

Ценностные регулятивы развития современного естествознания

Биоэтика: понятие, основные
направления биоэтических дискуссий

Проблема ценности человеческой жизни в свете новейших открытий биомедицины



Биоэтика - это совокупность принципов, предупреждающих о негативных последствиях биомедицинских технологий не только для человека, но и для общества в целом.

Биоэтика: факторы формирования

- быстрый прогресс медицинской технологии и широкий размах биомедицинских исследований.
- проблемы этического и правового регулирования научных исследований.
- “прогностический” характер современной медицины.
- «осложнение» медицинской практики институциональным окружением.

Биоэтика: факторы формирования

- коммерциализация медицины и науки в целом.
- вопросы охраны здоровья выходят на приоритетное место в политической жизни.
- медикализация жизни человека.
- закрепление нового понимания характера взаимоотношений между медиком и пациентом.

Модели взаимоотношения врач-пациент (по Р. Витчу)

Инженерная

Принципы

Отношение, как к безличному механизму

Задачи

Исправление отклонений физиологического механизма

Методы диагностики

Физиологические параметры, биохимические, рентгенологические

Противоречит принципу уважения автономии пациента. Пациент не участвует в обсуждении

Пастырская

Принципы

Межличностные отношения отец-ребенок, наставник-подопечный.

Любовь, милосердие, забота, справедливость. (отражено в клятве Гиппократата)

Патернализм нравственно оправдан в должном месте и в должной мере (педиатрия, психиатрия).

Взаимоотношения могут перерасти в отношения типа «начальник-подчиненный»

Коллегиальная

Принципы

Равноправие

Врач сообщает правдивую информацию (диагноз, методы лечения, осложнения и т. д.) Пациент участвует в обсуждении. Реализуется право свободного выбора.

На процесс лечения негативно могут влиять некомпетентность или особенности психики пациента

Контрактная

Принципы

Идея общественного договора

Каждая сторона несет свои обязательства и каждая достигает своей выгоды.

Заключается договор на медицинское обслуживание с лечебным учреждением или через страховую компанию. Защищает моральные ценности личности.

Незначительное место в структуре оказания медицинской помощи населению

Типология биоэтических проблем

В XX веке *границы человеческого существования утратили статус естественной заданности:*

- Проблемы начала человеческой жизни;
- Проблемы конца человеческой жизни;
- Проблемы сохранения физической и психической целостности человека.

Проблемы ответственности гражданина и государства в вопросах охраны здоровья.

Что такое новые репродуктивные технологии?

В понятие «новые репродуктивные технологии» включаются:

- искусственная инсеминация;
- экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) и имплантация эмбриона в полость матки;
- суррогатное материнство.

Начало человеческой жизни.

Проблемы:

статус эмбриона человека; правомочность манипуляций на половых клетках человека и на эмбрионе как с медицинскими, так и с исследовательскими целями; правомочность криоконсервации эмбрионов человека, сперматозоидов и их использования для реципиентов; этические и правовые аспекты донорства половых клеток и поведение (относительно доноров) реципиентов и рожденных с помощью репродуктивных технологий детей: правомочность использования «суррогатной матери».

Статус эмбриона человека: 2 группы позиций

Первая группа определяет начало человеческого существования с точки зрения естественных биомедицинских наук:

- с формированием дыхательной системы,
- с периодом формирования сердечно-сосудистой системы,
- с началом функционирования ствола мозга,
- с образованием первичной полоски,
- с имплантацией бластоцисты в стенку матки,
- с моментом слияния гамет/с образованием генома человека.

I. Естественнонаучный подход.

1. Формирование **дыхательной** системы

Проблемы использования критерия:

- начало формирования дыхательной системы – через 4 недели после оплодотворения, окончание – к 20 неделям.

Пятая неделя жизни эмбриона



1. Естественнонаучный подход.

2. Формирование сердечно-сосудистой системы.

Проблемы использования критерия:

- что есть начало сердцебиения:
дорсальная аорта, четырехкамерное сердце млекопитающего, «сердце взрослого человека»?
- проблема врожденных аномалий сердца и сосудов.

1. Естественнонаучный подход.

3. Формирование центральной нервной системы.

Проблемы использования критерия:

- корректно ли связывать начало жизни с началом функционирования ствола и появлением чувствительности у плода?
- когда плод приобретает способность чувствовать?



I. Естественнонаучный подход.

4. Образование первичной полоски.

Проблемы использования критерия:

- корректно ли исключать стадию преэмбриона из процесса развития жизни?



1. Естественнонаучный подход.

5. Имплантация бластоциты в стенку матки.

Проблемы использования критерия:

- допускает проведение экспериментов с эмбрионами в предимплантационном периоде;
- отказ в человеческих свойствах и правах неимплантированному эмбриону.

1. Естественнонаучный подход.

6. Момент слияния гамет (образование генома)

*Проблемы использования
критерия:*

- генетический код как основная структура телесности;
- полный запрет на проведение экспериментов с эмбрионами.



Статус эмбриона человека: 2 группы позиций

Вторая группа определяет начало человеческого существования с позиций гуманитарных, этико-философских подходов:

- градуализм,
- психоаналитический подход,
- морально-интенциональный подход,
- теологический подход.

Гуманитарный этико-философский подход: градуализм

Градуализм – это позиция, утверждающая постепенное одушевление эмбриона и приобретение им человеческих, личностных свойств.

Аргументы:

1. феномен естественной убыли.
2. феномен тотипотентности.

Томас Шеннон и Аллан Уолтер считают возможным различать понятия «преэмбрион» и собственно эмбрион. «Преэмбрион» состоит из скопления преимущественно недифференцированных клеток, каждая из которых обладает тотипотентностью. Поэтому они ратуют за теорию «опосредствованного», а не «прямого одушевления», «одушевления» не бывает ранее «обособления», имплантации и переустройства клеточной структуры, необходимых для возникновения эмбриона.

Гуманитарный этико-философский подход: градуализм

Жером Лежен опровергает утверждение о недифференцированности бластомеров в книге «Концентрационная банка. Когда начинается человеческая жизнь?»: квалификация «преэмбриона» как «недифференцированной массы клеток» есть заблуждение.

Дифференциация, делающая возможным индивидуальное существование, наступает по окончании оплодотворения.

Гуманитарный этико-философский подход: психоаналитический подход

Проблема развития человеческой души до рождения интересовала самого **З.Фрейда**, но впервые целостно оформить ее попытался один из его учеников **Отто Ранк** (1880-1939) – австрийский психолог и психотерапевт, давший жизнь новому течению в психоанализе – *неофрейдизму*.

Основное сочинение - «**Травма рождения**» (1924) - разлука с матерью и утрата матки рассматривается в качестве основных травмирующих аспектов рождения.

Современная трансперсональная психотерапия и другие формы эмпирической работы: рождение травмирует потому, что само прохождение через родовой канал связано с чрезвычайно высоким психоэмоциональным, физическим стрессом и болью.

Гуманитарный этико-философский подход: психоаналитический подход

Родоначальник *трансперсональной психологии* – **Станислав Грофа** работа «**За пределами мозга**» (1985): между существованием личности *до* рождения и *после* нет резкой качественной грани, с рождения у личности начинается собственно биографическая стадия ее бытия, но до биологических родов у нее уже присутствуют как тело, так и душа.

Гуманитарный этико-философский подход: социологизм

Утверждения о “социальной” сущности человека основывались на следующих высказываниях:



• шестой тезис К.Маркса о Фейербахе:”...сущность человека ... есть совокупность всех общественных отношений” (К. Маркс., Ф. Энгельс. Соч.2-е изд.,1955, т.3, с.3.);



• положение о том, что “индивид есть *общественное существо*. Поэтому всякое проявление его жизни - даже если оно и не выступает в непосредственной форме *коллективного* совершаемого совместно с другими, проявления жизни, - является проявлением и утверждением *общественной жизни*” (К.Маркс., Ф.Энгельс. Из ранних произведений, М.,1956, с.590.);



“*как само общество производит человека как человека*, так и он *производит общество*” (К.Маркс., Ф.Энгельс. Из ранних произведений, М.,1956, с.589).

Гуманитарный этико-философский подход: морально-интенциональный подход

Исходный тезис - признание того, что любое моральное отношение предполагает наличие, по крайней мере, двух субъектов (S+S) .

“Биологическое” основание моральной субъектности человеческого эмбриона его уникальность как биофизиологического субъекта.

Эмбрион человека является реальным субъектом моральной рефлексии, может быть подвергнут моральному или аморальному действию и, следовательно, его включенность в моральные отношения определяют его статус.

Гуманитарный этико-философский подход: теологический подход

Ислам

Аяте 228 вторая сура Корана: разведенная женщина не может снова выйти замуж раньше, чем через 90 дней, что позволяет избежать сомнения относительно отцовства. Овдовевшей женщине следует по той же причине ждать 130 дней, или 4 месяца 10 дней, прежде чем снова выходить замуж.

Коран косвенным образом определяет личностный статус зародыша.

Гуманитарный этико-философский подход: теологический подход

Католическая Церковь

Катехизис: “С самого начала зародыш должен почитаться за личность”.

Православие

Евангелие от Луки: “Когда Елисавета услышала приветствие Марии, взыграл младенец во чреве ее; и Елисавета исполнилась Святого Духа, и воскликнула громким голосом, и сказала: благословенна Ты между женами, и благословен плод чрева Твоего! И откуда это мне, что пришла Матерь Господа моего ко мне?” (Лк 1:41–43).

Статус эмбриона: выводы

В рамках естественнонаучного подхода нет утверждения о начале человеческой жизни с момента рождения. Социологизм, признающий начало человеческого существования лишь с момента рождения, несостоятелен с точки зрения естественнонаучных позиций, которые в большей или меньшей степени отдаляют начало человеческой жизни от периода рождения. Позиция генетиков о начале человеческого существования с момента слияния гамет (образования генома) согласуется с выводами теологии и с положениями морально-интенционального подхода.

Законодательное закрепление статуса эмбриона

Национальные акты:

- ФРГ: “каждый имеет право на жизнь и физическую неприкосновенность... это относится и к нерожденным детям”
- Ирландия: “государство признает право на жизнь нерожденного ребенка..., гарантирует в законах уважение, защищает и поддерживает своими законами это право”;
- Словацкая республика, Чешская республика: “человеческая жизнь достойна охраны до рождения”.
- РФ: “основные права и свободы человека принадлежат каждому от рождения”.

Законодательное закрепление статуса эмбриона

Международные акты:

1. статья 3 «Всеобщей декларации прав человека» 1948г.
”Каждый человек имеет право на жизнь, на свободу и на личную неприкосновенность”
2. статья 1 «Конвенции о правах ребенка» ГА ООН, 1989 г. “ребенком является каждое человеческое существо до достижения 19 летнего возраста”
3. статья 4 пункт 1 Американской конвенции о правах человека 1969 г. (Конвенция вступила в силу в 1978 г.)
“Каждый человек имеет право на уважение его жизни. Это право защищается законом (и, как правило) с момента зачатия. Никто не может быть произвольно лишен жизни”

Что такое новые репродуктивные технологии?

Понятие «новые репродуктивные технологии» (НРТ) включает разные виды искусственного оплодотворения.

- ❑ Искусственная инсеминация
- ❑ Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) и перенос эмбриона в полость матки (ПЭ)



Проблемы искусственной инсеминации.

- анонимность донора и реципиентов;
- возрастной предел для донора;
- возможность для пар, использующих донорскую сперму, получить информацию о доноре;
- родительских права доноров половых клеток;
- право совершеннолетних детей иметь информацию о доноре.

Экстракорпоральное оплодотворение и перенос эмбриона в полость матки.

Проблемы:

1. пределы допустимых манипуляций с половыми клетками и эмбрионами.

«Понятие манипуляция» означает:

- культивирование *in vitro*,
- проведение исследований и экспериментов,
- криоконсервация и последующее хранение с последующим использованием для выполнения практической программы ЭКО-ПЭ или в научных целях.



Экстракорпоральное оплодотворение и перенос эмбриона в полость матки.

2. проблема «лишних эмбрионов»
3. последствия для репродуктивной функции пациенток.
4. проблемы здоровья детей, зачатых *in vitro*.
5. проблемы криоконсервации («владельцы», сроки хранения).
6. возможности преимплантационной диагностики.

планшет для ЭКО



Проведение исследований на эмбрионах

- Швейцария, Норвегия, Турция, Ирландия, Эстония: полный запрет на проведение исследований.
- США: запрет на финансирование исследований из средств Федерального Правительства
- Австралия, Швеция, Великобритания, Испания: регулирование исследований на эмбрионах.



Суррогатное материнство



- разрушает традиционные представления о социальных ролях матери, отца, дочери и т.д.;
- усложняет юридическое оформление соотношений биологической матери (вынашивающей) и генетической (донора яйцеклетки). Это в полной мере относится к искусственной инсеминации спермой донора;
- ставит под сомнение принцип ответственности родителей за своих детей, значимость семьи в жизни отдельного человека и всего человеческого общества;
- открывает возможность законодательного разрешения коммерческого материнства, вероятность возникновения моральных проблем в случае рождения ребенка «по заказу» «ненадлежащего качества» (больного, нежелательного пола и прочее).

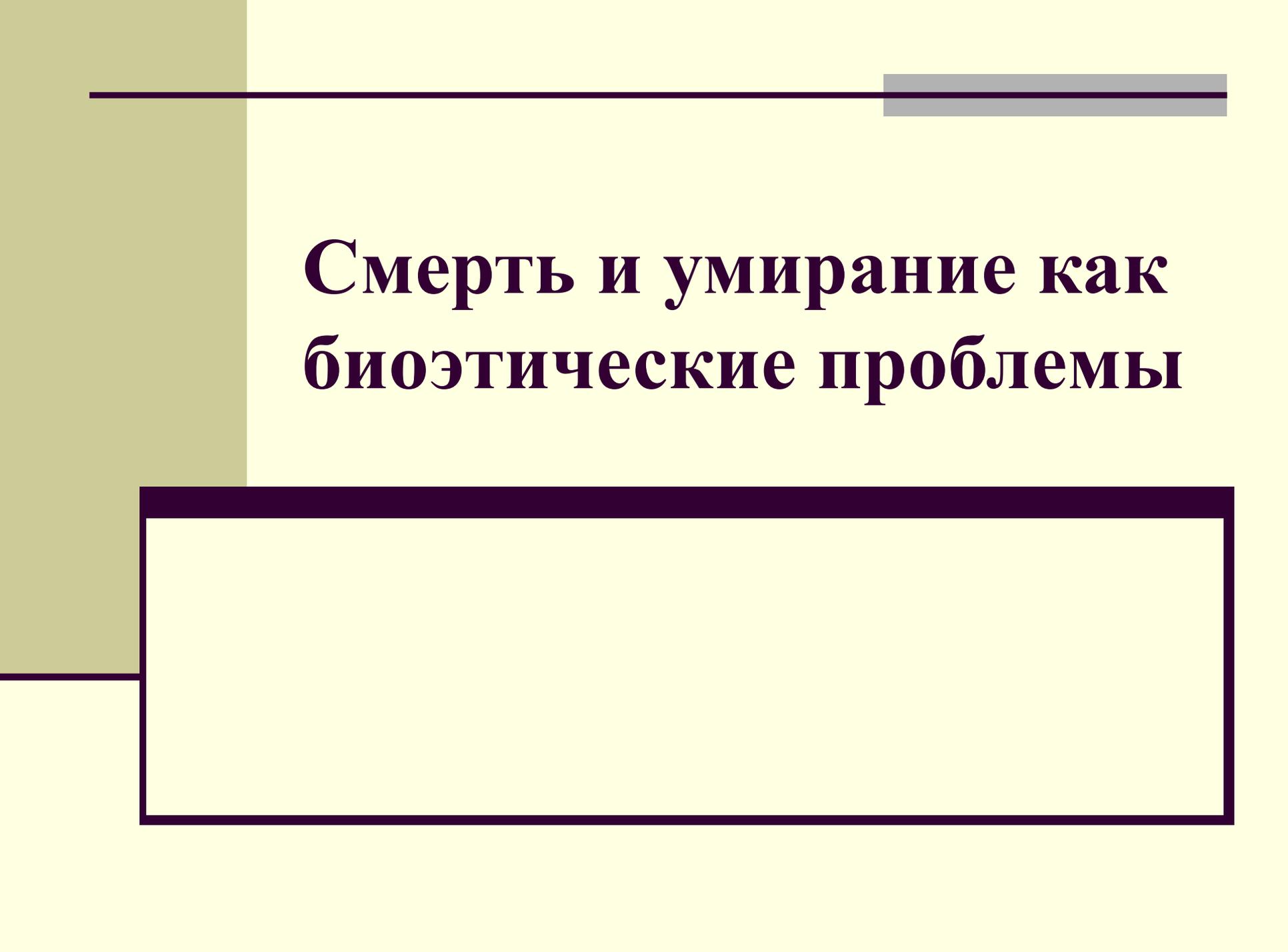
Правовая основа применения новых репродуктивных технологий в России

- Статья 35 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан в Российской Федерации»,
- Приказ №301 Минздрава РФ от 28 декабря 1993 г. «О применении методов искусственной инсеминации женщин спермой донора по медицинским показаниям и метода экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона в полость матки для лечения женского бесплодия».

Проблемы начала жизни в свете новых технологий: выводы

Развитие биомедицинских технологий значительно опережает осмысление возможных духовно-нравственных и социальных последствий их бесконтрольного применения способствует распространению «идеологии репродуктивных прав», устанавливающей приоритет биологических прав родителя над социальными. Устанавливает отношение к человеческой жизни как продукту, который можно выбирать согласно собственным склонностям и которым можно распоряжаться наравне с материальными ценностями.

Разнообразие и противоречивость мнений по вопросам использования методов репродуктивной технологии с целью решения проблем деторождения нуждается в широком обсуждении специалистов разного рода: гинекологов, генетиков, эмбриологов, психиатров, этиков, юристов, социологов, теологов.



Смерть и умирание как биоэтические проблемы

Отношение к смерти как характеристика культуры

Сотериологический тип культуры:

- СМЫСЛ ЖИЗНИ ВЫНЕСЕН за пределы жизни.
- общество и каждый человек заботятся о вечной участи, как бы она ни понималась.
- смерть воспринимается как стадия жизни, задающая всю систему нравственных координат.



Отношение к смерти как характеристика культуры

Гедонистический тип культуры:

культуры Индии, Рим эпохи упадка и современную европейскую цивилизацию

- все внимание уделяется посясторонней реальности.
- Гедонизм, по определению, обращен к этой земной жизни, ее радостям и наслаждениям. Главная задача человека — достичь земного счастья.
- смерть предстает тупиком, в который безжалостное время загоняет живых. Отрицается бессмертие человеческой души.



Медицина и проблема смерти: история вопроса

- с Гиппократом до XVII века - прекращение лечения после обнаружения знаков смерти - «Гиппократов лик» («facies Hippocratica»)
- XVII - XVIII вв. - неуверенность и двусмысленность в отношении жизни, смерти и их пределов.
- XIX век – медицинализация смерти

Последствия медикализации смерти

- проблема определения момента смерти стала вопросом, требующим применения технических средств, методов и критериев, известных только специалистам;
- медики обрели новую монополию, медицинская профессия укрепила свой статус и власть в обществе;
- местом, где человек расстается с жизнью, все чаще становится лечебное учреждение.

Смерть и умирание в эпоху новых медицинских технологий

- Традиционно смерть определялась по таким критериям, как необратимая остановка дыхания и кровообращения.
- Научно-технический прогресс биомедицины в XX столетии привел к появлению трудностей морально-этического, а также юридического характера.
- Вводятся понятия *«клинической смерти»* (отсутствуют видимые признаки жизни, такие как сердечная деятельность и дыхание, угасают функции центральной нервной системы, но сохраняются обменные процессы в тканях) и *«биологической смерти»* (восстановление жизненных функций невозможно).

Паллиативная помощь

Группа ученых под руководством Элизабет Кюблер-Росс: проводила исследования по психологии терминальных больных.

Пять этапов, которые проходит психика человека с диагнозом смертельной болезни:

1. этап — отрицание
2. этап — протест
3. этап — договорной этап
4. этап — депрессия
5. этап — принятие

Паллиативная помощь

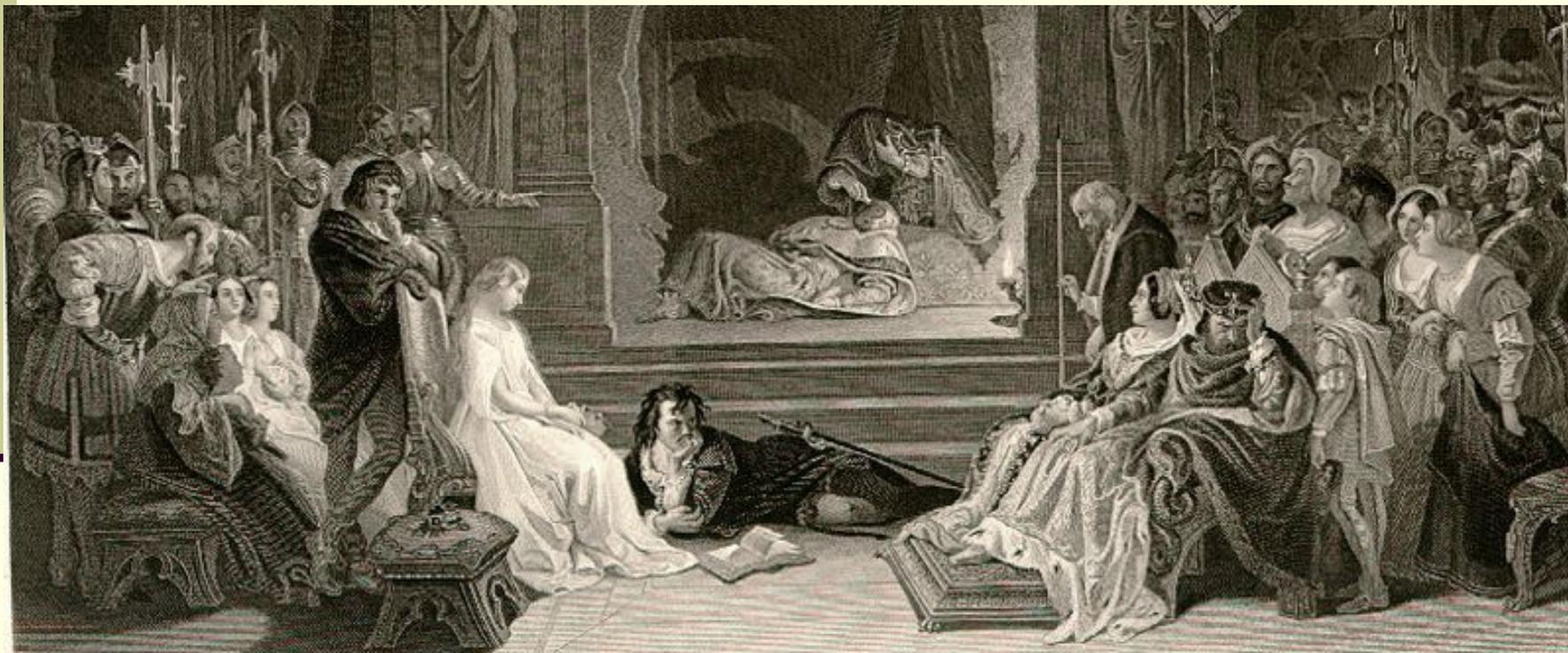
- *Паллиативная помощь* – «pallium» - "оболочка", "покрытие".
- Система *паллиативной помощи* включает: обезболивание, уход, социально-психологическая поддержка и прочие меры, имеющие целью обеспечить достойное человека умирание.
- Ближайшая задача такой помощи - защитить пациента от психофизических страданий и болей.
- Различные формы организации паллиативной медицины - это патронажная служба помощи на дому, дневные и ночные стационары, специализированные отделения больниц общего профиля, выездная служба ("скорая помощь") и хосписы.

Хосписы

- Основатель современных хосписов (организаций по физической и моральной поддержке умирающих больных) - англичанка С. Сондерс
- борьба с болью как условие реализации одного из фундаментальных прав пациента - права на достойное умирание
- для пациента хосписа значимым является *качество*, а не *продолжительность* жизни. В понятии "*качество жизни*" соотносятся два аспекта: объективный (улучшение объективных параметров за счет решения клинических проблем и проблем сестринского ухода) и субъективный (создание для пациента возможно более комфортных условий существования в целом, моральное самочувствие пациента, ослабление «страха смерти», снижение актуальности суицида).
- Паллиативное лечение - как средство, противостоящее чувству одиночества, отчуждения от мира людей, которые испытывают умирающие.

Преодоление страха смерти как задача паллиативной медицины

«Да, только страх чего-то после смерти смущает волю, и мы скорей снесём земное горе, чем убежим к неизвестности за гробом»



by Daniel Maclise (1806-1870)

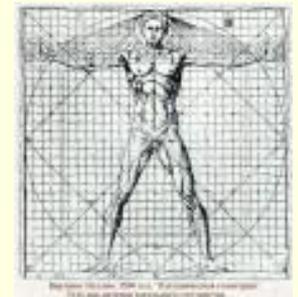
Критерий смерти

Требования к определению и критерию смерти:

- *обоснован с научно-медицинской точки зрения;*
- *доступен с практической точки зрения*
- *объективен;*
- *приемлем с точки зрения господствующих культурных и этических норм в обществе в целом.*

Критерий смерти

- *Смерть человека* – это необратимая деструкция и/или дисфункция критических систем организма, то есть систем незаменимых ни сейчас, ни в будущем искусственными биологическими, химическими или электротехническими системами.



Причины, позволяющие отождествлять смерть мозга со смертью индивида:

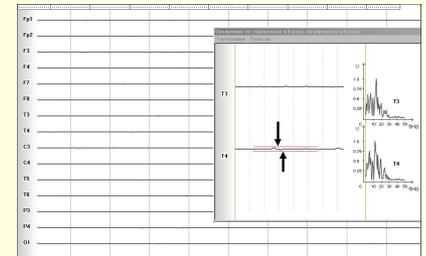
- после необратимого прекращения функционирования мозга все остальные системы органов неизбежно прекратят работать;
- утраченные функции мозга в отличие от других систем органов невозместимы;
- необратимое прекращение функционирования мозга равнозначно потере сознания навсегда;
- с прекращением функционирования мозга организм утрачивает чувствительность;
- с прекращением функционирования мозг утрачивает свою интегрирующую функцию;
- определение смерти на основе прекращения функционирования мозга есть всего лишь открытое признание истинной причины, лежащей в основе традиционной диагностики смерти по прекращению циркуляции крови.

Причины предложения смерти мозга как критерия смерти:

- Развитие реанимационных средств поддержания жизни и их применение в отношении пациентов с необратимыми разрушениями мозга.
- Необходимость медицинских, юридических и моральных оснований забора органов для трансплантации.

Под «смертью мозга» можно понимать:

- Гибель всего мозга, включая его ствол.
- Гибель ствола мозга, при сохранении признаков жизнеспособности полушарий мозга;
- Гибель коры мозга, обеспечивающей реализацию высших личностных качеств.



Юридическое оформление критерия смерти как смерти мозга

- США 1981 г.: формулировка так называемой "полной мозговой смерти". Были указаны два критерия смерти: 1) необратимое прекращение функций кровообращения и дыхания; 2) необратимое прекращение всех функций мозга в целом, включая мозговой ствол.
- Россия 1992 г.: "Закон Российской Федерации о трансплантации органов и (или) тканей человека" (статья 9).

Суть документов, регламентирующих критерии смерти в том, что смерть устанавливается как по традиционным критериям (прекращение деятельности сердца и самостоятельного дыхания при отсутствии или неэффективности реанимации или срока ее начала, несовместимым с восстановлением мозга, т.е. приведшим к его гибели), так и по критериям собственно смерти мозга при сохраняющей деятельности сердца.

- В проблеме констатации смерти весьма существенен социальный аспект - смерть мозга есть критерий смерти для высокоразвитой системы здравоохранения, технически оснащенной медицины.

Эвтаназия: история проблемы



Ф. Бэкон понимал под эвтаназией легкую, безболезненную, даже счастливую смерть.

В наше время термин «эвтаназия» используется в ряде других значений:

- 1) ускорение смерти тех, кто переживает тяжелые страдания;
- 2) прекращение жизни лишних людей;
- 3) забота об умирающих;
- 4) предоставление человеку возможности умереть.

«Долг медика не только в том, чтобы восстанавливать здоровье, но и в смягчении страданий, вызванных болезнью; и состоит он не в том лишь, чтобы ослаблять боль, почитаемую опасным симптомом; если недуг признан неизлечимым, лекарь должен обеспечить пациенту легкую и мирную кончину, ибо нет на свете блага большего, нежели подобная эвтаназия...»

"Новый органон" 1623



Эвтаназия: история проблемы

- В первобытных обществах практика соответствовала второму и (отчасти) четвертому значениям термина эвтаназия. Древнегреческая Спарта, Сократ, Платон и философы-стоики от Зенона (IV - III в. до н.э.) до римского философа Сенеки (I в. до н.э. - I в. н.э.) оправдывали умерщвление очень слабых и тяжело больных людей, даже без их согласия.
- Аристотель, пифагорейцы, были противниками умерщвления тяжело больных. Воззрения пифагорейцев нашли отражение в "Клятве" Гиппократата.
- Христианство, воспринявшее от иудаизма представление о жизни человека как божьем даре, Блаженный Августин (IV - V в. н.э.), Фома Аквинский (1225 - 1274). Протестантизм: самоубийство не считается непростительным грехом, но при этом утверждается, что решение о судьбе души в вечности принадлежит одному Богу, а, следовательно, только Бог и может судить самоубийцу.
- В течение XIX в. призыв Ф. Бэкона к врачам об обязательности помощи умирающим стал этической нормой.

Эвтаназия: история проблемы

- В конце XIX - начале XX века дебаты о допустимости эвтаназии. Россия.
- В первой половине XX века нацистская Германия была страной, где эвтаназия осуществлялась в преступных целях и в массовых масштабах.
- После Второй Мировой войны общественное мнение во всем мире стало резко отвергать эвтаназию.

Проблема эвтаназии вновь оказалась в центре внимания в XX веке в связи:

- с развитием новых медицинских технологий;
- утверждением в медицинской практике права пациента на автономный выбор;
- появлением общественных движений, отстаивающих «право на достойную смерть».

Термин понимается как ускорение смерти тяжело и неизлечимо больного, осуществляемое по его воле или по воле уполномоченных им близких.

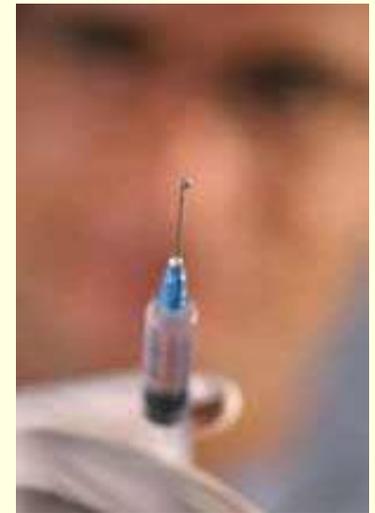
Моральный смысл различных форм эвтаназии

- Пассивная эвтаназия - это отказ от жизнеподдерживающего лечения, когда оно либо прекращается, либо вообще не начинается.
- При анализе отказа от лечения значимой является разница между ситуацией, когда принимается решение *не начинать лечение* (может быть нарушена «позитивная моральная обязанность»), и ситуацией, когда *прекращается уже начатое лечение* (может быть нарушена "негативная моральная обязанность").
- Активная эвтаназия - это преднамеренное вмешательство с целью прервать жизнь пациента.



Формы активной эвтаназии:

- убийство (или умерщвление) из сострадания;
- добровольная активная эвтаназия;
- самоубийство при помощи (ассистировании) врача.



Эвтаназия в современной Голландии

- В Голландии при осуществлении активной эвтаназии врачи не должны нарушать ни одного из 5 условий:
- Психические и физические страдания больного очень тяжелые без перспективы устранения;
 - Больной действительно хочет умереть и просил об эвтаназии недвусмысленно и неоднократно;
 - Решение больного независимо и принято на основе хорошей информированности;
 - Все виды альтернативной помощи исчерпаны или отвергнуты;
 - Врач, принимающий такое решение, консультируется с коллегой.



Эвтаназия в современной Голландии

В Голландии процедурные аспекты правил включают:

- в заключении о смерти исключается констатация естественной смерти.
- врач обязан информировать коронера о факте эвтаназии и подготовить развернутый доклад.
- коронер составляет доклад районному прокурору.
- прокурор принимает решение о возбуждении уголовного дела и вскрытии тела умершего.

Эвтаназия: юридические запреты в РФ

- 45-я статья “Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан”
 - эвтаназия представляет собой “удовлетворение медицинским персоналом 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”.
- 33-я статья “Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан
 - гражданин “имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения”.
 - при отказе “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”.

Активная эвтаназия: аргументы "за"

1. Человеку должно быть предоставлено право самоопределения (абсолютная автономия человека).
2. Человек должен быть защищен от жестокого и негуманного печения. Эвтаназия как последнее лекарство.
3. Человек имеет право быть альтруистом, имеет право на самопожертвование.
4. Человек имеет право быть альтруистом, имеет право на самопожертвование.
5. Достойная смерть как право на комфорт
6. "Экономический" аргумент.
7. Евгеника (генетическая селекция).

Активная эвтаназия: аргументы "против"

1. Активная эвтаназия суть покушение на непреходящую ценность, каковой является человеческая жизнь.
2. Несовместимость с врачебным призванием (“деонтологический подход”).
3. Возможность диагностической и прогностической ошибки врача. Случаи самопроизвольного излечения (вероятностный характер науки).
4. Эвтаназия не учитывает адаптационные возможности человека.
5. Угроза развитию медицинских технологий
6. Риск злоупотреблению со стороны персонала.
7. Психологические аргументы: терминальная болезнь может иметь высший смысл; просьба об эвтаназии может быть просьбой о помощи; опасность индуцирования врача; желание “облегчить страдания” может быть скрытым проявлением эгоизма.
8. Аргумент "наклонной плоскости ".

*Проблемы сохранения физической и психической
целостности при медико-биологических
вмешательствах:
ЭКСПЕРИМЕНТИРОВАНИЕ*

Нюрнбергский процесс: постановка проблемы регулирования экспериментов над людьми

- Первыми массовыми медицинскими исследованиями стали опыты нацистских медиков в 40-е годы.



Документы, регламентирующие проведение медицинских экспериментов

- Нюрнбергский Кодекс- первый в истории международный “Свод правил о проведении экспериментов на людях”
 1. Абсолютно необходимо добровольное согласие подопытного.
 2. Эксперимент должен приносить плодотворные результаты, недостижимые с помощью других методов и средств.
 3. Такой эксперимент должен организовываться и основываться на базе предварительных экспериментов над животными.
 4. Эксперимент должен быть построен так, чтобы исключить всякое ненужное физическое и психическое страдание или повреждение.
 5. Ни один эксперимент не должен проводиться там, где существует априорный повод полагать, что может иметь место смерть или калечащее повреждение.
 6. Нельзя рисковать там, где исследуемая проблема не является слишком важной для человечества.
 7. Необходимы соответствующие предосторожности, чтобы оградить того, кто участвует в эксперименте от возможности повреждений, смерти и недееспособности.
 8. Эксперимент должен проводиться только квалифицированными специалистами.
 9. Во время эксперимента подопытный должен иметь право в любой момент прекратить эксперимент.
 10. Во время эксперимента исследователь должен быть готов в любой момент прекратить эксперимент, если, по его мнению, продолжение последнего может привести к повреждениям, недееспособности или смерти подопытного.

Документы, регламентирующие проведение медицинских экспериментов

- **1954** год - Принципы Поведения Исследователей и Принципы Проведения Эксперимента (Всемирная Медицинская Ассоциация (WMA))
- **1964** год - Хельсинская Декларация (Всемирная медицинская ассамблея)
- **1971** год - Принципы Медицинской Этики Американской Медицинской Ассоциации (АМА)
- **1974** год - Директива Департамента Здравоохранения, Образования и Социального Обеспечения (DHEW)
- **1996** год - Конвенция о правах человека и биомедицине» Совета Европы

«Конвенция о правах человека и биомедицине» Совета Европы

- В области генома человека: проведение генетического тестирования допускается только в терапевтических целях; вмешательство в геном человека может быть осуществлено только в профилактических, терапевтических или диагностических целях.
- В области исследования на эмбрионах: создание эмбрионов человека в исследовательских целях запрещается.
- В области трансплантологии: забор органов у живых доноров может осуществляться только с их согласия и исключительно для лечения реципиента; тело человека и его части не должны служить источником финансовой выгоды.
Дополнительный протокол Конвенции 1997 года провозглашает запрет на клонирование человека.

Документы, регламентирующие проведение медицинских экспериментов

1. Конституция РФ:
 - статья 21 « ...Никто не может без добровольного согласия быть подвергнут медицинским, научным или другим испытаниям»,
2. Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан
 - статья 32 «Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина».
 - статья 43 «Проведение биомедицинского исследования допускается в учреждениях государственной и муниципальной системы здравоохранения... должно основываться на предварительно проведенном лабораторном эксперименте... может проводиться после получения письменного согласия гражданина».
3. Федеральный закон «О лекарственных средствах» 1998 года

Причины внимания биоэтики к медицинскому экспериментированию

- все возрастающий размах фармакологических экспериментов;
- растущая вовлеченность практикующих медиков в научные исследования;
- становление новых подходов к лечению заболеваний на базе современные технологии
- стирается различие между чисто экспериментальным и чисто терапевтическим медицинским воздействием



Нравственный принцип экспериментирования

Нравственный принцип, заключенный в документах, утверждает: каждый человек имеет право на достойное лечение, это право принадлежит любому и не может быть отменено никакими соображениями относительно общественной пользы, вклада в общее благосостояние или прогресса в медицинских науках.

Понятие «информированный участник эксперимента»

Согласие - общая заповедь для всех кодексов, касающихся экспериментов над человеком.

Определение понятия "информированный пациент" или "информированный участник эксперимента» проблематично:

- какова степень информированности человека, ставшего объектом медицинских исследований.
- Включает ли степень информированности всю полноту информации, в том числе технические детали, предположительные перспективы развития эксперимента и т.д.?
- Если полнота сведений должна быть ограничена по каким-то основаниям (состояние пациента, недостаточная основательность диагноза, психологические особенности больного), то какова должна быть мера информации, чтобы обеспечить право человека распоряжаться своим телом?
- как достигается информированность, если неинформированность участника (иногда даже и самого экспериментатора) составляет содержание исследования («плацебо»).

Информированное согласие участника эксперимента

Россия

При получении согласия гражданину должна быть предоставлена информация о

- целях,
- методах,
- побочных эффектах,
- возможном риске,
- продолжительности,
- ожидаемых результатах исследования.

Гражданин имеет право отказаться от участия в исследовании на любой стадии.

США

- Честный рассказ о последующих действиях и их целях, включая четкое разъяснение, какие собственно процедуры являются экспериментальными.
- Описание сопутствующих неудобств и ожидаемого - в пределах разумного - риска.
- Описание тех полезных результатов, которых - в разумных пределах - следует ожидать.
- Нельзя скрывать и другие - альтернативные - процедуры, которые могут быть более благоприятны для подопытного.
- Готовность ответить на все касающиеся процедур вопросы.
- Нужно сообщить подопытному о том, что он свободен отказаться от данного им согласия и прекратить участие в эксперименте в любое время без ущерба для себя.

Типы медицинских экспериментов на людях

- самоэкспериментирование;
- эксперименты над пациентами-добровольцами, цель которых помочь пациенту (экспериментальная терапия);
- эксперимент над пациентами, когда речь идет о пользе всех больных вообще;
- эксперименты над здоровыми людьми.

Самозэкспериментирование медиков



- Жак Понто: доказательство эффективности сыворотки от укуса гадюк.
- Смит: отработал дозу кураре, не смертельную для человека.
- Вернер Форсман: апробация методов диагностики врожденных пороков сердца.
- Ален Бомбар: пределы возможностей выживания в экстремальных ситуациях
- Э.Ульман:испытания антирабической вакцины;
- И.Г.Савченко, П.Г. Стасевич, А.М. Леонтович – инактивированную холерную вакцину с последующим приемом культуры холерного вибриона;
- С.К. Держговский, В.П. Болдырев у – иммунизирующее действие активного дифтерийного токсина;
- Г.Н. Габричевский – инактивированную противоскарлатиновую вакцину;
- Ш.Николь и Н.Ф. Гамалея – вакцину против сыпного тифа.

Эксперименты на пациентах

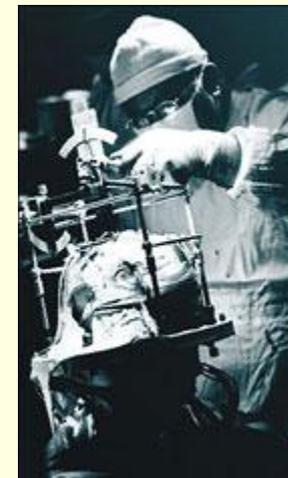
Проблемы:

- безальтернативное принятие широким кругом пациентов патерналистской модели общения с врачом
- пациент расценивает отказ от предложений врача как отказ от помощи. Риск не получить должного лечения существенно влияет на информированный объективный выбор.
- врач и пациент расценивают отказ как сомнение в компетентности врача.
- пациент, не понимая подлинной природы своей болезни, предлагаемой терапии, приравнивает исследование к лечению.



Эксперименты на здоровых людях

- этапы экспериментов в фармакологии:
- 1. определяется токсичность, безопасная доза, очевидные побочные эффекты и т.д. Этот этап требует привлечения к исследованию большого числа нормальных здоровых людей при строгом контроле за условиями их жизни (таким требованиям отвечают, например, военнослужащие и заключенные).
- 2. к ограниченному числу пациентов, страдающих тем заболеванием, для лечения которого это лекарство предназначено. 3. осуществляется на уровне клиники. Большому числу пациентов дается экспериментальное лекарство для оценки его эффективности, безопасности и оптимальной дозы.



Участие в экспериментах лиц, находящихся в госучреждениях



Аргументы «за»:

1. Заключенные - самый большой резерв потенциальных подопытных
2. Выравнивание условий жизни

Аргументы «против»:

1. Сомнения в подлинности согласия без какого-либо явного или скрытого насилия;
2. Возможности для злоупотреблений при недоступности для общественности контроля за экспериментом.



Проблемы участия детей в биомедицинских экспериментах

- Проблемы получения "информированного согласия»
- **Терапевтический эксперимент:** родители могут дать согласие на участие в эксперименте за ребенка, если лечение проводится во благо и на пользу последнего.
- **Нетерапевтический эксперимент:** ребенку должно быть не менее четырнадцати лет, он должен самостоятельно мыслить и быть достаточно зрелыми, чтобы понять природу предстоящей процедуры, включая потенциальные опасности, не должно быть никакого насилия или взывания к чувству долга. Если эти условия удовлетворены, согласие ребенка - при наличии согласия родителей или опекунов - соответствует нормам международного права.

Мировой опыт регулирования экспериментирования в медицине

- Биоэтические комитеты
- национальная лотерея
- профессиональное участие в экспериментах
- запрет на определенные виды исследований



Направления экспериментирования над животными

- Животные, использующиеся в качестве моделей для изучения болезней человека.
- Животные, на которых проводятся опыты (например, испытания лекарств на эффективность и побочные эффекты, тестирование химических веществ на способность вызывать рак, дефекты у новорожденных и другие состояния).
- Ткани животных, использующиеся как «запчасти» (например, сердечные клапаны) для людей или как ингредиенты вакцин и лекарств.
- Животные, использующиеся как живые инкубаторы веществ, применяющихся в медицине.
- Живые животные и их ткани, используемые для изучения основных физиологических принципов.
- Животные, использующиеся в упражнениях по вскрытию в аудиториях биологических наук и для обучения врачей некоторым процедурам.
- Животные, использующиеся для получения знаний ради знаний как самоцели.
- Животные, использующиеся для изучения заболеваний или состояний для блага этого же вида, но не конкретного животного, на котором проводится исследование.

Моральные принципы проведения экспериментов на животных.

- Использовать различные модели и биологические системы IN VITRO;
- Использовать минимальное количество животных;
- Сводить к минимуму причиняемые неудобства, страдания и боли;
- Применять седативные, наркотические и другие болеутоляющие вещества;
- Если после эксперимента животное обречено на страдания, его следует безболезненно умертвить.

65% животных умирает при проверке безопасности лекарств, 26% – при различных технических испытаниях, 8% составляют космические «потери» и смерть на проверках новых химических соединений, 1% на «образовательные нужды»



*Проблемы сохранения физической и психической
целостности при медико-биологических
вмешательствах:*

ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ

История трансплантации



- Упоминание о трансплантации некоторых органов и тканей встречается еще в греческой мифологии и христианских представлениях.
- Научная трансплантология развивается с начала 19 века (1804 результаты клинических исследований Дж. Баронио, в 1823 году – К. Бюнгера).
- Расцвет экспериментальных исследований направленных на развитие трансплантологии приходится на конец XIX начало XX века - В.П. Демихов, Б. В.Петровский, Ю.Вороной.
- 1954 год - начало развития трансплантологии как практического направления медицины (первая успешная пересадка почки). До начала 60-х годов трансплантология оставалась областью экспериментальной хирургии.
- до середины 90 годов XX века- «время трансплантационной эйфории».

Проблема принятия трансплантологии традиционным религиозным мировоззрением

- **Христианство:** позитивно оценивает факт изъятия и переноса органа умершего в тело живого человека. Римско-католическая церковь: донорство в трансплантологии - это акт милосердия и нравственный долг. Протестантизм: законность существования человека, получившего орган от другого, однако, продажа органов считается аморальной.
- **Иудаизм:** допускает пересадку органов, если речь идет о спасении человеческой жизни.
- **Конфуцианство:** тело считается неприкосновенным, принадлежащим всей генеалогической ветви – предкам и потомкам.

Проблема принятия трансплантологии традиционным религиозным мировоззрением

- РПЦ четко не обозначила своих позиций в проблеме оправданности изъятия и пересадки органов, однако в Основах православия нет повода к появлению запретительных тенденций.



1996 год “Конвенция о правах человека и биомедицине” Совета Европы

Части VI и VII посвящены проблемам трансплантологии:

- изъятие у живого донора органов или тканей для их трансплантации может производиться исключительно с целью лечение реципиента , а также при условии отсутствия соответствующего органа или ткани, полученных от умершего лица, и невозможности проведения столь же эффективного альтернативного метода лечения.
- условием проведения трансплантации является явно выраженное и конкретное согласие реципиента, которое должно даваться либо в письменной форме, либо перед соответствующим официальным органом.
- исключение составляет проведение трансплантации “в соответствии с требованиями, предусмотренными законом, а также при соблюдении нижеследующих условий разрешается изъятие регенерирующих тканей у человека, неспособного дать на это согласие:
 - отсутствует другой донор, способный дать согласие;
 - реципиент является братом или сестрой донора;
 - операция трансплантации призвана сохранить жизнь реципиенту;
 - в соответствии с законом и с одобрения соответствующего органа на это получено конкретное письменное разрешение...;
 - потенциальный донор не возражает против операции.”
- Конвенция запрещает извлечение финансовой выгоды при трансплантации.

1992 г. "Закон Российской Федерации о трансплантации органов и (или) тканей человека"

Закон определяет условия и порядок трансплантации органов и тканей:

- *критерии мозговой смерти, врачам делегировалось право забора органов для трансплантации от лиц, находящихся в этом состоянии;*
- *правило презумпции согласия потенциальных доноров и их родственников;*
- *изъятие органов и (или) тканей у живого донора допустимо только в случае, если его здоровью по заключению консилиума врачей-специалистов не будет причинен значительный вред;*
- *запрет на куплю-продажу органов для трансплантации.*

Типы этических проблем трансплантологии:

1. оправданность перераспределения медицинских ресурсов в пользу развития трансплантологии.
2. коммерческие отношения при проведении трансплантологических операций.
3. проблемы конкретных этапов технологии трансплантации:
 - проблемы, связанные с констатацией смерти человека по критериям смерти мозга;
 - эксплантация (изъятие) органов и (или) тканей у трупа или живого донора;
 - распределение уже имеющихся донорских органов или тканей реципиента.



Оправданность перераспределения медицинских ресурсов в пользу развития трансплантологии

- Перераспределение ресурсов в пользу трансплантологии как направления разработки и внедрения высоких медицинских технологий обеспечивает прогрессивное развитие здравоохранения и в конечном итоге оказывается благом для населения в целом.

Коммерческие отношения при проведении трансплантологических операций.

Запрет купли-продажи органов находится в согласии с основным законом нравственных взаимоотношений между людьми, который полагает, что человек не может рассматриваться как средство для достижения цели другого человека и этическим пониманием человека как личности, обладающей достоинством, волей и свободой.

Тенденция к коммерциализации имеет свои объективные причины

1. дефицит органов для трансплантации, вынуждающий больных к поиску неординарных источников получения донорских органов.
2. обнищание значительной части населения, способное подталкивать людей к поиску заработка даже путем продажи собственных органов.
3. кризис бюджетного финансирования и слабость финансирования по линии обязательного медицинского страхования побуждает медицинские учреждения к борьбе за выживание путем коммерциализации своей деятельности.

Коммерческие отношения при проведении трансплантологических операций.

Простой запрет коммерциализации при наличии объективных интересов и слабости правового контроля создает условия для формирования теневого рынка этих услуг.

Во избежание негативных последствий, общество должно разработать комплекс мер, способных:

- эффективно контролировать запрет коммерциализации;
- ослабить давление объективных факторов путем улучшения финансирования программ по трансплантологии, создания национальной системы заготовки и распределения трупных органов для пересадки;
- усилить механизмы социальной защиты населения.

В качестве "третьего" пути некоторые авторы предлагают заменить механизм купли-продажи органа механизмом материальной компенсации за донорство органа.



Проблемы конкретных этапов трансплантации

Постановка диагноза «смерть мозга»:

*Соблюдение трех условий
или этических принципов:*

- принципа единого подхода,
- принципа коллегиальности
- принципа организационной и финансовой независимости бригад, участвующих в трансплантации.

Этико-правовое регулирование посмертной эксплантации органов и (или) тканей человека

В мировой практике используется три типа забора органов от трупа:

1. **рутинный забор;** (советская система здравоохранения с 1937 г. до 1992 года). \
2. **забор, основанный на презумпции согласия.** Согласие на забор органов после смерти предполагается, то есть констатируется отсутствие отказа от подобной манипуляции. Действует в России, Австрии, Бельгии, Испании, Чехии и Венгрии и ряде других стран.

Этико-правовое регулирование посмертной эксплантации органов и (или) тканей человека

3. Забор, основанный на "*презумпции несогласия*".

Предполагается, что каждый человек заранее не согласен с тем, что его органы будут пересажены другому человеку. *Информированное согласие* потенциального донора в форме прижизненного распоряжения или согласия членов семьи после его смерти. Используется в Соединенных Штатах, Голландии, Германии, Канады, Франции, Португалии и ряде других стран. Предполагается, что отсутствие явно выраженного согласия равносильно отказу, что выражает более индивидуалистические культурные традиции, чем подход, основанный на презумпции согласия.

Забор, основанный на "презумпции несогласия».

Успешная реализация механизма информированного согласия предполагает:

- 1. что население хорошо информировано о концепции мозговой смерти и об общественной пользе трансплантаций.
- 2. высокий уровень общественного доверия к медикам, которые ответственны за постановку диагноза смерти мозга.

Причины отказа от донорства (по социологическим опросам):

- иллюзия все еще длящейся жизни;
- потребность уважать умершего;
- недоверие к официальной медицине;
- психологическое неприятие продолжения жизни органов в теле другого человека; страх обидеть Природу или Бога.

Положительной стороной «презумпции несогласия» является:

1. максимально соблюдается и защищается фундаментальное право человека на свободу и добровольное определение судьбы своего физического тела после смерти.
2. снижается потенциальная возможность криминализации данной отрасли медицины.
3. поддерживается уверенность человека в достойном отношении к его телу после смерти.
4. врач освобождается от психоэмоциональных перегрузок, связанных с совершением этически некорректных действий.

Моральные проблемы получения органов от живых доноров

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

- если донор свободно и сознательно в письменной форме выразил согласие на изъятие своих органов или тканей;
- если донор предупрежден о возможных осложнениях для его здоровья в связи с предстоящим оперативным вмешательством по изъятию органов или тканей;
- если донор прошел всестороннее медицинское обследование и имеется заключение консилиума врачей – специалистов о возможности изъятия у него органов или тканей для трансплантации;
- если донор находится с реципиентом в генетической связи

Забор органа или его части у донора является отступлением в отношении донора от этического принципа - "не навреди".

Проблема справедливости в распределении дефицитных ресурсов для трансплантации

Для реализации равноправия граждан при распределении дефицитных ресурсов руководствуются **тремя критериями:**

- степень совместимости пары донор-реципиент.
- экстренностью ситуации
- длительностью нахождения в "листе ожидания"

Кроме того, учитывается удаленность реципиента от места нахождения донорского органа.

Медико-этические проблемы ксенотрансплантации



- Ксенотрансплантациями называются пересадки органов и тканей от животных человеку.
- Ксенотрансплантация ставит фундаментальную этическую проблему - является ли человек высшей моральной ценностью, во имя которой можно причинять страдания и боль, а также вызывать смерть других живых существ?
- Ксенотрансплантация создает возможность размывания границ между видами.
- Ксенотрансплантация покушается на идентичность личности и восприятие человеком собственного тела.

Выводы

Современная биоэтика выступает не только областью знания, но и является новой социальной практикой, отражающей необходимость вненаучного обсуждения проблем развития науки и применения новых научных технологий в биомедицине.

Наука рубежа XX-XXI века предполагает введение аксиологических факторов в содержание и способы получения научного знания (биоэтические комитеты, социальная экспертиза программ и др.).