим, что в прессе уже давно появлялась неподтвержденная информация о скором рождении клонированных детей в Арабских эмиратах, Южной Корее и в одной из восточноевропейских стран. Упоминалась иногда и Россия. 7 января Майкл Гиллен, на специально собранной пресс-конференции, объявил о своем отказе от сотрудничества с фирмой “Клонэйд” из-за нежелания родителей провести тестирование дочери.

Временный отказ родителей от проведения тестов, подтверждающих рождение клонированного ребенка, упрочил существующий среди специалистов скепсис относительно самого факта успешного клонирования человека.



Представители “Клонэйда” утверждают, что причиной отказа послужил иск адвоката Бернарда Сигала в один из флоридских судов, требующий лишения родительских прав матери и “отца” Евы и установления над ней опеки. Первое слушание в суде было назначено на 22 января 2003 года. По сообщениям прессы свое расследование начала Прокуратура США.

Основания для иска очень просты. По современным данным клонирование является недостаточно разработанным экспериментальным методом, несущим высокий риск тяжелых осложнений для клонированного ребенка. Шанс рождения здорового ребенка не превышает двух-трех процентов. Согласившись на участие в эксперименте, родители продемонстрировали в высшей мере безответственное поведение, готовность рисковать жизнью и здоровьем будущего ребенка во имя своих эгоистических целей. Поэтому они не могут в должной мере обеспечить уход за новорожденной, которой грозят многочисленные медицинские проблемы. Интересы ребенка будут лучше защищены, если над ним установить соответствующую опеку.

Безусловно, вопрос о том, состоялась или нет сенсация в современной биомедицинской науке, должен решаться самим научным сообществом на основе объективных независимых проверок. Суд также вправе решать вопрос о необходимости опекуна. Но, независимо от заключения ученых и вердикта суда, само разворачивающееся событие требует к себе пристального внимания. Возникает несколько интересных вопросов. Первый из них — почему резко против данного эксперимента с клонированием Евы (даже если он и будет успешным во всех смыслах) выступили в США и других странах именно те ученые, которые непосредственно занимаются разработкой методов клонирования? В частности, против выступили шотландские ученые из Рослинского института, создавшие клонированную овцу Долли и разрабатывающие собственную программу по клонированию человека. Резко осудила этот эксперимент компания «Эдвансед селлз технолоджиз», ученые которой первыми создали путем клонирования эмбрион человека. С осуждением выступили ведущие американские и международные научные ассоциации.

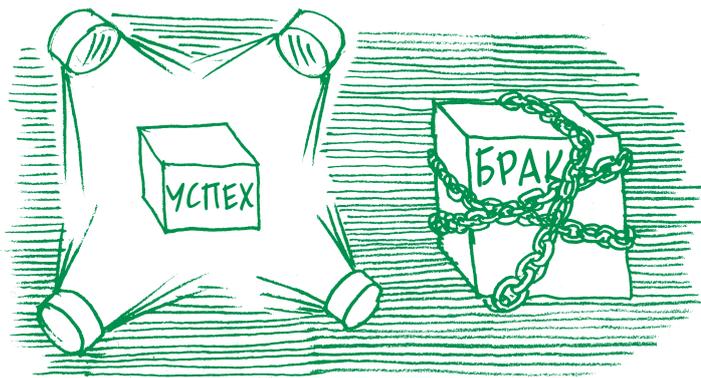
Почему не слышно аплодисментов героям-первооткрывателям? Дело в том, что рискованные эксперименты с репродуктивным клонированием (т.е. клонированием, имеющим целью рождение ребенка) ставят под угрозу активно проводящиеся во всем мире (в том числе и упомянутыми выше компаниями) исследования в области т.н. «терапевтического» клонирования. При терапевтическом клонировании полученные эмбрионы не пересаживаются в матку женщины. После нескольких делений из них выделяют стволовые клетки — недифференцированные клетки, способные при определенных условиях преобразоваться в дифференцированные клетки любого вида (мышечные, нервные и др.). Это свойство стволовых клеток предполагается использовать для восстановления сердечной ткани при инфарктах, нервной ткани при болезни Паркинсона и рассеянном склерозе, железистой ткани

при диабете и т.д. Терапевтическое клонирование не столь зрелищно как репродуктивное, но имеет значительно большее медицинское значение, открывая новое многообещающее направление в лечении огромного числа болезней, в том числе и тех, которые до последнего времени считались неизлечимыми. Но насколько реальна опасность запрещения этого направления?

Специфичной чертой современной биомедицины является беспрецедентная политизация проблем ее развития. Показательно, что темой первого обращения президента Буша к нации после вступления в должность была именно проблема клонирования и использования зародышевых стволовых клеток в экспериментах. Лишь события 11 сентября временно отодвинули обсуждение этих проблем в тень. В оказавшихся под контролем консерваторов Конгрессе и Сенате уже лежат законопроекты, запрещающие любые формы клонирования. Безответственный эксперимент «Клонэйда», что называется, подлил масла в огонь, дал новые убедительные аргументы очень мощной коалиции религиозных и «про-лайф» организаций, которые лоббируют одобрение этих законопроектов. Но может это только американские проблемы? В эпоху глобализации все американские проблемы быстро становятся международными. В 2002 году США заблокировали в ООН «мягкий» франко-немецкий вариант запрета на репродуктивное клонирование человека с тем, чтобы представить более жесткий вариант, который может ограничить и исследования в области терапевтического клонирования. Аналогичные законопроекты рассматриваются общеевропейскими организациями и европейскими национальными парламентами.

Общегосударственная позиция в отношении этических и юридических проблем, порождаемых прогрессом биомедицины, в странах Запада вырабатываются особыми политическими органами — «этическими комитетами», которые образованы при президентских администрациях, парламентах и национальных правительствах, международных организациях, профессиональных союзах и т.д. В России неоднократно предпринимавшиеся попытки образовать национальный совет по проблемам биоэтики остаются безуспешными. Более того, единственный академический институт, разрабатывавший программы гуманитарной экспертизы биомедицинских инноваций, каковым являлся Институт человека РАН, был вообще ликвидирован. Увы, далеко не все в академических кругах осознают, что в современном мире развитие науки на этом стратегически важном направлении возможно только при условии одновременного разрешения возникающих этических-правовых коллизий.

Второй вопрос — не кажется ли странным, что одно из наиболее фундаментальных открытий совершается не учеными в университетской лаборатории, а сотрудниками частной компании? Не произошло ли что-то с наукой? Нет, это общая тенденция. «Клонэйд» — лишь один из представителей этого нового быстро растущего сектора современной науки. Здесь действу-



ют другие “правила игры”. В обычной науке нормальный интерес любого нормального ученого заключается в скорейшем публичном признании своих открытий. В коммерчески ориентированной науке этот интерес — не самый главный. Как только возникает угроза главному — получению прибыли, то сразу же вопрос об общественном признании отступает на последний план.

Как заявила “епископ” раилитов и руководитель программы по клонированию Брижит Буаселье: “Потенциальные покупатели услуг нашей компании должны быть уверены, что их интересы будут всегда иметь приоритет, и мы не будем впредь включать в контракт обязательство раскрытия их идентичности”. Трудно поверить в гуманные соображения Буаселье, если учесть, что она предложила “родителям” Евы сыграть в биотехнологическую рулетку, в которой из ста патронов лишь три холостых. Компанию, прежде всего, интересуют “потенциальные покупатели”.

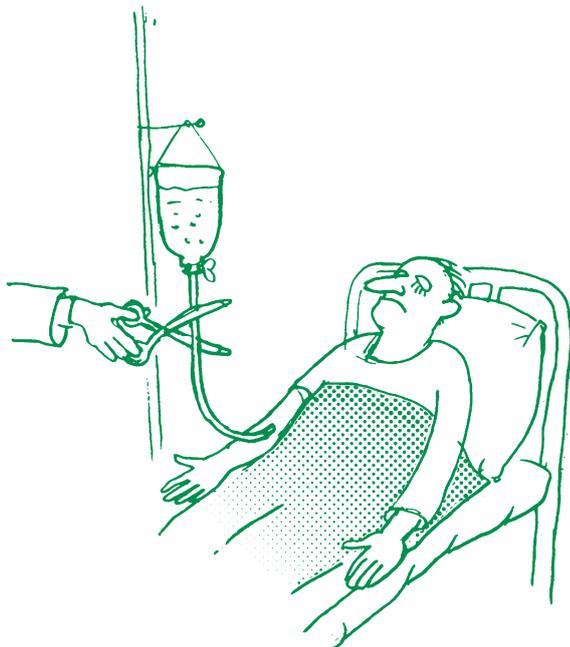
И еще одна принципиально важная черта коммерческой науки. По своей воле ученые-бизнесмены никогда не станут публиковать результаты неудачных экспериментов (их должно быть на порядок больше, чем удачных), т.е. информацию о трагедиях людей, чьи жизни и здоровье принесены в жертву религиозно-экономическим интересам “Клонэйда”. Причем очень трудно принудить их к этому, используя правовые механизмы. Эта информация прочно защищена статусом “коммерческой тайны”. Именно он препятствует оглашению данных о неудачных экспериментах в области генотерапии, которых значительно больше, чем попадавших на передние полосы газет, но малоубедительных с научной точки зрения, успешных. Пока безуспешными являются попытки научного сообщества заставить ученых, сотрудничающих с фармацевтическими компаниями, публиковать данные о своих неудачах. С научной точки зрения, и положительный, и отрицательный результат имеют свое значение. С коммерческой — значение имеет лишь успех. Поэтому научные публикации, за которыми просматриваются деньги фармацевтических компаний или биотехнологических фирм, слишком часто напоминают рекламные проспекты, которым лишь придана форма научной статьи. Коммерциализация науки — объективный процесс, который невозможно остановить. Однако, как и в обычной науке, можно и нужно разработать особые правила и регуляции, которые поставят заслон на пути недобросовестных экспериментов на людях.

Зададим третий и последний вопрос: “Не удивительно ли, что частная компания, работающая в области фундаментальных проблем биомедицины, принадлежит религиозной секте?” Это важный феномен, который радикаль-

но отличает науку XX века от науки века XXI. В прошлом веке наука претендовала на мировоззренческую роль. Она как бы задавала общезначимое представление о мире в целом. В современной науке эта функция резко ослабевает. Даже внутри науки падает интерес к созданию общих теорий в физике, химии или биологии. На передний план выступает “знание-умение”, т.е. знание сугубо инструментальное, ориентированное на конкретные рецепты преобразования веществ и субстанций. В таком технологизированном виде наука может быть легко встроена в любую мировоззренческую конструкцию, служить любым целям и любым “богам”. Возможно, это еще один аргумент в пользу гениального предсказания Николая Бердяева о начале эпохи “нового средневековья”.

ЭВТАНАЗИЯ

(российская ситуация в свете американского и голландского опыта)



Вопрос о моральной допустимости или недопустимости эвтаназии должен ставиться с учетом реальных условий, в которых люди живут, а также тех ценностей, на которые они ориентируются, принимая для себя жизненно важные решения. Сторонники ее легализации часто ссылаются на опыт Голландии, в которой эвтаназия открыто практикуется уже на протяжении почти трех десятилетий. Между тем следует задуматься — почему этот опыт не спешат копировать в других не менее приверженных идеям индивидуализма и демократии странах? Например, в чем причина задержки с ее легализацией в США?

Воспользовавшись данными сравнительного исследования, опубликованного американским врачом Тимоти Куиллом и голландским врачом Герритом Кимсмой, мы попытаемся сделать не-

которые выводы относительно серьезных проблем, которые породила бы легализацию эвтаназии в России. Авторы этого исследования не случайно обращаются к вопросу об эвтаназии. Куилл является влиятельным сторонником легализации эвтаназии в США, а Кимсма — не только известным во всем мире теоретиком движения в защиту эвтаназии, но и семейным врачом, многие годы ее практикующим. Однако их приверженность «идее» не мешает видеть серьезные практические проблемы, которые связаны с ее реализацией.

Для начала надо определиться в терминологии. Эвтаназией будет называться действие врача, вызывающее ускорение наступления смерти incurable больного с целью прекращения его физических и душевных страданий. Различают добровольную и недобровольную эвтаназию, активную (АЭ) и пассивную (ПЭ). При добровольной эвтаназии врач совершает ее по ясно выраженной, осмысленной просьбе пациента. При недобровольной — подобной просьбы нет. Пассивная эвтаназия отличается от активной тем, что смерть ускоряется не за счет особого рода медицинского вмешательства, а по причине прекращения уже проводящихся жизнеспасаящих мероприятий (например, отключение аппарата искусственного дыхания). Все эти виды эвтаназии следует также отличать от тех случаев, когда врач помогает совершить больному самоубийство, выписав соответствующие лекарственные средства и объяснив, как ими следует воспользоваться («ассистированное самоубийство», АС).

Законодательство и средства массовой информации

В Голландии эвтаназия и ассистированное самоубийство лишь в самые последние годы разрешены действующим законодательством. Однако начиная с 1973 года они практикуются открыто. До 1984 года эта практика осуществлялась в полном правовом вакууме, опираясь исключительно на мощную общественную поддержку. В 1984 году Верховный Суд Голландии на основе результатов работы нескольких правительственных и парламентских комиссий сформулировал правила, соблюдая которые, врачи освобождаются от уголовной ответственности за проведение АС и АЭ, хотя в Уголовном кодексе соответствующая запретительная статья остается. Обновленная редакция этих правил появилась в 1992 году.

Три обстоятельства рассматриваются в качестве обязательных для оправдания эвтаназического действия врача: наличие добровольного запроса пациента на основе полной информированности о последствиях, факт непереносимого страдания, отсутствие альтернативных возможностей оказания помощи.

Процедурные аспекты правил включают:

- 1) В заключении о смерти указывается ее реальная причина (например, остановка дыхания и сердечной деятельности после инъекции соответствующего лекарственного средства), т.е. исключается констатация «естественной смерти».
- 2) Врач обязан информировать coronera (следователя, расследующего убийства) о факте эвтаназии и подготовить развернутый доклад, излагающий основные медицинские данные о характере протекания заболевания, предпринятых методах лечения, наличии или отсутствии письменного запроса пациента о проведении эвтаназии, способе осуществления эвтаназии и т.д.
- 3) На основе информации врача и данных, полученных самостоятельно, coroner составляет доклад районному прокурору.
- 4) Рассмотрев доклад coronera, прокурор принимает решение — возбуждать или не возбуждать уголовное дело, проводить или нет вскрытие. Он же дает разрешение на погребение тела умершего.

Разрешительная практика верховных судебных инстанций, по данным Кимсмы, не привела к заметному увеличению числа случаев активной эвтаназии и ассистированного самоубийства. Их число стабильно держится на уровне 1,8% и 0,3%, соответственно, от общего числа регистрируемых в стране смертей. Число случаев пассивной эвтаназии значительно выше — в 17,5% смерть наступала вследствие прекращения мероприятий, поддерживающих жизнь пациентов.

Хотя эта схема и утверждена Верховным Судом, однако значительное число случаев активной эвтаназии и ассистированного суицида совершается с ее

нарушением. В половине случаев врачи не информируют coronera о факте проведения эвтаназии. Зарегистрированы сотни случаев, когда отсутствует осмысленный запрос пациента, т.е. эвтаназия производится в отношении пациентов, находящихся в бессознательном состоянии или когда их сознание нарушено действием высоких доз наркотических анальгетиков.

Несмотря на неопределенность правил (например, критерий «непереносимости страданий» субъективен) и отмеченные выше нарушения, в Голландии сохраняется широкая общественная поддержка компромиссной регуляции практики активной эвтаназии и ассистируемого самоубийства. Приверженность компромиссному решению в вопросе о легализации эвтаназии основана на особенностях голландского менталитета и культурных традициях страны. В отличие от США и России, в Голландии значительно реже прибегают к уголовным наказаниям в целях предотвращения или наказания правонарушений, а наказания эти мягче (это касается и условий, и сроков заключения). Поэтому процент лиц, находящихся под стражей, там значительно ниже, чем у нас и в Америке. Однако эта «мягкость» не разрушает социальной стабильности и правопорядка. Эффективный социальный контроль осуществляется на уровне сплоченных, живущих совместно на протяжении многих поколений, сообществ «соседей». Отношения между врачами и пациентами обычно носят доверительный характер, обусловленный длительным знакомством и соседскими отношениями. В этих условиях скрыть факт преднамеренного убийства пациента под видом «эвтаназии» значительно сложнее, чем в Америке и России, где соседи подчас не знают друг друга даже по имени, а врач и пациент относятся друг к другу как два «незнакомца».

Другой отличительной чертой голландского менталитета является ярко выраженный прагматизм — склонность к поиску практических решений по жизненно важным проблемам. В США, как и в России, большая политическая и моральная поляризация общества, большая склонность к «запретительным» актам, которые служат скорее демонстрацией «чистоты принципов», а не подспорьем в поиске конкретных развязок сложных проблем. Поэтому в Америке, как, по-видимому, и в России, активная эвтаназия и ассистируемый суицид осуществляются тайно из опасения жестких уголовных репрессий.

В США активная эвтаназия запрещена законодательно, и жесткие меры правоохранительных органов практически исключают ее открытое применение. Несколько сложнее дело обстоит с ассистируемым самоубийством. Широко известные судебные дела в отношении отставного прокурора Джека Кеворкяна, открыто и демонстративно помогавшего умереть десяткам больных, свидетельствуют о «патовой» правовой ситуации. Ни противники АС не могут добиться его запрета, ни сторонники — его разрешения. Общественное мнение Америки расколото по этому вопросу практически пополам. Последнее исключает возможность любого компромиссного решения по типу голландского.

Вместе с тем нелегальная практика АЭ и АС существует. По данным социологических опросов, в штате Вашингтон 12% врачей сообщило, что пациенты обращались к ним с просьбой о АС, и еще 4% — с просьбой о проведении АЭ. При этом в 24% случаев эта просьба была удовлетворена.

Более урегулирована в правовом отношении практика пассивной эвтанази. Многочисленные правовые нормы и ведомственные инструкции обеспечивают право американского пациента отказаться от продолжения поддерживающих жизнь медицинских мер. Предусмотрена также возможность заблаговременного волеизъявления пациентов (до формирования тяжелого болевого синдрома). Решение в отношении пациента, находящегося в бессознательном состоянии, может быть принято (при соблюдении достаточно сложной процедуры) также и его родственниками. В целом, пассивная эвтаназия достаточно прочно укоренилась в американской медицинской практике. Иногда ее процедуры используются как обходной путь осуществления активной эвтанази. Например, допустимо использование высоких доз седативных средств, фактически вызывающих коматозное состояние больных. После чего прекращаются поддерживающие жизнь мероприятия (гл. обр. введение в организм жидкостей), и пациент умирает через несколько дней от дегидратации. Применение сверхвысоких доз наркотических анальгетиков для лечения болевого синдрома, которое вызывает смерть больного, — также приемлемый и широко практикуемый метод «пассивной» эвтанази.

Здесь же следует отметить различную позицию средств массовой информации в отношении к проблеме эвтанази. В Голландии обсуждение ведется более серьезно, с явным стремлением найти решение и избежать эксцессов и крайних выводов. В США — это одна из излюбленных тем информационно-«шоу-бизнеса», где главное внимание уделяется скандальным ситуациям, крайним точкам зрения, шумной, сопровождающейся преувеличениями и дезинформацией, публичной «войне».

В России весь блок вопросов, связанных с эвтаназией и ассистируемым самоубийством, остается в правовом отношении неурегулированным. Хотя эвтаназия запрещена, однако существующее в законодательстве право пациента на отказ от медицинской помощи фактически открывает возможности для правового оформления вопросов, касающихся пассивной эвтанази.

В российских средствах массовой информации тема эвтанази обсуждается редко, но так же, как и в американской — с преобладающим интересом к «представлению» и привлечению (развлечению) читателей или зрителей. Поиск разумного подхода к решению этой острой проблемы отступает на второй план. Не случайно, обсуждения идут не в связи с реальными «здесь и теперь» проистекающими коллизиями судебных дел или клинической практики, а на уровне «принципов», оставляя в стороне вопрос — кто и как принимает в реальной медицинской практике решения, касающиеся жизни и смерти пациентов, кто будет решать вопрос о применении эвтанази, если она бу-

дет легализована? Что это будет значить чисто практически? Предварительный ответ на эти вопросы будет дан ниже.

Культурные ценности и система здравоохранения

В Голландии, как и США, индивидуализм и самостоятельность в принятии решений («автономия», если использовать термин моральной философии) являются центральными этическими ценностями. Последнее определяет специфический социальный характер американских и голландских пациентов, их склонность контролировать процесс врачевания, участвовать в выборе медицинских вмешательств и принятии жизненно важных решений. Если пациент не в состоянии самостоятельно контролировать свое состояние — эта функция возлагается на его ближайших родственников или доверенных лиц. В любом случае, врачам постоянно приходится объяснять и договариваться относительно того, что и зачем должно быть сделано. Даже ситуации «скорой помощи» (как легко видно из сюжетов популярного сериала) не отменяют этого правила, делая действия врачей более «трудными», отнимая у них дополнительное время — драгоценное в экстремальных ситуациях.

Однако следует учесть, что эта «трудность» основана на уважении пациента в качестве личности, ответственной за все, что с ней происходит. С точки зрения господствующей «автономной» морали, он признается собственником своего тела и своей жизни. Поэтому никто не может без его, основанного на понимании ситуации, согласия проводить любые медицинские манипуляции, какими бы благими целями ни руководствовались врачи. Это правило гарантировано традициями и законами голландского и американского общества. Конечно, предусмотрены и исключения из него, но именно как исключения.

В жарких дискуссиях, которые приходилось вести с нашими практикующими врачами, оппоненты часто указывали на вполне убедительные случаи, когда пациент в принципе не может осмысленно воспринимать свое состояние. Однако эти «аргументы опыта» приводились не для того, чтобы очертить круг исключений из правила, требующего уважения автономии пациента, но для того, чтобы оправдать прямо противоположное правило — а именно: традиционное в нашей медицине право врачей принимать решения, не считаясь с мнением пациента. В моральной философии подобное отношение называется «патернализмом». Судя по тому, за кого наши сограждане голосуют на выборах и как в реальности ведут себя, сталкиваясь с медицинскими проблемами, следует признать, что патернализм, в том числе и врачебный, продолжает занимать у нас господствующее положение.

Это решающее обстоятельство, которое следует принимать в расчет, ставя вопрос о легализации эвтаназии в России. В Голландии и США легализация эвтаназии означает признание права пациентов принять решение об ис-

кусственном прерывании собственной жизни с помощью врача для прекращения непереносимых страданий. В России эта правовая норма будет означать, в силу господства патернализма, право врача, руководствуясь своим пониманием блага пациента, принимать соответствующее решение. Так же, как сегодня наши врачи рутинно самостоятельно, без участия родственников решают вопрос об отключении жизнеподдерживающей аппаратуры (т.е. о пассивной эвтаназии). Ситуация, мало вероятная в Америке и Голландии. Запомним это решающее обстоятельство и продолжим наш разговор.

Российские сторонники эвтаназии иногда утверждают, что законодательно можно предотвратить влияние врачебного патернализма, закрепив право на принятие решения об активной эвтаназии за самим пациентом. Думается, что формально это сделать возможно, но на практике возникнут сложности, в ближайшей перспективе непреодолимые. Одна из таких трудностей — проблема информирования пациентов о неблагоприятном диагнозе и прогнозе заболевания. Господствующая в Голландии и Америке «автономная мораль» способствовала формированию особой общественной традиции, социальных и психологических навыков у врачей и пациентов, а также эффективных правовых норм, которые, совместно действуя, реализуют права пациента на получение правдивой информации о диагнозе и прогнозе своего заболевания.

Без точного знания о собственном состоянии, которое всегда можно проверить, получив дополнительную консультацию у других специалистов, никакой «автономии», т.е. самостоятельного ответственного принятия жизненно важных решений, быть не может. Нам скажут — что стоит обязать врачей говорить правду пациентам? Обязать министерским приказом или законодательной нормой — действительно ничего не стоит, но и получится из этого — тоже «ничего». Традиция «святой лжи» (сокрытия от пациента неблагоприятной информации) пока неприступна, как эшелонированная оборона «укрепрайона». За ней стоит и патерналистский менталитет населения, и отсутствие языковых навыков у врачей и пациентов честно общаться друг с другом на столь тяжелые темы, и правовая незащищенность «правдивости» информации. Последнее особо важно — даже те ценности, которые существующее в стране право пытается защитить, оно защитить не может ввиду всепроникающего правового нигилизма общества. Тем более что декларированное в «Основах законодательства по здравоохранению» (1993 года) право пациентов на получение правдивой информации (списанное из западных кодексов) закон никак защищать и не собирается. То, что касается практической жизни — у нас слишком часто врач говорит пациенту одно, делает другое, а записывает в медицинскую карту — третье. И ни за что практически не несет ответственности. «Мораль», думается, ясна.

Теперь следует обратить внимание еще на одно обстоятельство. Несмотря на общую приверженность ценности «автономии» (т.е. праву самостоятельно решать свои проблемы), между американским и голландским обществом су-

ществуют очень серьезные различия, которые собственно и определяют практическую невозможность и отчасти даже нежелательность легализации АЭ и АС в Америке. Дело в том, что в менталитете жителей Голландии моральная ценность автономии личности уравновешена другой ценностью — принципом солидарности. Страна существует на клочке суши, который отвоёван у моря системой дамб и каналов. Для того чтобы создать и постоянно поддерживать в порядке эту систему, нужны были мощные коллективные усилия всего населения. Из этого совместного дела выросла традиция взаимопомощи, одним из проявлений которой является голландская система здравоохранения, предоставляющая универсальной бесплатный доступ к основным видам высококачественной медицинской помощи всем гражданам страны. Поэтому вопрос об эвтаназии для подавляющего большинства голландских пациентов встает лишь тогда, когда действительно исчерпаны все имеющиеся в распоряжении современной медицины средства.

Иное дело в США, где ценности автономии не уравновешены ценностью солидарности граждан. Модели здравоохранения, которые гарантировали бы универсальный доступ населения к медицинским услугам, серьезно даже не обсуждаются. Как следствие — в богатейшей стране с высшим мировым уровнем развития медицины до сих пор около 40 миллионов человек не имеют медицинской страховки и, следовательно, — полноценного доступа к медицинской помощи. Отмечая это обстоятельство, Тимоти Куил и Геррит Кимсма специально подчеркивают, что практика АЭ или АС имеет право на существование только как экстраординарное средство в ситуации полной исчерпанности всех остальных видов медицинской помощи. Цивилизованное общество не может позволить себе, чтобы эвтаназия существовала вместо этой помощи, что в случае легализации эвтаназии в Америке — вполне реальная перспектива для многих миллионов социальных аутсайдеров. Не случайно Кимсма и Куил начинают свою публикацию с напоминания о варварском уроке нацистской Германии, в которой активная недобровольная эвтаназия оказалась средством очищения нации от социально неполноценного «груза» психиатрических, а также других, «неизлечимых», больных.

Нам трудно сказать, на каких ценностях строится современное российское здравоохранение. Одно ясно, неуважение ценности отдельной «автономной» личности не означает господства солидарности или, как чаще у нас говорят, — коллективизма. О нем можно погрезить в пылу патриотического возбуждения, но на деле, в большинстве случаев — каждый брошен один на один со своими страданиями. Какую-то надежду дают ростки организаций больных (включая онкологических), которые пытаются, не дожидаясь помощи от властей, совместно бороться с постигшим их несчастьем.

То, что касается государственного «патернализма», т.е. заботы о здоровье населения, то пока он реализуется лишь в форме своеобразной недобровольной пассивной эвтаназии онкологических и других больных (включая детей), страдающих тяжелыми заболеваниями. Государство, оставив возвы-

шенные декларации в официальных документах, на практике сняло с себя ответственность за предоставление им бесплатной медицинской помощи. Нам скажут — у государства не хватает средств. Весьма возможно. Но, думаем, что более всего у него не хватает желания разобраться — что, собственно, происходит в здравоохранении и, главное, как эти минимальные ресурсы распределяются. Сейчас же, на практике, тысячи тяжело больных пациентов обречено на близкую мучительную смерть благодаря тому, что цена лечения в наших клиниках выражается в тысячах долларов США.

Что означает в этой ситуации легализовать эвтаназию? Это будет означать создание поточного конвейера геноцида социально необеспеченных слоев населения. Себестоимость одной инъекции смертоносного «коктейля» минимальна, а в сравнении со стоимостью лечения, например, в любом из московских онкоцентров, — так и вообще смехотворно мала. Практически общедоступна даже для пенсионеров. Зачем тратить на дорогостоящие хосписы или развивать доступную систему других форм паллиативной помощи? Зачем тратить на развитие онкологической или психиатрической помощи? Можно даже шприц иметь «многоразовый» и иглу не менять — покойнику ведь все равно — заразили его, к примеру, СПИДом в предсмертный момент или нет. Хотя, конечно, для клиентов побогаче можно предложить (по коммерческой цене) одноразовый импортный комплект. Общество должно решить, что оно хочет, но, принимая это решение — обязано понимать, что не «в идее» (самой наиболее благой), а в нашем реальном сегодняшнем российском обществе все это будет значить на самом деле.

Возможно, голландский опыт кому-то и нравится. Однако следует напомнить, что система обязательного медицинского страхования у нас тоже списана с голландской. Получилось, правда, не то. Не то может получиться и с легализацией эвтаназии.



1Quill T.E., Kimsma G. End-of-Life in the Netherlands and the United States: A Comparison of Values, Justifications, and Practices. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* v.6, N. 2, 1997, pp. 189-204

Медицина и «парамедицина»

С момента формирования медицины как разновидности научно обоснованной практики между ней и традиционными формами врачевания возникло глубокое противоречие. Уже Гиппократ считал принципиально важным бороться с «шарлатанами», не обладающими необходимыми знаниями и умениями. На протяжении всей последующей истории медицины этот конфликт с «парамедициной» сохранялся. В настоящее время к «парамедицине» можно отнести различные типы врачевания, основывающиеся на традиционных восточных идеях, шаманизм, знахарство, колдовство, многообразные формы народного целительства. Характерным для них всех является непризнание со стороны официальной, естественнонаучно ориентированной медицины.

Существует множество причин, вследствие которых миллионы людей во всём мире обращаются за помощью к представителям парамедицины. Часть пациентов обращается к шаманам и целителям, потеряв надежду на то, что врачи официальной медицины смогут помочь. Экологический кризис подрвал доверие к научному прогрессу как безусловному благу. Поэтому для многих людей привлекательны методы лечения и средства парамедицины, пропагандируемые как «естественные», «экологически чистые». Другим внушает доверие их «целостный (холистский)» подход, который противопоставляет механистическому редукционизму классической медицины. Создают особую привлекательность также и «таинственность», а иногда — «запретность» практик парамедицины.

Отмеченные обстоятельства определяют объективные предпосылки развития парамедицины и делают невозможным решение конфликта между ней и научной медициной чисто административным путём.

В Советском Союзе парамедицина была под строгим запретом. Только «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» 1993 года создали правовой механизм для деятельности представителей парамедицины в качестве «народных целителей».

Однако конфликт остался, и подчас он приобретает весьма драматические черты. Особенно болезнен этот конфликт в онкологии и, прежде всего, в детской. Ведь если взрослый пациент сам за себя решает — доверять ли ему научной медицине или обратиться к целителю, то за ребенка решают другие, прежде всего его родственники. Результат этих решений может быть трагичен. Очень полезной для понимания остроты и сложности проблемы отношения к парамедицине стала наша беседа с главным врачом Отделения реабилитации НИИ детской онкологии и гематологии (НИИ ДОГ), доктором медицинских наук Г.Я. Цейтлиным. Существует огромное многообразие терминов, с помощью которых так или иначе люди пытаются обозначить практики врачевания, отличающиеся от тех, которые развивает современная медицинская наука — «альтернативная медицина», «народная медицина», «комплементарная медицина», «традиционная медицина», «параллельная медици-

на», «магия», «колдовство» и т.д. По мнению Г.Я. Цейтлина — самое главное различать два основных типа. Представители одного из них признают значимость и эффективность научного подхода к терапии и профилактике заболеваний человека. Это направление можно назвать — «дополнительной (или комплиментарной) медициной». Их собственные методы, хотя и не основаны на точных научных знаниях, но способны дополнить методы научной медицины благотворным воздействием на психосоматическое состояние больных, их образ жизни, диету и др.

В отделении реабилитации НИИ ДОГ самое серьезное внимание уделяется тому полезному арсеналу оздоровительных средств, который накоплен «дополнительной медициной», включая диетические факторы, гимнастические упражнения (особенно дыхательные), экологические, педагогические, психологические и др. методы. Естественно, никаких принципиальных проблем в отношении с представителями «дополнительной медицины» быть не может. Есть много чисто административных, финансовых, информационных и организационных трудностей на пути совместной работы. Однако их можно преодолеть при наличии соответствующей воли, знаний и навыков — прежде всего у представителей научной медицины, на которых общество возлагает особую ответственность за охрану здоровья пациентов.

Однако есть и другое направление, которое правильней называть «альтернативной медициной». Его представители считают научную медицину несостоятельной, а собственные методы — чудодейственным разрешением всех возникающих проблем со здоровьем человека. Г.Я. Цейтлин подчеркнул исходно конфронтационный характер взаимоотношений между «альтернативной» и «научной медициной». Здесь-то и таится основная опасность. Ведь народные целители из этой группы не просто предлагают свои услуги в лечении больных детей, но и настаивают, чтобы родители прекратили их лечение у онкологов. А.Я. Цейтлин рассказал о нескольких случаях из собственной практики, когда под влиянием целителей родители прекращали лечение на ранних стадиях заболевания, с хорошим терапевтическим прогнозом, а затем возвращались в онкоцентр с детьми, у которых практически не оставалось никаких шансов — опухолевой процесс был слишком запущен. Как можно относиться к подобным фактам — если с одной стороны знаешь, что ребенку можно было помочь, а с другой — видишь как вера родителей в «чудо» фактически обрекает его на гибель?

Вместе с тем А.Я. Цейтлин очень осторожно подходит к вопросу о терапевтической эффективности методов альтернативной медицины. Организм человека слишком сложно устроен, а научные данные еще явно недостаточны для понимания его жизнедеятельности. Поэтому Ученый Совет НИИ ДОГ несколько лет назад сделал попытку организовать совместную работу с одним из известных целителей, который прошел специальную подготовку и у нас, и за рубежом. К сожалению, после нескольких месяцев совместной работы целитель (с ним была целая бригада помощников) прекратил выполнять усло-

вия ранее согласованного с Ученым советом протокола, а затем и вовсе отказался от сотрудничества.

Конечно, по одному неудачному опыту не следует делать далеко идущих обобщений, но Г.Я. Цейтлин полагает, что в данном случае проявилась весьма характерная черта альтернативной медицины — склонность ее представителей к «таинственности», на чем основана ее притягательность для многих пациентов. Одновременно снимается вопрос об ответственности целителя, что весьма важно для коммерческого успеха «альтернативщиков».

Можно ли практически защитить ребенка от безответственного решения родителей опасного для его здоровья? В некоторых странах мира существует практика временного судебного ограничения родительских прав — на период оказания медицинской помощи их детям. Г.Я. Цейтлин полагает, что, к сожалению, у нас суды не готовы к урегулированию подобного рода ситуаций (хотя, по мнению специалистов, правовые основания для судебных решений есть). Следует также отметить, что медицинские учреждения из-за бюджетного недофинансирования и отсутствия желания найти соответствующие внебюджетные средства фактически не способны без помощи родителей оказать эффективную помощь детям, страдающим онкологическими заболеваниями. Поэтому практика судебного ограничения родительских прав для спасения детей у нас в ближайшее время не будет работать.

Как в такой ситуации могут строиться отношения с альтернативной медициной? Ни ее запрет, существовавший в Советском Союзе, ни столь же формально разрешенная вседозволенность последних лет проблему не решают. Необходима полноценная социализация альтернативных медицинских практик, что предполагает не только предоставление прав на соответствующую практику, но и вменяет целителям определённые социальные обязанности. Народные целители и другие представители альтернативной медицины должны стать ответственными социальными агентами, в том числе и ответственными партнёрами пациентов. Здесь-то и возникают основные проблемы, включая моральные проблемы в отношениях представителей альтернативной медицины и их клиентов.

Главная трудность заключается в том, что в рамках господствующей цивилизации, так или иначе основанной на идеалах и принципах современной науки, действия представителей альтернативной медицины оказываются социально не наблюдаемыми. В значительном числе случаев положительные и отрицательные эффекты, связанные с действиями представителей альтернативной медицины, не могут быть объективно зарегистрированы и, следовательно, отсутствует возможность их социального контроля.

Научно ориентированная медицина организована таким образом, что любой метод врачевания или лекарство получают официальное разрешение от государственных органов здравоохранения на применение только после предварительных доклинических и клинических испытаний. Научное медицинское сообщество в принципе несёт ответственность перед общест-

вом в целом за качество и эффективность используемых средств врачевания. Одновременно оно вырабатывает стандарты врачевания, ориентируясь на которые, можно оценить действия отдельного врача. Без этих стандартов невозможно сказать, совершил ли тот или иной врач ошибку (например, передозировал лекарственное средство, сделал неверное назначение, неверно диагностировал заболевание), а значит и невозможно установить ответственность за неблагоприятный исход врачевания. Благодаря наличию этих стандартов классическая медицинская практика находится под более или менее эффективным социальным контролем, а врач является в полном смысле ответственным (и перед обществом, и перед своими пациентами) социальным агентом. Конечно все это лишь «в принципе». Отклонения, особенно в современной России, вполне возможны. Однако подчеркнем — все это отклонения от общепризнанного правила.



Для представителей альтернативной медицины характерна апелляция к таинственному («эзотерическому») знанию, основывающемуся не на объективных научных процедурах, открытых беспристрастной проверке, а на внутренних тайных озарениях и откровениях целителя, на его экстраординарных способностях и талантах. Эзотерический опыт не может быть наблюдаем со стороны, он не может быть, в принципе, объективно опровергнут или подтверждён. Поэтому никто не может со стороны сказать — ошибся ли «маг» или «чародей» или нет. Выполнил он свои обязательства перед клиентом или не выполнил. Ситуация слишком часто напоминает сказку Андерсена о голом короле.

Это создаёт благоприятную почву для самых бессовестных обманов и фальсификаций. Пациент, вступая в отношения с представителем альтернативной медицины, оказывается незащищённым. Не сформировано таких социальных механизмов, которые смогли бы установить ответственность целителя за профессиональный обман, ошибку или нанесённый ущерб. Не случайно, что страховые медицинские компании во всем мире проявляют незначительный интерес к деятельности «хиллеров» и других «альтернативщиков». Подчеркнем важное обстоятельство — нет сомнения, что пациенты после воздействия «хиллера» могут в ряде случаев переживать облегчение своих страданий и улучшение состояния здоровья. Поэтому в обществе достаточно врачей (выше мы уже ссылались на мнение доктора Г.Я. Цейтлина), которые не спешат огульно отрицать целительные возможности альтернативной медицины. Дело в другом, — объективно эти изменения трудно оценить. Поэтому страховщики, для которых объективная оценка качества услуги — важнейшее условие деятельности, весьма сдержанно относятся к альтернативной медицине.

Таким образом, основная моральная проблема заключается в том, что юридически легализованная альтернативная медицина остаётся не социализованной, т.е. не включённой в число ответственных перед обществом и своими клиентами, социальных практик.

Вопросы и ответы

Авторы этой брошюры постоянно преподают студентам курсы биоэтики, выступают на телевидении, радио и других средствах массовой информации. У нас собралась большая коллекция вопросов из аудитории — некоторые из которых (с нашими ответами) мы предлагаем читателям.

•••••

Вопрос — Во всех странах мира есть священники, юристы, эксперты в области моральной философии. Неужели их недостаточно для того, чтобы решать можно ли делать аборт или клонировать человека? Зачем нужна еще и биоэтика?

Наша точка зрения проста. В биоэтике мы сталкиваемся с ситуациями, которые наглядно демонстрируют недостаточность для принятия обоснованного решения имеющихся и возможных экспертных точек зрения (врачебных, биологических, богословских, философских и т.д.). Необходим не только междисциплинарный подход, но и подключение к выработке решений простых граждан.

Мы, как и все, в чем-то эксперты, а в чем-то простые граждане. Наше знание и наша позиция исходно ограничены, неполны. Поэтому единственно верными решениями по поставленным вопросам мы обладать не можем (как и любой другой). Если бы мы им обладали, то выступили бы не как биоэтики, а как проповедники своего частного мнения, по неосторожности спутанного с истиной в последней инстанции. Конечно, как и у каждого рассуждающего, у нас есть свое предпонимание ситуации (причем у каждого из двух — свое). Это предпонимание помимо представления о недостаточности экспертного знания включает предположение о том, что лишь характерные для открытого общества демократические процедуры внутринаучных, междисциплинарных и публичных обсуждений возникающих проблем могут дать ответ (всегда открытый для критики и перерешения) на поставленные (и аналогичные им) острые проблемы на грани смерти и жизни.

Основная проблема нашей страны в том, что подобного рода вопросы решаются обществом, врачами и отдельными гражданами, что называется, «не приходя в моральное сознание».

•••••

Вопрос — А почему нельзя брать органы от умирающих больных или нежизнеспособных новорожденных? Они ведь все равно умрут.

Пока человек жив, органы, поддерживающие существование человека (например, сердце) не могут быть изъяты для пересадки другим страдающим

людям. Иначе само изъятие вызовет смерть. Врач, совершивший такой поступок, совершит преступление (убийство). В России, как и большинстве стран мира, действует критерий смерти мозга — человек может быть признан мертвым, если у него необратимо погиб мозг (даже при наличии бьющегося сердца и дыхательных движений). Поэтому, пока у ребенка с любой степенью недоразвитости или у взрослого не поставлен диагноз «смерть мозга» — его следует считать живым, а действие врача, прерывающее эту жизнь — убийством.

Любой гражданин может распорядиться судьбой органов после смерти. При жизни он может пожертвовать своей почкой или частью печени для спасения жизни своего близкого. Но при одном условии — эта жертва не приведет к его смерти



Вопрос — Нужно ли спрашивать разрешение у ребенка при оказании ему медицинской помощи?

В отношении ребенка действует следующий принцип. Решающее значение имеет мнение родителей. Например, нельзя делать детям прививки, не получив согласия у родителей. При этом последние должны быть проинформированы врачами о положительных и возможных негативных последствиях прививки для здоровья ребенка, заболеваниях, при которых делать прививки опасно, а также о праве родителей на отказ от проведения прививки их ребенку. Важно, однако, иметь в виду, что решение родителей не должно противоречить жизненным интересам самого ребенка. Например, если для спасения жизни ребенка необходимо переливание крови, а родители отказываются это сделать, то врачи могут через суд добиться временного прекращения родительских прав. Иными словами, общество является одним из субъектов в принятии решения. Мнение врачей также должно быть учтено.



Вопрос — если считать человека хозяином своего тела и своей судьбы, то почему он не может продать свою почку? или требовать для себя эвтаназии — тогда, когда ему заблагорассудится?

Человек, действительно является хозяином своего тела. Но его тело — это не просто вещь среди других вещей — как пылесос, автомобиль или холодильник. Оно воплощает его личность. Поэтому превращать его в запчасти, которые можно продать и купить, для трансплантологии — значит унижать человеческое достоинство.



Вопрос — во все времена мужчины и женщины сходились друг с другом для производства детей. Это было и остается их частным делом. Зачем нуж-

но какое-то законодательство? Зачем вмешивать государство в их частную жизнь?

Даже и тогда, когда рождение детей осуществляется естественным путем, общество имеет право предъявлять определенные моральные и правовые требования к супругам, в частности, защищая права будущего человека или новорожденного. Общество, к примеру, не может позволить беременной женщине калечить своего будущего ребенка, находящегося в утробе, с тем, чтобы после рождения она могла продать этого «урода», «горбуна» в цирк. Этот случай описан у Золя. Общество законодательно ограничивает право женщины на абортирование плода. Более того, в современном демократическом сообществе различные общественные группы (прежде всего религиозные) имеют право считать аборт убийством и требовать его запрета. Иными словами, даже при естественном детопроизводстве зачинающийся в частной жизни супругов новый человек становится новым моральным субъектом, интересы которого общество не просто в праве, но и обязано защищать.

Однако в современной медицине стремительно развиваются средства контроля репродуктивных функций человека от зачатия до рождения ребенка. Все в меньшей степени новорожденный является простым «даром» природы или, для верующих, — Бога. Он все больше и больше напоминает своеобразное «произведение» большой группы специалистов медиков и биологов. Поэтому, это не «чужая» жизнь, а своя и для родителей, и для врачей, и для общества. В разном смысле и в разной степени они несут ответственность за нее и обладают правом принимать решения, преследуя интересы будущего человека. Именно поэтому необходима четкая правовая регламентация прав и обязанностей всех сторон. В частности, права родителей на защиту неприкосновенности их частной жизни. Врач по закону должен отвечать, к примеру, за разглашение врачебной тайны, в том числе и через средства массовой информации.

.....
Вопрос — Я долгое время была человеком невежественным, ничего не знала о смысле человеческой жизни. Но судьба открыла для меня теософское учение Е.П. Блаватской, и все обрело свой смысл. Когда я впервые услышала о биоэтике, то подумала, что и вы занимаетесь этими вопросами. Но меня постигло разочарование — в биоэтике я не обнаружила ничего кроме пустых споров, конфликтов, формальных правил и принципов. Все споры и конфликты утихнут, когда люди поймут подлинный смысл жизни, раскрытый теософией. И никакой биоэтики не нужно будет.

Ваш вопрос достаточно типичен. Мы его слышали и от христиан различных конфессий, и от мусульман, и от иудеев, и от буддистов, и от многих других

ревностных сторонников того или иного толкования смысла человеческой жизни. Конечно, определение смысла жизни — дело наиважнейшее. Но у Вас оказывается свое понимание смысла и ценности человеческой жизни, а у тех других, которых мы выше перечислили — свое. Даже жесточайшие диктатуры не могли добиться единомыслия. Люди лишь делали вид. И как только насилие истощалось — от единомыслия не оставалось и следа. Поскольку у нас нет общей на всех религиозной или идеологической инстанции (как ЦК КПСС), то никто за нас как реальное разномыслящее сообщество эти вопросы и не решит. Более того, признание безусловной ценности человеческой жизни и ясное понимание ее смысла (как это имеет место во многих религиях) никогда не останавливало верующих от братоубийственных конфликтов. Сегодня уже отмечены неоднократные случаи насилия над врачами, совершающими аборт, и даже попытки их убийства фанатичными сторонниками запрещения аборт. Войны и бандитское насилие во имя самых возвышенных ценностей — ни к чему кроме новых раздоров и новых страданий не приводят.

Мы полагаем, что биоэтика содержит в себе ресурсы мирного разрешения конфликтов между людьми, придерживающимися различных пониманий смысла человеческой жизни и ее ценности. Она строится на использовании демократических процедур открытого общества. Прежде всего, необходимо всестороннее общественное обсуждение, на основе которого существующие демократические институты смогут выработать общезначимую на данный момент точку зрения, в некотором смысле определяющую «общезначимый» смысл жизни. И здесь огромная роль средств массовой информации. Многое зависит от добротности в изложении проблем, с которыми мы сталкиваемся в биомедицине, от профессионализма журналистов, их гражданской позиции.

Законы, правила и принципы биоэтики безусловно формальны, и в сравнении с глубокими теософскими, богословскими или философскими истолкованиями смысла человеческой жизни — поверхностны. Но их формальность и поверхностность обеспечивает возможность в одном обществе более или менее согласно жить людям с разными глубокими пониманиями. Например, правило добровольного информированного согласия пациента на применение в отношении его медицинского вмешательства — формально. Оно не говорит — на каком основании пациент должен давать согласие, получив достаточную информацию. Но за счет этой формальности, оно, став нормой закона, защищает право человека любого вероисповедания принимать решение в соответствии с собственным пониманием смысла и ценности жизни.

.....
Вопрос — человечество все больше средств и усилий тратит на то, чтобы хоть немного продлить жизнь умирающим. На Западе люди работают всю жизнь, чтобы, грубо говоря, максимально растянуть процесс умирания. Очень значительная часть личных сбережений и общественного богатства

расходуются в последние годы, месяцы и даже недели жизни человека. Жизнь тратится на то, чтобы лучше подготовиться к смерти — любопытный парадокс современной цивилизации! Может лучше думать и заботиться о живущих?

Во-первых, нам кажется, что мотивация людей на Западе несколько иная. Ее можно выразить афоризмом: «Важно не только прибавлять дни к жизни, но и жизнь к тем дням, которые есть». Т.е. речь идет не только о «количестве», но и о «качестве» жизни. Идея простого продления жизни не очень популярна. Более того, если жизнь теряет смысл (например, в ситуации умирающего от рака больного), то сегодня все активнее ставится вопрос о праве пациентов прервать страдания с помощью врача (эвтаназия). В Голландии и Бельгии активная эвтаназия уже легализована. Этот вопрос неоднократно поднимался и в России.

Во-вторых, Вы поставили очень интересный вопрос о моральных аспектах помощи умирающим больным. Действительно, насколько справедливо распределять ресурсы здравоохранения (всегда и везде ограниченные) на оказание помощи «безнадежным» умирающим пациентам? Особенно в российских условиях. Мы считаем, что каждый человек имеет право на достойную жизнь до последнего ее момента. Умирание ни в коем случае не должно проходить в условиях, унижающих человеческое достоинство. Эту проблему решают специализированные медицинские учреждения — хосписы, которые по содержанию значительно экономичнее (дешевле) других видов стационарной помощи.

Другое дело очень дорогостоящее лечение в отделениях интенсивной терапии (реанимации). Мы считаем, что если надежды на спасение нет, то морально допустимо совершение по просьбе пациента или его семьи (в случае, если пациент находится в бессознательном состоянии) пассивной эвтаназии — отключения жизнеподдерживающей аппаратуры. Но эти вопросы должны решаться именно с информированного согласия родственников.

.....
Вопрос — я прочла в журнале информацию о матери, которая с тем, чтобы спасти больного ребенка зачала другого, от которого врачи после рождения могли бы забрать органы для пересадки больному. Даже если этот второй ребенок выживет — разве так можно делать? Мне как маме двоих детей практически невозможно понять убийство собственного ребёнка, даже ради такой благородной цели, как спасение жизни другого. Во-первых, рождённый ребёнок не просил маму его производить на свет. Потому прав на его жизнь или смерть мать ребёнка не имеет. Во-вторых, хорошо бы всё-таки ответили на вопрос, если жизнь после смерти или её нет. Или на вопрос «Что делает бессмертная душа, после того как физическое тело умирает».

состояние, которое и называется «смерть мозга». Если мозг погиб, то даже в том случае, когда бьется сердце и сохранено дыхание (или оно осуществляется аппаратом искусственного дыхания) констатируется, что человек умер. На основе этой констатации возникает право врачей изъять органы для пересадки и спасения жизни других людей.

Однако констатация смерти мозга не отменяет Вашего права запретить изъятие органов у Вашего родственника для пересадки другим пациентам. В России Вы можете предупредить о Вашем отказе главврача больницы, куда попал пострадавший и где ставится диагноз смерти мозга. Если нет от родственников отказа на забор органов, то врачи имеют право на эту процедуру. Наш закон основан на принципе «презумпции согласия». Если родственники, зная о возможности забора органов после констатации «смерти мозга», не выскажут своего запрета, то врачи вправе предполагать их согласие. Этот принцип действует во многих европейских странах.

В США действует принцип «прямого согласия» (или «презумпции несогласия»). Он предполагает необходимость для врачей каждый раз испрашивать разрешение на забор органов у родственников. Много сторонников этого принципа и в нашей стране, особенно среди людей религиозных.

В России основная проблема в том, что население не информировано относительно своего права на отказ и относительно того — как этот отказ должен быть осуществлен юридически корректно. Процедура отказа не опубликована. Ее можно найти лишь в ведомственной инструкции министерства здравоохранения. Это является серьезным нарушением прав граждан, почвой для недоверия к трансплантологам и распространения необоснованных подозрений и слухов. В значительной степени с этим связаны неутраченные судебные конфликты в трансплантологии. Без общественного понимания и согласия в данной области невозможно нормальное развитие нашей трансплантологии.

.....
Вопрос — мне кажется, что поставленные вопросы вряд ли могут иметь окончательные и однозначные ответы. Вспомним хотя бы смежную и гораздо более распространенную проблему абортов. Что такое аборт — неотъемлемое право женщины или узаконенное убийство? Несмотря на все религиозные запреты и политические баталии, аборты существуют как массовое явление. Существуют, поскольку целесообразность всегда торжествует над принципом. Точно так же людей будут разбирать на запчасти, если это окажется удобным и целесообразным. А уж законодательное оформление будет подобрано вполне адекватное.

Окончательные и однозначные ответы существуют лишь в плохих учебниках. Публичные баталии нужны для того, чтобы люди приходили в сознание, начинали понимать, что нечто (будь то аборт, или трансплантация органов)

касается их моральных ценностей и жизненных интересов. Хуже, когда поступки (типа аборта) совершаются людьми, что называется — не приходя в сознание. Это не только аморально, но и не целесообразно. Аборт, о котором Вы упомянули, — это не только нарушение права плода на жизнь, но и травма для женского организма. Причем травма тем более серьезная, чем больше срок беременности. Говорить о его «целесообразности» в условиях широкой доступности контрацептивов — дело сомнительное.

Совсем не плохо, когда человек поступает целесообразно, т.е. осмысленно руководствуется своими интересами. Но в обществе границей интересов одного человека являются интересы другого, которого они затрагивают. Это обстоятельство выражают базисные для культуры запреты типа «не убий!», «не укради!» и т.д. То обстоятельство, что запреты нарушаются, не отменяет их принципиальной важности в качестве исходных принципов различения добра и зла, оценки поступков своих и других людей. На этом строится общественная жизнь.

Людей при жизни не «разбирают на запчасти», хотя кому-то это и покажется целесообразным. Убийство человека с целью изъятия органов для трансплантации — это в нашей стране (как и других странах) уголовное преступление. В этом отношении «целесообразность» отнюдь не торжествует.



Вопрос — я юрист. Мне кажется, что многие вопросы биоэтики вполне разрешимы в рамках имеющегося законодательства. Если его недостаточно, то всегда можно обратиться к международному законодательству. Все вопросы должны и могут решить юристы. Когда вмешиваются философы и священники, возникает больше путаницы, ненужных споров. Зачем, вообще нужна биоэтика?

Вы затронули несколько важных аспектов. Конечно же, необходимо поступать на основе законов своей страны. Т.е. действовать легально. Проблема, правда, в том, что наше законодательство очень сильно отстает от прогресса в области биомедицинских технологий. Законодательством абсолютно не учитывается и новая социальная реальность российского здравоохранения, которое по экспертным оценкам уже более чем наполовину действует на коммерческой основе. А «Основы законодательства по здравоохранению» 1993 года предполагают модель всеобщего бесплатного медицинского обслуживания. Отстает наше законодательство и от международного права. Россия, к примеру, пока не ратифицировала Конвенцию Совета Европы «Биомедицина и права человека» 1997 года, в которой сформулированы основные общеевропейские принципы правовой регуляции в данной области. Поэтому непосредственно обращаться к международным правовым нормам мы, обычно, не можем.

Далее следует иметь в виду, что любой новый закон строится на некотором морально обоснованном понимании — что в отношении предмета регулирования является благом, а что — злом. Прежде чем писать закон о клонировании человека, законодатель должен разобраться в моральных, социальных, политических, а не только юридических аспектах этой проблемы. Биоэтика как раз и является форумом для подобного рода мультидисциплинарного обсуждения. Она, в определенном отношении является почвой законодательной деятельности.

.....

Вопрос — я врач-администратор, принимаю непосредственное участие в реализации национального проекта в области здравоохранения (безусловно, в конкретной сфере своей компетенции). Проект подготовлен ведущими экспертами в данной области, поставлены конкретные цели, выделены средства. Сейчас необходимо сосредоточиться на их реализации. Мне кажется, что биоэтические дискуссии хотя и интересны с интеллектуальной точки зрения, но лишь отвлекают население от реализации более важных национальных задач. Образно говоря, споры лишь ослабляют нашу коллективную волю. Не кажется ли вам, что сейчас следует действовать, а не спорить?

Вы, безусловно, правы относительно важности формирования коллективной воли общества для реализации национальных проектов. Однако считаем, что одним из способов формирования коллективной воли как раз и является публичное обсуждение встающих перед обществом проблем. На каком основании можно надеяться, что представители власти, разработавшие эту программу, выражают общие, а не конкретные групповые интересы? К сожалению, примеров подобного рода недобросовестного смешения частных и общих интересов слишком много — причем самых недавних. Нельзя ждать поддержки от общества, рассматривая его как пассивный предмет политической манипуляции. Дискуссии и консультации являются необходимым условием для того, чтобы общие цели были согласованы с конкретными интересами социальных групп и индивидов.

Принципиально важно нашему обществу на основе самых серьезных обсуждений «прийти в сознание» относительно целей и задач реформы здравоохранения. На основе широкой общественной дискуссии договориться относительно того, какого рода медицину мы не просто хотим, но можем себе позволить иметь, исходя из определенного уровня доходов страны, готовности (скорее неготовности) граждан платить налоги, доверия к институтам власти (например, Минздраву или органам Обязательного медицинского страхования).



Вопрос — имеет ли биоэтика какое-либо отношение к вопросу о правах животных? Можно ли трактовать некоторые из ее положений расширительно, выходя за рамки антропоцентризма?

Вопрос о правах животных входит в биоэтику, главным образом, в связи с проведением на них экспериментов, использованием для забора органов при ксенотрансплантациях (были неудачные попытки пересаживать костный мозг и сердце от обезьян), а также в связи с созданием трансгенных животных (свиней) для целей трансплантологии.

Необходимо разработать особые моральные нормы отношения к животным. Одним из основных принципов должна стать минимизация страдания животных.



Вопрос — принципы и правила биоэтики во многом заимствованы вами с Запада, прежде всего из американской практики здравоохранения. Они не нужны в России. Наши пациенты привыкли доверять своим врачам и не нуждаются в этой чуждой нашему менталитету идеологии так называемого гражданского общества. Нужно воспитывать врачей, заботящихся о своих пациентах, верных клятве Гиппократова. Неужели вы не понимаете, что, пропагандируя идеи биоэтики, наносите обществу вред?

Нужно сказать, что в этой позиции нет ничего специфически российского. Именно так относилось к развитию биоэтики американское медицинское сообщество в конце 60х, первой половине 70х годов. Аналогичная ситуация была и в Европе в начале 80х годов. Биоэтика негативно воспринималась и отвергалась как «американская диковинка». То же самое отношение к биоэтике до начала 90х годов было и в странах третьего мира, и в России. Когда мы начали работу в этой области в начале 90х, то практически никто в нашем медицинском сообществе не слышал о ее существовании. Нам постоянно говорили именно то, что сейчас утверждаете Вы. Однако время ставит все на свои места. В 2000 году биоэтика стала обязательным предметом в образовании врачей. Она преподается в ряде медицинских училищ и на фармацевтических факультетах. Прохождение биоэтической экспертизы проектов биомедицинских исследований на человеке стало обязательной нормой для защиты диссертаций в соответствующей области. Принципы и правила биоэтики все чаще превращаются в нормы российских законов.

Мы полагаем, что заимствованные нормы, как бы они красиво ни звучали, рано или поздно отторгаются обществом. Биоэтика становится все более и более востребованной в связи с тем, что отражает коренные интересы людей в сфере охраны их здоровья. Похвально, когда государственные органы, заботясь о здоровье населения, повышают зарплаты врачам, вкладывают средства в покупку новых машин скорой помощи или создание со-

временно оборудованных диагностических центров. Однако — все это не решает и доли медицинских проблем граждан.

Все чаще и чаще граждане оказываются в ситуации, когда они остаются один на один со своим страданием. Сейчас свыше половины медицинских услуг, особенно связанных с современными медицинскими технологиями, люди вынуждены оплачивать из своего кармана. В этой сложной ситуации пациенты должны быть не только информированы о своих правах, но и иметь реальную возможность эти права отстаивать. В этом как раз и состоит одна из центральных задач биоэтики.

То, что касается традиций, то они исторически возникают и отмирают. На клятву Гиппократу в современном мире можно ссылаться лишь для усиления риторического эффекта своего выступления. Смысл принесения клятвы давно забыт, ряд ее положений устарел, другие получили совершенно иное толкование. Но именно благодаря биоэтике гуманистическое содержание клятвы сохраняется и воплощается в новых принципах и правилах современной биомедицины.

Вопросы без ответов

В этом разделе даны описания некоторых ситуаций из медицинской практики, в которых возникают острые биоэтические проблемы. По поводу каждой из них сформулировано несколько вопросов, на которые, как правило, нельзя дать однозначных ответов. Мы предлагаем читателям самим сделать выбор в пользу того или иного решения и попытаться его обосновать. (В этом разделе использованы учебные материалы, подготовленные в Совете Европы).

СЛУЧАЙ №1

Проведя чрезвычайно активную жизнь, С. М. удовлетворена своей карьерой и теперь хочет завести ребенка. Ее муж не испытывает особого энтузиазма: разумно ли идти на такой риск в возрасте 57 лет, даже если вспомогательные репродуктивные технологии и позволяют это? Не является ли С. М., которая по возрасту вполне годится в бабушки, слишком старой для того, чтобы быть матерью?

ВОПРОСЫ

- Следует ли прибегать к вспомогательной репродуктивной технологии для того, чтобы отодвинуть назад естественный репродуктивный возраст, чтобы люди смогли выбирать, когда им захочется забеременеть?
- Следует ли прибегать к вспомогательной репродуктивной технологии для удовлетворения желания иметь ребенка безотносительно к другим соображениям?
- Какими последствиями это может обернуться для ребенка?

СЛУЧАЙ №2

26-летняя Клавдия в связи с лейкемией должна пройти курс радиотерапии, после которого она станет стерильной. Поскольку доктор перед началом лечения предупредил ее об этом, она вместе со своим партнером Трофимом решила зачать эмбрионы с помощью ЭКО и сохранить их с тем, чтобы ей ввели их после того, как она вылечится. Теперь она выздоровела, но разошлась с Трофимом. Тем не менее она желает иметь ребенка и хотела бы, чтобы ей ввели эмбрионы, зачатые вместе с ним. Трофим, который тем временем женился, отказывается от введения эмбрионов, полученных с помощью его спермы.

ВОПРОСЫ

- Следует ли отказать Трофиму в возможности отозвать свое согласие до того, как эмбрионы будут введены?
- Следует ли отказать Клавдия в возможности создать семью, в которую будут входить биологически родные ей дети?
- Мыслимо ли, чтобы взгляды одного из родителей не были приняты во внимание?

СЛУЧАЙ №3

Две трехлетние девочки — близнецы. У одной из них тяжелое почечное заболевание. Учитывая безотлагательность ситуации и то, что нет доступной почки от умершего, родители хотели бы пересадить больной дочери почку от здоровой.

ВОПРОСЫ

Согласие на донорство несовершеннолетнего

- Можно ли изымать орган у несовершеннолетнего, который по закону не способен дать согласие?
- Имеют ли родители право давать согласие от имени ребенка? Не оказываются ли в таком случае под вопросом фундаментальные права ребенка, у которого собираются изъять орган?
- Не ставит ли эта ситуация под вопрос условия, в соответствии с которыми донор может дать свое свободное и информированное согласие?

Выбор между различными интересами

- Какую позицию следует занять в этом конфликте между правом маленькой больной девочки на жизнь и правом ее здоровой сестры на физическую целостность и хорошее здоровье в будущем?

СЛУЧАЙ №4

Мужчина 42 лет, у которого есть два ребенка 12-и и 7-и лет, в результате вирусной инфекции оказался в состоянии неизлечимой сердечно-сосудистой недостаточности. С собственного согласия он был помещен в список пациентов, которым совершенно безотлагательно необходима трансплантация сердца и легких. Но в тот день, когда появляется трансплантат, он, будучи в сознании, отказывается от операции, которая сможет спасти ему жизнь. Его семья — жена и дети — просят бригаду медиков, несмотря на это, продолжать операцию.

ВОПРОСЫ

Согласие и право на отказ

- Должны ли приниматься во внимание желания пациента?
- Может ли учитываться тот факт, что пациент первоначально был согласен на операцию, когда медицинская команда принимает решение? Можно ли допустить, чтобы желания семьи перевешивали желания пациента?
- Не противоречит ли уважению пациента то, что его принуждают подвергнуться операции, которой он не хочет?

Как понимать отказ пациента

- Проистекает ли его отказ из вполне понятного, но преходящего страха перед операцией или из четко продуманных, должным образом обоснованных возражений?
- Некоторые считают, что жизнь обладает наивысшей ценностью. Имеет ли кто-либо право лишаться жизни или идти на самоубийство?

Излишнее усердие медиков

- Некоторые полагают, что эта двойная трансплантация пока что находится на экспериментальных стадиях. Можно ли считать, что данная ситуация находится на грани между уважением жизни и излишним усердием медиков?

СЛУЧАЙ №5

Обнаружение предрасположенности

Анна, 18-и лет, боится, что у нее, как у ее матери и бабушки, разовьется рак груди. Не может ли быть ответственным за многочисленные случаи рака в ее семье генетический фактор? Для того чтобы разобраться в этом вопросе, Анна хочет пройти генетический тест, который предлагает ее доктор. Если у нее есть мутация гена BRCA1, то у нее будет 40%-ный риск заболеть раком груди раньше 50 лет. Если результат теста окажется положительным, Анна знает, что в качестве превентивной меры ей надо будет регулярно проходить рентгеновскую проверку, чтобы как можно раньше обнаружить любую опухоль. Кроме того, ее друг говорит ей, что в некоторых странах предлагается хирургическое удаление груди, в результате которого риск снижается до 3%. Вне зависимости от результата она не хочет говорить о тесте в семье, опасаясь породить панику, особенно у своей 10-летней сестры.

ВОПРОСЫ

- Сделали ли бы Вы тот же выбор, что и Анна? Хотели ли бы Вы знать о наличии у Вас предрасположенности?
- Какое решение выбрали бы Вы, если бы тест оказался положительным? Радикальное решение о хирургическом удалении груди (мастэктомии) значительно снижает риск, но влечет пожизненное увечье, наносимое с целью предотвратить заболевание, которое, возможно, никогда не наступит.
- Если результат теста положительный, не должна ли Анна предупредить младшую сестру о риске, который встанет и перед ней, чтобы та могла предпринять превентивные меры?
- Может ли доктор предупредить сестру Анны, если он знает, что Анна не хочет говорить ей?
- Не рискует ли доктор потерять доверие Анны? Могут ли интересы другого человека перевесить значимость медицинской тайны?

СЛУЧАЙ №6

Тестирование ребенка

Отец 32-летней Марты только что умер от болезни Альцгеймера. Она интересуется, не может ли быть в ее семье генетической предрасположенности и намеревается пройти тест сама и тестировать своего 4-летнего сына Ваню. Она боится, что может передать сыну «плохие гены». Ее муж не согласен тестировать Ваню: первые симптомы болезни обнаруживаются в пожилом возрасте, а превентивного лечения не существует. Зачем вызывать у Вани беспокойство по поводу результата, который долгие годы не будет иметь последствий?

ВОПРОСЫ

- Вправе ли Марта принимать такое решение от имени своего сына? Не должна ли она дождаться, когда он станет достаточно большим, чтобы понять ситуацию, или достигнет зрелого возраста, когда сможет принять решение самостоятельно.
- Не имеет ли Ваня права на «открытое будущее»? Не следует ли позволить ему решать самому за себя, хочет ли он знать о своей предрасположенности к болезни?
- Не будет ли более предпочтительно принять решение, на которое согласятся оба родителя? Не могла ли бы встреча со специалистом в рамках генетического консультирования помочь им в принятии решения?

СЛУЧАЙ №7

Доступ к генетическому тестированию

55-летний Петр нашел веб-сайт, предлагающий генетический тест для определения риска сердечно-сосудистого заболевания. Он решает заказать комплект для получения образца. Пользоваться им просто: необходимо только сделать соскоб со слюной с внутренней стороны щеки и вернуть образец по указанному адресу. Спустя три недели по электронной почте приходит результат: «Риск сердечно-сосудистого заболевания составляет 42%».

ВОПРОСЫ

- Как Вы расцениваете тот факт, что можно получить доступ к такого рода тесту, не обращаясь к доктору?
- Петр вправе искать информацию о своем здоровье, но разумно ли делать это без медицинского сопровождения? Получил ли он соответствующую информацию о последствиях результата теста? Как следует интерпретировать этот результат?

IV. Извлечения из международных и национальных нормативных актов

Из Конституции Российской Федерации

Статья 21

1. Достоинство личности охраняется государством. Ничто не может быть основанием для его умаления.
2. Никто не должен подвергаться пыткам, насилию, другому жестокому или унижающему человеческое достоинство обращению или наказанию. Никто не может быть без добровольного согласия подвергнут медицинским, научным или иным опытам.

Статья 41

1. Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.
2. В Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию.
3. Сокрытие должностными лицами фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей, влечет за собой ответственность в соответствии с федеральным законом.

Статья 42

Каждый имеет право на благоприятную окружающую среду, достоверную информацию о ее состоянии и на возмещение ущерба, причиненного его здоровью или имуществу экологическим правонарушением.

Из «Федерального закона от 22 июля 1993 г. N 5487-1 Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан

(с изменениями от 2 марта 1998 г., 20 декабря 1999 г., 2 декабря 2000 г., 10 января, 27 февраля, 30 июня 2003 г., 29 июня, 22 августа, 1, 29 декабря 2004 г., 7 марта 2005 г.)»

Статья 1. Охрана здоровья граждан

Охрана здоровья граждан — это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

Гражданам Российской Федерации гарантируется право на охрану здоровья в соответствии с Конституцией Российской Федерации, общепризнанными принципами и международными нормами и международными договорами Российской Федерации, Конституциями (уставами) субъектов Российской Федерации.

Статья 2. Основные принципы охраны здоровья граждан

Основными принципами охраны здоровья граждан являются:

- 1) соблюдение прав человека и гражданина в области охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- 2) приоритет профилактических мер в области охраны здоровья граждан;
- 3) доступность медико-социальной помощи;
- 4) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- 5) ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности, должностных лиц за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья

Статья 12. Государственная система здравоохранения

К государственной системе здравоохранения относятся федеральные органы исполнительной власти в области здравоохранения, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области здравоохранения, Российская академия медицинских наук, которые в пределах своей компетенции планируют и осуществляют меры по охране здоровья граждан.

К государственной системе здравоохранения также относятся находящиеся в государственной собственности и подчиненные органам управления государственной системы здравоохранения лечебно-профилактические и на-

учно-исследовательские учреждения, образовательные учреждения, фармацевтические предприятия и организации, аптечные учреждения, санитарно-профилактические учреждения, территориальные органы, созданные в установленном порядке для осуществления санитарно-эпидемиологического надзора, учреждения судебно-медицинской экспертизы, службы материально-технического обеспечения, предприятия по производству медицинских препаратов и медицинской техники и иные предприятия, учреждения и организации.

В государственную систему здравоохранения входят медицинские организации, в том числе лечебно-профилактические учреждения; фармацевтические предприятия и организации; аптечные учреждения, создаваемые федеральными органами исполнительной власти в области здравоохранения, другими федеральными органами исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

Статья 13. Муниципальная система здравоохранения

К муниципальной системе здравоохранения могут относиться муниципальные органы управления здравоохранением, а также находящиеся в муниципальной собственности медицинские, фармацевтические и аптечные организации, которые являются юридическими лицами.

Муниципальные органы управления здравоохранением несут ответственность в пределах своей компетенции.

Финансовое обеспечение деятельности организаций муниципальной системы здравоохранения является расходным обязательством муниципального образования.

Оказание медицинской помощи в организациях муниципальной системы здравоохранения может также финансироваться за счет средств обязательного медицинского страхования и других источников в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Статья 14. Частная система здравоохранения

К частной системе здравоохранения относятся лечебно-профилактические и аптечные учреждения, имущество которых находится в частной собственности, а также лица, занимающиеся частной медицинской практикой и частной фармацевтической деятельностью.

В частную систему здравоохранения входят медицинские и другие организации, создаваемые и финансируемые юридическими и физическими лицами.

Статья 17. Право граждан Российской Федерации на охрану здоровья

Граждане Российской Федерации обладают неотъемлемым правом на охрану здоровья. Это право обеспечивается охраной окружающей природной среды, созданием благоприятных условий труда, быта, отдыха, воспитания и

обучения граждан, производством и реализацией доброкачественных продуктов питания, а также предоставлением населению доступной медико-социальной помощи.

Государство обеспечивает гражданам охрану здоровья независимо от пола, расы, национальности, языка, социального происхождения, должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств.

Государство гарантирует гражданам защиту от любых форм дискриминации, обусловленной наличием у них каких-либо заболеваний. Лица, виновные в нарушении этого положения, несут установленную законом ответственность.

Гражданам Российской Федерации, находящимся за ее пределами, гарантируется право на охрану здоровья в соответствии с международными договорами Российской Федерации.

Статья 19. Право граждан на информацию о факторах, влияющих на здоровье

Граждане имеют право на регулярное получение достоверной и своевременной информации о факторах, способствующих сохранению здоровья или оказывающих на него вредное влияние, включая информацию о санитарно-эпидемиологическом благополучии района проживания, рациональных нормах питания, о продукции, работах, услугах, их соответствии санитарным нормам и правилам, о других факторах. Эта информация предоставляется органами государственной власти и органами местного самоуправления в соответствии с их полномочиями через средства массовой информации или непосредственно гражданам.

Статья 20. Право граждан на медико-социальную помощь

При заболевании, утрате трудоспособности и в иных случаях граждане имеют право на медико-социальную помощь, которая включает профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую и зубопротезную помощь, а также меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, включая выплату пособия по временной нетрудоспособности.

Медико-социальная помощь оказывается медицинскими, социальными работниками и иными специалистами в учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, а также в учреждениях системы социальной защиты населения.

Граждане имеют право на бесплатную медицинскую помощь в государственной и муниципальной системах здравоохранения в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов Российской Федерации и нормативными правовыми актами органов местного самоуправления.

Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи предоставляется гражданам в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

Граждане имеют право на дополнительные медицинские и иные услуги на основе программ добровольного медицинского страхования, а также за счет средств предприятий, учреждений и организаций, своих личных средств и иных источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации.

Граждане имеют право на льготное обеспечение протезами, ортопедическими, корригирующими изделиями, слуховыми аппаратами, средствами передвижения и иными специальными средствами. Категории граждан, имеющих это право, а также условия и порядок их обеспечения льготной протезно-ортопедической и зубопротезной помощью определяются законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов Российской Федерации.

Граждане имеют право на медицинскую экспертизу, в том числе независимую, которая производится по их личному заявлению в специализированных учреждениях в соответствии со статьей 53 настоящих Основ.

Дети, подростки, учащиеся, инвалиды и пенсионеры, занимающиеся физической культурой, имеют право на бесплатный медицинский контроль.

Работающие граждане имеют право на пособие при карантине в случае отстранения их от работы вследствие заразного заболевания лиц, окружавших их. Если карантину подлежат несовершеннолетние или граждане, признанные в установленном законом порядке недееспособными, пособие выдается одному из родителей (иному законному представителю) или иному члену семьи в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Статья 30. Права пациента

При обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право на:

- 1) уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;
- 2) выбор врача, в том числе врача общей практики (семейного врача) и лечащего врача, с учетом его согласия, а также выбор лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;
- 3) обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- 4) проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов;
- 5) облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;

6) сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, в соответствии со статьей 61 настоящих Основ;

Согласно постановлению Фонда социального страхования РФ от 17 мая 1995 г. N 25, приказу Минздравмедпрома РФ от 17 мая 1995 года N 128 при оформлении документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан, и других медицинских документов специальные печати или штампы учреждения, организации используются без указания его профиля

7) информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в соответствии со статьей 32 настоящих Основ;

8) отказ от медицинского вмешательства в соответствии со статьей 33 настоящих Основ;

9) получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья в соответствии со статьей 31 настоящих Основ, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;

10) получение медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования;

11) возмещение ущерба в соответствии со статьей 68 настоящих Основ в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи;

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

13) допуск к нему священнослужителя, а в больничном учреждении на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок больничного учреждения.

В случае нарушения прав пациента он может обращаться с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу лечебно-профилактического учреждения, в котором ему оказывается медицинская помощь, в соответствующие профессиональные медицинские ассоциации либо в суд.

Статья 31. Право граждан на информацию о состоянии здоровья

Каждый гражданин имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

Информация о состоянии здоровья гражданина предоставляется ему, а в отношении лиц, не достигших возраста, установленного частью второй ста-

тьи 24 настоящих Основ, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, — их законным представителям лечащим врачом, заведующим отделением лечебно-профилактического учреждения или другими специалистами, принимающими непосредственное участие в обследовании и лечении.

Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена гражданину против его воли. В случаях неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину и членам его семьи, если гражданин не запретил сообщать им об этом и (или) не назначил лицо, которому должна быть передана такая информация.

Гражданин имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать консультации по ней у других специалистов. По требованию гражданина ему предоставляются копии медицинских документов, отражающих состояние его здоровья, если в них не затрагиваются интересы третьей стороны.

Информация, содержащаяся в медицинских документах гражданина, составляет врачебную тайну и может предоставляться без согласия гражданина только по основаниям, предусмотренным статьей 61 настоящих Основ.

Статья 32. Согласие на медицинское вмешательство

Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум — непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения.

Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста, установленного частью второй статьи 24 настоящих Основ, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители после сообщения им сведений, предусмотренных частью первой статьи 31 настоящих Основ. При отсутствии законных представителей решение о медицинском вмешательстве принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум — непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения и законных представителей.

Статья 33. Отказ от медицинского вмешательства

Гражданин или его законный представитель имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных статьей 34 настоящих Основ.

При отказе от медицинского вмешательства гражданину или его законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается гражданином либо его законным представителем, а также медицинским работником.

При отказе родителей или иных законных представителей лица, не достигшего возраста, установленного частью второй статьи 24 настоящих Основ, либо законных представителей лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, от медицинской помощи, необходимой для спасения жизни указанных лиц, больничное учреждение имеет право обратиться в суд для защиты интересов этих лиц.

Статья 34. Оказание медицинской помощи без согласия граждан

Оказание медицинской помощи (медицинское освидетельствование, госпитализация, наблюдение и изоляция) без согласия граждан или их законных представителей допускается в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, или лиц, совершивших общественно опасные деяния, на основаниях и в порядке, установленных законодательством Российской Федерации.

Решение о проведении медицинского освидетельствования и наблюдения граждан без их согласия или согласия их законных представителей принимается врачом (консилиумом), а решение о госпитализации граждан без их согласия или согласия их законных представителей — судом.

Оказание медицинской помощи без согласия граждан или согласия их законных представителей, связанное с проведением противоэпидемических мероприятий, регламентируется санитарным законодательством.

Освидетельствование и госпитализация лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, проводятся без их согласия в порядке, устанавливаемом Законом Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

В отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния, могут быть применены принудительные меры медицинского характера на основаниях и в порядке, установленных законодательством Российской Федерации.

Пребывание граждан в больничном учреждении продолжается до исчезновения оснований, по которым проведена госпитализация без их согласия, или по решению суда.

Статья 43. Порядок применения новых методов профилактики, диагностики, лечения, лекарственных средств, иммунобиологических препаратов и дезинфекционных средств и проведения биомедицинских исследований

В практике здравоохранения используются методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке.

Не разрешенные к применению, но находящиеся на рассмотрении в установленном порядке методы диагностики, лечения и лекарственные средства могут использоваться в интересах излечения пациента только после получения его добровольного письменного согласия.

Не разрешенные к применению, но находящиеся на рассмотрении в установленном порядке методы диагностики, лечения и лекарственные средства могут использоваться для лечения лиц, не достигших возраста, установленного частью второй статьи 24 настоящих Основ, только при непосредственной угрозе их жизни и с письменного согласия их законных представителей.

Порядок применения указанных в частях второй и третьей настоящей статьи методов диагностики, лечения и лекарственных средств, иммунобиологических препаратов и дезинфекционных средств, в том числе используемых за рубежом, устанавливается федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения.

Проведение биомедицинского исследования допускается в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения и должно основываться на предварительно проведенном лабораторном эксперименте.

Любое биомедицинское исследование с привлечением человека в качестве объекта может проводиться только после получения письменного согласия гражданина. Гражданин не может быть принужден к участию в биомедицинском исследовании.

При получении согласия на биомедицинское исследование гражданину должна быть предоставлена информация о целях, методах, побочных эффектах, возможном риске, продолжительности и ожидаемых результатах исследования. Гражданин имеет право отказаться от участия в исследовании на любой стадии.

Пропаганда, в том числе средствами массовой информации, методов профилактики, диагностики, лечения и лекарственных средств, не прошедших проверочных испытаний в установленном законом порядке, запрещается. Нарушение указанной нормы влечет ответственность, установленную законодательством Российской Федерации.

Реклама медикаментов, изделий медицинского назначения, медицинской техники, а также реклама методов лечения, профилактики, диагностики и

реабилитации осуществляется в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о рекламе.

Статья 45. Запрещение эвтанази

Медицинскому персоналу запрещается осуществление эвтанази — удовлетворение просьбы больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или средствами, в том числе прекращением искусственных мер по поддержанию жизни.

Лицо, которое сознательно побуждает больного к эвтаназии и (или) осуществляет эвтаназию, несет уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Статья 56. Право на занятие частной медицинской практикой

Частная медицинская практика — это оказание медицинских услуг медицинскими работниками вне учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения за счет личных средств граждан или за счет средств предприятий, учреждений и организаций, в том числе страховых медицинских организаций, в соответствии с заключенными договорами.

Частная медицинская практика осуществляется в соответствии с настоящими Основами, другими федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, законами и иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации.

Правила предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями утверждены постановлением Правительства РФ от 13 января 1996 г. N 27

Право на занятие частной медицинской практикой имеют лица, получившие диплом о высшем или среднем медицинском образовании, сертификат специалиста и лицензию на медицинскую деятельность.

Контроль за качеством оказания медицинской помощи осуществляется федеральным органом исполнительной власти, в компетенцию которого входит осуществление государственного контроля и надзора в сфере здравоохранения, если иное не предусмотрено федеральным законом.

Запрещение занятия частной медицинской практикой производится по решению органа, выдавшего разрешение на занятие частной медицинской практикой, или суда.

Статья 57. Право на занятие народной медициной (целительством)

Народная медицина — это методы оздоровления, профилактики, диагностики и лечения, основанные на опыте многих поколений людей, утвердившиеся в народных традициях и не зарегистрированные в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Правом на занятие народной медициной обладают граждане Российской Федерации, получившие диплом целителя, выдаваемый органами исполни-

тельной власти субъектов Российской Федерации в области здравоохранения.

Решение о выдаче диплома целителя принимается на основании заявления гражданина и представления профессиональной медицинской ассоциации либо заявления гражданина и совместного представления профессиональной медицинской ассоциации и учреждения, имеющего лицензию на медицинскую деятельность. Диплом целителя дает право на занятие народной медициной на территории, подведомственной органу управления здравоохранением, выдавшему диплом.

Лица, получившие диплом целителя, занимаются народной медициной в порядке, устанавливаемом органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области здравоохранения в соответствии со статьей 56 настоящих Основ.

Допускается использование методов народной медицины в лечебно-профилактических учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения по решению руководителей этих учреждений в соответствии со статьей 43 настоящих Основ.

Проведение сеансов массового целительства, в том числе с использованием средств массовой информации, запрещается.

Лишение диплома целителя производится по решению органа управления здравоохранением, выдавшего диплом целителя, и может быть обжаловано в суд.

Незаконное занятие народной медициной (целительством) влечет за собой административную ответственность, а в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, — уголовную ответственность.

Статья 60. Клятва врача

Лица, окончившие высшие медицинские образовательные учреждения Российской Федерации, при получении диплома врача дают клятву врача следующего содержания:

«Получая высокое звание врача и приступая к профессиональной деятельности, я торжественно клянусь:

честно исполнять свой врачебный долг, посвятить свои знания и умения предупреждению и лечению заболеваний, сохранению и укреплению здоровья человека;

быть всегда готовым оказать медицинскую помощь, хранить врачебную тайну, внимательно и заботливо относиться к больному, действовать исключительно в его интересах независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств;

проявлять высочайшее уважение к жизни человека, никогда не

прибегать к осуществлению эвтаназии;
 хранить благодарность и уважение к своим учителям, быть требовательным и справедливым к своим ученикам, способствовать их профессиональному росту;
 доброжелательно относиться к коллегам, обращаться к ним за помощью и советом, если этого требуют интересы больного, и самому никогда не отказывать коллегам в помощи и совете;
 постоянно совершенствовать свое профессиональное мастерство, беречь и развивать благородные традиции медицины».

Клятва врача дается в торжественной обстановке. Факт дачи клятвы врача удостоверяется личной подписью под соответствующей отметкой в дипломе врача с указанием даты.

Врачи за нарушение клятвы врача несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

Статья 61. Врачебная тайна

Информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Гражданину должна быть подтверждена гарантия конфиденциальности передаваемых им сведений.

Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей, кроме случаев, установленных частями третьей и четвертой настоящей статьи.

О механизме обеспечения прав граждан на конфиденциальность информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при обследовании и лечении, а также информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от него в системе обязательного медицинского страхования см. Методические рекомендации Федерального фонда ОМС, утвержденные Федеральным фондом ОМС 27 октября 1999 г.

О соблюдении конфиденциальности сведений, составляющих врачебную тайну, см. приказ Федерального фонда ОМС от 25 марта 1998 г. N 30.

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

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

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

- 2) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;
- 3) по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;
- 4) в случае оказания помощи несовершеннолетнему возрасту, установленному частью второй статьи 24 настоящих Основ, для информирования его родителей или законных представителей;
- 5) при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий.

Лица, которым в установленном законом порядке переданы сведения, составляющие врачебную тайну, наравне с медицинскими и фармацевтическими работниками с учетом причиненного гражданину ущерба несут за разглашение врачебной тайны дисциплинарную, административную или уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов Российской Федерации.

НЮРНБЕРГСКИЙ КОДЕКС

Тяжесть свидетельских показаний, лежащих перед нами, заставляет делать вывод, что некоторые виды медицинских экспериментов на человеке отвечают этическим нормам медицинской профессии в целом лишь в том случае, если их проведение ограничено соответствующими, четко определенными рамками. Защитники практики проведения экспериментов на людях оправдывают свои взгляды на том основании, что результаты таких экспериментов чрезвычайно полезна для всего общества, чего невозможно достичь с помощью других методов исследования. Все согласны, однако, что нужно соблюдать определенные основополагающие принципы, удовлетворяющие соображениям морали, этики и закона.

1. Абсолютно необходимым условием проведения эксперимента на человеке является добровольное согласие последнего.

Это означает, что лицо, вовлекаемое в эксперимент в качестве испытуемого, должно иметь законное право давать такое согласие; иметь возможность осуществлять свободный выбор и не испытывать на себе влияние каких-либо элементов насилия, обмана, мошенничества, хитрости или других скрытых форм давления или принуждения; обладать знаниями, достаточными для того, чтобы понять суть эксперимента и принять осознанное решение. Последнее требует, чтобы до принятия утвердительного решения о возможности своего участия в том или ином эксперименте испытуемый был информирован о характере, продолжительности и цели данного эксперимента; о методах и способах его проведения; обо всех предполагаемых неудобствах и опасностях, связанных с проведением эксперимента, и, наконец, возможных последствиях для физического или психического здоровья испытуемого, могущих возникнуть в результате его участия в эксперименте.

Обязанность и ответственность за выяснение качества полученного согласия лежит на каждом, кто инициирует, руководит или занимается проведением данного эксперимента. Это персональная обязанность и ответственность каждого такого лица, которая не может быть безнаказанно переложена на другое лицо.

2. Эксперимент должен приносить обществу положительные результаты, недостижимые другими методами или способами исследования; он не должен носить случайный, необязательный по своей сути характер.

3. Эксперимент должен основываться на данных, полученных в лабораторных исследованиях на животных, знании истории развития данного заболевания или других изучаемых проблем. Его проведение

должно быть так организовано, чтобы ожидаемые результаты оправдывали сам факт его проведения.

4. При проведении эксперимента необходимо избегать всех излишних физических и психических страданий и повреждений.

5. Ни один эксперимент не должен проводиться в случае, если «a priori» есть основания предполагать возможность смерти или инвалидизирующего ранения испытуемого; исключением, возможно, могут являться случаи, когда врачи-исследователи выступают в качестве испытуемых при проведении своих экспериментов.

6. Степень риска, связанного с проведением эксперимента, никогда не должна превышать гуманитарной важности проблемы, на решение которой направлен данный эксперимент.

7. Эксперименту должна предшествовать соответствующая подготовка, и его проведение должно быть обеспечено оборудованием, необходимым для защиты испытуемого от малейшей возможности ранения, инвалидности или смерти.

8. Эксперимент должен проводиться только лицами, имеющими научную квалификацию. На всех стадиях эксперимента от тех, кто проводит его или занят в нем, требуется максимум внимания и профессионализма.

9. В ходе проведения эксперимента испытуемый должен иметь возможность остановить его, если, по его мнению, его физическое или психическое состояние делает невозможным продолжение эксперимента.

10. В ходе эксперимента исследователь, отвечающий за его проведение, должен быть готов прекратить его на любой стадии, если профессиональные соображения, добросовестность и осторожность в суждениях, требуемые от него, дают основания полагать, что продолжение эксперимента может привести к ранению, инвалидности или смерти испытуемого.

Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека, принятая 19 октября 2005 года 33 сессией Генеральной конференцией ЮНЕСКО

Генеральная конференция,

сознавая, что человек обладает уникальной способностью анализировать свое бытие и окружающую его действительность, ощущать несправедливость, избегать опасности, брать на себя ответственность, стремиться к сотрудничеству и давать нравственную оценку происходящему, на основе которой формируются этические принципы,

учитывая, что стремительный научно-технический прогресс оказывает все большее влияние на наше понимание жизни и саму жизнь и настоятельно требует принятия глобальных мер в связи с этическими последствиями таких изменений,

признавая, что этические проблемы, порождаемые стремительным научным прогрессом и соответствующими технологическими разработками, следует рассматривать, обеспечивая должное уважение достоинства человеческой личности и всеобщее уважение и соблюдение прав человека и основных свобод,

будучи твердо убеждена в необходимости и своевременности провозглашения международным сообществом всеобщих принципов, призванных заложить основу для принятия человечеством мер в связи с нарастающими проблемами и противоречиями, с которыми сталкиваются человечество и окружающая среда в результате научно-технического прогресса,

ссылаясь на Всеобщую декларацию прав человека от 10 декабря 1948 г., Всеобщую декларацию о геноме человека и правах человека, принятую Генеральной конференцией ЮНЕСКО 11 ноября 1997 г., и Международную декларацию о генетических данных человека, принятую Генеральной конференцией ЮНЕСКО 16 октября 2003 г.,

принимая во внимание два международных пакта Организации Объединенных Наций об экономических, социальных и культурных правах и о гражданских и политических правах от 16 декабря 1966 г., Международную конвенцию Организации Объединенных Наций о ликвидации всех форм расовой дискриминации от 21 декабря 1965 г., Конвенцию Организации Объединенных Наций о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин от 18 декабря 1979 г., Конвенцию Организации Объединенных Наций о правах ребенка от 20 ноября 1989 г., Конвенцию Организации Объединенных Наций о биологическом разнообразии от 5 июня 1992 г., Стандартные правила Организации Объединенных Наций в отношении обеспечения равенства возможностей для инвалидов, принятые Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций в 1993 г., Конвенцию МОТ № 169 о коренных и племенных народах в независимых странах от 27 июня 1989 г., Международный договор о генетических ресурсах растений для производства продуктов питания и ве-

дения сельского хозяйства, принятый Конференцией ФАО 3 ноября 2001 г. и вступивший в силу 29 июня 2004 г., Рекомендацию ЮНЕСКО о статусе научно-исследовательских работников от 20 ноября 1974 г., Декларацию ЮНЕСКО о расе и расовых предрассудках от 27 ноября 1978 г., Декларацию ЮНЕСКО об ответственности нынешних поколений перед будущими поколениями от 12 ноября 1997 г., Всеобщую декларацию ЮНЕСКО о культурном разнообразии от 2 ноября 2001 г., Соглашение о связанных с торговлей аспектах прав интеллектуальной собственности (ТАПИС), содержащееся в приложении к Марракешскому соглашению о создании Всемирной торговой организации, которое вступило в силу 1 января 1995 г., Декларацию о Соглашении по ТАПИС и общественном здравоохранении, принятую в Дохе 14 ноября 2001 г., и другие соответствующие международные документы, принятые Организацией Объединенных Наций и специализированными учреждениями системы Организации Объединенных Наций, в частности Продовольственной и сельскохозяйственной организацией Объединенных Наций (ФАО) и Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ),

принимая также во внимание международные и региональные документы в области биоэтики, включая Конвенцию о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенцию о правах человека и биомедицине, принятую Советом Европы в 1997 г. и вступившую в силу в 1999 г., и дополнительные протоколы к ней, а также национальные законодательные нормы и правила в области биоэтики, международные и региональные кодексы поведения и руководящие принципы и другие документы в области биоэтики, такие, как Хельсинкская декларация Всемирной медицинской ассоциации об этических принципах проведения медицинских исследований, объектом которых является человек, принятая в 1964 г., с поправками, внесенными в 1975, 1989, 1993, 1996, 2000 и 2002 годах, и Международные руководящие принципы этики для биомедицинских исследований на человеке, принятые Советом международных научно-медицинских организаций в 1982 г., с поправками, внесенными в 1993 г. и в 2002 г., признавая, что настоящую Декларацию следует рассматривать с учетом внутреннего законодательства и международного права в соответствии с нормами в области прав человека,

ссылаясь на Устав ЮНЕСКО, принятый 16 ноября 1945 г.,

учитывая роль ЮНЕСКО в определении всеобщих принципов на основе общих этических ценностей, призванных служить ориентиром для научно-технического прогресса и социальных преобразований, в целях выявления новых проблем в сфере науки и техники,

принимая во внимание ответственность нынешних поколений перед будущими поколениями и то, что вопросы биоэтики, неизбежно имеющие международный аспект, следует рассматривать в их совокупности, руководствуясь теми принципами, которые уже провозглашены во Всеобщей декларации о геноме человека и правах человека и Международной декларации о генети-

ческих данных человека, и принимая во внимание не только нынешние условия научной деятельности, но и тенденции дальнейшего развития,

сознавая, что люди являются неотъемлемой частью биосферы и играют важную роль в защите друг друга и других форм жизни, в частности животных,

признавая, что научно-технический прогресс, основанный на свободе науки и научных исследований, приносит и может приносить человечеству значительные блага, в частности увеличивая продолжительность и улучшая качество жизни, и подчеркивая, что такой прогресс всегда должен быть направлен на повышение благосостояния отдельных лиц, семей, групп или общин и всего человечества в целом и опираться на признание достоинства человеческой личности и всеобщее уважение и соблюдение прав человека и основных свобод,

признавая, что здоровье зависит не только от прогресса науки и технологических исследований, но и от психосоциальных и культурных факторов,

признавая также, что решения, касающиеся этических вопросов в области медицины, наук о жизни и связанных с ними технологий, могут оказывать воздействие на отдельных лиц, семьи, группы или общины и все человечество в целом,

учитывая, что культурное разнообразие, являющееся источником обменов, инноваций и творчества, необходимо человечеству и в этом смысле представляет собой общее наследие человечества, но при этом подчеркивая, что оно не может использоваться в качестве предлога для ущемления прав и основных свобод человека,

учитывая также, что идентичность личности имеет биологические, физиологические, социальные, культурные и духовные аспекты,

признавая, что неэтичное поведение в области науки и технологии оказывает особое воздействие на коренные и местные общины,

будучи убеждена в том, что моральная ответственность и анализ этических проблем должны быть неотъемлемой частью научно-технического прогресса и что биоэтика должна играть главенствующую роль в выборе необходимых решений по вопросам, возникающим в связи с таким прогрессом,

учитывая желательность выработки новых подходов к вопросам социальной ответственности для гарантирования того, чтобы научно-технический прогресс способствовал обеспечению справедливости, равноправия и интересов человечества,

признавая, что для оценки социальной реальности и достижения справедливости важно уделять внимание положению женщин,

подчеркивая необходимость укрепления международного сотрудничества в области биоэтики с учетом, в частности, особых потребностей развивающихся стран, коренных общин и уязвимых слоев населения,

считая, что ко всем без исключения людям следует применять одни и те же этические нормы в медицине и исследованиях в области наук о жизни,

провозглашает нижеследующие принципы и принимает настоящую Декларацию.

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 1 — Сфера применения

(а) Декларация затрагивает этические вопросы, касающиеся медицины, наук о жизни и связанных с ними технологий применительно к человеку, с учетом их социальных, правовых и экологических аспектов.

(б) Декларация обращена к государствам. Когда это необходимо и целесообразно, она также устанавливает ориентиры для решений или практических действий отдельных лиц, групп, общин, учреждений и корпораций, как государственных, так и частных.

Статья 2 — Цели

Настоящая Декларация преследует следующие цели:

- (i) обеспечение универсального комплекса принципов и процедур, которыми могут руководствоваться государства при выработке своих законодательных норм, политики или других инструментов в области биоэтики;
- (ii) установление ориентиров для действий отдельных лиц, групп, общин, учреждений и корпораций, как государственных, так и частных;
- (iii) поощрение уважения человеческого достоинства и защиты прав человека путем обеспечения уважения человеческой жизни и основных свобод в соответствии с международными нормами в области прав человека;
- (iv) признание важного значения свободы научных исследований и благ, приносимых научно-техническим прогрессом, с указанием при этом на необходимость того, чтобы такие исследования и прогресс не выходили за рамки этических принципов, изложенных в настоящей Декларации, и уважали человеческое достоинство, права человека и основные свободы;
- (v) содействие многодисциплинарному и плюралистическому диалогу по биоэтическим проблемам между всеми заинтересованными сторонами и в рамках всего общества в целом;
- (vi) поощрение обеспечения справедливого доступа к медицинским, научным и техническим достижениям, максимально широкому распространению знаний о таких достижениях и быстрому обмену этими знаниями, а также совместного использования благ с уделением особого внимания потребностям развивающихся стран;
- (vii) обеспечение защиты и реализации интересов нынешних и будущих поколений;

(viii) уделение особого внимания значимости биоразнообразия и необходимости того, чтобы все человечество заботилось о его сохранении.

ПРИНЦИПЫ

В рамках сферы применения настоящей Декларации в решениях или практических действиях, принимаемых или осуществляемых теми, к кому она обращена, должны соблюдаться следующие принципы:

Статья 3 — Человеческое достоинство и права человека

(a) Должно обеспечиваться полное уважение человеческого достоинства, прав человека и основных свобод.

(b) Интересы и благосостояние отдельного человека должны главенствовать над интересами собственно науки или общества.

Статья 4 — Благо и вред

В процессе применения и развития научных знаний, медицинской практики и связанных с ними технологий следует добиваться получения максимальных прямых и косвенных благ для пациентов, участников исследований и других затрагиваемых лиц и сводить к минимуму любой возможный для них вред.

Статья 5 — Самостоятельность и индивидуальная ответственность

Должна обеспечиваться самостоятельность лиц в принятии решений при соответствующей ответственности за эти решения и уважении самостоятельности других. В отношении лиц, которые не обладают правоспособностью для совершения самостоятельных действий,

должны приниматься специальные меры по защите их прав и интересов.

Статья 6 — Согласие

(a) Любое медицинское вмешательство в профилактических, диагностических или терапевтических целях должно осуществляться только с предварительного, свободного и информированного согласия соответствующего лица на основе надлежащей информации. Согласие, в соответствующих случаях, должно быть явно выраженным и может быть отозвано соответствующим лицом в любое время и по любой причине без негативных последствий или ущерба.

(b) Научные исследования следует проводить только с предварительного, свободного, явно выраженного и информированного согласия соответствующего лица. Информация должна быть адекватной, предоставляться в понятной форме и включать указание способов отзыва согласия. Согласие может быть отозвано соответствующим лицом в любое время и по любой причине без негативных последствий или ущерба.

Исключения из этого принципа следует делать только в соответствии с этическими и правовыми нормами, принятыми государствами, согласно принципам и положениям, изложенным в настоящей Декларации, в частности в статье 27, и международным нормам в области прав человека.

(с) В соответствующих случаях при проведении исследования над группой лиц или общиной может заключаться дополнительное соглашение с юридическими представителями этой группы или общины. Ни при каких обстоятельствах информированное согласие отдельного лица не должно подменяться коллективным общинным соглашением или согласием руководителя общины или другого представителя власти.

Статья 7 — Лица, не обладающие правоспособностью давать согласие

В соответствии с внутренним законодательством особая защита должна обеспечиваться лицам, не обладающим правоспособностью давать согласие:

(а) разрешение на проведение исследований и медицинскую практику следует получать исходя из наилучших интересов соответствующего лица и в соответствии с внутренним законодательством. Вместе с тем необходимо, чтобы соответствующее лицо в максимально возможной степени участвовало в процессе принятия решений относительно согласия, а также отзыва согласия;

(б) исследования следует проводить только в целях получения прямой выгоды для здоровья заинтересованного лица при наличии соответствующего разрешения и соблюдении предусмотренных законом условий защиты и при отсутствии альтернативы проведения исследований сопоставимой эффективности с участием лиц, обладающих правоспособностью давать согласие. Исследования, потенциально не приносящие прямой выгоды для здоровья, следует проводить только в порядке исключения, при максимальных ограничениях, подвергая соответствующее лицо только минимальному риску и создавая для него минимальное бремя, и только в том случае, если такие исследования, как ожидается, принесут пользу здоровью других лиц той же категории, при соблюдении условий, предусмотренных законодательством, и в соответствии с нормами защиты прав человека отдельного лица. Следует уважать отказ таких лиц от участия в исследованиях.

Статья 8 — Уважение ранимости человека и целостности человеческой личности

В процессе применения и развития научных знаний, медицинской практики и связанных с ними технологий следует учитывать ранимость человека. Следует защищать отдельных лиц и группы, отличающиеся особой ранимостью, и уважать целостность личности таких лиц.

Статья 9 — неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность

Следует соблюдать неприкосновенность частной жизни соответствующих лиц и конфиденциальность касающейся их лично информации. В максимальной возможной степени такую информацию не следует использовать или разглашать, кроме как для целей, для которых она была собрана или в отношении которых давалось согласие, в соответствии с международным правом, в частности международными нормами в области прав человека.

Статья 10 — Равенство, справедливость и равноправие

Должно обеспечиваться соблюдение основополагающего принципа равенства всех людей в том, что касается их достоинства и прав, для целей справедливого и равноправного обращения с ними.

Статья 11 — Недопущение дискриминации и общественного осуждения

Никакое отдельное лицо или группа не должны подвергаться дискриминации или общественному осуждению на каких бы то ни было основаниях в нарушение принципа уважения человеческого достоинства, прав человека и основных свобод.

Статья 12 — Уважение культурного разнообразия и плюрализма

Следует уделять должное внимание важному значению культурного разнообразия и плюрализма. Вместе с тем эти соображения не должны использоваться в качестве предлога для ущемления человеческого достоинства, прав человека и основных свобод, а также в ущерб принципам, изложенным в настоящей Декларации, и не должны ограничивать сферу применения этих принципов.

Статья 13 — Солидарность и сотрудничество

С этой целью должны поощряться солидарность между людьми и международное сотрудничество.

Статья 14 — Социальная ответственность и здоровье

(а) Содействие улучшению здоровья и социальному развитию своего населения является одной из основных целей правительств, которую разделяют все слои общества.

(b) Ввиду того, что достижение наивысших возможных стандартов здоровья является одним из основных прав каждого человека без различия по признаку расы, религии, политических убеждений, экономического или социального положения, прогресс в области науки и техники должен способствовать:

(i) доступу к качественным медицинским услугам и важнейшим лекарствам,

особенно в том, что касается здоровья женщин и детей, поскольку здоровье имеет важнейшее значение для самой жизни и должно рассматриваться в качестве общественного и человеческого блага;

- (ii) доступу к надлежащему снабжению продуктами питания и водой;
- (iii) улучшению условий жизни и состояния окружающей среды;
- (iv) недопущению маргинализации и отчуждения лиц на каких бы то ни было основаниях; и
- (v) сокращению масштабов нищеты и неграмотности.

Статья 15 — Совместное использование благ

(a) Блага, связанные с проведением любых научных исследований и применением их результатов, следует использовать совместно со всем обществом в целом и международным сообществом, в частности с развивающимися странами. Для целей реализации настоящего принципа благ могут принимать любую из следующих форм:

- (i) оказание специальной и долговременной помощи и выражение признательности лицам или группам, участвовавшим в исследованиях;
- (ii) доступ к качественным медицинским услугам;
- (iii) применение новых диагностических и терапевтических методик и продуктов, разработанных в результате исследований;
- (iv) поддержка служб здравоохранения;
- (v) доступ к научно-техническим знаниям;
- (vi) укрепление потенциала в области проведения исследований; и
- (vii) блага в других формах, соответствующие принципам, изложенным в настоящей Декларации.

(b) Блага не должны представлять собой ненадлежащие стимулы для участия в исследованиях.

Статья 16 — Защита будущих поколений

Следует уделять должное внимание воздействию наук о жизни на будущие поколения, в том числе на их генетические характеристики.

Статья 17 — Защита окружающей среды, биосферы и биоразнообразия

Следует уделять должное внимание взаимосвязи между человеком и другими формами жизни, важности надлежащего доступа к биологическим и генетическим ресурсам и их использования, уважению традиционных знаний и роли человека в защите окружающей среды, биосферы и биоразнообразия.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРИНЦИПОВ

Статья 18 — Принятие решений и рассмотрение биоэтических проблем

(a) Следует поощрять профессионализм, честность, добросовестность и прозрачность в принятии решений, в частности объявление обо всех случаях конфликта интересов и соответствующий обмен знаниями. Следует предпринимать все усилия для использования самых прогрессивных научных знаний и методологий при рассмотрении и периодическом обзоре биоэтических проблем.

(b) Следует поощрять соответствующих лиц и профессиональных работников, а также все общество в целом к диалогу на постоянной основе.

(c) Следует расширять возможности для проведения информированных общественных обсуждений на плюралистической основе при обеспечении выражения всех соответствующих мнений.

Статья 19 — Комитет по этике

Следует создавать независимые, многодисциплинарные и плюралистические комитеты по этике, оказывать им содействие и поддерживать их деятельность на надлежащем уровне в целях:

(i) оценки соответствующих этических, правовых, научных и социальных проблем, касающихся исследовательских проектов, объектом которых является человек;

(ii) консультирования по этическим проблемам в клинической медицине;

(iii) оценки научно-технического прогресса, выработки рекомендаций, содействия подготовке руководящих принципов по вопросам, относящимся к сфере применения настоящей Декларации; и

(iv) содействия обсуждению, просвещению и информированию общественности по вопросам биоэтики и ее привлечению к их решению.

Статья 20 — Оценка и регулирование рисков

Следует содействовать соответствующей оценке и надлежащему регулированию рисков, касающихся медицины, наук о жизни и связанных с ними технологий.

Статья 21 — Транснациональные виды практики

(a) Государствам, государственным и частным учреждениям и специалистам, связанным с транснациональной деятельностью, следует прилагать усилия к тому, чтобы любая деятельность в рамках сферы применения настоящей Декларации, которая осуществляется, финансируется или тем или иным образом обеспечивается полностью или частично на в различных государствах, соответствовала принципам, изложенным в настоящей Декларации.

(b) Когда исследования или та или иная связанная с ними работа осуществляются в одном или нескольких государствах (государство (государства) про-

ведения исследований) и финансируются из источника, находящегося в другом государстве, такие исследования должны подвергаться этическому обзору на соответствующем уровне в государстве (государствах) проведения исследований и в том государстве, в котором находится источник финансирования. Такой обзор должен основываться на этических и правовых нормах, которые соответствуют принципам, изложенным в настоящей Декларации.

(с) Транснациональные исследования, касающиеся здоровья, должны учитывать потребности тех стран, в которых они проводятся, и следует признавать важность того, чтобы исследования способствовали снижению остроты серьезных глобальных проблем в области здравоохранения.

(d) При проведении переговоров по соглашению об исследованиях следует оговаривать условия сотрудничества и заключать соглашения о полезных результатах таких исследований при равном участии сторон в таких переговорах.

(е) Государствам следует принимать, как на национальном, так и на международном уровне, надлежащие меры для борьбы с биотерроризмом, незаконным оборотом органов, тканей и образцов, а также генетических ресурсов и генетических материалов.

СОДЕЙСТВИЕ РЕАЛИЗАЦИИ ДЕКЛАРАЦИИ

Статья 22 — Роль государств

(а) Государствам следует принимать все надлежащие меры, будь то законодательного, административного или иного характера, для реализации принципов, изложенных в настоящей Декларации, в соответствии с международными нормами в области прав человека. Такие меры следует дополнять соответствующей деятельностью в сфере образования, профессиональной подготовки и общественной информации.

(b) Государствам следует поощрять создание независимых, междисциплинарных и плюралистических комитетов, о которых говорится в статье 19.

Статья 23 — Образование, профессиональная подготовка и информация в сфере биоэтики

(а) В целях содействия реализации принципов, изложенных в настоящей Декларации, а также обеспечения более глубокого понимания этических последствий научно-технического прогресса, в частности для молодежи, государствам следует прилагать усилия по содействию образованию и профессиональной подготовке в области биоэтики, а также поощрению осуществления программ распространения информации и знаний о биоэтике.

(b) Государствам следует поощрять участие в этих усилиях международных и региональных межправительственных организаций, а также международных, региональных и национальных неправительственных организаций.

Статья 24 — Международное сотрудничество

(а) Государствам следует расширять распространение научной информации на международном уровне и поощрять беспрепятственный обмен научно-техническими знаниями и их совместное использование.

(b) В рамках международного сотрудничества государствам следует расширять взаимодействие в сфере культуры и науки и заключать двусторонние и многосторонние соглашения, дающие развивающимся странам возможность укреплять собственный потенциал для участия в производстве и совместном использовании научных знаний, соответствующего «ноу-хау» и связанных с ними благ.

(с) Государствам следует поддерживать и развивать отношения солидарности между государствами, а также отдельными лицами, семьями, группами и общинами с уделением особого внимания интересам тех, кто оказался в уязвимом положении вследствие болезни или инвалидности или в результате воздействия личностных, общественных или экологических факторов, а также наименее обеспеченных лиц.

Статья 25 — Последующая деятельность ЮНЕСКО

(а) ЮНЕСКО поощряет реализацию принципов, изложенных в настоящей Декларации, и распространяет информацию о них. При этом ЮНЕСКО следует опираться на помощь и поддержку Межправительственного комитета по биоэтике (МПКБ) и Международного комитета по биоэтике (МКБ).

(b) ЮНЕСКО подтверждает свою приверженность решению биоэтических проблем и поощрению взаимодействия между МПКБ и МКБ.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 26 — Взаимосвязанность и взаимодополняемость принципов

Настоящую Декларацию следует воспринимать как единое целое, а принципы — как взаимодополняемые и взаимосвязанные. Каждый принцип должен рассматриваться в контексте других принципов, насколько это необходимо и уместно в соответствующих обстоятельствах.

Статья 27 — Ограничение действия принципов

В случае необходимости ограничения применения принципов настоящей Декларации это следует делать на основании законов, в том числе законов, принятых в интересах обеспечения общественной безопасности, расследования и выявления уголовных правонарушений и преследования за них, охраны общественного здоровья или защиты прав и свобод других лиц. Любые такие законы должны соответствовать международным нормам в области прав человека.

Статья 28 — Недопущение действий, ущемляющих права человека, основные свободы и человеческое достоинство

Ничто в настоящей Декларации не может быть истолковано как дающее тому или иному государству, группе или отдельному лицу какие-либо основания заниматься любой деятельностью или совершать любые действия, ущемляющие права человека, основные свободы и человеческое достоинство.

