

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Локтионова Оксана Геннадьевна
Должность: проректор по учебной работе
Дата подписания: 31.12.2020 13:36:44
Уникальный программный ключ:
0b817ca911e6668abb13a5d426d39e5f1c11eabbf73e943df4a4851fd956d089

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Юго-Западный государственный университет»
(ЮЗГУ)

Кафедра биомедицинской инженерии



УТВЕРЖДАЮ
учебной работе
О.Г. Локтионова
шаф 2017г.

БИОЭТИКА

Для студентов направления 30.05.03 Медицинская кибернетика

Курск 2017

УДК 602 +007.57+615.41

Составитель Н.М. Агарков

Рецензент

доктор медицинских наук, профессор *В.А. Иванов*

Биоэтика: методические указания для выполнения практических работ студентов / Юго-Зап. гос. ун-т; сост.: Н.М. Агарков, Курск, 2017. 33 с. с ил.

Содержат методические указания к выполнению практических работ по дисциплине «Биоэтика».

МУ соответствуют требованиям программы, утвержденной учебно-методическим объединением по направлению подготовки 30.05.03 «Медицинская кибернетика».

Текст печатается в авторской редакции

Подписано в печать _____ . Формат 60x84 1/16
Усл.печ.л. 1,92. Уч.-изд.л. 1,74. Тираж _____ экз. Заказ: _____. Бесплатно.
Юго-Западный государственный университет.
305040. г.Курск, ул. 50 лет Октября, 94.

Практическая работа №1 «Биоэтика: предмет и задачи. Типы этических учений. Моральные и правовые нормы, правила врачебной этики. Врачебная тайна»

Методические рекомендации

Биоэтика, развиваясь как область междисциплинарных научных исследований, является наукой о принципах и правилах, регулирующих профессиональное поведение медицинских работников в сфере отношений с пациентами, коллегами, обществом в современном мире. Она стремится стать социальным институтом, защищающим моральные ценности и идеалы гуманизма.

Термин биоэтика ввел в 1970 г. американский онколог В. Поттер и рассматривал ее как «науку выживания» и «путь к выживанию» в современном мире. Признанию понятия «биоэтика» в медицинском сообществе способствовали труды Андре Хеллегерса, американского исследователя в области демографии. Он рассматривал биоэтику как современную форму «врачебной морали», опирающуюся на синтез медицинских, философских и этических знаний о человеке. 6 Преподаватель на первом вводном занятии обращает внимание студентов на многообразные достижения медицины XX–XXI веков, позволившие не только успешно лечить заболевания человека, но и участвовать в зарождении жизни (искусственное оплодотворение), изменять ее качество (генная инженерия), отодвигать наступление смерти (реаниматология, трансплантология). Новые направления деятельности медиков по обеспечению блага человека сопровождались появлением и новых биоэтических проблем. Главной целью изучения биоэтики является формирование этического сознания будущего работника медицины. На семинарских занятиях необходимо решить следующие задачи:

- определить содержание моральных проблем, возникающих в современной медицине,

- раскрыть пути их решения на основе принятых международными и отечественными медицинскими организациями деклараций и этических кодексов и законодательством, регулирующим практику здравоохранения в нашей стране.

Преподаватель рекомендует основную и дополнительную учебную литературу по курсу биоэтики, разъясняет методику проведения семинарских занятий, самостоятельной работы студентов с источниками, сборником документов по этическим проблемам современной медицины, раскрывает содержание контрольных форм учебного курса текущего контроля, зачета по предмету, рассказывает об организации работы студентов и знакомит с балльно-рейтинговой системой.

Вопросы для самоконтроля:

1. Этика, ее особенности и проблемы.
2. Типы этических учений.
3. Наследие Гиппократов и современная медицина.
4. Предмет и задачи.
5. Истоки и причины возникновения биомедицинской этики.
6. Основные принципы биомедицинской этики.
7. Специфика морали как социального явления.
8. Мораль в истории общества, основные исторические этапы и формы развития морали и нравственности.

Практическая работа №2 «Исторические и логические формы биомедицинской этики. Основные модусы «учёный-исследователь-пациент». Главные исторические этапы становления медицинской этики Наиболее влиятельные европейские этические теории и их проявление в биоэтике (утилитаристские, деонтологические, религиозные учения)

Более 25 веков в европейской культуре формировались, сменяли друг друга различные морально-этические принципы, правила, рекомендации, сопровождавшие медицину на протяжении всей ее истории. Если мы обозначим все многообразие многовекового врачебного нравственного опыта понятием “биомедицинская этика”, то обнаружим, что сегодня биомедицинская этика существует в четырех формах или моделях: модели Гиппократов, модели Парацельса, деонтологической модели и в виде биоэтики. Теоретические особенности и морально-этические принципы каждой из этих моделей являются реальными элементами целостной системы профессионально-этического знания и составляют ценностно-нормативное содержание профессиональной современной биомедицинской этики.

3.1. Модель Гиппократов и принцип “не навреди”

Исторически первой формой врачебной этики были моральные принципы врачевания Гиппократов (460-377 гг. до н.э.), изложенные им в “Клятве”, а также в книгах “О законе”, “О врачах” и др.

Гиппократов называют “отцом медицины”. Эта характеристика не случайна. Она фиксирует рождение профессиональной врачебной этики.

В древних культурах — вавилонской, египетской, иудейской, персидской, индийской, греческой — способность врачевать свидетельствовала о “божественной” избранности человека и определяла его элитное, как правило, жрецкое положение в обществе. Например, первые вавилонские врачи были жрецами, и основными средствами лечения были обряды и магия. Первый египетский целитель Имхотеп — жрец, который в последствии был обожествлен (около 2850 г. до н.э.) и храм в его честь в

Мемфисе был одновременно и госпиталем и медицинской школой. Медицинская практика была исключительным правом магов Персии и брахманов Древней Индии. Исследователи предполагают, что отец Гиппократ был одним из жрецов Асклепия — бога врачевания у древних греков.

Становление греческой светской медицины было связано не только с влиянием рационального знания и накоплением опыта врачевания, но и с принципами демократической жизни городов-государств Древней Греции. Освященные и необсуждаемые права врачующих жрецов постепенно, но неизбежно сменялись моральными профессиональными гарантиями и обязательствами лекарей перед пациентами. Так, в Клятве Гиппократ были впервые сформулированы и выписаны именно обязанности врача перед больными и своими коллегами по ремеслу.

Гиппократ писал: “Клянусь Аполлоном врачом, Асклеием, Гигией и Панакеей и всеми богами и богинями, беря их в свидетели, исполнять честно, соответственно моим силам и моему разумению, следующую присягу и письменное обязательство: считать научившего меня врачебному искусству наравне с родителями, делиться с ним недостатками и в случае надобности помогать ему в его нуждах; его потомство считать своими братьями, и это искусство, если они захотят его изучать, преподавать им безвозмездно и без всякого договора; наставления, устные уроки и все остальное в учении сообщать своим сыновьям, сыновьям своего учителя и ученикам, связанным обязательством и клятвой по закону медицинскому, но никакому другому. Я направляю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости. Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла; точно так же я не вручу никакой женщине абортивного пессария. Чисто и непорочно буду проводить я свою жизнь и свое искусство. Я ни в коем случае не буду делать сечения у страдающих каменной болезнью, предоставив это людям, занимающимся

этим делом. В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, несправедного и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами.

Что бы при лечении — а также и без лечения — я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной”.

Нормы и принципы поведения врача, определенные Гиппократом, являются не просто отражением специфических отношений в конкретно-исторической эпохе. Они наполнены содержанием, обусловленным целями и задачами врачевания, независимо от места и времени их реализации. В силу этого, несколько изменяясь, они соблюдаются и сегодня, приобретая в том или ином этическом документе, будь то “Декларация”, “Присяга” и т.п. свой стиль, особую форму выражения.

Примером документа, созданного на основе “модели Гиппократа” служит “Клятва российского врача”, принятая 4-й Конференцией Ассоциации врачей России в ноябре 1994 г., являющейся обязательной для членов этой Ассоциации:

“Добровольно вступая в медицинское сообщество, я торжественно клянусь и даю письменное обязательство посвятить себя служению жизни других людей, всеми профессиональными средствами стремясь продлить ее и сделать лучше; здоровье моего пациента всегда будет для меня высшей наградой.

Клянусь постоянно совершенствовать мои медицинские познания и врачебное мастерство, отдать все знания и силы охране здоровья человека и ни при каких обстоятельствах я не только не использую сам, но и никому не позволю использовать их в ущерб нормам гуманности.

Я клянусь, что никогда не позволю соображениям личного, религиозного, национального, расового, этнического, политического, экономического, социального и иного немедицинского характера встать между мною и моим пациентом.

Клянусь безотлагательно оказывать неотложную медицинскую помощь любому, кто в ней нуждается, внимательно, заботливо, уважительно и беспристрастно относиться к своим пациентам, хранить секреты доверившихся мне людей даже после их смерти, обращаться, если этого требуют интересы врачевания, за советом и коллегам и самому никогда не отказывать им ни в совете, ни в бескорыстной помощи, беречь и развивать благородные традиции медицинского сообщества, на всю жизнь сохранить благодарность и уважение к тем, кто научил меня врачебному искусству.

Я обязуюсь во всех своих действиях руководствоваться этическим кодексом российского врача, этическими требованиями моей ассоциации, а также международными нормами профессиональной этики, исключая, не признаваемое Ассоциацией врачей России, положение о допустимости пассивной эвтаназии. Я даю эту клятву свободно и искренне. Я исполню врачебный долг по совести и с достоинством”.

Вопросы для самоконтроля:

1. Где и при каких обстоятельствах начала формироваться биоэтика?
2. Какие исторические предпосылки возникновения биоэтики вы можете назвать?
3. В чём заключаются отличие моральной и правовой регуляции медицинской деятельности?
4. Что является отличительным признаком профессиональной этики врача?
5. Может ли «Клятва» Гиппократова быть основой современной профессиональной этики врача?
6. Какие положения «Клятвы» можно считать незыблемыми и сейчас?
7. Какой тип отношений врача к пациенту характерен для модели Парацельса?
8. Назовите современный этический документ, созданный в режиме клятвы Гиппократова?
9. Какое профессиональное обязательство присутствует в клятве Гиппократова в отличие от клятвы Российского врача?

Практическая работа №3 «Жизнь как ценность: определение момента начала человеческой жизни. Этические проблемы вмешательства в репродукцию человека: искусственный аборт, вспомогательные репродуктивные технологии»

Доклады для обсуждения:

1. Аборты. Состояние проблемы в мире. Аргументы сторонников и противников абортов. История аборта в России. Законодательная база. Международные этические документы.
2. Новые репродуктивные технологии. Виды и показания к их применению. Моральные проблемы экстракорпорального оплодотворения с последующим переносом эмбриона (ЭКО с ПЭ).
3. Многоаспектность проблемы суррогатного материнства.
4. Отношение к аборту в исламе. Аборт и христианство (католицизм, православие).
5. Этические проблемы контрацепции и стерилизации.
6. Клонирование человека – новый вызов биоэтике.

Ключевые понятия:

искусственный аборт, эмбрион, репродуктивная этика, инсеминация, экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО); суррогатное материнство, клонирование.

Методические рекомендации

Проблема искусственного прерывания беременности (аборта) является одной из основных проблем современной биоэтики. Внимание к этой теме связано не только с демографическими (падение рождаемости) и медицинскими причинами (угроза здоровью женщины, опасность бесплодия), но и с собственно моральными традициями. Законодательное регулирование искусственного прерывания беременности имеет свою длительную историю. В европейских странах существовала смертная казнь за плодотизгнание. На рубеже XIX–XX веков началось движение медиков, юристов за

либерализацию «абортного» законодательства. В России впервые в 1920 г. было разрешено производство аборт по просьбе женщин, в 1936 г. оно было запрещено, а в 1955 г. запрет был вновь отменен. В настоящее время Россия наряду с Нидерландами и Швецией имеет самое либеральное законодательство об абортах. Обратившись к Федеральному Закону «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» необходимо раскрыть его основные положения по обсуждаемому вопросу. Развитие новых репродуктивных технологий (искусственная инсеминация спермой донора или мужа, оплодотворение вне организма женщины с последующей имплантацией эмбриона в матку женщины) решает проблему бесплодия, но порождает новые вопросы. Специального этического анализа заслуживает вопрос о том, кто является родителем ребенка, зачатого искусственным путем? Какова этическая оценка отношения к так называемым «избыточным эмбрионам»? Практика суррогатного материнства особенно противоречива в моральном отношении.

Вопросы для самоконтроля:

1. Назовите основные моральные подходы к проблеме аборт. В чем они заключаются?
2. Природа и статус эмбриона
3. Перечислите основные сферы приложения репродуктивной этики.
4. Охарактеризуйте основные этапы трансформации российского законодательства, регулирующего аборт.
5. Назовите основные положения Декларации ВМА о медицинских абортах.
6. Охарактеризуйте медицинские и социальные причины развития суррогатного материнства.

Практическая работа №4 «Этика генетики. Прогностическая медицина и этико-правовые проблемы моделирования жизни. Новая - евгеника. Этико-правовое регулирование репродуктивного и терапевтического клонирования»

Доклады для обсуждения

1. Виды генной терапии - компенсация генетических дефектов (коррекция мутантного гена) и привнесение в клетку новых свойств (ген как лекарство).
2. Степень допустимости вмешательства в генетический аппарат человека. Генетический вред (изменение свойств существующих организмов), генетический риск (возникновение новых опасных организмов) и проблема генетической безопасности.
3. Этический коридор технологий трансплантации стволовых клеток. Статус эмбриона и морально-этические проблемы терапевтического клонирования.
4. Евгеника. Либеральная и консервативная оценка возможностей изменения и (или) улучшения природы человека.

Ключевые понятия: геном, сиквенс, «красная» и «зеленая» биотехнологии, плазида, рестрикция, лигирование, трансформация, скрининг, евгеника, стволовые клетки, адипоциты, генная инженерия и терапия.

Методические рекомендации

Генетические технологии в конце 20 – начале 21 века прочно вошли в медицинскую практику. Генетическая диагностика и консультирование стали одним из видов медицинской помощи. Разрабатываются технологии генной терапии и инженерии, доминирует тенденция к разработке технологий, позволяющих конструировать, видоизменять биологическую природу человека, в частности, технологий генетического модифицирования организмов и животных, генная терапия, клонирование животных. В ходе научных разработок и применения генных технологий выявился ряд серьезных этических проблем, связанных с вмешательством в механизмы

сохранения разнообразных форм жизни на Земле, прежде всего – жизни человека. Это проблема использования генных технологий для улучшения природы человека; проблема доступа различных слоев населения к возможности их использования; проблема генетического скрининга населения и генетической паспортизации населения; проблема сохранения тайны генетической информации; проблема коммерциализации процесса использования генетической информации и генных технологий; проблемы научных исследований в области разработки и совершенствования генных технологий; проблемы трансгенных растений и животных.

Вопросы для самоконтроля:

1. Перечислите общие этические принципы в медицинской генетике.
2. Дайте определение термина «геномика».
3. Может ли генетическая информация использоваться для отказа в приеме на работу, страховании, получении образования и т.п.?
4. Назовите основные международные биоэтические документы, регламентирующие проведение генетических исследований.
5. С какими этическими проблемами сталкивается применение генетического тестирования?
6. Приведите примеры негативной и позитивной евгеники.
7. Какие этические проблемы могут возникнуть при создании генетических биобанков?

Практическая работа №5 «Смерть и умирание. Модели восприятия смерти индивидом и обществом. Проблема этические правила информирования пациента при неизлечимом заболевании. Этические принципы паллиативной помощи. Эвтаназия: этика и закон»

Доклады для обсуждения:

1. Определение и виды эвтаназии. Отношение различных мировых религий к отдельным видам эвтаназии. Документы ВМА, регламентирующие проведение эвтаназии. Отношение в эвтаназии в России, правовое и этическое регулирование, ответственность медицинских работников
2. Виды смерти: клиническая и биологическая. Различные критерии смерти; правила констатации.
3. Персистирующее вегетативное состояние. Возможность для врача не начинать реанимационные мероприятия и прекратить их.
4. Хосписы и хосписные движения. Паллиативное лечение.

Ключевые понятия:

эвтаназия: активная, пассивная, принудительная; смерть мозга, кома, персистирующее вегетативное состояние.

Методические рекомендации

Рассмотрение данной темы предполагает анализ целого комплекса взаимосвязанных между собой проблем. Прежде всего, необходимо обратить внимание на культурно-исторический аспект вопроса, поскольку отношение к смерти всегда зависит от фундаментальных символических кодов конкретной культурной традиции

В жизни каждого нормального человека рано или поздно наступает момент, когда он задается вопросом о конечности своего индивидуального существования. Человек - единственное существо, которое осознает свою смертность и может делать ее предметом размышления. Но неизбежность собственной смерти воспринимается человеком отнюдь не как отвлеченная истина, а вызывает сильнейшее эмоциональные потрясения, затрагивает самые глубины его внутреннего мира.

Смерть - это последнее событие в жизни человека. Умереть - значит прекратить чувствовать, оставить все и уйти в неведомое.

2. Психология смерти и умирания

В последние три десятилетия психологи активно занимались изучением самых разных аспектов смерти.

Оказалось, что человеческое общество ориентировано на молодость и имеет любопытную особенность: отрицать смерть, избегать мыслей о ней и в то же время быть необычайно озабоченным ею. О степени озабоченности говорит тот факт, что люди - единственные живые существа на Земле, которые строят кладбища. Более того, оказалось, что с определенного возраста вся жизнь человека - это ни что иное, как навязчивая борьба со смертью. Причем с каждым годом эта борьба идет все жестче и жестче.

Сегодня большинство людей категорически избегают любого столкновения со смертью, хотя в прежние времена она была обычным явлением. Люди умирали дома, в окружении родных и близких, которые в последние дни жизни умирающего окружали его заботой. Сегодня большинство людей умирают в больницах, и ухаживает за ними медицинский персонал. Создается впечатление, что в глубине души мы верим, будто смерть - это просто еще одна болезнь, от которой пока не найдено лекарство. И это притом, что средний человек, достигший 21 года, ни разу не был свидетелем реальной человеческой смерти, зато видел более 10 000 смертей по телевидению. Такой вот пример двойственного отношения - отрицания и неослабного интереса!

Причина такого отношения к смерти отчасти кроется в том паническом, парализующем ужасе, который охватывает человека, когда он узнает, что "однажды меня не будет". И все-таки, когда люди становятся старше или заболевают, они начинают понимать, что смерть не так уж далека, и мысль о ее неизбежности все чаще приходит им в голову. Молодые могут позволить себе роскошь отгонять такие мысли, но во время болезни или в старости о смерти думают все.

3. Смерть как финальная стадия человеческого развития

Согласно энциклопедии Кирилла и Мефодия, жизнь - это одна из форм существования материи, закономерно возникающая при определенных условиях в процессе ее развития. Организмы отличаются от неживых объектов обменом веществ, раздражимостью, способностью к размножению, росту, развитию, активной регуляции своего состава и функций, к различным формам движения, приспособляемостью к среде.

Таким образом, жизненный цикл определяется как прогрессивная серия изменений организма, начинающихся с момента оплодотворения яйцеклетки и кончающихся моментом смерти.

Мы можем не знать ответы на многие вопросы, касающиеся нас, нашей деятельности, но все мы можем, ответить, что ждёт человека в конце его жизни. Мы обязательно умрём, т.к. человек не может жить вечно. Мы умрём завтра, или через несколько десятков лет, но это обязательно произойдёт.

Многие проходят через ряд хорошо различимых стадий приспособления к умиранию, пока, наконец, не почувствуют себя в силах признать смерть финальной стадией человеческого развития.

Танатологи Роберт Кэвэнау и Элизабет Кюблер-Росс, провели ряд исследований. Эти исследования доказали, что умирание - нечто большее, чем физиологические симптомы.

Кюблер-Росс выделила в процессе приспособления к мысли о смерти 5 стадий.

1. Стадия отрицания. Человек отказывается принять возможность своей смерти и занимается поисками других, более обнадеживающих мнений, диагнозов.

2. Как только человек осознает, что действительно умирает, его охватывает гнев, обида и зависть к окружающим - наступает стадия гнева. Умиравший испытывает состояние фрустрации, вызванное крушением всех его планов и надежд.

3. На стадии торга человек ищет способы продлить жизнь, дает обещания и пытается договориться с Богом, врачами, медсестрами или другими людьми, чтобы отдалить развязку или облегчить себе боль и страдания.

4. Когда ничего выторговать не удастся или время истекает, человека охватывает чувство безнадежности. Наступает стадия депрессии. На этой стадии умирающий человек сожалеет о том, что уже потерял, о предстоящей смерти и расставании с родными и близкими.

5. На финальной стадии принятия человек смиряется со своей судьбой и спокойно ожидает развязки.

Но не все люди проходят через эти стадии, и только некоторые проходят их именно в такой последовательности. На реакцию умирающего оказывают влияние многие факторы, это и культура, и религия, и личность, и собственная философия жизни, а так же продолжительность и характер заболевания. Одни испытывают гнев и депрессию до самой смерти, другие приветствуют смерть как освобождение от боли и одиночества. Прохождение процесса умирания индивидуально, и нет универсальной последовательности стадий.

Если смерть внезапна, то на обозрение жизни просто нет времени, но и болезнь, сопровождающаяся сильнейшими болями и ограничением подвижности, тоже не оставляет достаточного количества времени, чтобы приспособиться к смерти.

Вопросы для самоконтроля:

1. Что такое активная и пассивная эвтаназия?
2. Какие критерии необратимости персистирующего вегетативного состояния были предложены Всемирной медицинской ассоциацией?
3. В чем состоят основные аргументы в пользу паллиативной и хосписной помощи как альтернативы практике эвтаназии?
4. Перечислите основные критерии смерти.

Практическая работа №6 «Этико-правовое регулирование трансплантации органов и тканей человека. Этико-медицинские проблемы клеточной трансплантации»

Доклады для обсуждения

1. Трансплантология, определение, виды, возможности. Этические проблемы трансплантологии.
2. Международные этические документы, регламентирующие проведение трансплантации органов и тканей.
3. Правовая и этическая регуляция пересадки органов в РФ.
4. Этические проблемы трансфузиологии. Права, обязанности и ответственность доноров крови. Права реципиентов крови
5. Моральные проблемы пересадки органов и тканей от трупов и живых органов.

Ключевые понятия: виды трансплантологии, презумпции согласия и несогласия на забор органов, рутинный забор органов

Методические рекомендации

Трансплантология является одной из перспективных областей медицинской науки и практики. Важнейшей проблемой, с которой встречаются трансплантологи, является «дефицит донорских органов», то есть несоответствие между потребностью в них больных людей, и их чрезвычайно ограниченным наличием. Можно выделить несколько направлений разрешения этого противоречия: 1) получение необходимых органов от живых доноров; 2) изъятие органов у трупов; 3) создание искусственных органов; 4) получение нужных органов от животных; 5) клонирование органов. На семинарском занятии главное внимание уделяется проблемам, возникающим в связи с двумя первыми из возможных путей получения органов для трансплантации. Необходимо рассмотреть основные положения статьи 47 Закона Российской Федерации «Донорство органов и тканей человека и их трансплантация (пересадка)» (2011 г.), в котором определены правовые основы трансплантологии. Вместе с тем, специалисты по биоэтике

привлекают внимание к острым моральным проблемам, возникающим в этой области. В отношении живого донора имеет место нарушение важнейшего этического принципа – «не навреди». В этой связи, прежде всего, следует раскрыть условия, при которых возможна добровольная, совершаемая вполне осознанно, бескорыстная жертва, приносимая живым донором органа другому человеку – реципиенту. Обратит внимание на специфику проявления правил информированного согласия и конфиденциальности в трансплантологических ситуациях. Хотя законодательство гарантирует бесплатное лечение донора в связи с нанесенным ему вредом в ходе изъятия органа или его части, возрастает моральная ответственность медиков за выполнение этих положений законодательства. Достаточно актуальной является тема продажи органов материально нуждающимся людьми. Поэтому стоит обсудить вопрос – в чем состоит моральное зло торговли органами? Использование тела мертвого человека в качестве источника органов для пересадки также вызывает ряд моральных проблем. Современная и религиозная и светская мораль содержат нормы, регулирующие отношение к мертвому телу. Необходимо оценить с этической точки зрения существующую в нашей стране, так называемую рутинную практику забора органов, при которой человек после смерти не считается хозяином своего тела, а также положение статьи 47 вышеуказанного ФЗ о презумпции согласия как основании для забора органов у трупов.

Вопросы для самоконтроля:

1. Какой этический принцип является первостепенным при проведении экспериментов на человеке?
2. Может ли цитата «на благо государства или народа» быть оправданием экспериментирования на человеке?
3. Каковы моральные дилеммы, связанные с пересадкой органов от живых доноров?
4. Имеют ли место моральные проблемы пересадки органов и тканей от трупов?

5. Охарактеризуйте суть принципа справедливости в условиях дефицита донорских органов.

6. Раскройте базовые принципы законодательного регулирования донорства в Российской Федерации.

Практическая работа №7 «Этика в психиатрии. Проблема автономии личности в психиатрии. Специфика отечественного отношения к психически больным»

Доклады для обсуждения:

1. Определение суицидов, мировая статистика и причины суицидального поведения, социокультурные и психологические факторы суицидальной готовности.
2. Модели и тактика общения врача и пациента и оказания психиатрической помощи.
3. Антипсихиатрия (Тимоти Кроу, Рональд Лэйнг, Томас Сас, Мишель Фуко).
Ключевые понятия: суицид, «стигма» и «стигматизация», антипсихиатрия.

Методические рекомендации

Психиатрическая этика занимается моральными аспектами психиатрической помощи и защиты прав душевнобольных. Люди, страдающие психическими заболеваниями и расстройствами, — очень уязвимая группа. Их права нарушаются особенно часто и легко, даже в развитых странах. Против людей, страдающих психическими расстройствами, повсеместно совершаются акты насилия. Нерешенной проблемой практически во всех странах является систематическое и грубое нарушение прав и свобод лиц с психическими расстройствами — личных, политических, экономических, социальных. Помимо качественной медицинской (психиатрической) помощи, они нуждаются также в реабилитации и реинтеграции в общество, обеспечении им равных прав по сравнению с другими людьми. Все это должно быть обеспечено широким комплексом мер политического, юридического, социального характера.

Вопросы для самоконтроля:

1. Какими правами обладают лица, страдающие психическими расстройствами?
2. Кто может быть представителем гражданина, получающего психиатрическую помощь?

3.Что означает независимость врача-психиатра при оказании психиатрической помощи?

4. Почему в последнее время в медицинском сообществе избегают термина «психическое заболевание»?

5.Что означает задача социальной инклюзии по отношению к душевнобольным?

Практическая работа №8 «Этические документы международных организаций, отечественных и международных профессиональных медицинских ассоциаций. Права человека, пациента и медицинских работников. Ответственность за «врачебную ошибку».

Доклады для обсуждения:

1. Медицинские ошибки. Виды и источники ошибок и меры их предупреждения. Неизбежность врачебной ошибки и «право» врача на ошибку.
2. Халатность медицинского работника и неблагоприятный исход. Причины увеличения количества жалоб населения на халатное отношение врачей к своим обязанностям.
3. Профессиональное преступление в сфере медицинской деятельности. Ответственность медицинских работников за причинение вреда здоровью граждан. Проблема коррупции в медицине.
4. Ятрогенные заболевания: понятие, классификация, факторы формирования. Ключевые понятия: добросовестное заблуждение, несчастный случай, халатность, преступление, ятрогении.

Методические рекомендации

Вторая половина XX века и начало XXI века свидетельствуют о большом внимании, которое проявляют международные и российские правительственные и неправительственные организации к формулированию принципов медицинской этики и биоэтики.

Особое значение в указанном аспекте имеют документы ООН.

Так, в Принципах медицинской этики, относящихся к роли работников здравоохранения, в особенности врачей, в защите заключенных или задержанных лиц от пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания, принятых 18.12.1982 Резолюцией 37/194 на 37-ой Сессии Генеральной Ассамблеи ООН, сформулирован принцип 2: «Работники здравоохранения, в особенности

врачи, совершают грубое нарушение медицинской этики, а также преступление, в соответствии с действующими международными документами, если они занимаются активно или пассивно действиями, которые представляют собой участие или соучастие в пытках или других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видах обращения и наказания, или подстрекательство к их совершению, или попытки совершить их».

Важное значение для установления и реализации принципов биоэтики имеют документы ЮНЕСКО.

В статье 2 Всеобщей декларации о геноме человека и правах человека (далее – Декларация), принятой 11.11.1997 г. Генеральной конференцией ООН по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО), установлено:

«а) Каждый человек имеет право на уважение его достоинства и его прав, вне зависимости от его генетических характеристик.

б) Такое достоинство непреложно означает, что личность человека не может сводиться к его генетическим характеристикам, и требует уважения его уникальности и неповторимости».

Особое место имеет Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека, принятая путем аккламации 19 октября 2005 г. на 33-й сессии Генеральной конференции ЮНЕСКО, в которой сформулированы 15 принципов биоэтики. Следующей авторитетной специализированной организацией ООН, в документах которой могут устанавливаться принципы биоэтики, является Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ).

В таком важном документе ВОЗ, каким является Декларация о политике в области обеспечения прав пациента в Европе, принятая Европейским совещанием по правам пациента (Амстердам, Нидерланды, март 1994), в разделе «Права пациентов» в пункте 1 «Права человека и человеческие ценности в здравоохранении» данной Декларации определено:

«Никакие ограничения прав пациентов не должны нарушать права человека и каждое ограничение должно иметь под собой правовую базу в виде

законодательства той или иной страны. Осуществление нижеперечисленных прав должно происходить не в ущерб здоровью других членов общества и не нарушать их человеческих прав.

1.1. Каждый человек имеет право на уважение собственной личности.

1.2. Каждый человек имеет право на самоопределение.

1.3. Каждый человек имеет право на сохранение своей физической и психической целостности, а также на безопасность своей личности.

1.4. Каждый человек имеет право на уважение его тайн.

1.5. Каждый человек имеет право иметь собственные моральные и культурные ценности, религиозные и философские убеждения.

1.6. Каждый человек имеет право на защиту собственного здоровья в той мере, в которой это позволяют существующие меры профилактики и лечения болезней и должен иметь возможность достичь наивысшего для себя уровня здоровья».

Для европейской биоэтики одним из основополагающих документов является Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине (ETS N 164) (Овьедо, 4 апреля 1997 года).

Согласно статье 1 Конвенции стороны настоящей Конвенции защищают достоинство и индивидуальную целостность человека и гарантируют каждому без исключения соблюдение неприкосновенности личности и других прав и основных свобод в связи с применением достижений биологии и медицины.

Среди этических документов международных неправительственных организаций большим авторитетом пользуется нормы, сформулированные Всемирной Медицинской Ассоциацией (ВМА).

Так, в 1963 г. ВМА приняты Двенадцать принципов предоставления медицинской помощи в любой национальной системе здравоохранения, среди которых заслуживает внимание следующий: «Любая система здравоохранения должна обеспечивать пациенту право выбора врача, а врачу

- право выбора пациента, не ущемляя при этом прав ни врача, ни пациента. Принцип свободного выбора должен соблюдаться и в тех случаях, когда медицинская помощь полностью или частично оказывается в медицинских центрах. Непременная профессиональная и этическая обязанность врача - оказывать любому человеку неотложную медицинскую помощь без каких-либо исключений».

В преамбуле Лиссабонская декларация о правах пациента, принятой ВМА (Лиссабон, Португалия, сентябрь-октябрь 1981 года) указано, что в последние годы отношения между врачами, пациентами и широкой общественностью претерпели значительные изменения. Хотя врач должен действовать в интересах пациента сообразно своей совести, необходимы также соответствующие гарантии автономии и справедливого отношения к пациенту.

В пункте 3 Лиссабонской декларации определено:

«а) Пациент имеет право на самоопределение и на принятие независимых решений относительно своего здоровья. Врач обязан сообщить пациенту о последствиях его решения.

б) Умственно полноценный совершеннолетний пациент имеет право соглашаться на любую диагностическую процедуру или терапию, а также отказываться от них. Пациент имеет право на получение информации, необходимой для принятия им решений. Пациент должен иметь четкое представление о целях и возможных результатах любого теста или лечения, а также о последствиях своего отказа.

в) Пациент имеет право отказаться от участия в каком-либо исследовании или медицинской практике».

В пункте 10 Лиссабонской декларации указано:

«а) Следует всегда уважать человеческое достоинство и право пациентов на неприкосновенность частной жизни, а также их культурные и моральные ценности при оказании медицинской помощи и в ходе практического медицинского обучения.

б) Пациент имеет право на облегчение своих страданий с использованием существующих знаний в области медицины.

в) Пациент имеет право на гуманный уход в случае неизлечимой болезни и предоставление возможностей для достойного и наименее болезненного ухода из жизни».

В Международном кодексе медицинской этики, принятом 3-й Генеральной Ассамблеей ВМА (Лондон, Великобритания, октябрь 1949 года) установлены следующие общие обязанности врачей:

«Врач должен всегда поддерживать наивысшие профессиональные стандарты.

Врач не должен позволять соображениям собственной выгоды оказывать влияние на свободу и независимость профессионального решения, которое должно приниматься исключительно в интересах пациента.

Врач должен ставить во главу угла сострадание и уважение к человеческому достоинству пациента и полностью отвечать за все аспекты медицинской помощи, вне зависимости от собственной профессиональной специализации».

На основании пункта 3 Хельсинкской декларации ВМА: Этические принципы медицинских исследований с привлечением человека, принятой 18-ой Генеральной Ассамблеей ВМА (Хельсинки, Финляндия, июнь 1964) долг врача состоит в укреплении и охране здоровья пациентов, включая участников медицинских исследований. Знания и совесть врача должны быть полностью подчинены выполнению этого долга.

В силу пункта 9 Хельсинкской декларации медицинские исследования должны проводиться в соответствии с этическими нормами, обеспечивающими уважение каждого человека, защиту его прав и охрану здоровья. Некоторые категории участников исследований особенно уязвимы и нуждаются в специальной защите. К ним относятся лица, не способные самостоятельно дать согласие на участие в исследовании или отказаться от него, а также лица, подверженные принуждению или недолжному влиянию.

В аспекте реализации биоэтических принципов важно обратить внимание на отдельные статьи Конституции Российской Федерации.

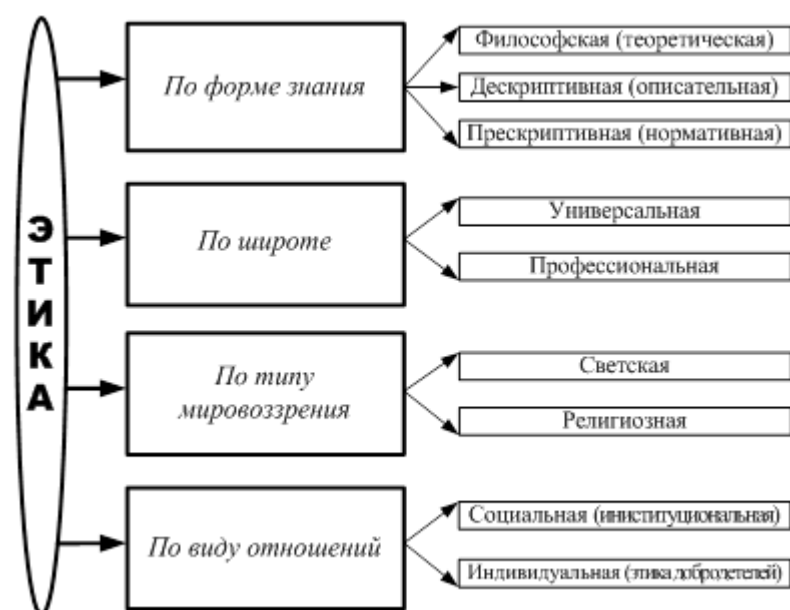
Согласно статье 2 Конституции РФ человек, его права и свободы являются высшей ценностью. Признание, соблюдение и защита прав и свобод человека и гражданина - обязанность государства.

Особенно остро обсуждается вопрос о врачебных ошибках. Часто совершенно разные причины неблагоприятных последствий действий врача смешиваются между собой и выдаются за ошибку. Поэтому следует выделить несколько понятий – врачебная ошибка, несчастный случай в медицине, преступление или проступок. Обсуждение врачебных ошибок необходимо для того чтобы установить причины их возникновения, уяснения возможностей для их не повторения в будущем. В медицинской и юридической литературе высказано несколько мнений по поводу определения понятия врачебная ошибка. Согласно одному из них врачебная ошибка – это небрежное, недобросовестное, невежественное отношение к своим обязанностям при оказании медицинской помощи или уходе за больным. С юридической точки зрения врачебная ошибка может квалифицироваться как противоправное виновное деяние медицинского работника, повлекшее причинение вреда здоровью пациента, и рассматривается с позиции наличия вины. В случае отсутствия вины речь идет о невиновном, случайном причинении вреда. Первое из названных деяний квалифицируется как правонарушение (преступление, проступок) влекущее какое либо наказание, во второе - налицо случай, т.е. отсутствие вины, не влекущее ответственности. С медицинской точки зрения (а также с этической) врачебная ошибка – это такие неблагоприятные последствия действий врача, которые являются следствием добросовестного заблуждения. Вопросы для самоконтроля:

1. Что такое врачебная ошибка, какие вы знаете виды врачебных ошибок?
2. Что такое ятрогения, международная классификация ятрогений?

3. Что такое обоснованный и необоснованный риск (согласно действующему законодательству)?
4. Каковы основные признаки понятия «действие в условиях крайней необходимости» (согласно действующему законодательству)?
5. Перечислите возможные преступления в системе здравоохранения.
6. В чем выражается халатность медработника? Какова мера ответственности, медперсонала, допустившего халатность?

Практическая работа №9 «Этика науки. Этико-правовое регулирование клинических испытаний и медико- биологических экспериментов. Этические комитеты»



История проведения медицинских исследований на людях насчитывает не одно столетие и в этой истории есть светлые и темные страницы. Одной из самых темных страниц являются эксперименты, проводившиеся врачами над заключенными в нацистских концлагерях. Некоторые биоэтики, вообще, считают, что история биоэтики началась на Нюрнбергском процессе, когда правда о жутких деяниях нацистских врачей стала известна потрясенному человечеству. Именно тогда стало известно, что нацистские врачи умертвили 70 000 человек: людей с физическими недостатками, людей, считавшихся "бесполезными" для общества, душевнобольных, цыган и маргиналов. Миру также стало известно, что некоторые врачи ставили злодейские опыты на военнопленных и на лицах, депортированных из занятых нацистами стран. Именно на Нюрнбергском процессе мир впервые подверг сомнению добросовестность врачей и врачебную этику. В августе 1947 года - завершился длившийся десять месяцев Нюрнбергский трибунал, расследовавший преступные эксперименты на военнопленных и узниках концлагерей, обвинение в преступлениях против человечества было предъявлено представителям самой гуманной профессии — врачам, деяния

которых отличала беспримерная жестокость. Большинство обвиняемых было приговорено к различным срокам лишения свободы, наряду с приговором суд сформулировал еще один документ, который стал известен как Нюрнбергский кодекс. *Это первый международный документ, в котором впервые в международной практике были сформулированы принципы проведения экспериментов на человеке* - принципы, соблюдение которых сделало бы невозможным повторение ужасных опытов, фактически превращавших научное исследование в глумление над людьми, в безжалостную пытку.

Следует отметить, что, несмотря на то, что этот документ был разработан и принят в ходе судебного процесса, *документ носил необязательный характер, а принципы, изложенные в нем, представляли собой не требования закона, а требование морали.*

Перечислим основные принципы, изложенные в Нюрнбергском кодексе:

1. Абсолютным необходимым условием возможности проведения эксперимента является свободное добровольное согласие дееспособного испытуемого, получившего полную информацию об эксперименте
2. Эксперимент должен приносить пользу обществу, недостижимую другими методами, он должен быть научно обоснован. Необходимым условием проведения эксперимента является наличие соответствующей научной квалификации.
3. Необходимо избавление испытуемого от всех излишних физических и психических страданий.
4. Запрет на проведение экспериментов, предполагающих смертельный исход. (Исключение – случая, когда врачи-исследователи ставят подобные эксперименты на себе)
5. Возможность прекращения проведения эксперимента на любом этапе, как по желанию испытуемого, так и по решению исследователя.

Как видим, положения “Кодекса” содержат в себе перечень основных, базовых этических принципов проведения медицинских исследований на

людях. Однако, необязательный характер самого документа, а также та конкретная ситуация, в которой он был разработан, сыграли свою роль в том, что он не оказал никакого влияния на практику проведения медицинских экспериментов на людях в последовавшие за его принятием годы.

Так, например широкой общественности стали известны случаи, произошедшие в США, той самой стране, которая обнародовала сведения о преступлениях нацистских врачей и хвасталась своим уважением прав человека. Вот некоторые из них, которые особенно потрясли общественное мнение:

- В 1963 году в Бруклине в Еврейской больнице для страдающих хроническими заболеваниями в качестве эксперимента престарелым пациентам без их согласия были введены активные раковые клетки.
- В период между 1965 и 1971 годами в Государственной больнице Уиллоубрук, Нью-Йорк, проводились исследования вирусного гепатита. В ходе этих исследований вирус гепатита вводился детям с физическими недостатками, находившимся в данной больнице.
- Когда в 1972 году выяснилось, что в Таскеги на протяжении сорока лет ставились опыты на чернокожих американцах, больных сифилисом, без их осознанного согласия, пресса подняла скандал, хотя было уже поздно (эксперимент состоял в том, что некоторым давали плацебо, не проводя никакого лечения для того, чтобы проследить за естественным развитием заболевания).

Результатом реакции медицинской общественности на эти факты стало принятие нового международного документа, принятого в 1964г. Генеральной Ассамблеей Всемирной медицинской ассоциации (ВМА) и получившего название «Хельсинкской декларации».

Принципы, изложенные в «Декларации», также носят рекомендательный характер и могут быть охарактеризованы как своеобразное развитие положений, содержащихся в тексте «Нюрнбергского кодекса».

Прежде всего, следует отметить, что текст «Декларации» содержит утверждение о необходимости различать 2 типа медико-биологических исследований (МБИ).

§ преследующие диагностические и лечебные цели и проводимые в интересах пациента (иначе называемые «клинические исследования»),

§ и исследования, преследующие главным образом чисто научные цели и не имеющие прямого диагностического или лечебного значения для испытуемого (так называемые «неклинические исследования»).

В качестве первого критерия этической приемлемости того или иного исследования на человеке «Декларация» провозглашает требование его научной обоснованности.

Тесно связано с этим положением и требование (отсутствовавшее в тексте «Нюрнбергского кодекса»), согласно которому исследователь обязан гарантировать точность публикуемых им результатов проведенного исследования, а также то, что оно проводилось в соответствии с принципами, провозглашаемыми в «Декларации».

Особенностью «Декларации», отличающей ее положения от положений «Нюрнбергского кодекса», является и то, что в ней содержится требование, согласно которому «цель и методы проведения любой экспериментальной процедуры на человеке должны быть рассмотрены независимым этическим комитетом.

Подводя итог, следует подчеркнуть, что положения «Декларации» нашли свое отражение не только в соответствующих документах национальных медицинских ассоциаций, являющихся членами ВМА, но и в национальном законодательстве ряда стран.

Вопросы для самоконтроля:

1. Какие модели (формы) подхода к врачеванию можно выделить в настоящее время из всего многообразия морально-этических подходов? Назовите их.
2. Какие отрицательные и положительные черты патернализма в медицине вы можете назвать?
3. Допустим ли в настоящее время патернализм в медицине?
4. В каких случаях врач обязан сообщить некоторые сведения, относящиеся к врачебной тайне?