

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Кафедра общественно-гуманитарных наук

И. И. ОРЛОВА

БИОМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА

**Учебно-методическое пособие
для самостоятельной работы студентов 1, 2 курсов
всех факультетов медицинских вузов**

**Гомель
ГомГМУ
2013**

УДК 608.1(072)

ББК 5:87.7я73

О-34

Рецензенты:

кандидат филологических наук,
доцент кафедры общественно-гуманитарных наук
Гомельского государственного медицинского университета

Т. П. Целехович

Орлова, И. И.

О-34 Биомедицинская этика: учеб.-метод. пособие для самостоятельной работы студентов 1, 2 курсов всех факультетов медицинских вузов / И. И. Орлова. — Гомель: ГомГМУ, 2013. — 44 с.
ISBN 978-985-506-538-9

Учебно-методическое пособие включает основные структурно-содержательные компоненты лекционного курса и ориентировано на освоение важнейших проблем биомедицинской этики в рамках программы подготовки специалистов.

Предназначено для самостоятельной работы студентов 1, 2 курсов всех факультетов медицинских вузов, преподавателям и всем, кто интересуется проблемами биомедицинской этики.

Утверждено и рекомендовано к изданию Центральным учебным научно-методическим советом учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет» 1 февраля 2013 г., протокол № 1.

УДК 608.1(072)

ББК 5:87.7я73

ISBN 978-985-506-538-9

© Учреждение образования
«Гомельский государственный
медицинский университет», 2013

ТЕМА 1

БИМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА: ПРЕДМЕТ, ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ, МЕСТО В СИСТЕМЕ ЭТИЧЕСКОГО ЗНАНИЯ

1.1. Биоэтика как учение о ценностном отношении к живому

Понятия «биоэтика», «биомедицинская этика» включают в качестве своей составной части термин «этика».

«Этика» — философская дисциплина, изучающая явления морали и нравственности. Существуют, стало быть, мир явлений морали и нравственности и наука, его описывающая и изучающая. Это аналогично тому, как мы различаем явления жизни, с одной стороны, и биологию как науку о них, с другой, или явления психики, душевной жизни и науку психологию.

Понятие «биоэтика» ввел В. Поттер в середине XX века. Введение в науку данного понятия было необходимо в связи с бурно развивающимися биомедицинскими исследованиями, их достижениями и проблемами.

Необходимо озвучить некоторые из них:

- трансплантология;
- опыты на новорожденных с дефектами развития;
- опыты на эмбрионах людей и животных;
- биомедицинские исследования на умственно и физически неполноценных людях и т. д.

Биоэтика — это учение, которое ориентирует человека на выработку и установление нравственно-понимающего отношения к *Жизни* и *Иному живому*, на заботу о правах биоса.

Главный принцип биоэтики — это принцип Благоговения перед жизнью, основанный на формуле А. Швейцера: «Я есть жизнь, которая хочет жить среди жизни, которая хочет жить».

От понятия биоэтики необходимо перейти к понятию *биомедицинская этика*.

Предметом биомедицинской этики выступает нравственное отношение общества в целом и профессионалов-медиков, в особенности, к Человеку — его жизни, здоровью, смерти, включая и традиционные установки медицинской этики. Биомедицинская этика должна опираться на те общечеловеческие ценности, которые выработаны социумом, составляют основу всей его жизнедеятельности, но обретают особый смысл и специфику в профессиональной деятельности врача.

1.2. Причины и источники формирования биоэтики

Биоэтика — порождение цивилизации конца XX века. Ее возникновение непосредственно связано с интенсивным развитием биомедицинского знания. Однако рубеж конца XIX – начала XX века был не менее богат от-

крытиями и достижениями, чем конец века XX. Именно со второй половины XX века изменения в медицине принимают принципиально новый характер. Современная медицина получает реальную возможность:

- «давать» жизнь (искусственное оплодотворение);
- определять и изменять ее качественные параметры (генная инженерия, транссексуальная хирургия);
- отодвигать «время» смерти (реанимация, трансплантация, геронтология).

Новые возможности медицины, связанные не столько с лечением, сколько с управлением человеческой жизнью, вступают в противоречие с установившимися моральными ценностями и принципами. В силу этого противоречия и формируется биоэтика как система знания о границах допустимого манипулирования жизнью и смертью человека. Стремительный рост деклараций и документов этического характера, принимаемых национальными и международными профессиональными медицинскими ассоциациями, сопровождается формированием медицинского законодательства. При этом «ценности» и «законы» даже в пространстве одного государства не всегда совпадают, обнаруживая ценностное многообразие и различие между такими формами регулирования человеческих отношений, как мораль и право. Вопрос об этическом самосознании врачей-практиков, ученых-исследователей и моральной ответственности пациентов за согласие на принятие той или иной методики лечения приобретает в настоящее время особую важность. Нравственные убеждения людей остаются сегодня одним из основных способов защиты общества от разрушительных последствий использования новых биомедицинских технологий.

Неоспоримым фактом истории человечества является непосредственная связь нравственных ценностей и религиозных представлений. По благословению Святейшего Патриарха Алексия II при Московской Патриархии был создан Церковно-общественный Совет по биомедицинской этике, объединивший ведущих ученых, известных врачей и богословов. В течение 1998–1999 гг. Совет принял ряд заявлений, выражающих этическое отношение православной общественности к проблемам, которые ставит каждая из новейших биомедицинских технологий. Глубокая озабоченность этими проблемами нашла свое отражение в «Основах социальной концепции Русской Православной Церкви», принятой на Юбилейном архиерейском Соборе в августе 2000 года.

Подход к проблемам биомедицины, определяемый традициями и ценностями православной культуры, — это уникальная, а значит, и ценная, особенно в масштабах мирового сообщества, позиция. Одновременно — это свидетельство верности своему культурно-религиозному типу, что в немалой степени способствует его выживанию и сохранению.

1.3. Содержание и структура биомедицинской этики

Как любая молодая отрасль знания биомедицинская этика нуждается в определении статуса и круга собственных проблем.

1. Что изучает биомедицинская этика?

Биомедицинская этика изучает отношения между людьми в системе здравоохранения вообще и взаимоотношения между врачом и пациентом, в частности.

2. Как это изучает биомедицинская этика? (рисунок 1).



Рисунок 1 — Изучение отношений

3. Почему это изучает биомедицинская этика?

Потому что несовершенный характер этих отношений, может повредить человеку и обществу.

Биомедицинская этика — это наука, которая впитала в себя:

- медицинскую деонтологию (учение о должном, т. е. существуют обязательства врача, которые он должен исполнять не потому, что это принесет кому-то или ему самому пользу, а потому, что он выполняет свой долг);
- прикладную этику (эта отрасль знаний обращается к проблемам прикладного характера);
- экологическую этику (это отрасль знаний, которая сформировалась как ответ на грозящую миру экологическую катастрофу. Предметом экологической этики выступают наиболее фундаментальные принципы и проблемы нравственных взаимоотношений в триаде «ЧЕЛОВЕК – ОБЩЕСТВО – ПРИРОДА»);
- биоэтику (как учение о нравственно-понимающем отношении к жизни и живому).

Круг проблем биомедицинской этики:

1. Однозначное определение сущности и признаков Жизни и Смерти человека, которое выступает делом совокупных усилий медиков, философов, этиков и является необходимым основанием деятельности практикующих специалистов: трансплантологов, реаниматологов, акушеров и др.

2. Решение вопроса о праве человека на достойную жизнь и столь же достойную смерть, к которому должны подключиться юристы и представители религиозных конфессий, чтобы реально оказывать человеку необходимую помощь в его страданиях.

3. Необходимость признания автономии личности пациента.

4. Решение вопроса о норме и патологии взрослого человека и человеческого зародыша.

5. Рассмотрение всех возможных последствий медико-биологических исследований и экспериментов на человеке; определение меры ответственности и степени риска исследователя.

6. Определение уровня автономности и прав психических больных и лиц с девиантным поведением (наркоманов, алкоголиков и др.).

1.4. Биомедицинская этика в системе естественнонаучного и гуманитарного знания

Биомедицинская этика — это учение о нравственном отношении к человеческой жизни и смерти, здоровью, включая традиционные установки медицинской деонтологии. Она опирается:

- на фундаментальные положения экологической этики и биоэтики;
- на общечеловеческие ценности.

Однако, в первую очередь, биомедицинская этика напрямую связана с медициной.

Итак, в каждый период своей истории и на уровне теории, и на уровне практики медицина тысячами нитей связана с ценностно-мировоззренческими представлениями людей. Знание о человеке не ограничивается медицинским естествознанием, но предполагает социально-гуманитарное измерение, т. е. изучение всей системы отношений между врачом и пациентом в диапазоне от традиционной заботы о психическом состоянии больного до принципов этического и законодательного регулирования врачебной деятельности.

Этическая проблематика с ее основным вопросом — об отношении между врачом и пациентом — неотделима от любого вида врачебной деятельности. Со времен Гиппократов общепризнанным и бесспорным было суждение о том, что нравственная культура врача — это не просто заслуживающее уважения свойство его личности, но и качество, определяющее его профессионализм.

Профессионализм — отличительный признак специалиста, в известном смысле отделяющий его от остальных людей. Но в отличие от «профессии», понятие «профессионализм» фиксирует не только род деятельности, но, во-первых, меру овладения человеком специальными знаниями и практическими навыками, приобретенными в результате специальной подготовки или опыта работы. Во-вторых, — качество, своеобразие знаний, относящихся именно к этой профессии, связанных именно с ней и именно ей свойственных.

Цель медицинского знания и медицинской деятельности человека — спасение жизни, помощь в достижении здоровья. Среди оснований формирования профессионализма — решительное действие на благо страдающего человека.

Сегодня медицина обладает небывалым ранее в ее распоряжении арсеналом средств, которые могут быть использованы как во благо, так и во вред не только конкретному человеку, но и человеческому роду и на биологическом, и на социальном уровнях. Новые возможности медицины связаны сегодня не столько с лечением, сколько с управлением человеческой жизнью. Врач располагает средствами, с помощью которых осуществляется значительный контроль над деторождаемостью, жизнью и смертью, человеческим поведением. Действия врача способны влиять на демографию и экономику, право и мораль. Утрата или отказ от моральных оснований врачевания, как никогда опасны сегодня в условиях распространения в обществе этического нигилизма, который непосредственно связан с обесцениванием традиционных человеческих христианских ценностей.

Особенность профессии врача заключается в том, что ему дана уникальная возможность творить добро, исполняя свои профессиональные обязанности. Врачевание — это профессиональное осуществление добродетели и любви к ближнему.

Таким образом, медицинская специальность — это профессия, формирующаяся по моральным основаниям, которая имеет моральное значение и наполнена глубочайшим моральным смыслом, раскрыть который призвана такая гуманитарная составляющая медицинского знания, как биомедицинская этика.

ТЕМА 2

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ БИМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ

2.1. Специфика проявления в биомедицинской этике общечеловеческих моральных принципов и ценностей

Биомедицинская этика как учение выделилась сравнительно недавно, в 70-е годы XX века. Это знание общечеловеческих моральных принципов и ценностей, нравственное отношение к человеку, его жизни, здоровью. Однако, над общечеловеческими принципами и ценностями задумывались еще в античности. Античные этические учения о добре и зле опирались на идею единства, подобия человека и космоса.

Сократ считал, что никто не делает зла по своей воле.

В этике Платона ощущается тонкое соотношение добра и зла. Платона считают одним из родоначальников деонтологии вообще, включая и медицинскую, т. к. Платон предложил принцип «*Знания того, что надо, должно, следует делать*» (от греч. *deon* — «должен»).

Медико-психологическая составляющая учения Платона о должном поведении, обеспечивающем здоровье, включает 4 элемента:

- 1) знание того, что должно делать в достижении добра;
- 2) благоразумие в обуздании душевных страстей;
- 3) единство добра и красоты в помыслах и поступках;
- 4) величина и мера в выборе удовольствия и страдания.

Аристотель в понимании нравственных добродетелей опирался на идею симметрии (упрощенный вариант золотого сечения). Делил душу на разумную и неразумную. В рамках общей этики Аристотель намечает некоторые предпосылки медицинской этики (медицинские наставления). В «Никомаховой этике» Аристотель утверждает, что счастье — это высшее благо, это плод добродетели. Во всем необходимо придерживаться принципа «середины между крайностями». Сквозь призму соотношения добра и зла Аристотель рассматривал все поступки человека. Добрый человек способен сознательно избирать добро. «Если от нас зависит совершать поступок, когда он прекрасен, то от нас же — не совершать его, когда он постыден».

Однако сегодня, издержки рационализма достаточно сильны. Именно холодный рассудочный рационализм превращает врача в «ходячую лабораторию», где проходят «экспресс-анализ» симптомы болезни, соматическое состояние больного, и где нет места и времени анализу его души. Причем такое отношение к больному расценивается как проявление подлинного профессионализма: «Не до эмоций!». Поэтому биомедицинская этика — это отрасль знания, призванная научить будущих специалистов-медиков таким незаменимым понятиям как добро, добродетель, участие, милосердие и т. д.

2.2. Особенности проявления Добра и Зла в медицинской практике

В этике одним из самых сложных вопросов является вопрос о происхождении Добра и Зла.

Если говорить о проявлении Добра и Зла в медицинской практике, то следует заметить, что от врача требуется особое внимание, чуткость, деликатность к каждому больному, врач и больной должны принимать согласованные решения о стратегии и тактике лечения, доверять друг другу, объединяя усилия в преодолении болезни. А если это невозможно (при злокачественных опухолях или СПИДе), врач должен говорить горькую правду и принимать все меры, чтобы вместе с умирающим, но сохраняющим сознание больным нейтрализовать или же облегчить его физические боли и нравственные страдания.

Принципы биомедицинской этики:

1) *принцип «не навреди».* Этот принцип является старейшим в медицинской этике. Первый вопрос, возникающий в связи с этим принципом, — как определить, что именно понимается под «вредом» применительно к сфере биомедицины, главным образом — к деятельности врача, к его взаимоотношениям с пациентом. Можно различить такие формы «вреда»:

- *вред, вызванный бездействием, неоказанием помощи;*
- *вред, вызванный небрежностью либо злым умыслом;*
- *вред, вызванный неверными, необдуманнми или неквалифицированными действиями;*
- *вред, вызванный объективно необходимыми в данной ситуации действиями.*

2) *принцип «делай благо».* Этот принцип является продолжением предыдущего. Это норма, которая требует позитивных действий. Его смысл передается с помощью таких слов, как: «благодетельность», «благотворительность», «милосердие». Принцип «делай благо» понимается не как моральное обязательство, а как моральный идеал.

3) *принцип уважения автономии пациента.* Этот принцип становится одним из основополагающих в биоэтике лишь в последние десятилетия, именно тогда, когда ставится под сомнение безусловная и исключительная компетентность врача в определении блага пациента. Выбор, делаемый пациентом, как бы он ни расходился с позицией врача, должен определять

дальнейшие действия последнего. Принцип автономии утверждает право личности на невмешательство в ее планы и поступки и, соответственно, обязанность других не ограничивать автономные действия. Типичный пример такой ситуации – информирование безнадежно больного пациента о диагнозе его заболевания, но в такой форме, чтобы сообщение правдивой информации не наносило ему психологический и моральный вред.

Следует отметить, что действие принципа уважения автономии ограничивается в отношении тех, кто не в состоянии действовать автономно – детей, пациентов с некоторыми психическими заболеваниями (признанных судом недееспособными), тех, кто находится в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

4) *принцип справедливости*. Принцип справедливости, как он понимается в биоэтике, можно сформулировать так: *каждый должен получать то, что ему причитается*. Этот принцип имеет не абсолютную, а лишь относительную силу. Например, если в ситуации с пересадкой донорского органа окажется, что пациент, занимающий более далекое место на листе ожидания, находится в критической ситуации, то врач может поступиться обязательствами, вытекающими из принципа справедливости, и руководствоваться принципом «не навреди».

2.3. Здоровье и болезнь: акценты и приоритеты. Страдание и сострадание: вред или польза?

В многовековой истории медицины прослеживается единая линия ее развития — непрерывное поступательное движение от самых общих взглядов о природе болезней человека, основывающихся на наблюдениях врачей за их клиническим течением, ко все более глубокому пониманию сущности патологических процессов.

Болезнь — это предмет медицины, который обнаруживает связь человеческого знания и человеческого страдания. Главная задача научного поиска — это лечение болезней. В связи с этим можно объяснить возникновение «науки о здоровье» — *валеологии* (впервые данное понятие было введено в 1997 г. по требованию ВОЗ).

В медицинской науке нет общепринятого определения «здоровье». В целом это означает отсутствие устойчивых факторов, обеспечивающих бесперебойную работу, которые приводили бы человека к здоровью. Однако исследования медиков свидетельствуют о зависимости здоровья и качества образа жизни человека. Поэтому *здоровье — это системное единство духовного, душевного, телесного устройства*. В свою очередь, *болезнь — это сбой всех вышеупомянутых составляющих*.

Личный опыт болезни — это уникальное доказательство значения милосердия и сострадания. Порой только тяжело боля, мы, в состоянии беспомощности и страдания, в полной мере начинаем ценить человеческое соучастие и заботу.

2.4. Моральная и юридическая свобода врача: право на риск и проблема ответственности. Сущность и виды риска в медицине

Среди множества профессий трудно найти такую, где бы, как в медицине, мастер столь часто терпел поражение. На руках у врача умирают чужие люди, волею судьбы ставшие для него близкими и дорогими. Он страдает и сострадает. Он тяжело переживает каждую свою неудачу в борьбе со смертью. Весьма тяжелы испытания для врача: видеть обращенные к нему с надеждой и страданием взоры умирающего и сознавать свое бессилие. Сколько надо сил и выдержки, чтобы не очерстветь душой среди этих мучительных хрипов и стонов! Врач и больной... Судьба соединила их незримой нитью. Врач — последняя надежда. От него ждут чуда. Однако врачи имеют свой предел. Предел выдержки и терпения, определяемый отношением к страданию и способностью к состраданию.

Страдание и сострадание — это конкретное проявление Добра и Зла в медицине.

Страдание — это эмоциональное состояние человека, вызванное трудностями, превышающими его физические, душевные и духовные возможности.

Не в состоянии преодолеть трудности самостоятельно, страдающий человек обращается к врачу, в котором он, прежде всего, видит человека, способного помочь освободиться от страдания. Врач должен помнить об этом и использовать свои знания, умения и навыки во благо больного. *Основное предназначение врача — освободить пациента от страдания.* Поэтому каждый, кто встал на путь врачевания, не может смириться со страданиями и притерпеться к ним.

Сострадание — это умение страдать вместе с другим, сочувствовать, сопереживать, соболезновать. Можно утверждать, что для врача — это элемент его профессионализма.

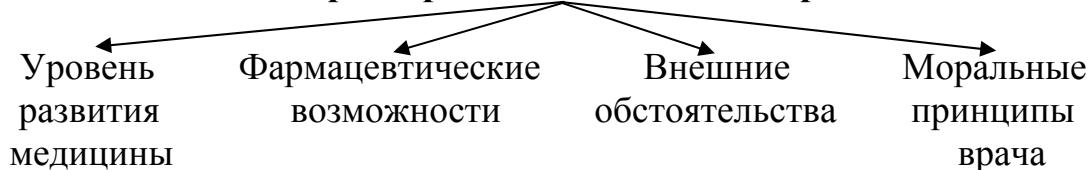
Наиболее действенной, практической формой сострадания больному выступает милосердие врача. *Милосердие — это проявление человеческого в человеке, сердобобие, готовность делать добро, любовь на деле.* Особенно велика роль милосердия в медицинской практике, где врачи, медсестры, фармацевты имеют дело с инвалидами, тяжелобольными, стариками.

Эмпатия — сопереживание, сочувствие, соучастие. Внимательно выслушивая больного, сочувствуя ему, врач дает ему возможность высказаться и тем самым облегчает его душевное состояние, берет боль пациента на себя. Однако следует помнить, если постоянно освобождать больного от преодоления трудностей, этим можно ввести его в роль страдальца — он не захочет из нее выходить.

2.5. Профессиональный долг врача: в чем его смысл?

Отношением к добру и злу определяется мера свободы в деятельности врача. Давая клятву нести людям Добро, врач практически уже сделал *свободный выбор.* Свобода врача обеспечена гуманистическими принципами, которым подчиняется его деятельность (рисунок 2).

Факторы ограничения действий врача



Моральный выбор — это форма проявления свободы врача, которая имеет своеобразную иерархию ценностей, господствующих в медицинской этике: в ней человеческая жизнь — это приоритетная ценность, а здоровье человека — высшее благо.

Возможно поэтому, несмотря на необходимость осторожного отношения врача к проблеме выбора целей и средств, врач не только имеет право на свободу, он *обречен на свободу действий*. Проявляется эта свобода в праве на риск, который присутствует в его деятельности постоянно. В настоящее время оценка риска в клинической практике и отношение к нему врача — *это наиболее важный аспект проблемы морального выбора в современной медицине. Изучение проблемы риска во врачебной практике — это глобальная задача в медицинской этике.*

Понятие «риск» близко к понятию «опасность». Опасность характеризует ту или иную жизненную ситуацию саму по себе. Риск отражает отношение субъекта к опасной жизненной ситуации, ибо он связан со свободой выбора, с сознательными решениями человека. Поэтому совершенно недопустимы случаи возрастания риска для здоровья и жизни больных по причинам некомпетентности, невнимательности врача.

Проблема соотношения врачебной ошибки и ответственности врача подробно анализировалась в советское время *И. В. Давыдовским*. Он внес в понимание данной проблемы новые акценты, многие из которых остаются актуальными и сегодня:

1. Врачебные ошибки являются досадным браком во врачебной деятельности. Нет врача, который не совершал бы диагностических и других ошибок.
2. Врачебные ошибки — это отрицательные методы лечения и диагностики.
3. При анализе врачебных ошибок необходимо различать *незнание и невежество*.

Наличие в медицинской практике ненаказуемых врачебных ошибок и несчастных случаев *не должно означать право врача на ошибку*. Подобное право должно порождать элементарную юридическую ответственность за недобросовестное выполнение работы и тем более недооценку хирургического риска и запоздалое оперативное вмешательство.

В заключение данного вопроса всем следует напомнить, что с проблемой врачебной ошибки и несчастного случая, недобросовестности и ответственности связано такое явление как *ятрогения* — *это всякий ущерб здоровью пациента прямо по вине медика или под воздействием медицинских факторов*.

2.6. Профессиональный долг врача: в чем его смысл?

Первостепенная роль долга в профессии врача обусловлена ценностью здоровья и жизни людей. *Профессиональный врачебный долг — это пример теснейшего переплетения обязанностей по отношению к больному, коллегам и обществу в целом.*

Основным принципом профессионального долга является принцип *гуманизма*. Наиболее отчетливо он проявляется в обязанностях врача по отношению к больному. Будучи всегда готовым оказать медицинскую помощь, врач обязан быть внимательным и заботливым, индивидуально и вдумчиво подходить к каждому больному.

Прямое нарушение профессионального долга — *черствое, формальное отношение к больному человеку*. Врач всегда должен помнить, что вера больного в успех лечения, доверие его к медицинскому персоналу играют часто не меньшую роль в выздоровлении, чем применение новейших лекарств и оборудования. Пробудить такую веру — *профессиональный долг любого врача*. Еще академик В. М. Бехтерев неоднократно подчеркивал, что если больному после разговора с врачом не становится легче, *это — не врач*. Врач призван психотерапевтическими методами – словом одобрения, утешения, успокоения, чутким отношением — тактично и умело мобилизовать физические и душевные силы больного на борьбу с его болезнью.

Следует напомнить еще об одной стороне долга. Долг врача — приходить на помощь прежде всего тем, кто в ней нуждается в первую очередь. Однако в условиях экономической незащищенности или моральной неустойчивости врача последний может поддаваться искушению, поставив на первое место собственный меркантильный интерес или простое желание избежать беспокойства и риска. В этом случае возможно нарушение морально-этического долга со стороны врача. Причем слабость воли и даже последующее раскаяние не служит оправданием содеянного. Независимо от причины такой поступок признается аморальным и считается непростительным для врача.

ТЕМА 3 ЖИЗНЬ И СМЕРТЬ КАК ГЛАВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ БИМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ

3.1. Отношение к жизни и смерти в различных религиях и культурах

Тема отношения человека к жизни и смерти несет в себе общечеловеческое и общекультурное содержание. В этом вопросе интересы медицины тесно переплетаются с интересами юриспруденции, философии, религии. Например, в основании этических размышлений таких русских философов, как Н. Ф. Федоров, Ф. М. Достоевский, В. С. Соловьев, Н. А. Бердяев, С. А. Бул-

гаков, С. Л. Франк лежали *идеи православия*. Этические концепции русской религиозной философии поднимали проблемы жизни и смерти, задавали гуманистический вектор отношения человека к миру, к жизни, к природе.

В *православии* прослеживается четкая тенденция того, что лечение болезней отчасти находится во власти человека, хотя исцеление человека, вплоть до отстранения смерти — это дела Христовы. Целительство — это борьба со смертью, хотя ее не побеждающая, но отдаляющая, однако смерть — это исход, который нужно принять достойно.

В *католицизме* проблема жизни и смерти является одной из основных проблем религиозного сознания. «*Жизнь бьет из гроба*».

В *протестантизме* достаточно развит принцип уважения автономности пациента, со всеми вытекающими последствиями.

Вывод: в христианстве происходит переоценка жизни. Жизнь — это не временное индивидуальное состояние, а явление вечное. Вспомним Христа: на Кресте Смерть поглощена Жизнью.

Ислам предполагает веру в судный день, включая в себя веру во все то, что происходит с человеком после смерти в могиле, как благо, так и мучение и искушение.

«*Живая этика*», созданная Н. К. Рерихом и развитая на основе *буддистской мысли*, провозглашает взаимную солидарность, милосердие и справедливость.

3.2. Проблема ценности жизни человека: вопросы приоритета

Проблема ценностей жизни человека имеет особое реально-практическое значение, ибо врач в различных ситуациях постоянно сталкивается с ней. Еще в древности была сформулирована высшая этическая норма медицинской профессии: «*Non nocere!*» — не навреди: не навреди жизни, здоровью, благополучию, спокойствию своего пациента. Уважение к жизни и личности больного стала альфой и омегой врачебной этики — от Гиппократов до наших дней.

Особое место проблема человеческой жизни всегда занимала в русской этической мысли, которую по праву можно назвать этикой жизни. Развитие медицинской этики в XX веке подтверждает, что коренной проблемой современной медицины является проблема отношения врача к жизни и смерти. В «Женевской декларации» (1948 г.) провозглашается: «Я буду сохранять высочайшее уважение к человеческой жизни с самого момента зачатия». В «Международном кодексе медицинской этики» (1949 г.) эта же идея выражена иными словами: «Врач должен всегда помнить об обязанности сохранять человеческую жизнь». Позднее в «Международном пакте о гражданских и политических правах» (1966 г.) медицинская максима, определяющая человеческую жизнь в качестве безусловной ценности, приобрела статус общечеловеческой моральной и правовой нормы: «Право на жизнь есть неотъемлемое право каждого человека. Это право охраняется законом. Никто не может быть произвольно лишен жизни».

3.3. Право человека на жизнь и право на смерть. Суицид

Право человека на жизнь распространяется на все этапы его бытия — от зачатия до смерти. Именно в этом ключе следует рассматривать споры по поводу искусственного прерывания беременности — аборт. Решение проблемы аборта многие специалисты ставят, в первую очередь, в зависимость от установления статуса эмбриона (плода). Консерваторы утверждают, что плод обладает всеми правами, свойственными человеческому существу, либералы, в свою очередь, считают, что обсуждать права плода столь же бессмысленно, как обсуждать права аппендикса.

Необходимо обратить внимание, что как бы мы не называли 10–12-недельную человеческую жизнь в утробе матери — *«живой человеческий плод»*, *«зародыш человеческой жизни»* — значимость и ценность этого явления ни в коем случае не может преуменьшаться.

К дискуссии о личностном статусе плода добавляется еще один аспект: сравнительный анализ конкурирующих между собой прав — беременной женщины и развивающегося плода. Имеет ли право женщина распоряжаться своим телом и своей судьбой? Чьи права и интересы в этом случае следует считать приоритетными: беременной женщины или будущего ребенка?

Право человека на смерть. Наряду с необходимостью морально-этического взвешивания ценности человеческой жизни в ее начальной фазе существует настоятельная потребность в осмыслении ее заключительной фазы — *умирания*. В связи с этим особенно актуальной становится проблема *границы жизни и смерти*. Огромное количество философских, юридических, медицинских работ посвящается *«праву человека на смерть»*. Эти новые этические вопросы выдвинуты на первое место благодаря сравнительно молодому направлению в медицине — *реаниматологии*. Здесь врачи и человечество столкнулись с новой областью объективной реальности: впервые предметом изучения медицины становятся не только болезнь и здоровье, но и сам процесс умирания. Реанимационная практика привела к пересмотру традиционных критериев смерти, к появлению таких понятий, как *«клиническая смерть»*, *«смерть мозга»*, поставивших перед медиками новые этические, философские и правовые проблемы. Если смерть — это умирание, переход одного качества в другое, то *«клиническая смерть»* — это вид существования, где проходит граница бытия и небытия. Специфическая особенность *«клинической смерти»* в ее принципиальной обратимости.

Меры реанимационной помощи в случаях клинической смерти направлены к тому, чтобы как можно скорее восстановить жизнедеятельность организма. Поэтому так важен временной интервал, характеризующий клиническую смерть: 5–6 минут.

Суицид. Суицид — это добровольный уход индивида из жизни в виду психо-эмоциональных, душевных или физических травм. В настоящий момент суицид — это чума XXI века. Как правило, чаще добровольно уйти из жизни решают жители больших агломераций, среди жителей районных центров и поселков количество суицидальных попыток значительно ниже.

3.4. Медицина и проблема смерти: история вопроса

Важными функциями наделяет общество врача, вверяя ему право определять момент смерти. Обычно нам эти функции представляются вполне естественными. Однако, наделение ими врачей — дело по историческим масштабам совсем недавнее, относящееся примерно к середине XIX века. И связано оно было с тем процессом, который историки медицины и истории культуры называют *медикализацией смерти*. Французский историк культуры *Ф. Арьес* отмечает, что в литературе, искусстве, медицине XVII–XVIII вв. царил неуверенность в отношении к жизни и смерти. Постоянно присутствовала тема «живого трупа, мертвеца».

В 1876 г. в «Энциклопедическом словаре медицинских наук» *А. Дешамбр* писал, что умами овладела всеобщая паника — страх быть похороненным заживо, очнуться от долгого сна на дне могилы. Дело доходило до того, что во Франции люди стали оговаривать в своих завещаниях проведение после смерти таких тестов, как надрезы на конечностях, чтобы удостовериться в действительной кончине. Постепенно медицинская профессия обрела исключительное право, а вместе с тем и обязанность, — констатировать смерть. В большинстве стран, как отмечается в *Сиднейской декларации Всемирной медицинской ассоциации* (1968 г.), — определение времени смерти является юридической обязанностью врача.

Другая сторона процесса медикализации смерти связана с *местом, где человек расстаётся с жизнью: этим местом все чаще становится больница*. Процент умерших в больницах за последнее время продолжает расти. В результате многие люди, оказываясь дома с умирающим родственником, просто не знают как себя вести.

Говоря об умирании как процессе, необходимо подчеркнуть то обстоятельство, что если констатация смерти — это одномоментный акт, то смерть, протекающая под наблюдением медиков, имеет длительность.

Таким образом, в результате медикализации смерти к настоящему времени врачи оказались непосредственно вовлеченными в трагическую, сложную и наделенную глубоким смыслом область человеческого существования.

Вывод: медицинская профессия обрела новый источник власти в обществе, однако всегда следует помнить, что это навлекло на нее и новую чрезвычайно серьезную ответственность.

3.5. Смерть и умирание в эпоху новых медицинских технологий. Хосписы

Многие из рассматриваемых проблем порождены научно-техническим прогрессом. Так, смерть традиционно определялась по таким критериям, как необратимая остановка дыхания и кровообращения. Однако бурный научно-технический прогресс биомедицины в XX веке привел к тому, что теперь

можно поддерживать процессы дыхания и кровообращения, снабжать организм пищей и водой с помощью искусственных средств поддержания жизни. Тем самым появилась возможность спасти жизни пациентов, которые были обречены, однако эти же научно-технические достижения привели к появлению трудностей морально-этического, юридического характера (рисунок 3).

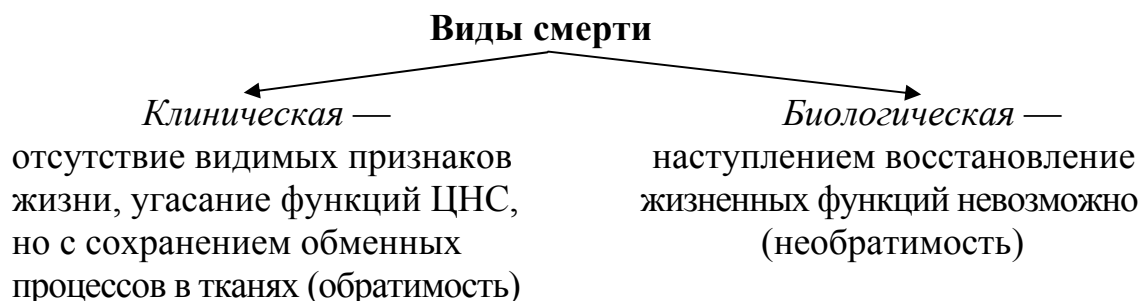


Рисунок 3 — Виды смерти

Чем быстрее констатируется смерть, тем быстрее признается, что дальнейшее лечение бесполезно, вследствие этого становится возможным высвободить персонал, который его проводит, используемые препараты и оборудование, весьма дорогостоящие и дефицитные. В современной медицине складывается такое положение, когда заповедь «*Бороться за жизнь больного до последнего вдоха*» утрачивает универсальную применимость.

Хосписы. В развитии некоторых заболеваний (например, злокачественных опухолей) раньше или позже наступает момент, когда активная терапия делается невозможной. Место борьбы за спасение жизни больного занимает *паллиативная помощь* (обезболивание, уход, социально-психологическая поддержка). Основная задача такой помощи — защитить пациента от психофизических страданий и болей, а также обеспечить достойное умирание. Умиравшие испытывают страх перед смертью, болью, зависимостью от других. Основатель современных хосписов (организаций по физической и моральной поддержке умирающих) англичанка С. Сондерс еще в 1948 г. пришла к простой мысли: умирающему пациенту можно и нужно помочь. Сложившаяся с тех пор система паллиативной помощи стала реализацией этой простой и гуманной цели. Умиравший пациент с помощью грамотного паллиативного лечения может быть избавлен от боли и получает возможность общаться с семьей и друзьями. В рамках хосписного движения ведется также активная психологическая и социальная поддержка членов семьи умирающих.

Одним из критериев успешного паллиативного лечения является расширение возможностей самообслуживания больного, что одновременно увеличивает его самоуважение. Умиравший человек особенно остро чувствует недостаток заботы о нем, поэтому имеет право на капризы и даже на чувство злости. Надо уметь соглашаться с больным, а принятый в хосписах обычай выполнения последнего желания есть логическое завершение этой линии поведения, всей философии паллиативного лечения.

3.6. Жизнеподдерживающее лечение и отказ от него

Под влиянием научно-технического прогресса в сфере биомедицины приходится переосмысливать не только определение и критерии смерти. Немало проблем порождается в силу того, что во многих случаях современные средства и процедуры позволяют продлевать жизнь человека. Но не всегда эта жизнь бывает действительно полноценной для того, кто ее проживает. Если в прошлом с обнаружением «знаков смерти» врач мог считать свою миссию законченной, то сегодня процесс умирания проходит при участии и под контролем медицинского персонала. Данная проблема биоэтики имеет несколько подходов ее разрешения.

Основной подход опирается на различие *ординарных* (привычное лечение) и *экстраординарных* (необычное, отходящее от принятой практики лечение) методов лечения. Согласно этому подходу предполагается, что если для продления жизнеподдерживающего лечения достаточно ординарных мер, то оно должно быть продолжено. Если же приходится прибегать к чрезвычайным, экстраординарным мерам, то необходимости нет.

В 1973 г. съезд Американской медицинской ассоциации счел морально оправданным прекращение лечения в случае, если пациент или его ближайшие родственники, посоветовавшись с врачом, решают не начинать или прекратить использование экстраординарных средств продления жизни тела, когда существуют неопровержимые свидетельства того, что биологическая смерть близка.

Необходимо подчеркнуть, что во всех этих случаях речь идет о *выборе, который осуществляется не врачом, а пациентом и его близкими*. Аналогичная норма, позволяющая пациенту отказаться от лечения, в том числе и жизнеподдерживающего, содержится в законодательстве многих стран. Согласно закону, пациент в праве выбирать соглашаться ли ему на жизнеподдерживающее лечение либо отказаться от него.

3.7. Эвтаназия пассивная и активная: за и против

Термин «эвтаназия» требует детализации, поскольку отражает различные формы этого явления (рисунок 4).

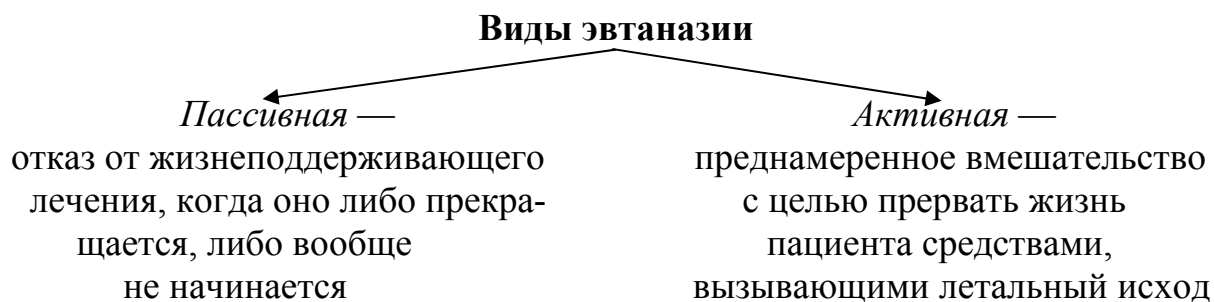


Рисунок 4 — Виды эвтаназии

С моральной точки зрения при анализе отказа от лечения значимой является разница между ситуацией, когда принимается решение не начинать лечение, и ситуацией, когда прекращается уже начатое лечение. В первом случае может быть нарушена обязанность (позитивная моральная обязанность) спасти или не дать умереть. А во втором — негативная моральная обязанность — не умерщвлять.

Если с некоторыми формами отказа от лечения, ведущими к смерти пациента, приходится мириться как с неизбежным злом, то против активной эвтаназии выдвигаются весьма сильные аргументы морального характера. В большинстве стран активная эвтаназия запрещена законом.

Различают *три формы активной эвтаназии*:

1. *Убийство из сострадания* (если жизнь является мучением для пациента, то она прерывается другим человеком, причем без согласия на это страдающего пациента).

2. *Добровольная активная эвтаназия* (врач по просьбе больного делает ему летальную инъекцию).

3. *Самоубийство при помощи врача* (врач передает в руки пациента средство, позволяющее покончить с собой. Пример: американский врач Джек Кеворкян — «доктор-смерть», который создал устройство, вызывающее смерть тогда, когда сам пациент приведет его в действие).

В США функционирует общество «Хэлмок», агитирующее в разных штатах страны за изменение законодательства с целью разрешить врачам ассистировать при самоубийстве. Несколько лет назад в результате референдума в штате Орегон им удалось одержать победу. Однако принятый закон долгое время не удавалось применить из-за препятствующих позиций Американской Медицинской Ассоциации и Американской Психиатрической Ассоциации. Лишь в 1998 г. в Орегоне была проведена первая эвтаназия в соответствии с этим законом.

Согласно данным социологических опросов, проводившихся в разных странах, в том числе и Беларуси, врачи намного более негативно относятся к эвтаназии, чем население в целом. Однако более молодые врачи чаще считают эвтаназию допустимой, чем врачи старших возрастных групп. Это веский довод в пользу того, что в будущем отношение врачей к эвтаназии может стать более терпимым.

3.8. Морально-этические проблемы искусственного аборта

Аборт относится к числу старейших проблем медицинской этики. Клятва Гиппократа запрещает врачу прерывание беременности («Я... не вручу никакой женщине абортивного пессария»). В то же время Аристотель считал аборт допустимым. В позиции Аристотеля обращают на себя внимание два момента: необходимость абортов обосновывается у него демографическими целями; одновременно он считал аборт дозволенным, пока в зародыше не сформировалась чувствительность и двигательная активность.

В Древнем Риме аборт вообще никогда не считался чем-то позорным и широко практиковался. Поначалу в римском праве зародыш трактовался как часть тела матери. И только позднее эмбрион был наделен некоторыми гражданскими правами.

Окончательное осознание ценности эмбриона связано с возникновением христианства. Уже в эпоху раннего христианства аборт отождествлялся с убийством человека.

Первым государством, легализовавшим «*аборт по просьбе*» была советская Россия. Один из создателей советской системы здравоохранения *З. П. Соловьев* назвал «историческим документом» совместное Постановление Наркомздрава и Наркомюста от 18 ноября 1920 г. о допустимости бесплатного производства операций по искусственному прерыванию беременности в обстановке советских больниц, где обеспечивается максимальная безвредность. Эта мера была направлена в первую очередь против зла криминальных абортёв.

В последнее десятилетие аборт превратился в самую обсуждаемую проблему теории морали. Женщина рождает то количество детей, которое соответствует условиям и ситуации, в которой она находится.

Ежегодно в мире от абортов гибнет около 70 тысяч женщин. Также большой эмоциональной силой обладают эмбриологические данные о развитии плода, приводимые противниками абортов. Сердцебиение возникает у плода на 18-й день после зачатия, на 21-й день у него имеется замкнутая система кровообращения, на 40-й можно обнаружить электрические импульсы головного мозга, на 6–7 неделе плод начинает самостоятельно двигаться, в 8 недель он начинает сосать палец, в 11–12 недель он активно дышит в околоплодных водах и т. д. Следует подчеркнуть особую значимость трех из названных фактов: начала сердцебиения, самостоятельного дыхания (в медицине считается, что с утратой именно этих функций человек умирает) и появления электрической активности мозга (согласно действующему в нашей стране законодательству, смерть мозга человека является достаточным критерием для констатации смерти).

На основании подобных аргументов противники искусственного прерывания беременности как морально допустимого медицинского вмешательства настаивают, что аборт — это жестокое убийство невинного человеческого существа.

ТЕМА 4

ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ

4.1. Моральные проблемы получения органов от живого донора

Трансплантология является одной из самых перспективных областей медицинской науки и практики: она аккумулирует новейшие достижения современной хирургии, реаниматологии, анестезиологии, иммунологии, фармакологии.

Начало развития трансплантологии можно датировать 1954 г., когда американскими хирургами была осуществлена первая успешная пересадка почки. В Советском Союзе первую успешную пересадку почки от живого донора произвел в 1965 г. Академик Б. В. Петровский. В следующем году им же была осуществлена удачная пересадка почки от трупа.

Пересадка от почек живых доноров явилась первым направлением в трансплантологии, которое нашло свое место в практической медицине. Пересадка почки не только спасла от смерти сотни тысяч пациентов, но и обеспечила им высокое качество жизни. Помимо почки от живых доноров пересаживают долю печени, костный мозг и т. д.

Право на принесение жертвы в пользу близкого человека широко признано. Оно предполагает наличие свободной воли донора. С этической точки зрения донорство должно быть добровольной, осознанной и бескорыстной жертвой.

Условия, при которых эти принципы выполняются:

- 1) *добровольность* (отсутствие принуждения к донорству, опирающегося на родовую, административную и финансовую зависимость);
- 2) *альтруизм* (исключение коммерческих сделок);
- 3) *осознанность жертвы* (основывается на полноте информации о возможном риске и о шансах на успех, предоставляемой врачом).

Донорами не могут выступать недееспособные граждане, которые в силу возраста или состояния интеллектуальных способностей не в состоянии принять решение сознательно.

Другая группа сложнейших моральных проблем возникает в связи с запретом на продажу органов для пересадки. Тело человека превращается в товар. Богатый выживает за счет бедного. Однако нужно помнить, что простой запрет на продажу органов формирует теневой рынок этих услуг. Избежать негативных последствий можно путем легализации торговли органов от живых доноров (что неприемлемо), либо посредством разработки комплекса мер, способных:

- 1) эффективно контролировать запрет коммерциализации;
- 2) улучшить финансирование программ по трансплантологии и усилить социальную защиту населения.

4.2. Этические проблемы пересадки органов от трупа. Типы забора органов для трансплантации от трупа

Использование трупа человека в качестве источников органов для пересадки вызывает целый спектр непростых моральных проблем. Все мировые религии запрещают нанесение повреждений телу умершего человека, предписывают бережное и почтительное отношение к нему. Целесообразно выделить несколько групп проблем, возникающих при пересадке органов от трупа:

- *Моральные проблемы процедуры забора органов.*
- *Проблема справедливости в распределении между потенциальными реципиентами дефицитных ресурсов трансплантологии.*

- *Этические проблемы, связанные с торговлей человеческими органами и тканями.*

Концепция смерти мозга, разработанная в неврологии, породила вопрос о *надежности диагностики смерти мозга*. Он почти целиком входит в рамки профессиональной компетенции неврологов и становится моральной проблемой тогда, когда речь заходит о доверии населения к достоверности и качеству практического использования этих процедур перед принятием решения о заборе органов для трансплантации. Следует заметить, что для трансплантологов именно концепция мозговой смерти открыла широчайшие возможности, недоступные при использовании традиционных легочно-сердечных критериев смерти. Важнейшим принципом, который охраняет процедуры диагностики смерти мозга от влияния корыстных интересов, является организационная и финансовая независимость медицинских учреждений, осуществляющих диагностику и забор органов.

Существует три типа забора органов от трупа:

- *Рутинный забор (СССР)*. Его основанием является сложившаяся практика, согласно которой власти могут по своему усмотрению распоряжаться телом умершего человека. Они дают службам здравоохранения полномочия производить вскрытия, забирать органы для научных и прочих манипуляций, использовать физиологические жидкости и ткани трупа для различных целей. Тело умершего человека трактуется как государственная собственность, которую медики могут использовать в общественных интересах. Подобная практика и отношение морально ущербны, поскольку лишают человека права быть хозяином своего тела;

- *Забор, основанный на презумпции согласия*. Этот забор отличается от рутинного тем, что, хотя специальное разрешение на забор органов после смерти и не испрашивается, но согласие на такой забор предполагается, то есть констатируется *отсутствие отказа от подобной манипуляции*;

- *Забор, осуществляющийся через механизмы информационного согласия (США, Голландия, Португалия)*. Информационное согласие потенциального донора в форме прижизненного распоряжения или согласие членов семьи после его смерти. Такой подход выражает в каком-то смысле более индивидуалистические культурные традиции. Человек имеет возможность сам распоряжаться своей жизнью и своим телом.

4.3. Проблема справедливости в распределении дефицитных ресурсов для трансплантации

Распределение дефицитных ресурсов в соответствии с социальной значимостью индивида или группы является обычным механизмом, более или менее распространенным во всех сообществах. При декларированном равенстве прав граждан на получение медицинской помощи, существо-

вавшая в СССР иерархическая система распределения медицинских услуг допускала такие привилегии для тех, кто был причастен к правящей элите.

Для реализации равноправия граждан при распределении дефицитных ресурсов здравоохранения, включая такой в высшей степени дефицитный ресурс, как органы и ткани для пересадки, обычно используется *два основных критерия*:

1. *Критерий лотереи* (отбор пациентов для трансплантации проходит по принципу совместимости пары «донор — реципиент», так называемая «*Природная лотерея*»);

2. *Критерий очередности*.

Однако во многих странах мира существуют возрастные ограничения для реципиентов, а также иногда считается морально оправданным ограничивать доступность программ по пересадке органов, для тех, кто потерял здоровье из-за ненормального образа жизни — наркоманов, алкоголиков.

В Беларуси при распределении органов для трансплантации специалисты-трансплантологи руководствуются тремя критериями:

- *Степень совместимости.*
- *Экстренность ситуации.*
- *Длительность нахождения в «листе ожидания».*

Все три критерия абсолютно объективны, но всегда есть сомнения, которые создают врачебный опыт и интуиция. Поэтому выбор реципиента — это всегда этический поступок для членов трансплантационной бригады.

4.4. Этические проблемы трансплантации фетальных органов и тканей

Пересадка органов и тканей производится от плодов, подвергшихся абортации — как самопроизвольному, так и искусственному. Причем последний вид аборта является основным источником трансплантатов, так как самопроизвольные выкидыши встречаются значительно реже и часто сопровождаются патологией плода, что делает их неподходящими донорами для пересадок.

Опыты с пересадкой фетальных тканей начались еще в XIX веке. В 1881 г. К. Леопольд пересаживал плодный эпителий экспериментальным животным. Будучи менее дифференцированы, чем у взрослого организма, клетки плода напоминают по своим биологическим качествам раковые, но не обладают патологическими свойствами. Как и раковые, плодные клетки лучше выживают в чужеродной среде организма реципиента.

В 30-х гг. XX века предпринимались попытки разработать метод лечения диабета путем пересадки панкреатической железы плода после предварительного культивирования. Аналогичным способом пытались лечить недостаточность щитовидной и паращитовидной железы.

Интенсивные исследования и эксперименты в этой области велись вплоть до разгадки проблемы гистосовместимости. В настоящее время имеются данные, свидетельствующие о том, что пересадка больным, стра-

дающим *паркинсонизмом или болезнью Гентингтона*, эмбриональных тканей мозга приводит к существенному улучшению их клинического состояния. Иные методы лечения этих заболеваний не обладают выраженным терапевтическим эффектом. Известны попытки лечения путем пересадки фетальных тканей *больных синдромом Дауна, диабетом и других заболеваний*.

Поскольку аборт является условием получения тканей для трансплантации, то его допустимость оказывается одной из центральных моральных проблем на пути развития рассматриваемого типа новых медико-биологических технологий. Примечательно, что моральная оценка фетальных пересадок формировалась и формируется независимо от моральной оценки аборта.

Трансплантация фетальных тканей не является единственной областью утилизации абортированных плодов в современной медицине. Человеческие плоды широко используются для получения вакцин, например, против *полиомиелита*. Трудно переоценить значение этой вакцины для спасения жизни и здоровья многих миллионов детей во всем мире. Эмбрионы используются и при диагностике многих вирусных заболеваний. Неоценимо значение научных исследований абортированных плодов для эмбриологии человека, выяснения причин врожденных и генетических заболеваний, разработки новейших методов внутриутробной хирургии и терапии различных форм патологии.

4.5. Этические аспекты ксенотрансплантации

Ксенотрансплантация — это пересадка органов и тканей от животных к человеку. Попытки переливать кровь от животных к человеку и пересаживать органы имеют давнюю историю. Общественный интерес к ним подогревается неуклонно растущим дефицитом человеческих донорских органов и тканей. В США ежегодно более 3 тыс. человек умирают, не дождавшись подходящего органа.

Наиболее генетически близкими человеку являются приматы. Однако именно вследствие эволюционной близости человеку использование их в качестве доноров вызывает возражения защитников прав животных. Поэтому исследователи предпочитают создавать универсальных доноров органов для человека на базе некоторых пород свиней, физиологическое и анатомическое строение внутренних органов которых достаточно близко человеческому. Умерщвление свиней для этих целей не противоречит сложившимся традиционным стандартам. Более того, условия содержания и умерщвления этих животных в специализированных медицинских лабораториях значительно более гуманны, чем содержание на ферме и забой на скотобойне. Однако, пересаживая человеку органы, к примеру, свиньи, мы рискуем одновременно перенести ему такие заболевания, как бруцеллез, грипп свиней и целый ряд других инфекций. Ряд вирусов, безвредных для животных, попав в условия организма человека, могут стать источником тяжелейших заболеваний.

Ксенотрансплантация ставит *фундаментальную этическую проблему* — является ли человек высшей моральной ценностью, во имя которой можно причинять страдание и боль, а также вызывать смерть других живых существ.

ТЕМА 5

МОРАЛЬНО-ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПОМОЩИ В НАРКОЛОГИИ И ЛЮДЯМ, ЖИВУЩИМ С ВИЧ/СПИДОМ

5.1. Этические проблемы в наркологии

Проблемы медицинской этики и ее составной части деонтологии в сфере наркологии в России и Беларуси практически не разрабатывались. Главным образом потому, что в обществе и в профессиональной среде прямо или чаще завуалировано ставится под сомнение сам факт возможности существования медицинских этических принципов и норм в отношениях с больными наркологического профиля. Последним фактически отказывают в праве быть субъектами этических отношений. По-видимому потому, что для «алкоголиков», «наркоманов» и «токсикоманов» статус медицинского больного хотя формально и признается, но в действительности при этом предполагаются такие многочисленные оговорки и изъятия, которые ставят наркологических больных по сравнению с соматическими, неврологическими и даже психически больными в положение двойственное и противоречивое.

Представление о наркологических больных, как «ненастоящих», больных второго сорта распространено и в обывательской среде, и среди психиатров-наркологов. Этический нигилизм ведет к терапевтическому нигилизму, низкой эффективности лечения и накоплению наркологических проблем среди населения. В основе дискриминации лежит феномен, который можно определить как *«общественная нарко-алкогольная анозогнозия»* — явный или плохо скрытый отказ от признания алкоголизма и наркомании болезнями в прямом смысле этого слова. Наркологический больной уравнивается не с соматическим или психически больным, а с правонарушителем.

Этому способствуют как субъективно психологические факторы, например, действительно «дурной характер», «отталкивающий образ» или «плохое поведение» (часто даже антисоциальное и преступное) многих больных наркологического профиля, так и объективные, социально-политические факторы и прежде всего законодательные и другие нормативные акты, определяющие место и права этих больных в обществе. В период СССР нарушения основных деонтологических правил стали почти нормой для наркологов. Здесь и несоблюдение врачебной тайны, вплоть до полного пренебрежения ею, обман и предательство больного, заведомое причинение ему вреда как в социальном, так и в медицинском плане, угроза наказанием больного и многое другое. В сущности, нет такой этической нормы врачебной деятельности, которую не преступил бы врач-нарколог, уверенный в своем праве действовать в рамках своего понимания блага больного, по принципу «цель оправдывает средства» и вопреки собственным желаниям больного. Однако сейчас ситуация меняется, и интерес к этике практической психиатрии и наркологии растет. Происходящие в по-

следнее время изменения в законодательстве характеризуются укреплением правового статуса гражданина в сфере оказания ему наркологической помощи, расширением объема его прав в этой области, увеличением возможностей по их защите. Шагом вперед в этом отношении явился Закон Республики Беларусь «О психиатрической помощи». Он предусматривает обширный перечень прав психически больных, соблюдение которых гарантировано правом гражданина на обжалование действий по оказанию ему психиатрической помощи непосредственно в суде и прокуратуре. Больные алкоголизмом и наркоманиями (токсикоманиями) формально уравниены в правах с больными любого другого профиля.

Тем самым созданы необходимые условия для формирования этических отношений в практической наркологии, для усвоения наркологами общих современных принципов и норм биомедицинской этики и этики психиатрической. Однако следует иметь в виду, что от формального до фактического признания больными пациентами наркологической помощи может быть дистанция большого размера. Суммируя все вышеизложенное, можно сказать, что общими предпосылками развития этических отношений в наркологии являются:

- 1) признание за наркологическим больным подлинного статуса медицинского больного без всяких изъятий;
- 2) фактическое уравнивание в законных правах наркологического больного со всеми другими больными;
- 3) развитие частной наркологической помощи;
- 4) усвоение врачами психиатрами-наркологами принципов, норм и стандартов современной общемедицинской и психиатрической этики;
- 5) образование и активное функционирование массовых врачебных наркологических ассоциаций;
- 6) создание этических комитетов при учреждениях здравоохранения.

5.2. Действие биоэтических принципов в наркологии

Поскольку наркология представляет собой раздел психиатрии, которая занимается диагностикой, лечением и профилактикой болезней, проявляющихся в пристрастии к приему наркотических лекарственных веществ и средств как результата стойкой психической и физической зависимости от них, то и в этой области своеобразно действуют принципы и нормы биоэтики:

- *Принцип автономии личности* (зависимые пациенты на принудительном лечении от алкоголизма или наркомании представляют собой неавтономную личность. В этом случае возникает проблема реализации информированного согласия).

- *Принцип непричинения вреда* (некоторые средства, используемые в наркологии, вызывают у пациентов опасные побочные эффекты при пол-

ном отсутствии или слабодоказанной их эффективности, но при этом данное лечение является «меньшим злом»).

- *Принцип благодеяния* (врач-нарколог самостоятельно выбирает в качестве нравственных ценностей жизнь и здоровье пациента, игнорируя автономию личности, т. е. свободу самоопределения пациента).

- *Принцип справедливости* (специалисты утверждают, что затраты общества на лечение зависимых будут во много раз компенсированы через сохранение их жизни и трудоспособности).

Биоэтические нормы в наркологии:

- правдивость (отсутствие ситуации умолчания правды во благо больного и прямого обмана пациента);

- приватность (недопустимость обсуждения врачом состояния здоровья пациента с родственниками или другими заинтересованными лицами без ведома больного);

- конфиденциальность (нераспространение информации);

- компетентность (профессионализм).

5.3. Морально-этические основы помощи людям, живущим с ВИЧ/СПИДом

Неизбежной реакцией большинства людей на слово «СПИД» является страх. Страх перед заражением, перед умиранием, смертью, бессилием медицины и общества в целом, неспособных, по распространенному мнению, противопоставить СПИДу что-либо действенное. «Спидофобия» — социально-психологический феномен, аналогичный «канцерофобии», «сифилофобии», «радиофобии» и т. п. Спидофобия в массовом сознании даже более выражена. Это связано с тем, что летальность при СПИДе выше, чем при холере и черной оспе.

В сознании же самих ВИЧ-инфицированных на первом плане нередко оказывается страх перед дискриминацией и стигматизацией, социальным остракизмом. Как известно, поначалу в западных странах СПИД распространялся в основном среди так называемых «маргинальных социальных групп» — гомосексуалистов, наркоманов, проституток. Строгие моралисты не раз заявляли, что СПИД есть «кара Божья» за «грех гомосексуализма», «спортивный секс», «секс-туризм» и т. п. Негативное отношение общества к представителям названных маргинальных групп по инерции было перенесено на всех ВИЧ-инфицированных лиц, причем их стигматизация многократно усиливалась нарастающим страхом перед СПИДом.

Уместно, видимо, в связи с обсуждаемой проблемой сравнить СПИД с раком. Диагноз рака воспринимается массовым сознанием и отдельным человеком как смертный приговор. Диагноз психического заболевания нередко стигматизирует человека. Больные СПИДом, как правило, испыты-

вают и то, и другое: сознание неизлечимости, обреченности на смерть усугубляется эмоциональной изоляцией, враждебным отношением к ним со стороны общества. Отсюда вытекает особая значимость сохранения врачебной тайны в случаях ВИЧ-инфекции.

Последние несколько лет зарубежные и отечественные средства массовой информации были полны сообщений о фактах насилия над больными СПИДом, изгнания их из родных мест, создания вокруг них «эмоционального гетто» и т. п. Таким образом, имея дело с ВИЧ-инфицированными или больными СПИДом, врачу приходится сталкиваться не только с клинической реальностью, но также и со связанными с этим заболеванием мифами и предрассудками, распространение которых во многом порождается невежеством значительной части населения — он должен иметь достаточно мужества, чтобы противостоять этим проявлениям.

Между тем, запрет на какую-либо дискриминацию (в том числе и больных СПИДом) является нормой международного права и содержится во многих документах, принятых различными международными организациями, членом которых является и наша страна. Можно в связи с этим напомнить и моральное обязательство врача, содержащееся в «Женевской декларации» Всемирной медицинской ассоциации (ВМА): *«Я не позволю соображениям пола или возраста, болезни или недееспособности, вероисповедания, этнической, национальной или расовой принадлежности, политической идеологии, сексуальной ориентации или социального положения встать между исполнением моего долга и моим пациентом».*

На примере отношения медиков к ВИЧ-инфицированным лицам, представляющим маргинальные группы, особенно хорошо видна важность принципа «делай благо», в соответствии с которым моральным долгом медицинского работника является оказание профессиональной помощи, проявление заботы и сострадания к таким лицам, а не оценка их образа жизни. Здесь же уместно напомнить еще одно требование биомедицинской этики — недопустимость со стороны врача, медсестры, медицинского психолога и т. д. навязывания своего мировоззрения, своих религиозных и философских взглядов, своих убеждений пациенту. Уважение автономии пациента — это и уважительное отношение к его системе ценностей, особенностям его индивидуальности.

Дискриминация инфицированных и больных СПИДом, невежество и предрассудки, присущие не только населению, но и части специалистов-медиков, — все это, в конечном счете, негативно отражается на эпидемиологической обстановке, на темпах распространения инфекции. То есть дискриминация ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом не только попирает права человека, но и подрывает основополагающие принципы общественного здравоохранения. Она может провоцировать у инфицированного или больного чувство мести, способное превратить его в злостного преднамеренного распространителя инфекции; у человека, осознавшего свою обреченность, такое чувство мести может быть особенно ожесточенным.

Отказы врачей и других представителей медицинской профессии оказывать помощь ВИЧ-инфицированным — это едва ли не самая напряженная с точки зрения медицинской этики проблема. Проведенное еще в начале 90-х годов в США исследование показало, что, отказывая в помощи больным СПИДом, врачи ссылались на недостаточную специальную подготовку, страх перед инфицированием, отвращение к гомосексуалистам, наркоманам или другим представителям «групп повышенного риска», а также на опасения отпугнуть других пациентов.

Между тем, подобный отказ не отвечает не только нормам медицинской этики и этики вообще, но и требованиям закона. Отказ в помощи ВИЧ-инфицированным и людям, живущим с ВИЧ/СПИДом, является грубейшим нарушением профессиональной медицинской этики.

ТЕМА 6

ЭТИКО-ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ В ОНКОЛОГИИ

6.1. Принципы биоэтики в онкологии

Общение с онкологическим больным без соблюдения принципов деонтологии недопустимо. Ситуации, с которыми встречается врач в практической работе, настолько многообразны, что привести подходящие к каждому случаю деонтологические правила невозможно. Поэтому в каждом конкретном случае врачу необходимо самостоятельно находить оптимальное решение.

Н. Н. Блохин (1977 г.) указывает, что деонтология является очень широким понятием, включающим «необходимость для врача быть на уровне современного развития медицинской науки, быть готовым помочь больному, правильно строить взаимоотношения с больными, их родственниками, товарищами по работе, со своими учителями, содействовать дальнейшему развитию медицины».

Два принципиальных положения определяют тактику врача по отношению к онкологическому больному:

- 1) оптимальное использование диагностических процедур и лечебной помощи должно осуществляться с максимальным щажением психики больного;
- 2) каждый больной злокачественной опухолью подлежит лечению.

Начиная с периода обследования, онкологические больные находятся в подавленном состоянии. У них наблюдается эмоциональный стресс, проявляющийся выраженными признаками тревоги и депрессии. В таком состоянии возможны неадекватные реакции, выражающиеся в отказе от лечения и даже в попытках покончить жизнь самоубийством.

Задача врача заключается в том, чтобы успокоить больного и психологически подготовить к предстоящему лечению, внушив ему веру в излечимость заболевания. При этом сообщать больному о наличии у него рака

или другой злокачественной опухоли с сомнительным исходом не следует. Чем больше пациент настаивает, чтобы ему открыли правду, тем больше он ее боится. Исключение может быть сделано лишь при недооценке больным серьезности положения и отказе от обследования и лечения. Но даже в таких случаях желательно избегать терминов «рак», «саркома» и т. д.

С деонтологических позиций нельзя допускать, чтобы в руки больного попадала медицинская документация и данные, подтверждающие диагноз злокачественного новообразования. Следует соблюдать предельную осторожность при разговорах по телефону о больном, анализе рентгенограмм и результатов специальных исследований в присутствии больного и т. д.

6.2. Типы высшей нервной деятельности и реакция онкологических больных

Сангвиник — оптимист, он понимает необходимость и легко переносит диагностические и лечебные процедуры, верит в успех лечения.

Флегматик — стеснителен, мало жалуется, не любит задавать вопросов, не углубляется в результаты обследования. Он дисциплинирован, с уважением относится к рекомендациям врача. Необходимость обследования и лечения принимает без возражений.

С сангвиниками и флегматиками врачу разговаривать не трудно, тем не менее говорить им о наличии злокачественной опухоли без особой необходимости не следует.

Холерик — бурно реагирует, но легко переходит от энергичных действий к подавленному состоянию. Принимает быстрые решения. Может сразу категорически отказаться от обследования и лечения или наоборот требовать ускоренного производства назначенных процедур. Обычно это не очень дисциплинированный больной, который часто не верит в возможное излечение и может вести себя агрессивно по отношению к врачу и другому медицинскому персоналу.

В разговоре с таким больным врач должен проявить особое внимание, сохранить полное спокойствие и рассудительность. Больной должен почувствовать хорошее, доброжелательное отношение, понять, что врач от души старается помочь ему.

Меланхолик — мнительный человек, часто обладающий поверхностными сведениями негативного характера о злокачественных опухолях. Он стремится выяснить результаты каждого исследования, акцентирует внимание и дает неправильное толкование любым отклонениям от нормы. Предположение о злокачественной опухоли вызывает у него паническое состояние, в возможность излечения он не верит. В процессе разговора он внимательно следит за мимикой врача, ловит каждое слово, отыскивая в нем опасное подтверждение своих предположений. Такому больному ни в коем случае нельзя говорить о наличии злокачественной опухоли. Его

нужно вызвать на доверительный разговор, в процессе которого врач должен спокойным, уверенным тоном разъяснить больному ошибочность его представлений. Больного следует убедить в том, что направление на консультацию к онкологу продиктовано необходимостью уточнения степени опасности имеющейся у него язвы, уплотнения или затемнения, с целью исключения злокачественного новообразования. Характер предстоящего лечения обсуждать не следует. Если больной прямо ставит об этом вопрос, нужно сказать, что выбор метода лечения будет сделан в зависимости от результатов обследования в стационаре.

Взаимоотношения врача с онкологическим больным должны строиться на основе сочувствия и внимания. Задачи, стоящие перед врачом, меняются в зависимости от категории больных.

6.3. Деонтологический подход к больным на разных стадиях заболевания

Поскольку злокачественная опухоль оказывает на состояние человека психотравмирующее влияние, то к числу ключевых этических проблем онкологии относят сообщение врачом диагноза злокачественного новообразования пациентам, находящимся на разных стадиях развития болезни. Это предполагает выстраивание определенной системы убеждений в случае, когда больной обследуется в связи с подозрением на злокачественную опухоль; когда он подлежит специальному лечению; когда пациент уже проходил радикальное лечение по поводу злокачественной опухоли; по отношению к больным с запущенными формами злокачественных опухолей; деонтологический подход к родственникам больного злокачественным новообразованием; деонтологический подход среднего медперсонала к онкологическим больным.

Больные с подозрением на рак. При подозрении на рак возможны две различные ситуации. В большинстве случаев предположение о раке и необходимость обследования в онкологическом учреждении возникает, если у больного в течение некоторого времени сохраняются стойкие симптомы какого-либо заболевания, вызывающие тревогу у самого больного. Таких больных следует ориентировать на необходимость консультации онколога для исключения злокачественной опухоли.

В других случаях подозрение на рак возникает случайно при профилактическом осмотре или обследовании человека, чувствующего себя хорошо и не предъявляющего серьезных жалоб. Для таких людей направление к онкологу является неожиданным и непонятным. Им следует объяснить, что при обследовании обнаружен инфильтрат, затемнение или язва, которые могут оказаться предопухолевыми, в связи с чем необходима консультация онколога.

Онкологические больные, подлежащие специальному лечению. Перед врачом стоит задача направить больного в онкологическое учреждение и психологически подготовить его к мысли о возможности операции или

другого специального лечения. Система убеждений может быть построена по такому же принципу, что и при подозрении на рак, но в дополнение к этому следует остановиться на возможности оперативного или лучевого лечения. Говорить об этом как о бесспорном факте нецелесообразно, так как из-за распространенности процесса или сопутствующих заболеваний такое лечение в специализированном учреждении может быть отвергнуто. Лучше ориентировать больного на то, что окончательное решение о выборе метода лечения будет принято специалистом после дополнительного обследования.

На практике встречаются случаи, когда врач в силу недостаточной подготовки или случайно приобретенного отрицательного личного опыта негативно относится к лечению той или иной злокачественной опухоли. Недопустимо, чтобы эта отрицательная установка вольно или невольно индуцировалась больному.

6.4. Деонтологический подход к родственникам больного злокачественными новообразованиями. Особенности врачебной тайны в онкологии. Необходимость работы с родственниками онкобольного. Канцерофобия

Взаимоотношения врача с родственниками и сослуживцами больного — предмет особого обсуждения. Здесь играют роль как психологические аспекты, так и имущественные, материальные и ряд других факторов, которые порой невозможно взвесить за один раз. При этом интересы больного выступают на первый план. Как бы ни был занят лечащий врач, он должен найти время, чтобы побеседовать с родственниками пациента. Вопрос стоит о жизни близкого человека, для них это серьезная психическая травма. Возможно проявление тревоги, излишней заботы о больном, реже — неадекватная реакция, некоторая отчужденность, несдержанность. Ближайшие родственники должны быть правильно информированы об истинном диагнозе и версии, которой следует придерживаться в разговоре с больным, а также о риске оперативных вмешательств и прогнозе.

Однако встречаются исключения из этого правила, особенно при разговоре с мужем или женой, а иногда и с детьми пациентов. Например, ряд женщин, соглашаясь на овариэктомию, не хотят, чтобы муж был информирован о деталях операции. Такое вмешательство рассматривается как врачебная тайна. В ряде случаев больные просят не говорить о тяжести своего состояния родственникам, стараясь уберечь от переживаний престарелых или больных членов семьи. Таким образом, этот вопрос решается только после тщательного анализа взаимоотношений больного с окружающими его людьми.

В случае если у больного впервые выявлена злокачественная опухоль, близкие должны помочь убедить его в необходимости лечения. Обращается внимание родственников на создание доброжелательного щадящего

микроклимата в семье, в том числе и на отдаленных сроках после радикальных операций; подчеркивается, что стрессовые ситуации, переживания, тяжелые психические травмы могут способствовать появлению новых метастазов или возникновению опухолей других локализаций. Задачей родственников является внушение больному, излеченному от рака или страдающему запущенными формами злокачественной опухоли, надежды на благоприятный исход болезни, сохранение его психологической уравновешенности.

Родственники часто задают вопросы о возможной продолжительности жизни больного, особенно при наличии отдаленных метастазов. Конкретные сроки указывать нежелательно. Точный ответ в такой ситуации тяжело воспринимается родными, а естественная ошибка в ту или иную сторону роняет авторитет врача. Врач должен быть готов ответить и на вопросы об объеме операции, возможной заразности онкологического заболевания.

За исключением родственников и наиболее близких больному людей врач не имеет права разглашать сведения об онкологическом больном. Оповещение знакомых и сослуживцев пациента обо всем, что его касается, нарушает закон о врачебной тайне. Следует быть осторожным в отношении телефонных разговоров с родственниками, так как врачу неизвестно, кто находится на другом конце провода. В таких случаях предлагают личную встречу.

Разговор с ними должен проходить в отсутствие больного. Их следует предупредить о нежелательности огласки сведений о характере заболевания и проинструктировать о том, какой версии следует придерживаться в разговоре с больным.

Родственников нужно информировать объективно, но по возможности оставить надежду на благоприятный исход. Это особенно важно в разговоре с людьми, которые отличаются повышенной возбудимостью или сами страдают заболеваниями нервной, сердечно - сосудистой и других систем.

Цель, которую преследует врач в беседе с родственниками, зависит от конкретной ситуации. Так, если у больного впервые обнаружен рак, родственники должны помочь убедить его в необходимости лечения. Задачей родственников лиц, излеченных от рака или страдающих запущенными формами опухоли, является создание оптимального микроклимата в семье и внушение больному надежды на благоприятный исход.

Канцерофобия — навязчивое состояние, выражающееся в необоснованном убеждении о наличии злокачественной опухоли. Встречается чаще у женщин. Страдают канцерофобией люди, родственники или знакомые которых заболели или умерли от рака. В других случаях она навеяна сходством имеющихся у больных патологических ощущений или объективных симптомов с известными им признаками злокачественных новообразований.

Больные канцерофобией, как правило, находятся в состоянии депрессии, иногда возбуждены, агрессивны. Утверждение врача об отсутствии у них опухоли воспринимают с недоверием, расценивают как признак недостаточной компетенции врача или как намеренно невнимательное отношение.

Предположение о наличии канцерофобии возникает, если больные на амбулаторном приеме слишком эмоционально и убежденно утверждают о наличии у них злокачественного новообразования. В таких случаях у врача нередко наблюдается неосознанная негативная реакция. С заключением нужно быть весьма осторожным, так как жалобы больных иногда действительно обусловлены злокачественной опухолью. Не следует сразу пытаться разубедить больного, лучше сначала получить достаточно веские контраргументы.

ТЕМА 7

ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОВЕДЕНИЯ БИМЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРИМЕНТОВ НА ЧЕЛОВЕКЕ И ЖИВОТНЫХ

7.1. История биомедицинских экспериментов на человеке и животных

Древнеримский врач и ученый *Цельс* (I век до н. э.) обсуждал вопрос: допустимо ли экспериментирование на человеке и вообще на живых существах? Ответ его был таков: из соображений чисто научных эксперименты нецелесообразны, так как страдания подвергаемого опыту живого существа исказят нормальные жизненные явления.

Эрастрат (III век до н. э.) проводил эксперименты на рабах и животных.

В XVI веке французский король Генрих II получил на турнире удар копьем в глаз, врачи подвергли точно такому же ранению четырех приговоренных преступников, чтобы иметь возможность изучить их раны.

Андреас Везалий (1514–1564 гг.), основоположник анатомии, свои исследования на трупах постоянно подтверждал опытами на живых животных.

К. Бернар, основатель современной экспериментальной медицины, в «Лекциях по экспериментальной патологии» (1869 г.) указывал на невозможность экспериментов на больных, так как есть риск их убить, вместо того чтобы вылечить, однако, следует заметить, что именно под руководством Бернара проводились эксперименты на животных, которые отличались чрезмерной жестокостью.

А. Молль, автор фундаментальной работы «Врачебная этика» (1903 г.), считал, что рано или поздно клинические нововведения надо применять на первых больных.

Медицинские опыты на людях с нарушением этических и юридических требований справедливо осуждались и обществом, и большинством представителей врачебной профессии. Первым специальным этико-юридическим вердиктом, регулирующим проведение экспериментов на людях, был указ, изданный в Пруссии в 1900 г.

7.2. Проведение исследований и экспериментов на человеке, на эмбрионах, на умственно и физически «неполноценных» людях

История медицинских исследований на людях насчитывает не одно столетие. Однако современная история обсуждает эти проблемы с момента окон-

чания Второй мировой войны. Особо жестокие бесчеловечные эксперименты проводились нацистскими учеными и врачами-преступниками. Среди них были такие, как изучение реакции организма на большие высоты, разреженный воздух и переохлаждение; исследовались также реакция организма на переохлаждение, изучались раневые инфекции, возможности регенерации костей, мышц и нервов. В других экспериментах на узниках концлагерей изучалась инфекционная желтуха, дешевая быстрая стерилизация людей, проводилось массовое заражение людей тифом, изучалась скорость действия ядов.

Достижения научно-технического прогресса открыли новые перспективы в развитии биологии и медицины. Проведение научных исследований на человеческих эмбрионах и душевнобольных пациентах породило целый ряд этических проблем:

1. Правомерно ли рассматривать развивающийся эмбрион в качестве личности? Некоторые ученые считают, что поскольку ЦНС закладывается лишь на 22-е сутки беременности, то предельным сроком экспериментов должен быть 30-суточный возраст эмбриона. Другие же предлагают работать и с более взрослыми эмбрионами, прибегая в этом случае к анестезии. Однако в любом случае должно быть полностью запрещено проведение некоторых видов экспериментов на плодах. Так, эмбрионы, подвергнутые воздействиям, не должны имплантироваться.

2. Что касается душевно больных пациентов, то существуют достаточно трудные ситуации, когда больной не в состоянии, в силу имеющихся у него психических расстройств, дать осознанное, добровольное согласие на эксперимент. Хельсинская декларация 1975 г. положительно решила этот вопрос: «если психическая несостоятельность испытуемого не позволяет получить от него осознанного согласия, то его заменяет согласие ответственного родственника».

3. В законе РБ «О психиатрической помощи» говорится, что в отношении пациентов, которые проходят принудительное лечение, а также помещенных в стационар принудительно, проведение испытаний медицинских средств и методов не допускается. Однако таким образом пресекается сама возможность испытания некоторых видов новых психофармакологических средств, которые могли бы принести пользу самим пациентам.

7.3. Этические проблемы, связанные с проведением экспериментов на животных

Даже самые элементарные представления о физиологических функциях человека возникли на основе данных, которые были получены в процессе экспериментов над животными. Эти эксперименты, проводимые в интересах науки, получили широкое распространение в начале XIX века. Многие из них осуществлялись в эпоху до появления наркоза и сегодня были бы расценены как негуманные, неоправданно жестокие. Именно такого рода исследования дали толчок к возникновению движения против *вивисекции*.

Существует ряд международных документов, регламентирующих проведение исследований и экспериментов на животных. Одним из них являются «*Международные рекомендации по проведению биомедицинских исследований с использованием животных*» (1985 г.) Основные положения «*Рекомендаций*»:

- Стремление к замене экспериментальных животных за счет компьютерного моделирования и биологических систем *in vitro*;
- Использование минимального количества животных;
- Должная забота о животных, избежание дискомфорта, стресса, боли;
- Использование анестетических, анальгетических и седативных болеутоляющих средств;
- Если после эксперимента животное обречено на страдания, хронические боли или тяжелые увечья, то его следует безболезненно умертвить.

7.4. Эксперименты психотропного характера и опасность манипулирования людьми. Нюрнбергский кодекс

После Второй мировой войны в ходе Нюрнбергского процесса над нацистскими учеными был разработан документ, получивший название «*Нюрнбергский кодекс*». Это первый международный документ, содержащий перечень этико-правовых принципов проведения исследований на людях. Он был подготовлен двумя участвовавшими в процессе американскими экспертами-медиками *Лео Александором* и *Эндрю Иви* и стал составной частью решения, вынесенного судом.

В преамбуле «*Кодекса*» отмечалось: «*Тяжесть имеющихся у нас улик заставляет сделать вывод, что некоторые виды медицинских экспериментов на человеке отвечают этическим нормам медицинской профессии лишь в том случае, если их проведение ограничено соответствующими четко определенными рамками*». Хотя «*Кодекс*» и был принят в форме судебного решения, он имел и имеет не столько юридическую, сколько моральную силу.

Первое положение «*Кодекса*» утверждает необходимость добровольного согласия объекта эксперимента на участие в исследовании. Суть остальных положений «*Кодекса*» заключается в требовании сведения до минимума возможного риска, а также всех физических и психических страданий и повреждений; гарантии того, что исследование будет проводиться квалифицированными специалистами при соблюдении права испытуемого на отказ от участия в исследовании на любом этапе его проведения.

7.5. Хельсинская декларация

Наряду с «*Нюрнбергским кодексом*» особую значимость приобрела принятая в 1964 г. «*Хельсинская Декларация*» всемирной медицинской ассоциации (ВМА). К этому времени практика проведения исследований на человеке неуклонно расширялась, совершенствовались их методы, что ставило все новые этические и правовые проблемы. Дискуссии, связанные с

проведением исследований на человеке и нашли свое отражение в тексте «Хельсинской Декларации» в редакции, принятой Генеральной Ассамблеей ВМА в 1989 г. «Декларация» имеет подзаголовок «Руководящие рекомендации для врачей, проводящих медико-биологические исследования на людях». Его положения нашли свое отражение и развитие в целом ряде других международных нормативных документов, а также в национальном законодательстве многих стран, в том числе и Беларуси.

Одной из особенностей «Декларации» является то, что в ней содержится требование, согласно которому цель и методы проведения любой экспериментальной процедуры на человеке должны быть ясно изложены в специальном протоколе и рассмотрены независимым этическим комитетом, который дает рекомендации по его одобрению или неодобрению.

Практически каждая из содержащихся в «Декларации» рекомендаций может быть рассмотрена как самостоятельная проблема. В том, что это действительно так, легко убедиться, обратившись к поистине гигантской литературе, которая существует сегодня в данной области.

ТЕМА 8

ЭТИКА ОТНОШЕНИЙ В СИСТЕМЕ «ВРАЧ – БОЛЬНОЙ»

8.1. Исторические модели взаимоотношений в системе «врач – больной»: патерналистская и автономная

Для описания различных типов взаимоотношений между медицинскими работниками и пациентами, американский философ Роберт Витч выделил четыре базовые модели. Наиболее распространенные две: патерналистская и автономная.

В рамках *патерналистской модели* отношения между врачом и пациентом напоминают отеческое отношение родителя к ребенку. Патерналистское отношение строится как межличностное общение. Оно мотивировано стремлением помочь страдающему человеку и избежать нанесения ему вреда. Патерналистская модель господствовала в медицине на протяжении многих столетий. Она явно выражена и в «Клятве Гиппократа», и в «Обещании врача Республики Беларусь». Патернализм в общении с пациентами остается нормой для значительного числа современных медиков. Однако существует несовершенство этой модели с моральной точки зрения. По мнению Витча, патернализм ущемляет права пациента как автономной личности, которая самостоятельно и свободно принимает важные решения, контролирует свое состояние. Присутствует элемент унижения достоинства больного. Исключительная роль принадлежит врачу, его нравственному и физическому превосходству.

Автономная модель — это такая модель, при которой пациент является свободной личностью, в отношении которой исключаются любые меры стеснения. Пациент имеет право отказа от принудительного содержания в

стационарах, психиатрических больницах, госпитализации. Он должен получать от врача достаточное количество правдивой информации о своем состоянии здоровья, вариантах лечения, прогнозе развития заболевания, возможных осложнениях. Пациент может принимать участие в выработке конкретных решений, касающихся своего лечения. Однако, по мнению Витча, данная модель не соответствует требованиям социального реализма и представляет собой неосуществимую мечту.

8.2. Принцип сотрудничества врача и пациента

Когда два индивида или две группы людей действительно привержены общим целям, то взаимодействие врача и пациента носит коллегиальный характер. Предполагается равенство достоинства и уважения, общность ценностей, которым каждая из сторон привержена. Однако, подобного рода гармония интересов редко достижима. Медработник и пациент могут придерживаться различных ценностных ориентиров, а также относиться к различным социальным классам и этническим группам. Вместе с тем следует иметь в виду, что существует достаточно представительная область, в которой отношение между врачом и пациентом могут носить коллегиальный характер.

8.3. Современная медицинская деонтология: статус и функции. Моральные действия врача в условиях зависимости от него жизни и здоровья пациента

Н. Н. Петров: «Деонтология — это учение о принципах поведения медицинского персонала не для достижения индивидуального благополучия и общепризнаваемой почтенности отдельных врачей и их сотрудников, но и для максимального повышения суммы полезности лечения и максимального устранения вредных последствий неполноценной медицинской работы».

В нашей медицине прочно устоялось представление о деонтологии, сформулированное в 70-е годы академиком *Е. А. Вагнером*, который рассматривает *деонтологию* как учение об обязанностях и нормах поведения медицинского персонала, обеспечивающих оптимальное качество и результативность его работы по восстановлению и сохранению здоровья трудящихся.

Основной функцией медицинской деонтологии является оптимизация оздоровительного процесса, что достигается не только совершенствованием средств и методов лечебной практики, но и безусловным выполнением медиками своего долга на основе высокого профессионализма. *Таким образом, в медицинской деонтологии ключевым понятием является профессиональный долг, следовательно, деонтология — это учение о долге.*

Деонтология распространяет свои требования практически на все стороны лечебного, реабилитационного и профилактического процессов. Основные сферы действия деонтологии:

- взаимоотношение между врачом и пациентом, в том числе, в присутствии других больных и в присутствии коллег;
- взаимоотношения между врачом и пациентами-детьми;
- взаимоотношения между врачом и родственниками пациента;
- взаимоотношения между врачом и его коллегами;
- отношение врача к врачебной тайне;
- право приоритетов в медицинской деятельности и право на эксперимент;
- врач и его материальное и моральное вознаграждение;
- врач и юридическая ответственность;
- врач и политика.

8.4. Вмешательство врача в личную жизнь пациента. Врачебная тайна

Центральной фигурой в деонтологии является личность врача. Врач в своей деятельности не может руководствоваться ничем иным кроме глубоких знаний, нравственных принципов, чувства гражданского долга перед больным и обществом. Идеал специалиста и человека, к которому каждый врач должен быть устремлен, предполагает ряд обязательных характерных свойств и особенностей:

- *Способность сострадать ближнему и всему живому.* У врача эта способность должна быть гипертрофирована, являться существенной необходимостью или потребностью.

- *Высокий уровень профессионализма.* Идеальный врач — это человек, увлеченный своей профессией, который не жалеет сил и времени.

- *Повышенное осознание ответственности.* Врач несет ответственность не перед абстрактным обществом, а перед конкретным больным, его родственниками и, наконец, перед своей совестью.

- *Мужественность.* От врача всегда требуется умение вовремя собраться, забыть свои дела, страдания, побочные интересы. Это умение в безнадежных случаях не поддаться панике, унынию и хладнокровно принимать решения.

- *Терпимость.* В своей практике врач сталкивается с разнообразными характерами, идеологиями, верованиями, предрассудками, которые могут вызывать у него неприязнь, поэтому врач должен обладать как терпением, так и терпимостью.

- *Способность к взаимопониманию.* Врачебная деятельность не терпит индивидуализма.

Взаимодействие врача и пациента включает в себя множество аспектов. Задача врача в этом взаимодействии — прежде всего понять пациента и помочь ему. Вступая во взаимоотношения с пациентом, врач обязан оставить за порогом лечебного учреждения свои тревоги, симпатии и антипатии, политические убеждения, нетерпимость, вредные для дела черты характера.

Вступив в контакт с больным, врач обязан учитывать, что страдающий человек — это человек преимущественно с некоторыми психическими отклонениями. Больной мнителен, вспыльчив, склонен к замкнутости. Поэтому врач должен относиться к больному с большим тактом и вниманием. Доверительные отношения между врачом и пациентом — это проч-

ный фундамент для успешного лечебного процесса. К тому же врач не должен забывать о целебном действии, которое оказывают на больного положительные эмоции и добрые слова со стороны медперсонала.

Врач не должен рассматривать пациента как средство удовлетворения своих интересов, в противном случае будет нанесен ущерб всей системе здравоохранения.

8.5. Проблемы морально-психологических отношений в медицинских коллективах

Врач является носителем уникальной информации, которая служит ему средством реализации его рабочих планов, поэтому он обязан бережно обращаться с ней. Информация может вызывать как положительные, так и отрицательные эмоции.

Если у врача не остается надежды на выздоровление больного, тогда, вероятно, он может открыть глаза своему пациенту на истинное положение дел, однако следует учитывать в таком случае коэффициент психологической устойчивости пациента. С другой стороны, если нет никакой надежды на выздоровление, врач может и скрыть от пациента соответствующую информацию, всемерно подбадривая больного, вселяя в него надежду. Так же он поступает и с близкими пациента.

Что касается посторонних, то врач обязан сохранять в тайне от них состояние больного, его диагноз, данные лабораторных анализов, поскольку такая информация может быть использована посторонними лицами во вред больному. Сохранение тайны относительно информации о пациенте является важнейшим условием взаимного доверия между больным и врачом, в противном случае лечение больного затруднительно.

Вместе с тем во врачебной практике имеется целая отрасль, в рамках которой сокрытие врачом информации противоречит его долгу и даже может быть уголовно наказуемо. Это область инфекционных, особенно, венерических заболеваний и ВИЧ инфекции. Врач обязан выявить всех контактирующих с больным лиц и поставить их в известность относительно их возможного заболевания.

Относительно *врачебной тайны* существует еще одна проблема. В процессе необходимых медицине исследований, экспериментов, врачи открывают новые препараты, методы и средства лечения. При этом происходит международный обмен информацией о результатах исследований. Несмотря на то, что этот обмен происходит в рамках специальных саммитов, конференций, симпозиумов, эта информация просачивается за пределы этого круга. Больные и родственники, получившие такую информацию, начинают требовать от лечащего врача применения этих новых средств, и врач оказывается в затруднительном положении. Поэтому подобная информация может быть опубликована лишь в такой форме, которая позволяет до определенного времени не привлекать общественного интереса. Соответственно и специалисты, владеющие подобной информацией, не имеют права на ее распространение.

8.6. Проблемы морально-психологических отношений в медицинских коллективах

Для успешной профессиональной деятельности врачу крайне важно установить нормальные рабочие отношения не только с коллегами у себя на работе, но и с другими представителями своей и смежных профессий. Эффективность его работы обуславливается той помощью, которую ему оказывают его коллеги. Поэтому положение требует, чтобы между коллегами установились дружеские доверительные отношения, чтобы коллеги понимали друг друга, доверяли друг другу, надеялись друг на друга.

Для установления доверительных отношений с коллегами врач должен прежде всего научиться слушать, вникать и стараться понять точку зрения коллеги по любому вопросу.

Врач не имеет права быть высокомерным, заносчивым по отношению к коллегам, даже в тех случаях, когда он убежден в своем профессиональном превосходстве.

Врач должен постоянно учиться у более опытных и знающих коллег и не скрывать этого.

Коллектив современного лечебного учреждения должен составлять единый организм, выполняющий одну задачу — заботу о жизни и здоровье больных.

Врачи обязаны обмениваться профессиональной информацией, не пытаясь монополизировать ее в ущерб делу.

Врач должен поддерживать хорошие доброжелательные отношения с коллегами из других медицинских учреждений и стран.

Однако следует помнить, что эффективность разносторонней деятельности врача достигается не только за счет его профессиональных качеств, но и за счет умелого профессионального взаимодействия со средним и младшим медперсоналом:

1. С медперсоналом должны складываться деловые доброжелательные отношения.

2. Доброжелательность и взаимное доверие не должны опускаться до панибратства, врач не должен перекладывать свои обязанности на медперсонал.

3. Профессионализм отношений между врачом и медперсоналом базируется на высокой требовательности врача к самому себе и, соответственно, к медперсоналу.

4. Врач не имеет права унижать медперсонал, особенно в присутствии больных или родственников.

5. Врач должен передавать свои знания и опыт работающему с ним медперсоналу, служить ему примером во всем.

6. Врач никогда не должен пользоваться услугами медперсонала в решении своих проблем, не имеющих отношения к работе.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Алексеев, В. П.* Очерки экологии человека / В. П. Алексеев. — М., 1993.
2. Биомедицинская этика: учеб. пособие / под ред. Т. В. Мишаткиной, С. Д. Денисова, Я. С. Яскевич. — Минск, 2008.
3. Биоэтика: принципы, правила, проблемы. сб. статей / отв. ред. и сост. Б. Г. Юдин. — М., 1998.
4. *Богораз, И. В.* Больной и врач / И. В. Богораз. — М., 1982.
5. *Вагнер, Е. А.* Раздумья о врачебном долге / Е. А. Вагнер. — Пермь, 1991.
6. Введение в биоэтику: учеб. пособие. — М., 1999.
7. Врач и пациент: этико-правовой аспект. — М., 1990.
8. *Денисов, С. Д.* Биомедицинская этика: практикум / С. Д. Денисов, Я. С. Яскевич. — Минск, 2011.
9. *Дюркгейм, Э.* Самоубийство (социологический этюд) / Э. Дюркгейм. — М., 1997.
10. Жизнь и смерть: загадки и противоречия. — М., 1990.
11. *Иванюта, О. М.* Врач и больной / О. М. Иванюта, Ю. Л. Замдборг. — Киев, 1988.
12. *Иванюшкин, А. Я.* Профессиональная этика в медицине / А. Я. Иванюшкин. — М., 1990.
13. *Комаров, Ф. И.* Философия и нравственная культура врачевания / Ф. И. Комаров. — Киев, 1988.
14. *Косарев, И. И.* Гуманизм и антигуманизм в медицине / И. И. Косарев. — М., 1983.
15. *Косарев, И. И.* Нравственная ответственность врача в современном мире / И. И. Косарев, А. В. Сахно. — М., 1987.
16. *Кубарь, О. И.* Этические и правовые проблемы исследований на человеке: из истории России XX века / О. И. Кубарь // Человек. — 2001. — № 3.
17. *Магазиник, Н. А.* Искусство общения с больными / Н. А. Магазиник. — М., 1991.
18. *Михайлова, Е. П.* Биомедицинская этика. Теория, принципы, проблемы / Е. П. Михайлова, А. Н. Барток. — М., 2009.
19. *Мишаткина, Т. В.* Высшие моральные ценности: пособие к семинарским занятиям / Т. В. Мишаткина. — Минск, 2000.
20. На грани жизни и смерти (биоэтика в США). — М., 1989.
21. *Орлов, А. Н.* Культура общения врача / А. Н. Орлов. — Красноярск, 1987.
22. Павлов, Ю. Д. Медицинская этика / Ю. Д. Павлов, П. М. Сапро-ненков. — Л., 1984.
23. *Павлова, О. С.* Что такое биоэтика? / О. С. Павлова // Чалавек. Грамадства. Свет. — Минск, 2001. — № 1.
24. Проблемы биоэтики. Реферат. сборник / отв. ред. Б. Г. Юдин. — М., 1993.

25. *Пулмэн, Д.* Достоинство человека, боль и страдание / Д. Пулмэн // Человек. — 2001. — № 3.
26. *Руженков, В. А.* Основы биомедицинской этики: учеб. пособие / В. А. Руженков, А. В. Боева. — М., 2010.
27. Требования биоэтики: медицина между надеждой и спасением. — Киев, 1999.
28. *Угрюмов, Б. Л.* О врачебном долге / Б. Л. Угрюмов. — Киев, 1987.
29. *Чеботарева, Э. П.* Врачебная этика / Э. П. Чеботарева. — М., 1984.
30. *Швейцер, А.* Благоговение перед жизнью / А. Швейцер. — М., 1992.
31. Этика биомедицинских исследований: сб. — М., 1989.
32. Этика: учеб. пособие / под ред. Т. В. Мишаткиной, Я. С. Яскевич. — Минск, 2002.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ТЕМА 1. БИМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА: ПРЕДМЕТ, ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ, МЕСТО В СИСТЕМЕ ЭТИЧЕСКОГО ЗНАНИЯ.....	3
1.1. Биоэтика как учение о ценностном отношении к живому	3
1.2. Причины и источники формирования биоэтики	3
1.3. Содержание и структура биомедицинской этики	4
1.4. Биомедицинская этика в системе естественнонаучного и гуманитарного знания.....	6
ТЕМА 2. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ БИМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ.....	7
2.1. Специфика проявления в биомедицинской этике общечеловеческих моральных принципов и ценностей.....	7
2.2. Особенности проявления Добра и Зла в медицинской практике	8
2.3. Здоровье и болезнь: акценты и приоритеты. Страдание и сострадание: вред или польза?	9
2.4. Моральная и юридическая свобода врача: право на риск и проблема ответственности. Сущность и виды риска в медицине	10
2.5. Профессиональный долг врача: в чем его смысл?	10
2.6. Профессиональный долг врача: в чем его смысл?	12
ТЕМА 3. ЖИЗНЬ И СМЕРТЬ КАК ГЛАВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ БИМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ.....	12
3.1. Отношение к жизни и смерти в различных религиях и культурах	12
3.2. Проблема ценности жизни человека: вопросы приоритета	13
3.3. Право человека на жизнь и право на смерть. Суицид	14
3.4. Медицина и проблема смерти: история вопроса.....	15
3.5. Смерть и умирание в эпоху новых медицинских технологий. Хосписы.....	15
3.6. Жизнеподдерживающее лечение и отказ от него.....	17
3.7. Эвтаназия пассивная и активная: за и против	17
3.8. Морально-этические проблемы искусственного аборта	18
ТЕМА 4. ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ	19
4.1. Моральные проблемы получения органов от живого донора	19
4.2. Этические проблемы пересадки органов от трупа. Типы забора органов для трансплантации от трупа.....	20
4.3. Проблема справедливости в распределении дефицитных ресурсов для трансплантации.....	21
4.4. Этические проблемы трансплантации фетальных органов и тканей	22
4.5. Этические аспекты ксенотрансплантации	23
ТЕМА 5. МОРАЛЬНО-ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПОМОЩИ В НАРКОЛОГИИ И ЛЮДЯМ, ЖИВУЩИМ С ВИЧ/СПИДом.....	24
5.1. Этические проблемы в наркологии	24
5.2. Действие биоэтических принципов в наркологии	25

5.3. Морально-этические основы помощи людям, живущим с ВИЧ/СПИДом	26
ТЕМА 6. ЭТИКО-ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ В ОНКОЛОГИИ	28
6.1. Принципы биоэтики в онкологии	28
6.2. Типы высшей нервной деятельности и реакция онкологических больных	29
6.3. Деонтологический подход к больным на разных стадиях заболевания	30
6.4. Деонтологический подход к родственникам больного злокачественными новообразованиями. Особенности врачебной тайны в онкологии. Необходимость работы с родственниками онкобольного. Канцерофобия	31
ТЕМА 7. ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОВЕДЕНИЯ БИОМЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРИМЕНТОВ НА ЧЕЛОВЕКЕ И ЖИВОТНЫХ	33
7.1. История биомедицинских экспериментов на человеке и животных	33
7.2. Проведение исследований и экспериментов на человеке, на эмбрионах, на умственно и физически «неполноценных» людях	33
7.3. Этические проблемы, связанные с проведением экспериментов на животных	34
7.4. Эксперименты психотропного характера и опасность манипулирования людьми. Нюрнбергский кодекс	35
7.5. Хельсинская декларация	35
ТЕМА 8. ЭТИКА ОТНОШЕНИЙ В СИСТЕМЕ «ВРАЧ – БОЛЬНОЙ»	36
8.1. Исторические модели взаимоотношений в системе «врач – больной»: патерналистская и автономная	36
8.2. Принцип сотрудничества врача и пациента	37
8.3. Современная медицинская деонтология: статус и функции. Моральные действия врача в условиях зависимости от него жизни и здоровья пациента	37
8.4. Вмешательство врача в личную жизнь пациента. Врачебная тайна	38
8.5. Проблемы морально-психологических отношений в медицинских коллективах	39
8.6. Проблемы морально-психологических отношений в медицинских коллективах	40
Литература.....	41

Учебное издание

Орлова Инна Игоревна

**БИОМЕДИЦИНСКАЯ
ЭТИКА**

**Учебно-методическое пособие
для самостоятельной работы студентов 1, 2 курсов
всех факультетов медицинских вузов**

**Редактор *Т. Ф. Рулинская*
Компьютерная верстка *С. Н. Козлович***

Подписано в печать 04.04.2013.
Формат 60×84^{1/16}. Бумага офсетная 65 г/м². Гарнитура «Таймс».
Усл. печ. л. 2,56. Уч.-изд. л. 2,80. Тираж 365 экз. Заказ № 111.

Издатель и полиграфическое исполнение
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
ЛИ № 02330/0549419 от 08.04.2009.
Ул. Ланге, 5, 246000, Гомель.

