

Globethics Repository



Ethical problems of medical assistance in emergency situations

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see <https://www.globethics.net>. Data and content policy of Globethics Repository see <https://repository.globethics.net/pages/policy>.

Item Type	Book
Authors	UNESCO
Publisher	UNESCO
Rights	With permission of the license/copyright holder
Download date	2026-09-21 03:04:20
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/171446



Организация
Объединенных Наций по
вопросам образования,
науки и культуры

Опубликовано при поддержке Бюро ЮНЕСКО в Москве
по Азербайджану, Армении, Беларуси,
Республике Молдова и Российской Федерации

АНОО — Центр прикладной
и профессиональной этики
Института философии РАН

Московский гуманитарный университет
Институт гуманитарных исследований
Центр биоэтики

ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

БЮРО ЮНЕСКО В МОСКВЕ

ЦЕНТР ПРИКЛАДНОЙ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭТИКИ ИНСТИТУТА
ФИЛОСОФИИ РАН

ИНСТИТУТ ГУМАНИТАРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ МосГУ

ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

Издательство Московского гуманитарного университета
МОСКВА – 2007

А в т о р ы :

Гуревич Константин Георгиевич, доктор медицинских наук,
профессор

Тищенко Павел Дмитриевич, доктор философских наук

Фабрикант Екатерина Георгиевна, доктор медицинских наук,
профессор

Юдин Борис Григорьевич, доктор философских наук,
профессор, член-корреспондент РАН

Ответственный редактор Юдин Б. Г.

Публикация создана при содействии АНОО — Центр прикладной и профессиональной этики Института философии РАН, директор — профессор Рубен Грантович Апресян, а также Института гуманитарных исследований МосГУ, директор — профессор Луков Валерий Андреевич

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

Издано при финансовой поддержке Бюро ЮНЕСКО в Москве

ВВЕДЕНИЕ

ЧРЕЗВЫЧАЙНЫЕ СИТУАЦИИ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ И СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА (БИОЭТИКА)

В век катаклизмов, техногенных катастроф существенную роль в оказании своевременной медицинской помощи играет совместное участие специалистов-медиков разных стран. Однако в настоящее время в различных странах мира существуют неодинаковые подходы к оказанию первой помощи пострадавшим, в результате чего помощь, допустимая в одних странах, оказывается неприемлемой для представителей других стран или религий, или отдельных религиозных конфессий. Причем подобная проблема может возникнуть не только при выезде специалистов-медиков в другие страны, но и при оказании первой медицинской помощи внутри такой многонациональной страны как Российская Федерация. Компетенция действий врача, характер его взаимодействия с пострадавшим местным населением (в том числе медицинскими работниками из числа местного населения), с пациентами и членами их семей — все это представляет собой большую биоэтическую проблему.

Предлагаемая вниманию читателя брошюра построена как поэтапный переход от самых общих моральных принципов оказания медицинской помощи к ее особенностям в медицине чрезвычайных

ситуаций. После краткого описания понятия чрезвычайной ситуации мы представим набор универсальных этических правил и принципов отношений врач—пациент. Эти принципы и правила включены во многие международные и национальные этические кодексы врачебной деятельности. Наибольший интерес для нас представляет Всемирная декларация о биоэтике и правах человека ЮНЕСКО (2005). Конкретизацией этих принципов являются моральные нормы, обосновывающие и регламентирующие ценности гуманитарной помощи в зонах катастроф. Многие национальные и международные организации разрабатывают соответствующие моральные кодексы поведения для своих сотрудников. Медицина является важнейшей, но не единственной формой гуманитарной помощи в условиях чрезвычайных ситуаций. Поэтому в брошюре представлены основы международного сотрудничества в области гуманитарного права. Дальнейшая конкретизация моральных норм гуманитарной помощи осуществляется с учетом специфики деятельности врачей по оказанию помощи пострадавшему населению. Общие принципы этой деятельности сформулированы в Заявлении о вопросах медицинской этики в период катастроф Всемирной Медицинской Ассоциации (Стокгольм, 1994). Завершающий раздел брошюры призван показать сложность применения универсальных правил и принципов к конкретным ситуациям оказания медицинской помощи пострадавшим, представляющим различные этнические и религиозные группы. Подчеркивается необходимость учитывать местные особенности. В приложениях мы даем полный текст упомянутых выше Всемирной декларации о биоэтике и правах человека ЮНЕСКО и заявления ВМА.

Искусство врача, оказывающего медицинскую помощь, непосредственно выражается в умении сочетать общие закономерности развития заболеваний и действия лекарственных средств с индивидуальными особенностями данного конкретного пациента. Аналогичную ситуацию мы имеем и в биоэтике. Общие принципы, изложенные в декла-

рациях, необходимо научиться сочетать с особенностями уникальных ситуаций оказания медицинской помощи в различных культурных регионах.

Чрезвычайная ситуация — это нарушение нормальных условий жизни и деятельности людей на отдельном объекте или определенной территории, акватории, вызванное аварией, катастрофой, стихийным или экологическим бедствием, террористическим действием или являющееся результатом военных действий, приведшим или могущим привести к людским и материальным потерям.

Число чрезвычайных ситуаций характеризуется постоянным ростом. При этом резко увеличивается число техногенных катастроф. Статистика по чрезвычайным ситуациям на территории РФ за последние годы представлена в таблице 1.

Таблица 1

СТАТИСТИКА ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ НА ТЕРРИТОРИИ РФ

Годы	2003	2004	2005	2006
Всего чрезвычайных ситуаций, <i>в том числе:</i>	838	1134	2720	2847
техногенные	518	863	2464	2541
природные	286	231	198	261
биолого-социальные	15	28	48	44
крупные террористические акты	19	12	10	1
Погибло, чел.	1 161	2 459	5 637	6 043
Пострадало, чел.	15 631	23 182	4 945 523	8 150

В чрезвычайных ситуациях вероятно возникновение сложных условий обстановки, которые будут влиять на организацию и проведение мероприятий медицинской помощи. Традиционно выделяют следующие условия:

- массовость, одномоментность (в короткий период времени) возникновения потерь среди населения, разнообразный характер и тяжесть поражения;

- нарушение работоспособности медицинских учреждений, а также коммуникаций и путей сообщения;

- возможное заражение обширных районов местности, продовольствия, воды радиоактивными и химическими веществами, биологическими средствами;

- сложность санитарно-эпидемиологической обстановки в очагах массового поражения;

- несоответствие потребности в силах и средствах здравоохранения их наличию.

Дефицит ресурсов оказания медицинской помощи пострадавшим в условиях чрезвычайных ситуаций определяет одну из наиболее сложных этических проблем. С нашей точки зрения, дополнительным фактором, влияющим на организацию мероприятий экстренной медицинской помощи, являются религиозные убеждения индивидуумов. Действительно, на формирование сознания пациентов большое влияние оказывает религиозно-культурная среда. Сохранение здоровья и жизни больного или пострадавшего человека нельзя отделить от соблюдения принципов свободы личности, а значит принципа уважения к убеждениям индивидуума. Очевидно, что без знания культурных особенностей невозможно грамотное оказание медицинской помощи в такой многоконфессиональной стране, как наша, а также при оказании гуманитарной и медицинской помощи в других регионах мира.

РАЗДЕЛ 1

ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ (БИОЭТИКИ)

Что такое биоэтика?

Термин «биоэтика» был предложен в 1970 г. американским онкологом Ван Ренсселером Поттером, считавшим в качестве наиболее актуальной задачу объединения усилий представителей гуманитарных наук и естествоиспытателей (прежде всего биологов и врачей) с целью обеспечения выживания человечества в достойных условиях существования. По Поттеру, биоэтика как «наука выживания должна быть не просто наукой, а новой мудростью, которая объединила бы два наиболее важных и крайне необходимых элемента — биологическое знание и общечеловеческие ценности». На первоначальном этапе биоэтика развивалась в США. В 80-х годах она получила признание и начала активно разрабатываться в Западной Европе и Австралии, а с 90-х годов — в странах Восточной Европы, включая Россию, в Латинской Америке и Азии (прежде всего в Японии и Китае).

Основная задача биоэтики — дать ответ на сложнейшие моральные проблемы, которые лавинообразно порождает прогресс биомедицинской науки и практики. Можно или нельзя клонировать человека? Допустимы ли попытки создания генетическими методами но-

вой «породы» людей, которые будут отличаться от «природных» людей своими высокими физическими и интеллектуальными качествами? Нужно ли спрашивать разрешения у родственников при заборе органов для трансплантации от умерших людей? Можно ли и нужно ли говорить пациенту правду о неизлечимом заболевании? Является ли эвтаназия преступлением или актом милосердия? Эти и подобные им вопросы встают перед человечеством практически ежедневно. Призвание биоэтики — дать ответ на них, найти морально обоснованное и социально эффективное решение.

Однако читатель вправе спросить — на протяжении веков медицина и наука сами решали подобного рода проблемы, зачем понадобилось создавать биоэтику? Все знают, к примеру, о клятве Гиппократова, которая уже много столетий создает фундамент профессиональной этики врачей, о роли ведущих физиков в движении за запрет испытаний ядерного оружия, о роли биологов в борьбе за охрану окружающей среды? Основное отличие биоэтики от гиппократовской этики в том, что последняя носила и носит сугубо корпоративный характер. Ее содержание сводится к долгу врача перед пациентом, который в соответствии с этимологией слова «пациент» оказывается пассивным, не принимающим участие в выработке ответственного решения в тех ситуациях, в которые он включен как страдающий индивид. Биоэтика исходит из идеи «активного пациента», который вступает в качестве морального субъекта в сложные диалогические (подчас конкурентные) отношения с другими моральными субъектами — врачами и учеными. Каждый из них может обладать своими особыми моральными принципами.

Традиционные ценности милосердия, благотворительности, ненападения вреда пациенту, нравственной ответственности ученых нисколько не отменяются. Просто в новой культурной ситуации они получают новое значение и звучание. Значительно больше внимания уделяется моральной ценности индивида как уникальной и неповто-

римой личности. В центре морального сознания оказывается идея *автономии* человека, его *неотчуждаемое право* (закрепляемое международным и национальным законодательством) самостоятельно принимать наиболее важные решения, касающиеся его собственной жизни, как в нормальных условиях, так и в ситуации заболевания.

Отметим так же, что если врачи как эксперты обладают наиболее достоверным знанием, к примеру, о том, как осуществлять спасательные мероприятия в очагах массового поражения, какие медицинские процедуры следует применять в первую очередь и т. д., то вопрос об их моральной, религиозной или правовой допустимости находится вне их профессиональной компетенции — он требует обсуждения с различных сторон. Именно поэтому биоэтика развивается представителями многих дисциплин: врачами, биологами, философами, богословами, психологами, социологами, юристами, политиками и многими другими. В этом смысле биоэтика представляет собой сложный *междисциплинарный феномен*. Проблемы столь сложны, что необходимо совместное усилие людей, обладающих разными видами знания и опыта.

И еще одна важная особенность биоэтики. Мы живем в плюралистическом обществе. История показывает — насколько опасно пытаться навязать обществу одну на всех систему идеологических, национальных, религиозных или иных ценностей. Мы все разные по своим ценностным предпочтениям, но, в тоже время, мы все граждане одного общества, представители одного человеческого рода. Опасно стремиться превратить всех в коммунистов, православных, католиков или мусульман. Поэтому необходимо формировать социальные навыки совместной жизни, несмотря на различия, признавая право быть отличным от других и уважая расовые, культурные, религиозные и иные особенности других.

Вследствие этого биоэтика не просто изучает моральные проблемы, порождаемые научно-техническим прогрессом, но и участвует

в формировании особых политических институтов плюралистического общества, является форумом обсуждения и согласования различных моральных перспектив в сфере здравоохранения. Наибольшее значение приобрели этические комитеты. Сложные биоэтические проблемы затрагивают многие стороны развития современных сообществ. Поэтому для их решения был создан особого рода социальный институт этических комитетов, который представляет собой многоуровневую сеть общественных, государственных и международных организаций. Этические комитеты существуют при научно-исследовательских организациях и больницах, профессиональных объединениях (врачебных, сестринских, фармацевтических), государственных органах (парламентах, президентских администрациях), международных организациях (ЮНЕСКО, ВОЗ, Совет Европы и др.). Существенную роль в деятельности этих комитетов играют представители общественности, связанные с мощным правозащитным движением различных групп пациентов. Роль общественности в развитии биоэтики отражена во многих международных и национальных законодательных актах.

Помимо этических комитетов следует отметить, что биоэтические идеи развиваются и социально реализуются в рамках многообразия общественных движений. Достаточно упомянуть независимые врачебные ассоциации, организации защиты прав пациентов, прав животных, сторонников и противников права на аборт и т. д.

Важнейшим условием плодотворного социального сотрудничества людей, представляющих различные формы ценностных ориентаций, знания и опыта, является улучшение качества *биоэтического образования*. Следует отметить, что в России с 1999 г. биоэтика введена в систему обязательного образования врачей. Преподается она и для представителей других медицинских специальностей, биологов, философов и психологов. В ближайшее время изданы отечественные и переводные учебные пособия. Проводятся конференции

и семинары. Вместе с тем, несмотря на определенные успехи, система биоэтического образования у нас находится в зачаточном состоянии. Предлагаемая читателю брошюра не решит всех проблем, но, как надеемся, будет способствовать информированности врачей, участвующих в оказании помощи в чрезвычайных ситуациях в области биоэтики.

Модели взаимоотношения медицинских работников и пациентов

Современная медицинская практика представляет собой сложно дифференцированную систему, в которой медики и пациенты могут находиться в различных формах социального взаимодействия. Каждая из этих форм отражает, как определенные традиции медицинской практики, существующие в данном обществе.

Для описания различных вариантов взаимоотношений между медицинскими работниками и пациентами американский философ Роберт Витч выделил четыре базовые модели: инженерную, пасторскую (патерналистскую), коллегиальную и контрактную (договорную). Эти модели неравноценны по своему моральному значению и представляют собой иерархию от наименее морально обоснованной инженерной модели к наиболее обоснованной — контрактной.

Инженерная модель. В рамках инженерной модели врач относится к пациенту как безличностному механизму. Задача врачевания интерпретируется как исправление «поломки» механизма, обусловленной действием внешних или внутренних факторов. В ряде случаев вместо категории поломки используется понятие отклонения физиологического механизма от положения равновесия. Врачевание заключается в том, что врач с помощью определенных физических воздействий стремится вернуть этот механизм в положение равнове-

сия. Инженерная модель строится на представлении о медицинской деятельности как сфере прикладного применения объективного, ценностно нейтрального научного знания, которое как и наука должно быть «по ту сторону добра и зла».

Благо пациента — это восстановленное здоровье, которое описывается через совокупность объективных признаков: биохимических показателей, значений артериального давления, значений газообмена, данных рентгенографии и т. д. и т. п.

Р. Витч отмечает, что инженерная модель опирается на устаревшее представление о природе научного знания. Как убедительно демонстрирует современная философия науки, объективное знание «нагружено» значительным объемом неосознаваемых ученым предпосылок, среди которых немаловажную роль играют личные и групповые интересы, а также определенные моральные предпочтения. Наука отнюдь не нейтральна. Хиросима, «научные» эксперименты в нацистских лагерях и трагический опыт развития отечественной генетики недвусмысленно свидетельствуют о принципиальной важности морально-нравственных принципов в естествознании. В здравоохранении технократизм, господствующий в рамках инженерной модели, морально ущербен, поскольку низводит личность больного человека до статуса неодушевленного предмета.

В принципе, критика идеологии инженерной модели обоснована в той степени, в которой речь идет о моральной установке сознания врача или ученого. Современный моральный стандарт медицинской деятельности предписывает самым решительным образом не допускать деперсонализации отношения к пациенту.

Однако всегда ли «деперсонализация» является результатом морально ущербного отношения медика к больному? Дело в том, что в целом ряде распространенных в сегодняшней медицине ситуаций пациент объективно не может фигурировать в качестве личности. Высокая степень разделения труда в современной больнице, осна-

щенной высокотехнологичным оборудованием, приводит к тому, что непосредственно личный контакт с пациентом осуществляют, как правило, лечащий врач и медицинская сестра. Значительное число специалистов заняты выполнением сугубо специальных процедур, практически исключая элементы личного общения с пациентом.

Врачевание на протяжении столетий существовало как деятельность отдельного профессионала, лично контактирующего с пациентом, принимающего решения и оказывающего помощь. Сейчас нередки ситуации, когда в реальности с пациентом работает не отдельный врач, а коллективный субъект (бригада). Деятельность этого коллективного субъекта персонифицируется в контексте межличностного общения с лечащим врачом. Все остальные вынуждены, в силу своей социальной роли и места в системе разделения труда, выполнять более или менее технические функции.

Деперсонализация отношения к пациенту является в данном случае не результатом аморального отношения, но следствием технологизации современной медицинской практики. Офтальмологический хирургический конвейер в клинике проф. Святослава Федорова, где стол с больным в процессе хирургической операции перемещается от одного хирурга к другому, причем каждый выполняет одну высокоспециализированную манипуляцию, наглядно демонстрирует жизнеспособность подобной модели.

Однако не следует забывать о необходимости того, чтобы работа медицинского коллективного субъекта в решающие для пациента моменты могла быть персонализирована в морально ответственном общении с лечащим врачом, родственниками пациента, представителями его религиозной общины, старейшинами деревни и т. п.

Пасторская или патерналистская модель. В рамках патерналистской модели отношения между врачом и пациентом напоминают отеческое отношение отца к ребенку или священника к прихожани-

ну. Собственно и в последнем случае священник традиционно именуется отцом или батюшкой, а прихожанин сыном или дочерью.

Налицо существенный прогресс в моральном преобразовании структуры взаимоотношений между врачами и пациентами. Это уже не безличная манипуляция с предметом, как наблюдалось в инженерной модели. Патерналистское отношение наполнено личным содержанием. Оно мотивировано стремлением помочь страдающему человеку и избежать нанесения ему вреда.

Патерналистское врачевание строится как определенного рода межличностное общение. Его моральными принципами являются любовь к ближнему, благотворительность, милосердие и справедливость. Правда, личности находятся при этом в неравном положении. Врач играет роль «отца», обладающего определенными научными знаниями и умеющего их применить для оказания помощи пациенту. Пациент играет роль несведущего ребенка, чья моральная доблесть заключается в дисциплинированном выполнении предписаний и назначений «старшего».

Патерналистская модель господствовала в медицине на протяжении многих столетий. Она явно выражена и в «Клятве Гиппократата» и в «Обещании врача России». Патернализм в общении с пациентами остается нормой для значительного числа современных медиков, и не так мало пациентов признают патерналистское отношение к себе в качестве наиболее адекватного.

В чем же несовершенство этой модели с моральной точки зрения? По мнению Р. Витча, патернализм ущемляет права пациента как автономной личности, самостоятельно и свободно принимающей жизненно важные решения, контролирующей свое состояние. Происходит унижение личного достоинства больного, поскольку отношение из «горизонтального» — равноправного — преобразуется в «вертикальное» — подчиненное. Пациент, фигурально говоря, вынужден глядеть на врача как бы снизу вверх.

В тех случаях и в том отношении, в котором пациент может играть роль автономной личности, патерналистское нарушение его прав с моральной точки зрения недопустимо. Однако всегда ли в рамках медицинской практики это возможно?

Думается, что патернализм является естественной и самой адекватной формой отношения врачей к больным детям и другим пациентам с ограниченной дееспособностью. Существует также значительное число людей, для которых патерналистское отношение врача психологически наиболее приемлемо. Их личное предпочтение необходимо уважать.

Патернализм вполне морален в должном месте, в должное время и в должной степени. Патернализм — это не однозначно авторитарное отношение к пациенту. «Отеческое» отношение к ребенку меняется по мере его взросления. Так и отношение врача к пациенту должно различаться в зависимости от степени дееспособности последнего и учитывать его или ее личную готовность к ответственным автономным поступкам.

Коллегиальная модель. Гораздо большее пространство для реализации ценностей автономной личности создает коллегиальная модель отношения между медицинскими работниками и пациентами. Роль больного интерпретируется в тех же категориях, что и роль врача. Для того чтобы играть эту роль пациент должен получить от врача достаточное количество правдивой информации о своем состоянии здоровья, вариантах лечения, прогнозе заболевания, возможных осложнениях и т. д. Будучи в некоторой степени уравнен в отношении информированности с медиками, пациент становится в состоянии принимать участие в выработке конкретных решений, касающихся своего лечения. Он реализует неотъемлемое право личности на свободу выбора, действуя как коллега лечащего врача.

Однако подобного рода гармония интересов редко достижима. Медработник и пациент могут придерживаться различных ценностей

ных ориентаций, относиться к различным социальным классам и этническим группам. Совпадение интересов слишком часто является не правилом, а исключением из правил реального общественного устройства. К примеру, в условиях коммерческой медицины существует серьезная заинтересованность медиков в минимизации расходов и максимизации доходов, что обычно противоречит интересам пациентов в максимизации доступной помощи и минимизации собственных затрат на ее получение.

Вместе с тем, следует иметь в виду, что существует достаточно представительная область, в которой отношения между врачами и пациентами могут нередко иметь коллегиальный характер. Речь идет о случаях длительно текущих хронических заболеваний. Молодой врач, пришедший навестить пожилого интеллигентного больного диабетом, имеет все основания оставить в прихожей профессиональные амбиции. Объем знаний, приобретенных подобными пациентами за многие десятилетия болезни, в определенных аспектах может оказаться значительно более обширным, чем у молодого и, даже, не очень молодого врача. Добавим сюда их личный опыт реагирования на определенное лечение, пищевые продукты, их опыт переживания осложнений.

Данное обстоятельство полезно учитывать при оказании помощи в рамках чрезвычайных ситуаций пострадавшим, относящимся к другим этническим и религиозным группам.

В подобной ситуации общение больного и медика могут приближаться к идеалам коллегиальной модели, напоминая консилиум профессионалов, в котором знания одного дополняют и уточняют знания другого. Решение о том или ином медицинском назначении вырабатывается совместно.

Контрактная модель. Говоря о контрактной модели взаимоотношений между медиками и пациентами, Р. Витч имеет в виду не только юридическое содержание понятия «контракт» (договор), но

и более общее, «символическое». Вспомним значение слова «завет», как оно использовано в Библии.

Контрактом или договором называется определенная форма установления правил взаимодействия различных социальных субъектов между собой. Специфика контракта заключается в том, что эти правила вырабатываются участниками свободно, на основе учета взаимных интересов. Заключая контракт, стороны распределяют между собой полномочия, устанавливают взаимную ответственность, определяют преследуемые цели и средства их достижения. Нарушение договора одной из сторон дает другой право на его расторжение. Желание известного героя Достоевского «вернуть» Богу «билетик» как раз и исходит из идеи неисполненного договора (Завета).

Идеал контракта как наиболее достойной человека формы социальных отношений сформировался в эпоху Просвещения. На смену наследуемой и данной как бы «от Бога» власти монарха просветители выдвинули идею общественного договора. Они считали, что власть не должна монопольно принадлежать какой-либо группе людей в силу их «породистости» и сословных привилегий. Народ в результате свободного волеизъявления вправе делегировать властные полномочия правителю, но при этом он заключает с ним контракт, в котором определяются общие цели, преследуемые властью, и границы ее полномочий. Нарушение правителем условий контракта дает основание народу для его расторжения и лишения правителя власти. В современных сообществах на договорном распределении ролей и взаимной ответственности строятся не только макрополитические отношения, но и трудовые, семейные и прочие социальные связи.

Чем привлекательна контрактная модель в качестве образцовой структуры взаимоотношений между медиками и пациентами? По мнению Р. Витча, именно эта модель в наибольшей степени защищает моральные ценности автономной личности. В рамках контрактной

модели «... индивидуумы и группы взаимодействуют между собой таким образом, что каждая из сторон несет определенные обязательства и каждая достигает некоторых выгод... Основные моральные принципы свободы, сохранения достоинства, правдивости, верности принятым обязательствам и справедливости существенно важны для реализации контрактных отношений».

Контрактная форма отношений позволяет избежать тех пагубных для свободы пациента недостатков, которые присущи инженерной и патерналистской модели. Одновременно, она не уповает на иллюзию возможности участия пациента в качестве «коллеги» врача. Пациент добровольно устанавливает отношения с врачом на тех условиях, которые считает для себя выгодными. При этом он может делегировать определенные «властные» полномочия врачу с тем, чтобы тот мог адекватно выполнить свои профессиональные обязательства, обусловив их договором на медицинское обслуживание. Контрактная модель более реалистична. Она учитывает невозможность равенства врачей и пациентов, т. е. неизбежность наличия «вертикальных» отношений зависимости. Вместе с тем, эта зависимость устанавливается на определенных условиях. Если эти условия не соблюдаются, то пациент вправе считать для себя этот договор недействительным и лишить врача тех полномочий, которые последний получил в силу договора.

Идея общественного договора определяет (по крайней мере, в принципе) основные черты деятельности Российского здравоохранения. Конституция Российской Федерации представляет собой договор между обществом и государством. В этом договоре государственным органам делегируется власть. При этом устанавливаются цели использования этой власти и ее границы. В частности, статья 41 Конституции устанавливает право каждого гражданина на охрану здоровья и медицинскую помощь. Обеспечение и защита прав граждан, в том числе и прав в области здравоохранения, является одной

из целей, для реализации которых государству делегируются определенные властные полномочия. Однако эта власть может быть использована лишь в определенных пределах. Например, статья 21 гласит: «Никто не может без добровольного согласия быть подвергнут медицинским, научным и иным опытам».

В практике отечественной медицины имели место факты проведения биомедицинских исследований, например опробование новых вакцин на детях без получения добровольного информированного согласия их родителей. Хотя разработка новых вакцин является частью государственной политики, направленной на обеспечение конституционных прав граждан в области здравоохранения, Конституция создает рамки для этой политики, защищая права на личную неприкосновенность отдельных граждан.

Законы, принимаемые Государственной Думой, и решения органов регионального самоуправления определяют уровни договорных отношений, наделяя правами и обязанностями субъектов здравоохранения, устанавливая правила, по которым они могут взаимодействовать. Договор на медицинское обслуживание, который отдельный гражданин заключает с медицинским учреждением лично или делегировав это право страховой компании, образует как бы вершину того айсберга договорных отношений, на котором строится медицинская деятельность.

Соглашаясь с Р. Витчем относительно принципиальной важности выделенных им моделей взаимоотношений между медиками и пациентами, следует отметить полезность классификации этих моделей по иным основаниям. Взяв в качестве исходной контрактную модель, нетрудно заметить, что с точки зрения организации здравоохранительной деятельности ей, прежде всего, может быть противопоставлена *модель государственного здравоохранения*, которая просуществовала в СССР в течение 70 лет, а также существует в Великобритании, Канаде и ряде других стран в настоящее время. В отличие от

контрактной модели, в рамках которой отношения строятся как результат договора сторон, в государственной модели (в данном контексте речь идет только о советской модели) взаимоотношения медицинских работников и пациентов регламентируются извне государственными органами здравоохранения. Пациент «прикреплен» к определенному медицинскому учреждению и определенному врачу. В некотором смысле государственная модель напоминает патерналистскую. Пациент пассивен, и врач самостоятельно решает, что для него что хорошо, а что плохо, руководствуясь сугубо медицинскими соображениями. Однако государственный патернализм имеет вполне специфические черты.

Специфика патернализма в государственной модели в том, что положение врача во многом также зависимо. Медицинская профессия не обладает необходимой социальной, экономической и правовой независимостью и иммунитетом. Это несет в себе опасность использования медиков в качестве средства реализации чисто политических целей, противоречащих моральным нормам медицины. Практика «репрессивной психиатрии» — лишь крайнее выражение подчиненного положения медицинских работников. Подчиненное положение резко ограничивало возможность врачей реализовывать те моральные принципы, которые ими признавались в теоретическом плане. К примеру, врач реально не мог защитить конфиденциальность медицинской информации, касающейся его пациента, от «заинтересованного» любопытства партийных, советских или государственных органов.

В этом отношении контрактная модель, предполагающая господство в обществе правовых отношений, является серьезным прогрессивным шагом в обеспечении не только прав пациентов, но и самих медицинских работников.

Принципы и правила биоэтики — отношение к пациенту как к личности

Страдание, которое переживает любое живое существо, вызывает *чувство сострадания в другом человеке*, желание помочь, принести облегчение страждущему. Сострадание — это как бы отклик на *зов* о помощи, который составляет особого рода *призвание* или моральное основание двух профессий — ветеринарной и врачебной. Если это чувство у врача не развито или притупилось с годами, то говорить о его моральных качествах становится сложно. Неслучайно сострадание (а так же очень близкое по значению к нему моральное качество — милосердия) считается с самых древних времен основной врачебной добродетелью.

Помня об этом важном обстоятельстве, нельзя забывать и об ином — страдание человека и страдание животного неравнозначны. Поэтому и отношение врачей и ветеринаров к страдающим существам должно быть разным. Именно это обстоятельство подчеркивает фундаментальное требование биоэтики: *моральный долг врача — относиться к пациенту как к личности, и моральный долг пациента перед самим собой — оставаться личностью даже в условиях заболевания. Трудно уважать личность того, кто сам в себе ее не уважает*. Но что это значит? Слово личность имеет много смыслов. Философы никак не могут прийти к общему пониманию.

Однако, несмотря на серьезное расхождение теоретических взглядов, в результате многолетних дискуссий выработался общий язык обсуждения этой моральной проблемы современной биомедицины. Особую роль в нем играет отобранный и закрепленный традицией набор моральных концептов, которые обычно используются для прояснения возникающих ситуаций и подготовки решений. По степени общности эти концепты достаточно условно делятся на принципы, определяющие наиболее фундаментальные моральные

нормы обсуждения, и правила, относящиеся к оценке конкретных ситуаций.

Можно выделить четыре основных принципа биоэтики: принцип уважения человеческого достоинства, принцип признания автономии личности, принцип благодеяния и невреждения («твори добро и не причиняй зла!») и принцип справедливости. Правил также четыре. Это правила правдивости, конфиденциальности, неприкосновенности частной жизни и добровольного информированного согласия. В совокупности они образуют этические «координаты», которые описывают моральный статус человека в системе социальных отношений, в которую он попадает в ситуации заболевания.

Принцип уважения человеческого достоинства. В окружающем нас мире присутствуют два разных по своему статусу класса существ. Во-первых, это существа подобные нам, или «люди». Во-вторых, существа как одушевленные (животные), так и неодушевленные (вещи), которые нам не подобны. К животным и неодушевленным предметам человек может относиться как к средству для достижения своих целей, удовлетворения своих потребностей.

Можно убивать животных (хотя мучить их не допускает чувство сострадания), употреблять их мясо в пищу, использовать мех и шкуры для производства одежды. Человек принципиально исключен из круга подобных вещей древнейшими запретами (типа запрета каннибализма) и моральными заповедями (например заповедью «Не убий!»). Он *достоин* особого отношения в сравнении с любыми другими живыми существами (не говоря уже о неживых предметах). Его *достоинство* неотчуждаемо. Оно не зависит от расы, национальности, уровня развития, физического или социального состояния, в котором человек находится, черт характера, пороков, заслуг и всего прочего. Каждый человек именно в силу того, что он рожден человеком, является, как иногда говорят, членом морального сообщества, или моральным субъектом. К нему должны

всегда применяться принципы и правила, о которых речь пойдет ниже. Если человек в силу состояния здоровья или возраста не может в полной мере отвечать своему высокому статусу (например играть роль субъекта, способного совершать моральный выбор), то его достоинство обязаны защищать другие — опекуны (например родители) или общество, представляемое общественными организациями и государством.

Именно этот факт применительно к ситуациям в современной биомедицине и *выражает принцип уважения человеческого достоинства*. Несмотря на его очевидность, данный принцип не всегда выполнялся и не всегда выполняется до сих пор. Отметим лишь наиболее важные проблемные узлы реализации принципа уважения человеческого достоинства.

Унижением человеческого достоинства является проведение экспериментов на людях без их согласия. Людей недопустимо рассматривать как лабораторных животных («подопытных кроликов»). Статья 21 Конституции Российской Федерации гласит:

«1. Достоинство личности охраняется государством. Ничто не может быть основанием для его умаления.

2. Никто не должен подвергаться пыткам, насилию, другому жестокому или унижающему человеческое достоинство обращению или наказанию. Никто не может быть без добровольного согласия подвергнут медицинским, научным или иным опытам».

Другой формой унижения человеческого достоинства в биомедицине является усиливающаяся тенденция рассматривать человека (в том числе после смерти) или части его тела (например органы для пересадки другим людям) в качестве товара — вещи, которую можно продать и купить. Здесь, по сути, та же форма моральной ущербности, что и в случае с проституцией. Человек не должен относиться к себе как к вещи для продажи, не должен позволять подобного отношения со стороны других. Принцип уважения человеческого дос-

тоинства действует не только в отношении живых людей, но и умерших, предполагая особое отношение к мертвому телу.

Принцип признания автономии личности. Термин «автономия» происходит от греческих слов *autos* и *nomos*, соответственно означающих «сам» и «закон». В древней Греции это слово означало самоуправление городов-государств (полисов). В современной философии термин «автономия» был предложен И. Кантом для характеристики свободной воли, которая сама устанавливает закон собственного действия. «Автономия» отличается от «гетерономии» — неподлинного бытия человеческой воли, когда в качестве закона она ориентируется на внешний для себя авторитет (например на Библию или суждение врача). В биоэтике этот термин понимается более прагматично — *человек признается в качестве «автономной личности» в том случае, когда он действует свободно на основе рационального понимания собственного блага*. Принцип признания автономии личности другого человека предполагает не просто хорошее отношение к нему. Необходимо так планировать и осуществлять свой поступок, чтобы оставлять пространство для свободного ответственного поступка другого человека. Прежде всего, не посягать на его право самому принимать решения, касающиеся его жизни. В основе этого принципа лежит простое соображение — жизнь человека и его тело принадлежат ему. И никто не вправе распоряжаться ими по своему усмотрению, не получив соответствующего разрешения.

Традиционный медицинский патернализм предписывал врачу принимать решения и действовать самостоятельно, игнорируя «невежественное» мнение о содержании собственного блага пациента. Тем самым врач лишал пациента возможности быть личностью, хозяином собственного тела, «автором» собственной биографии. Это унижает достоинство человека, ставит его в подчиненное положение, которое не только морально недоброкачественно, но и несет в себе угрозу его жизненно-важным интересам.

Последнее особенно актуально в ситуации оказания помощи людям, отличающимся друг от друга по моральным, культурным или религиозным принципам.

Принцип благодеяния и невреждения (*«твори добро и не причиняй зла!»*) кажется самоочевидным. Разве не от любого человека и в любой ситуации морально требовать стремиться к благу и не причинять себе или другим зла? Однако за этой очевидностью открываются весьма сложные проблемы, когда речь заходит о ситуациях, возникающих в современной биомедицине. Оказывается, что понятия «блага» или «зла» могут иметь разное содержание в зависимости от того, о чем благе или зле идет речь, с чьей точки зрения оцениваются благо или зло и, наконец, от специфических черт конкретного заболевания.

Содержание блага разниться в зависимости от того, кто оценивает ту или иную ситуацию. Традиционно считалось, что лишь врач может объективно оценить, что для данного пациента является благом, а что нет. Хороший пациент должен был лишь дисциплинированно выполнять назначения врача. В современной медицине ситуация выглядит сложнее. Нередко интересы врача и пациента не совпадают. В системах бесплатного распределения медицинских услуг над пациентом всегда висит угроза недополучения необходимого объема помощи, особенно дефицитной. В коммерчески ориентированном секторе здравоохранения ситуация прямо противоположная. Врач объективно заинтересован в том, чтобы «продать» больше услуг. Пациенту угрожает уже не «недолечивание», а «перелечивание». И в том и в другом случае объективность суждения врача о благе пациента может быть искажена его специфическим интересом. В первом случае — интересом экономии дефицитного ресурса (например бесплатных лекарств). Во втором — интересом выгодно продать свои услуги. Для согласования интересов необходимы равноправные партнерские отношения между врачом и пациентом. Необходимо,

чтобы пациенты участвовали в определении того, что является для них благом в конкретных медицинских ситуациях.

Но в чем может проявиться самостоятельность пациента, если по сути врач лучше знает природу заболевания и доступные методы его лечения? При ответе на поставленный вопрос следует не упускать из виду несколько обстоятельств. Во-первых, знание конкретного врача всегда ограничено. Поэтому в сложных случаях он сам должен обращаться за консультацией к коллегам. Неслучайно также, что законодательство предоставляет пациенту право настаивать на консультации у других врачей. Их оценка диагноза, прогноза и оптимального метода лечения может отличаться от оценки лечащего врача. И дело обычно не в том, что один знает лучше другого. Просто организм человека столь сложен, что получить однозначный ответ о природе заболевания и перспективах лечения практически невозможно. Вследствие этой сложности в большинстве случаев объективно возможны и оправданы различные подходы к оказанию медицинской помощи. На этом основана правомерная специализация врачей и медицинских учреждений. Каждый из врачей оценивает исходя из своего специфического предшествующего опыта предпочтительные для себя методы диагностики и лечения. Упрощая ситуацию, можно сказать, что хирург обычно предпочитает хирургический метод лечения, а терапевт — терапевтический. В одних медицинских центрах отработаны одни методы диагностики и лечения, в других — другие. Естественно, что в каждом центре будут рекомендовать именно то, что там делать умеют или делают лучше, чем в других местах.

Перед пациентом возникает сложная ситуация, которая не только допускает, но требует от него самостоятельной оценки и выбора того, что составит содержание блага в данной конкретной ситуации.

Однако спросим, на каком основании может строиться самостоятельный рациональный выбор пациента, если в своем понимании

биологических основ своей болезни он всецело зависит от врачей, которые ко всему прочему могут быть несогласны друг с другом? Дело в том, что лечение — это не только вмешательство в организм страдающего человека, но и часть жизни (эпизод биографии) как врача, так и пациента. Причем их общая часть, которую они проживают, взаимодействуя друг с другом. Поэтому пациент может вполне рационально доверять или не доверять экспертному суждению врача, основываясь на своем предшествующем опыте общения с ним. Если личного опыта общения с конкретным врачом или медицинским центром нет, то его можно получить от других пациентов, через Интернет, в многочисленных организациях взаимопомощи пациентов, страдающих разного рода хроническими заболеваниями (раком, метаболическими заболеваниями, астмой, алкоголизмом и наркоманией, психическими расстройствами, диабетом и др.).

Иными словами, в условиях многовариантности методов лечения и неоднозначности экспертных заключений рациональный самостоятельный выбор пациентом своего блага строится на его критической способности оценивать различные источники информации, отличать достоверное мнение от рекламы и саморекламы.

Таков ответ на вопрос о возможности рационального понимания собственного блага для пациента как основания уважения автономии его личности.

Аналогично дело обстоит и с реализацией *принципа непричинения вреда*. С древних времен в медицине существует принцип: *Primum non nocere!* (прежде всего — не навреди!). Когда необходимо применять этот принцип? Как и в любом деле следует избегать вреда, вызванного бездействием того, кто должен оказать помощь, его непрофессионализмом, злым умыслом или случайными ошибками. Так мы можем говорить и о действиях пожарника, и о действиях милиционера, и о многих-многих других. В медицине, помимо перечисленных выше, есть и свой особый источник возможного зла.

Дело в том, что любое лечение неслучайно называется медицинским «вмешательством» в деятельность человеческого организма. Поэтому всегда существует риск того, что, вмешиваясь в жизнедеятельность организма с целью нормализации его функций, врач может нанести этому организму существенный вред. Нередко этот вред сопоставим с тем благом, которое таким вмешательством возможно достичь. Принимая решение о проведении лечебной, диагностической или профилактической процедуры врач постоянно оказывается вынужденным как бы взвешивать выгоды и риски, связанные с конкретным вмешательством. В случае, когда есть альтернативные методы оказания помощи, необходимо избирать те, которые несут меньший риск. Причем так же, как и в определении блага для данного пациента, в оценке опасности нанесения вреда и в принятии на этой основе решения о проведении того или иного медицинского вмешательства в современной медицине все большую роль начинает играть пациент. Ведь это его здоровьем и иногда жизнью вынужден рисковать врач для достижения той или иной благой цели. Неслучайно законодательство закрепляет за врачом обязанность получения согласия у пациента на проведение любого медицинского вмешательства.

Следует отнести действие принципа благодеяния и невреждения и к массовым в современном обществе ситуациям самолечения. Если человек не знает, насколько для него полезно то или иное «модное» лекарство, следует вспомнить древнюю заповедь врачей — *Primum non nocere!* — и воздержаться от его приема.

Таким образом, принцип благодеяния и невреждения в современной медицине не только (а иногда и не столько) морально регламентирует деятельность врача, но и выражает важную процедурную норму сотрудничества врачей и пациентов как равноправных личностей в достижении общих целей, а также отношения человека к собственному телесному благополучию.

Принцип справедливости. Уважать в конкретном человеке личность — означает также относиться к нему справедливо. Вопрос о справедливости — один из наиболее болезненных вопросов. Войны, революции, социальные и межличностные конфликты постоянно возникают из-за того, что люди считают, что к ним относятся несправедливо. Органической частью справедливого правопорядка является справедливая система здравоохранения.

Формальной схемой, которая так или иначе определяет общий вид практически всех этических интерпретаций понятия справедливости, является формула, приписываемая Аристотелю — *равным должно воздавать равное, а не равным — неравное*. Но что значит быть равным или неравным?

Меры, которые используются для установления справедливых отношений равенства и неравенства людей при распределении благ или тягот, ближайшим образом представлены в законах и других общепринятых в конкретном сообществе нормах. Поэтому первый аспект оценки любого поступка в качестве справедливого или несправедливого связан с его соответствием закону, т. е. с его «легальностью». Однако законы устанавливаются людьми и сами могут быть оценены как несправедливые, т. е. как защищающие интересы одних социальных групп и нарушающие интересы других. Например, если врач не оказывает пациенту гарантируемую законом помощь, требуя дополнительного вознаграждения, то он поступает несправедливо. Однако если законодатель декларативно гарантирует всему населению бесплатную медицинскую помощь и, одновременно, устанавливает оплату за высококвалифицированный труд врача ниже чем оплата труда уборщицы в метро (как это имеет место в России), то и его действие можно назвать несправедливым. *Сложное переплетение этих двух форм несправедливости образует центральный и наиболее болезненный конфликт современного российского здравоохранения.*

Справедливость закона обозначается как его «*легитимность*». Но как можно морально оценивать и обеспечивать легитимность законов? Для этого существуют два моральных правила. Одно обращено к тому, кто принимает участие в создании закона и его обсуждении с точки зрения справедливости. Другое указывает на то, как с моральной точки зрения должна быть обеспечена процедура обсуждения закона и его принятия.

Основным требованием, которое предъявляется к человеку, рассуждающему о справедливости, является *требование беспристрастности*. Если я больной, страдающий хроническим заболеванием, то мой интерес отражает закон, предоставляющий максимум возможностей для лечения. Если я врач, который должен не только лечить людей, но и по-человечески жить, содержать семью и растить детей, то меня интересует, прежде всего, закон, который обеспечивает мне достойное вознаграждение. Однако ресурсов всегда недостаточно. Поэтому конфликт интересов врачей и пациентов неизбежен. Как можно справедливо подойти к решению этого вопроса?

Важным условием морально адекватного ответа на этот вопрос как раз и является требование беспристрастности. Необходимо каждому рассуждающему о справедливом законе совершить моральное усилие и «встать над собой», попытаться взглянуть на ситуацию взглядом незаинтересованного в конкретном исходе конфликта человека. Американский философ Джон Роулз ввел образное понятие «вуали незнания» для характеристики беспристрастной позиции человека, справедливо судящего об общезначимой норме распределения благ и тягот.

Второе моральное правило подходит к оценке общезначимой нормы на легитимность с прямо противоположной точки зрения. Учитывая моральное несовершенство людей, для которых чрезвычайно трудно быть беспристрастными, оно требует адекватного представительства всех заинтересованных сторон в законотворче-

ской процедуре. Иными словами, установленная общезначимая норма (например закон) легитимны, если в ее создании и принятии на основе демократической процедуры принимали равноправное участие все заинтересованные стороны, втянутые в тот или иной социальный конфликт.

Однако законы регулируют отношения между людьми в самом общем виде. Основная масса реальных отношений оформляются договорами сторон, данными друг другу гарантиями и обещаниями. Поэтому понятие справедливости включает верность партнеров принятым на себя обязательствам. Легитимность этих обязательств определяется степенью, в которой стороны принимают их добровольно. Например, если пациент подписывает договор на участие в клиническом испытании нового зарубежного лекарственного средства только потому, что лечение в этом случае будет бесплатно (иначе ему придется самому покупать лекарства), то подобный договор несправедлив (нелегитимен).

Таким образом, *легальность, легитимность и верность принятым обязательствам образует формальные условия оценки действий человека как справедливых или несправедливых*. Они же помогают определить уместность и соразмерность применения нередко вступающих в конфликт друг с другом требований — *равенства, учета индивидуальных потребностей или индивидуальных заслуг* при распределении дефицитных ресурсов здравоохранения и возможных тягот.

Четыре правила биоэтики. Четыре описанных выше принципа определяют самые общие условия отношения к пациенту как личности. Определенную помощь в их реализации оказывает следование четырем правилам биоэтики. Во-первых, это правило правдивости, которое гласит: «В общении с пациентами необходимо правдиво, в доступной форме и тактично информировать их о диагнозе и прогнозе болезни, доступных методах лечения, их возможном влиянии на образ и качество жизни пациента, о правах пациента».

Во-вторых, укажем правило неприкосновенности частной жизни (приватности): «Без согласия пациента врач не должен собирать, накапливать и распространять (передавать или продавать) идентифицирующую данного человека информацию, касающуюся его частной жизни. Элементами частной жизни являются факт обращения к врачу, информация о состоянии здоровья, биологических, психологических и иных характеристиках, о методах лечения, привычках, образе жизни и т. д.».

Третье правило конфиденциальности (правило сохранения врачебной тайны) гласит: «Без разрешения пациента запрещено передавать третьим лицам информацию о состоянии его здоровья, образе жизни и личных особенностях, а так же о факте обращения за медицинской помощью». Оно входит как составная часть в правило неприкосновенности частной жизни.

Четвертым является уже упоминавшееся правило добровольного информированного согласия: «Любое медицинское вмешательство должно осуществляться с согласия пациента, полученного добровольно и на основе достаточной информированности о диагнозе и прогнозе развития болезни с учетом разных вариантов лечения и в случае отказа от лечения, возможном влиянии лечения на образ и качество жизни пациента, о праве пациента в любой момент отозвать свое согласие».

Учет сформулированных выше принципов и правил, составляющих теоретическое основание биоэтики, является важнейшим условием уважения пациента как личности.

Раздел 2

ЭТИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ОКАЗАНИЯ ГУМАНИТАРНОЙ (В ТОМ ЧИСЛЕ МЕДИЦИНСКОЙ) ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

Международное гуманитарное право и чрезвычайные ситуации

Международное гуманитарное право — совокупность международных конвенционных и обычных норм ведения войны, регулирующих отношения между воюющими государствами, а также между ними, с одной стороны, и нейтральными, с другой стороны. Их назначение — гуманизация военных средств и методов. При этом права человека в качестве отрасли международного права представляют собой совокупность принципов и норм, закрепленных в международных документах.

Обязанность государств соблюдать ряд основных прав человека в любых ситуациях, включая периоды вооруженных конфликтов, неоднократно подтверждена решениями Генеральной Ассамблеи ООН. «Основные права человека, в том виде, как они признаны в международном праве и изложены в международных документах,

продолжают полностью применяться в ситуациях вооруженного конфликта».

Центральная идея, присутствующая в современных актах международного гуманитарного права, — гуманизм, уважение человеческого достоинства. Их основой являются Конвенция о правах и основных свободах человека (1950), Всеобщая Декларация прав человека и Пакты о правах человека (1966). Эти документы описывают права человека, прежде всего, в мирное время. Однако в их базис также положен принцип уважения личности.

Военные конфликты являются частным случаем чрезвычайных ситуаций. Между тем, в какой степени нормы международного гуманитарного права применимы в чрезвычайных ситуациях, не оговорено специальными международными актами. Однако принципы и нормы международного гуманитарного права должны соблюдаться как в мирное время, так и в период вооруженных конфликтов, т. е. в том числе и при возникновении чрезвычайных ситуаций. Это означает, что фундаментальные права и свободы человека должны соблюдаться каждым государством независимо от ситуации или положения.

При возникновении чрезвычайных ситуаций нередко пострадавшей стране оказывается международная помощь. Подобная помощь может быть как гуманитарной, так и медицинской. Достаточно часто МЧС РФ оказывает оба вида помощи иностранным государствам при чрезвычайных ситуациях.

В Женевской конвенции (1949) запрещается посягательство на человеческое достоинство. Между тем, существующие культурно-этнические, национальные и, прежде всего, религиозные различия могут привести к тому, что, оказывая помощь, спасатели вольно или невольно ущемят человеческое достоинство жителей других стран. В такой многоконфессиональной стране, как наша, подобная ситуация возможна в некоторых субъектах РФ и даже в г. Москва.

Клятва врача и оказание медицинской помощи

Слово «болезнь» в русском языке и многих других языках происходит от слов «боль», «страдание». Болевой синдром является, пожалуй, наиболее универсальным, присущим для большинства заболеваний. При чрезвычайных ситуациях, которые обычно связаны с травмированием большого числа людей, болевой синдром может стать преобладающим.

Страдание, которое вызывает боль, должно вызывать сострадание в другом человеке, особенно если этот человек — врач. Неслучайно сострадание и милосердие считаются основными моральными качествами врача. Поэтому, исходя из собственного призвания, врач не может не оказать медицинской помощи пострадавшему.

Этот принцип зафиксирован в известной в Европе клятве Гиппократа: «Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости». Ни материальное положение, ни физическое состояние, ни какие другие факторы не должны служить поводом для отказа в медицинской помощи. Этот же принцип зафиксирован в «Клятве российского врача» (1994): «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». Клятва врача включена статью 60 Закона «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан».

Неоказание медицинской помощи является уголовно-преследуемым преступлением. В статье 124 Уголовного кодекса РФ говорится: «Неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом, если это повлекло по неосторожности причинение средней тяжести вреда здоровью больного, — наказывается

штрафом в размере от пятидесяти до ста минимальных размеров оплаты труда или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до одного месяца, либо исправительными работами на срок до одного года, либо арестом на срок от двух до четырех месяцев».

Интересно отметить, что в восточной медицинской традиции, например Аюрведе, врач может отказать в помощи. Обычно подобная мера применяется к пациентам, не соблюдающим врачебные рекомендации, или же тем лицам, которые сознательно наносят ущерб собственному здоровью или занимаются самолечением. Однако врач не вправе отказать в помощи в экстренной ситуации.

Согласно ведической традиции, врач относится к сословию брахманов (интеллектуалов), что накладывает на него моральные обязательства, которые являются не только его общественным долгом, но и духовной практикой. При этом предполагается, что лечение полностью определяется врачом.

Таким образом, морально-этические принципы медицины предполагают оказание врачебной помощи всем пострадавшим в соответствии с компетенцией эскулапа. Тут-то и может возникнуть противоречие между гуманитарными принципами медицины и правом на свободу религиозного вероисповедания индивидуума. Это связано с тем, что практически все религии устанавливают ограничения на объем медицинских и парамедицинских вмешательств.

Очевидно, что если ситуация не является экстренной, т. е. возможность спросить у пациента, в какой мере допустимы предлагаемые врачом методы лечения с точки зрения религиозных убеждений индивидуума. Однако в экстренных случаях, например при чрезвычайных ситуациях, подобной возможности нет.

В экстренной ситуации, если пациент не является дееспособным (например находится без сознания), на территории РФ формально вступает в действие статья 32 Основ законодательства Российской

Федерации об охране здоровья граждан: «Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители после сообщения им сведений, предусмотренных частью первой статьи 31 настоящих Основ. При отсутствии законных представителей решение о медицинском вмешательстве принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум — непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения и законных представителей». Иными словами, ответственность за тактику медицинских манипуляций в экстренных ситуациях, как правило, возлагается на врача.

Если врач принял правильное решение, то оказанная в экстренной ситуации медицинская помощь может принести пользу телу пациента. Но если по каким-то причинам проведенные мероприятия привели к ущемлению религиозных чувств, то открытым становится вопрос: в какой степени соблюдается одна из основных заповедей медицины «не навреди»? То есть подобная медицинская помощь может негативно сказаться на психологической сфере индивидуума.

Этические особенности оказания экстренной медицинской помощи

Медицинская помощь в чрезвычайных ситуациях направлена на благо общества в целом и должна способствовать уменьшению числа человеческих жертв. С этой целью организуется медицинская сортировка пострадавших, поэтапное оказание им соответствующей помощи, а также проводятся противоэпидемические мероприятия.

Однако следует иметь в виду, что при этом могут ущемляться права и свободы отдельных пострадавших. При проведении ка-

рантинных или эвакуационных мероприятий ограничивается их право, а также право их родственников на свободу перемещения. При поэтапном оказании медицинской помощи ущемляется право отдельного пациента на оказание врачебной помощи в максимальном объеме.

При проведении медицинской сортировки существует опасность, что медицинская помощь будет оказываться в первую очередь не тем, кто в ней более нуждается, а тем, кого для этих целей выберет сортировщик. Так, например, при военных конфликтах для целей скорейшего возвращения солдат в строй преимущество в скорейшем оказании врачебной помощи может быть предоставлено мужчинам по сравнению с женщинами.

Следует иметь в виду, что вне зависимости от ситуации, когда оказывается медицинская помощь, должны соблюдаться основные этические принципы. Эти принципы зафиксированы в таких основополагающих документах как Нюрнбергский этический кодекс (1947) и Хельсинская декларация Всемирной медицинской ассоциации (1964). Новая редакция этих документов была принята в 2000 г. в Эдинбурге Всемирной Медицинской Ассоциацией. Особое значение имеет соблюдение моральных норм, сформулированных во «Всеобщей декларации о биоэтике и правах человека ЮНЕСКО» (2005) и в «Заявлении Всемирной Медицинской Ассоциации о вопросах медицинской этики в период катастроф» (1994). Выше было дано достаточно подробное описание биоэтических принципов и правил.

Однако условия, в которых действуют врачи МЧС, могут накладывать существенное ограничение на реализацию общих принципов.

1. *Принцип уважения человеческого достоинства.* Человек достоин особого отношения в сравнении с другими живыми существами. Это достоинство неотчуждаемо. Оно не зависит от расы, национальности, вероисповедания, социального статуса, клинического ди-

агноза и других факторов. Статья 21 Конституции Российской Федерации (1993) гласит: «Достоинство личности охраняется государством. Ничто не может быть основанием для его умаления». Однако оказание медицинской помощи в экстренной ситуации в объеме, противоречащем религиозным убеждениям индивидуума, безусловно, нарушает принцип человеческого достоинства.

2. *Принцип благодеяния и невреждения.* Оказываемая медицинская помощь должна преследовать благо и не наносить ущерба здоровью индивидуума как в настоящем, так и в будущем. Возможная польза здоровью при оказании помощи должна превышать потенциальный риск. Между тем, врачебные манипуляции, противоречащие религиозным убеждениям, способны нанести моральный вред индивидууму.

3. *Принцип признания автономии личности.* Человек может быть признан автономной личностью, если он осознано соглашается с выбранной тактикой врачебных манипуляций. Однако в экстренных ситуациях человек может находиться без сознания, а врач не иметь достаточного времени на обсуждение плана лечения. Между тем, принятие решения врачом самостоятельно нарушает принцип автономии личности. Тем самым врач лишает пациента возможности быть личностью, лишает его прав хозяина собственного тела, творца собственной биографии. Это унижает моральное достоинство пациента, ставит его в подчиненное положение по отношению к врачу, что потенциально несет в себе угрозу жизненно важным интересам индивидуума. Каждый человек сам для себя выбирает вероисповедание и, соответственно, допустимость или недопустимость тех или иных врачебных манипуляций. Следует отметить, что еще в 1914 г. Верховный Суд США поддержал определение о том, что хирург, выполняющий операцию без согласия больного, совершает «физическое насилие, по которому он обязан возместить ущерб». Может быть оправдано нарушение принципа автономности личности лишь

при возникновении угрозы обществу в целом (например при опасности развития эпидемии).

4. *Принцип справедливости* предполагает уважение в человеке личности. В экстренных ситуациях достаточно часто нарушается принцип справедливости, что связано с дефицитом ресурсов. При этом между собой вступают в противоречие требования равенства и учета индивидуальных потребностей или индивидуальных заслуг. В какой-то степени данная проблема разрешима путем медицинской сортировки и поэтапного оказания помощи. Однако следует помнить, что при малейшей ошибке сортировщика принцип справедливости будет нарушен.

Таким образом, оказание медицинской помощи исходя из компетенции врача, без учета религиозных убеждений индивидуума может привести к нарушению, как минимум, первых трех этических принципов. Иными словами, открыт вопрос о допустимости оказания и объеме экстренной врачебной помощи, если существует вероятность нарушить этические принципы медицины.

Отметим, что при правильной организации экстренной медицинской помощи возможно соблюдение в полной мере четырех основных правил этики оказания медицинской помощи: правдивости, конфиденциальности, неприкосновенности частной жизни и добровольного информированного согласия. Однако это не снимает остроту вопроса о допустимости медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях.

Религиозные ограничения на объем и способ оказания медицинской помощи

Практически все религии накладывают ограничения на режим питания пострадавших в чрезвычайных ситуациях, характер принимае-

мых лекарственных средств и объем допустимых врачебных манипуляций (см. табл. 2).

Таблица 2

ОСНОВНЫЕ ОГРАНИЧЕНИЯ НА ВРАЧЕБНЫЕ МАНИПУЛЯЦИИ,
НАКЛАДЫВАЕМЫЕ РЕЛИГИЯМИ

Религия	Питание пациента	Прием лекарственных средств	Медицинские вмешательства
Аюрведа	Нельзя употреблять говядину	Нельзя давать лекарства на основе бычьей сыворотки	Нет специально оговоренных ограничений
Буддизм	Устанавливается согласно разумению врача	Устанавливается согласно разумению врача	Существует ряд ограничений
Иудаизм	Продукты питания должны отвечать правилам кашрута (быть кошерными)	Принимаемые перорально лекарственные средства должны соответствовать правилам кашрута	Существует ряд ограничений
Католицизм	Устанавливается согласно разумению врача	Устанавливается согласно разумению врача	Существует ряд ограничений
Мусульманство	Продукты питания должны быть халал	Применяемые лекарственные средства должны быть халал	Существует ряд ограничений; мужчина не может осматривать женщину без присутствия родственников

Православие	Устанавливается согласно разумению врача	Устанавливается согласно разумению врача	Существует ряд ограничений
Протестантство	Устанавливается согласно разумению врача	Устанавливается согласно разумению врача	Нет специально оговоренных ограничений

Оказание экстренной медицинской помощи исходя из компетенции врача, без учета религиозных особенностей, может привести к возникновению конфликта между эскулапом и пациентом или его родственниками. Примеры подобных конфликтных ситуаций рассматриваются в следующем разделе.

Наиболее болезненным вопросом при оказании медицинской помощи после чрезвычайных ситуаций является длительность продолжения реанимационных мероприятий. Это связано с тем, что успехи современной интенсивной терапии позволяют практически бесконечно долго искусственно поддерживать жизнь многих пострадавших. Всемирной врачебной ассоциацией (1983) задекларировано, что «надежда пациента на успех лечения, пусть даже частичный, не дает еще оснований для интенсивной терапии». Однако взгляды религий по данному вопросу расходятся (см. табл. 3). К сожалению, большинство из них не дают четкого критерия продолжения реанимационных мероприятий.

Следует иметь в виду, что все религии устанавливают особые правила обращения с умершими. При чрезвычайных ситуациях спасателям приходится сталкиваться как с погибшими в результате катастрофы, так и с умершими несмотря на врачебные действия. Нарушение отношения к покойным также может привести к возникновению конфликта с родственниками.

Таблица 3

ОТНОШЕНИЕ ОСНОВНЫХ РЕЛИГИЙ К ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Религия	Критерии проведения интенсивной терапии
Аюрведа	Следует до конца бороться за жизнь человека
Буддизм	Предпочтительнее дать человеку спокойно умереть
Иудаизм	Врачи (как минимум 3 специалиста) должны вместе с семьей рассмотреть все возможности. Если имеется хотя бы один шанс спасти жизнь человеку, необходимо проводить интенсивную терапию. Если же реанимационные мероприятия приведут к фатальному исходу и причинят страдания и боль, от вмешательства следует воздержаться
Католицизм	Необходимо оценить, какова будет польза для больного, какому риску он подвергается и к каким последующим страданиям это может привести. Интенсивная терапия проводится, если возможная польза превышает потенциальный риск.
Мусульманство	Реанимация возможна, если она не угрожает жизни пациента и способствует ее продлению
Православие	Поддержание жизни после смерти мозга бессмысленно, если оно сопряжено с соматическими нарушениями
Протестантство	Необходимо сделать все возможное для того, чтобы позволить сохранить личность человека

Пример 1. После взрыва на Басманном рынке в г. Москве погибшие были доставлены в судебно-медицинский морг для проведения стандартной процедуры опознания. Экспертиза могла затянуться, между тем религия большинства погибших (ислам) требовала похоро-

рон в день гибели. Возник конфликт между властями и судебными медиками, с одной стороны, и родственниками покойных — с другой. Этот конфликт вначале пытались решить при помощи ОМОНа, но затем было найдено более разумное решение: были приглашены религиозные лидеры. Они объяснили родственникам, что умершие в чрезвычайной ситуации не станут менее угодны Аллаху, если их не похоронят в день смерти. В то же время было увеличено число экспертов, чтобы ускорить проведение судебно-медицинских процедур. Этот компромисс позволил избежать серьезных столкновений.

Ниже мы приводим более подробные сведения об основных ограничениях на врачебные манипуляции, накладываемые религиями.

АЮРВЕДА

При оказании медицинской помощи приверженцам аюрведы врач ни при каких обстоятельствах не должен причинять страдания больному. Он должен быть терпелив, внимателен, спокоен, сострадателен, чрезвычайно корректен, особенно с женщинами. Врач не должен терять самообладания, быть высокомерным, обладать завышенным самомнением. Ни в коем случае ни больному, ни его родственникам нельзя сообщать об угрозе смерти, пусть даже реальной; во всех случаях следует вселять надежду на скорое и полное выздоровление. Во всех случаях следует бороться за жизнь пациента до конца. О болезни, пациенте, его жизни, семье, доме и т. д. должна храниться строжайшая врачебная тайна.

Лечение пациентов в традициях аюрведы находится полностью в компетенции врача. Соответственно врач вправе сам назначать режим питания, способ лечения пациента, исходя из состояния последнего. Однако при этом следует помнить, что в Индии корова является священным животным. Поэтому нельзя использовать препараты, приготовленные на основе телячьей (бычьей) сыворотки (некоторые вакцины, сыворотки, эпителизирующие/регенерирующие препараты и др.).

В аюрведе большое внимание уделяется духовным качествам врача. Он должен быть истинно верующим и подавать пример здорового образа жизни. Доктор должен хорошо знать аюрведу. Во главу угла ставится не телесное, а духовное исцеление. Истинно верующие могут отказаться от услуг врача, если они считают, что он не соответствует религиозным канонам по своему поведению: «Тот врач, который плохо одевается, кто груб в речи, кто тщеславен, кто нецивилизован и кто приходит без вызова, должен избегаться больными».

БУДДИЗМ

Буддизм отрицает активную эвтаназию, а также искусственное продолжение жизни, когда без медицинской аппаратуры и интенсивной терапии могла бы наступить смерть. Интенсивной терапии следует предпочитать предоставление возможности человеку дать спокойно умереть. Однако врач должен приложить все усилия для спасения человеческой жизни. Запрещено искусственное прерывание беременности во всех случаях, кроме ситуаций, когда речь идет о спасении жизни матери.

Пересадка органов и переливание крови возможны только от живого донора, при условии, что это было его даром пациенту (т. е. донор не получил за это денег). Допустимы контрацепция, дородовая диагностика, любые терапевтические и хирургические вмешательства.

Аборт, искусственное оплодотворение, клонирование и смена пола рассматриваются буддизмом как нарушение кармы. Эти нарушения являются греховными и недопустимыми ни при каких обстоятельствах.

Буддизм не запрещает вскрытия трупов. Похороны осуществляют по специальному обряду в день, указанный ламой.

Интересно, что буддизм позволяет отказаться от ряда религиозных ограничений, если, с точки зрения медицины, при этом может быть продлена жизнь человека или улучшено его состояние. В частности, по врачебным рекомендациям может быть прекращен пост.

Следует иметь в виду, что ни при каких случаях медицинская помощь не может оказываться человеку, если его ноги направлены к алтарю. Даже в экстренной ситуации врач должен начать оказывать помощь с того, чтобы изменить положение тела пострадавшего относительно алтаря.

ИУДАИЗМ

Иудаизм отрицает эвтаназию, даже если об этом имеется соответствующая просьба пациента. В то же время по вопросу относительно прекращения реанимационных мероприятий мнения ведущих религиозных общин расходятся. Ортодоксальные раввины считают, что нужно поддерживать жизнь любой ценой, неортодоксальные — что в ряде случаев можно дать возможность человеку умереть, если продолжение его жизни связано с существенными физическими страданиями, которые не могут прекратиться.

В иудейской традиции большое уважение уделяется человеческому телу даже после его смерти, поэтому нельзя проводить вскрытие (не во всех религиозных школах), нельзя брать органы на трансплантацию, если только перед смертью человек сам не разрешил этого и семья также не имеет соответствующих возражений.

В Талмуде перечислены те органы, удаление или отказ которых несовместимы с жизнью. Это мозг, сердце, легкие, почки, печень и поджелудочная железа. Талмуд называет их «органами, от которых зависит душа».

Во всех случаях врач должен бороться за жизнь до последнего вдоха. Лечение при невозможности полного физического выздоровления должно быть направлено на уменьшение страданий пациента. Нельзя сообщать человеку о терминальном диагнозе.

В терминальных случаях врачи (как минимум 3 специалиста) должны вместе с семьей рассмотреть все возможности. Если имеется хотя бы один шанс спасти жизнь человеку, необходимо проводить интенсивную терапию. Если же реанимационные мероприятия при-

ведут к фатальному исходу и причинят страдания и боль, от вмешательств следует воздержаться. Но во всех случаях необходимо, чтобы пациенту был обеспечен должный уход.

Смерть констатируется на основании остановки сердечной и дыхательной деятельности, а также неподвижности. После наступления смерти необходимо незамедлительно вызвать раввина для совершения религиозных обрядов по умершему.

Забор органов и крови возможен только в том случае, когда это не приводит к ухудшению состояния здоровья донора и является добровольным актом. При заборе органов и крови особое внимание нужно уделить тому, чтобы тело донора не было изуродовано. Ортодоксальные иудеи могут отказаться от пересадки органов или переливания крови, если процедура не будет освещена раввином.

Искусственное прерывание беременности во всех случаях недопустимо. По медицинским показаниям возможна стерилизация женщины, но не мужчины. Разрешено искусственное оплодотворение спермой мужа, если другие способы забеременеть оказались безрезультатными.

Спасение жизни ребенка, даже если ему день от роду или даже если он еще не родился на свет, считается такой неотложной и важной задачей, что ради ее выполнения родителям предписывается нарушать Субботу. Разрешено матери провести хирургическую операцию в Субботу ради спасения плода и отложить обрезание, если младенец нездоров.

В иудаизме разрешен прием вовнутрь только кошерных (одобренных конфессией) продуктов. Они должны соответствовать правилам кашрута, детально описанным в Талмуде. Соответственно, все употребляемые перорально лекарства должны быть кошерными. Исключением являются жизнеугрожающие состояния. Для лекарств, употребляемых парентерально, требование кошерности не является обязательным. Поэтому могут использоваться инъекции и мази на

основе свиной сыворотки (некоторые ортодоксальные раввины отрицают эту возможность).

Только раввин имеет право признать тот или иной лекарственный продукт кошерным или некошерным, правда это признание обязательно необходимо для пероральных средств. Сложнее всего получить статус кошерного препарата в случае животного происхождения его компонентов. Бычья сыворотка и яичный белок, используемые для приготовления вакцин, сывороток, могут быть кошерными только, если забой животного, разбивание яйца проводились с соблюдением определенных религиозных обрядов. Препараты на основе свиных сывороток не могут быть кошерными в силу некошерности самого животного. Также не могут быть кошерными препараты на основе сырья, полученного от рыб и моллюсков с неполным развитием костей или от хрящевых рыб (например, акул).

Во время пасхи (Пейсаха) устанавливаются дополнительные ограничения на продукты, содержащие дрожжи. Соответственно, пациенту запрещено хранить дома и употреблять спиртосодержащие лекарственные средства. Нельзя употреблять БАДы, содержащие дрожжи.

В религиозные праздники (Шабат, Йом-Кипур) для тяжелобольных снимаются некоторые ограничения. Так, на Йом-Кипур может быть разрешен прием пищи. Оказание медицинской помощи во время Шабата допустимо в тех случаях, когда бездействие может повлечь за собой смерть или же существенное ухудшение состояния здоровья пациента.

В иудейской традиции признается, что пациент не должен противиться лечению, предложенному ему врачом. Более того, больной должен сделать все от него зависящее, чтобы излечиться. Решение о принудительном лечении может быть принято раввинатским судом или же отдельным раввином в экстремальных ситуациях. Отказ от лечения, основанный на религиозных соображениях, например что-

бы не нарушить Шабат, считается в еврейской религиозной традиции неоправданным. Некоторые раввины признают возможность временной отмены действия большинства религиозных ограничений перед лицом какой бы то ни было опасности для жизни человека.

КАТОЛИЦИЗМ

Лечение больных было во все времена одной из особых забот католической церкви. Католическая церковь всегда с уважением относилась к полезным открытиям и терапевтическим средствам медицинской науки, используя их. Католицизмом признается право врача выбирать тактику лечения пациента исходя из его блага.

Католическая церковь принимает участие в оживленных дискуссиях по поводу регулирования рождаемости, стерилизации, узакониванию абортов, генной инженерии, искусственного оплодотворения, пересадки органов и тканей, эвтаназии, злоупотребления терапевтическими средствами, санитарно-эпидемиологической службы развивающихся стран. Однозначного решения указанных проблем нет.

Признается, что всякая медицинская помощь должна быть направлена на сохранение жизни. Все медицинские вмешательства, преследующие эту цель (включая пересадку органов, переливание крови, применение малоизученных лекарств), допустимы, если нет альтернативных вариантов лечения.

Центральное место в католицизме занимает терапевтический принцип или принцип цельности. Исходя из него, медицинское или хирургическое (генетическое) вмешательство допускается в тех случаях, когда оно необходимо для восстановления здоровья или спасения человека как целого.

Аборт возможен только при прямых медицинских показаниях (угроза жизни матери). Ни при каких других обстоятельствах медицина не должна регулировать появление и продолжение беременности.

Запрещена стерилизация даже лиц с генетическими аномалиями, умственно или физически отсталых.

Косметическая или другая хирургическая операция допустимы только тогда, когда преследуют своей целью сохранить целостность и здоровье индивидуума или частей его/ее тела.

Любое медицинское вмешательство должно также основываться на принципе свободы и ответственности: свобода как врача, так и пациента должна соединяться с ответственностью по отношению к жизни и здоровью.

Эвтаназия запрещена во всех видах и при любых обстоятельствах. При выборе методов интенсивной терапии необходимо оценить, какова будет польза для больного, какому риску он подвергается и к каким последующим страданиям это может привести. Интенсивная терапия проводится, если возможная польза превышает потенциальный риск.

Ислам

В мусульманской религиозной традиции считается, что душа у зародыша появляется с первой недели четвертого месяца беременности — с этого времени прерывание беременности запрещено. До данного срока за женщиной сохраняется свобода выбора относительно сохранения или прерывания беременности. Врач-мужчина, особенно немусульманин, не может осматривать женщину и принимать у нее роды в отсутствие ее ближайших родственников. Поэтому при развертывании передвижных госпиталей на территории мусульманских стран после чрезвычайных ситуаций, необходимо укомплектовать штатный состав врачей женщинами по всем медицинским специальностям. При организации медицинской помощи убежденным мусульманам также следует разделять потоки пациентов на мужчин и женщин так, чтобы ни в одном помещении не оказывались пациент-мужчина и пациент-женщина. Иногда допускается осмотр женщин мужчинами в присутствии религиозных или духовных лидеров.

При церебральной смерти с помощью искусственной вентиляции можно поддерживать жизнедеятельность других органов. Возмож-

ность пассивной эвтаназии отрицается мусульманством. Любая интенсивная терапия возможна, если она не угрожает жизни пациента.

Мусульманство запрещает использование каких-либо продуктов, полученных на основе свинины, так как данное животное не разрешено религией (не халал). Поэтому не допускается использование свиных вакцин, сывороток и т. д. Также соответствующим образом должно быть составлено меню в госпитале. Однако во время поста ислам допускает отказ от строгих ограничений, если речь идет о сохранении здоровья или жизни: «Тот, кто болен, иль находится в пути, предписанные дни поста поститься должен в дни другие».

Между тем мусульманство признает использование любых средств для спасения жизни: «Если кто-либо оживил покойника, то это приравнивается к тому, что он оживил всех людей». Ряд муфтиев признает, что в необходимых или экстренных случаях правила аура-та и межполовой этики не важны, поскольку главным является спасение жизни. Однако ортодоксальные мусульмане считают неприемлемым при любых обстоятельствах использование продуктов, содержащих свиную сыворотку, а также осмотр женщин-мусульманок мужчинами в отсутствие близких родственников.

Мусульманство признает искусственное оплодотворение в случае, если для него использована сперма законного мужа и имеется согласие супругов. Трансплантация органов и переливание крови возможны только от живых доноров, исповедующих ислам и давших на то согласие. Трансплантация возможна от человека с церебральной смертью, которому искусственно поддерживается дыхание и кровообращение. От живого донора можно пересаживать почку, костный мозг, печень (органы, способные к регенерации). В этих случаях ислам не вводит никаких ограничений, пересадка органов происходит без выполнения каких-либо предварительных условий. От мертвых зародышей можно забирать органы на пересадку, если они используются в терапевтических целях.

Мусульманство требует, чтобы похороны умершего были совершены в день его смерти (до заката Солнца). Считается, что похороненный после будет не угоден Аллаху. Относительно возможности вскрытия трупов умерших мнения религиозных лидеров расходятся.

Шариат как вариант мусульманства не имеет специальных требований к медицинской помощи. Он лишь требует от медицинских работников борьбы за сохранение жизни пациентов до самой последней минуты, категорически отвергая возможность даже пассивной эвтаназии. Следует иметь в виду, что приверженцы шариата могут отличаться ортодоксальностью взглядов.

ПРАВОСЛАВИЕ

Православие рассматривает аборт как один из видов убийств. Аборт может быть разрешен только в случае, когда есть прямая угроза жизни матери.

Православие не признает контрацепции вне брака и в ряде случаев допускает использование контрацепции в браке. Методы планирования семьи допустимы, если последующее деторождение может отрицательно сказаться на здоровье матери или же если семья не в состоянии содержать еще одного ребенка. В любом случае должны использоваться обратимые методы контрацепции.

Православная церковь с некоторыми оговорками допускает искусственное оплодотворение. Возможно осеменение жены спермой донора при условии согласия мужа. Ряд священников запрещают, а другие разрешают оплодотворение жены спермой мужа, если другие способы забеременеть оказались безрезультатными²¹.

Православие не возражает против пересадки кожи или переливания крови, если при этом донору не причиняется значительный вред и достигается существенная польза для реципиента. Пересадка других органов возможна только в том случае, когда нет угрозы для жизни донора.

Смерть наступает при необратимом разрушении тканей человека. Только после этого возможен забор органов для трансплантации. До смерти врач должен сделать все возможное для продления жизни, в том числе давать наркотические анальгетики, проводить реанимационные мероприятия, хирургические вмешательства и т. д. Однако большинством неортодоксальным священников признается, что поддержание жизни после смерти мозга бессмысленно, если оно сопряжено с соматическими нарушениями.

В восточной православной традиции разрешено обращаться с молитвой к Богу об ускорении отделения души от тела, если нет шансов на выздоровление пациента, его болезнь затянулась, причиняя значительные страдания человеку и его родственникам. В этой ситуации разрешена пассивная, но не активная эвтаназия.

В целом, к врачу православие предъявляет те же требования, что и к любому истинно верующему: «Люби ближнего своего, как самого себя». «Церковь исходит из основанных на Божественном Откровении представлений о жизни как бесценном даре Божиим, о неотъемлемой свободе и богоподобном достоинстве человеческой личности».

ПРОТЕСТАНТИЗМ

Протестантство практически никак не регламентирует деятельность врача, оговаривая лишь, что она должна быть компетентной и гуманной. В этой связи план лечения полностью определяется лечащим врачом.

Протестантство утверждает, что необходимо сделать все возможное для того чтобы позволить этому человеку до конца жизни оставаться самим собой.

Следовательно, при проведении интенсивной терапии встает сложный вопрос, связанный с тем, как лучше сохранить личность человека.

*Конфликтные ситуации
при оказании медицинской помощи
в чрезвычайных ситуациях*

Незнание религиозных особенностей пациентов может привести не только к конфликтам с родственниками, но и к осложнениям терапии. Рассмотрим подобные ситуации на нескольких примерах.

Пример 1. В месяц рамадан мусульмане соблюдают строгий пост. Аналогичный пост соблюдают православные в страстную седмицу. Соответственно реакция организма на простейшие врачебные манипуляции может оказаться непредсказуемой. Например, на местную анестезию пациент ответит обмороком.

Пример 2. Переливание крови без согласия пациента или его родственников даже для спасения жизни является преступлением в некоторых странах, исповедующих Ислам, в ряде африканских государств. Нарушение этого правила влечет за собой уголовную ответственность вне зависимости от мотивов, которые вынудили врача прибегнуть к подобной процедуре. Даже спасение жизни пациента не является оправданием для переливания крови.

Пример 3. В мусульманских странах врачу-мужчине нельзя видеть женское тело без присутствия ближайших родственников. После землетрясения в Турции спасатели МЧС РФ столкнулись с конфликтной ситуацией, откопав женщину из-под развалин дома. Ее муж пытался убить жену за то, что другие мужчины увидели часть женского тела.

Пример 4. Изначально врачи международных организаций потерпели фиаско при проведении программы вакцинации в азиатских странах, так как вакцина была приготовлена на основе крови европейских доноров. Проблема была решена лишь при использовании крови местного населения, причем уважаемых людей, преимущественно старейшин.

С аналогичной проблемой столкнулись спасатели МЧС РФ. При ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций в Индии и Индонезии проводились противоэпидемические мероприятия. Однако местные жители отказывались от вакцинации, так как лекарственное средство было приготовлено на основе бычьей и свиной сыворотки. Конфликт удалось разрешить путем привлечения религиозных лидеров и старейшин, которые разъяснили жизненную необходимость вакцинации и свободу от некоторых религиозных запретов на период ликвидации чрезвычайной ситуации.

Пример 5. Незнание религиозных прав пациентов привело к ряду исков к лечащим врачам в США. Все процессы завершились в пользу пациентов. В нашей стране не было зафиксировано подобных судебных процессов, но их можно ожидать в любой момент.

Конфликтные ситуации при оказании гуманитарной и врачебной помощи за рубежом после чрезвычайных ситуациях, к сожалению, не являются редкостью (см. табл. 3, с. 57–58). Нами было опрошено 36 сотрудников аэромобильного отряда «Центроспас» МЧС РФ. Средний возраст опрошенных 36 ± 8 лет, стаж работы в МЧС составлял 11 ± 4 года, среднее число вылетов за рубеж равно 5 ± 4 . 34 опрошенных имели профессию спасателя, 2 — врача.

Как следует из данных таблицы, большинство опрошенных сталкивались с различного рода конфликтными ситуациями. Причем спасатели, имеющие большее число зарубежных вылетов, чаще сталкивались с подобными конфликтами. Можно предположить, что на сегодняшний момент времени конфликты между спасателями и местным населением являются неизбежностью в силу непринятия во внимание национально-культурно-религиозных особенностей.

Наиболее часто сложности в работе с местным населением были связаны с отсутствием переводчиков или незнанием местного языка. А значит спасатели не могли объясниться и разъяснить необходимость проведения тех или иных врачебных или противоэпидемиче-

ских мероприятий. Однако опрошенным пришлось столкнуться и со случаями острого национального неприятия. Интересно отметить, что подобный случай произошел в Югославии. Некоторые опрошенные отмечали, что в Индии они наблюдали подобную национальную неприязнь в отношении спасателей из США.

Достаточно часто спасателям МЧС РФ приходилось сталкиваться со сложностями, обусловленными расовыми различиями с местным населением. У местных жителей не вызывали доверия врачи с белым цветом кожи. Так же часто опрошенные сталкивались с конфликтами на религиозной почве. Мы не можем однозначно сказать, связаны ли конфликты на расовой почве с религиозными конфликтами или нет. Обычно проблемы религиозного характера наблюдались в мусульманских странах (Иран, Алжир, Пакистан). Но они также были отмечены в Индонезии, Индии, на Тайване.

Указанные конфликтные ситуации снижали эффективность работы спасателей МЧС РФ, препятствовали их работе. Были зафиксированы случаи отказа от медицинской помощи, причем в ряде случаев местное население полностью отказывалось от всяческих вмешательств, а в ряде случаев — от любой помощи, кроме экстренной. Некоторые представители местного населения отказывались от осмотра, введения наркоза, терапевтического лечения без присутствия родственников или их согласия, а также без одобрения местных духовных или религиозных лидеров, старейшин.

Спасатели искали различные пути решения возникших конфликтных ситуаций. Большинство из них проводили разъяснительную работу с родственниками или с самими пострадавшими. Меньшее число продолжало свою работу, несмотря на возникшие конфликты, или же пыталось договориться с местными религиозными или духовными лидерами, а также со старейшинами. При этом большинство опрошенных сомневаются, что нашли верное решение конфликтной ситуации.

Таблица 3

КОНФЛИКТНЫЕ СИТУАЦИИ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ
ПОСЛЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

Ситуация	Частота упоминания конфликтной ситуации опрошенными, %
Различные сложности в работе с местным населением	55,6
Конфликты на национальной почве — острое национальное неприятие — языковые сложности — бытовые сложности	50,0 2,7 44,4 2,7
Конфликты на расовой основе	19,4
Конфликты на религиозной почве	41,7
Случаи отказа пациентов от помощи из-за возникших конфликтов — полный отказ от помощи — отказ от помощи, кроме экстренной — отказ от помощи в силу половых различий — отказ от помощи без присутствия родственников —отказ от помощи без присутствия религиозных (духовных) лидеров	13,9 8,3 5,6 11,1 5,6 11,1
Поиск разрешения конфликтной ситуации — работа с пострадавшими — работа с родственниками пострадавших — работа с религиозными (духовными) лидерами	52,7 19,4 30,6 2,7

Найденное решение конфликта	
— верное	19,4
— неверное	2,7
— сомнительное	33,3

Риски для здоровья спасателей при выезде на чрезвычайные ситуации

При оказании помощи в других странах после чрезвычайных ситуаций спасатели фактически оказываются в позиции путешественников. По данным Всемирной организации здравоохранения, путешественники подвергают свое здоровье целому ряду рисков. Таким образом, встает проблема, в какой степени спасатели МЧС РФ могут рисковать собственным состоянием здоровья для спасения жизни людей.

Факторами риска для здоровья спасателей при вылете на ликвидацию чрезвычайных ситуаций являются:

- смена климата, часового пояса;
- эндемические инфекционные заболевания;
- стрессовые воздействия.

Из указанных факторов наиболее легко предотвращаемыми являются эндемические инфекционные заболевания. Для большинства из них разработаны высокоэффективные вакцины. Однако, чтобы действие вакцины было эффективным, после ее введения, как правило, должно пройти 4–6 недель. В условиях чрезвычайной ситуации нет времени на то, чтобы провести соответствующую вакцинацию спасателей. Поэтому в регионы повышенного эндемического инфекционного риска (см. табл. 5) должны допускаться только те врачи и спасатели, которые заблаговременно прошли вакцинацию. Однако даже

вакцинация не гарантирует 100% защиты от эндемических инфекционных заболеваний.

Таблица 5

РЕГИОНЫ ПОВЫШЕННОГО ЭНДЕМИЧЕСКОГО
ИНФЕКЦИОННОГО РИСКА

Заболевание	Регион	Риск для путешественников	Индивидуальная профилактика
Бешенство	Во всем мире	Возрастает в эндемических регионах	Вакцинация
Боррелиоз	Лесные регионы Азии, северо-западной, центральной и восточной Европы, США	Высокий в лесных регионах	Вакцина создана против серотипа, распространенного в США
Бруцеллез	Во всем мире; наиболее распространено в развивающихся странах Средиземноморья	Низкий в городах; высокий — в сельскохозяйственных и деревенских районах	Не существует
Геморрагические лихорадки	Тропические и субтропические регионы; регионы Африки к югу от Сахары; степные регионы центральной Азии и Европы, южной Африки; Саудовская Аравия; южная Америка	Высокий в лесных и сельских регионах	Не существует

Раздел 2. Этические основания оказания помощи

Гематофильный менингит	Во всем мире; преобладает в странах, где не проводится профилактическая вакцинация	Риск существует только для лиц, которые не были привиты	Вакцинация
Гепатит А	Во всем мире, особенно в регионах с неудовлетворительной системой водоснабжения и канализации	Риск возрастает при нарушении системы водоснабжения и канализации; в развивающихся странах риск выше, чем в цивилизованных	Вакцинация
Грипп	Во всем мире	Риск возрастает во время эпидемии	Вакцинация эффективна только против определенных штаммов вируса
Желтая лихорадка	Тропические регионы Африки, центральной и южной Америки	Риск возрастает в период эпидемий; риск выше в сельских регионах и джунглях	Вакцинация
Легионеллез	Во всем мире	Возрастает при нарушениях системы центрального кондиционирования	Не существует
Лейшманиоз	Страны тропических и субтропических регионов	Возрастает в сельских и лесных районах	Не существует

Лептоспироз	Преобладает в тропических регионах	Возрастает в сельских районах, при нарушениях водоснабжения	Вакцинация имеет ограниченное применение
Листерия	Во всем мире	Низкий	Не существует
Лямблиоз	Во всем мире	Возрастает при нарушениях водоснабжения	Не существует
Малярия	Латинская Америка, Карибский регион, район Средиземного моря, Африка, Индия	Возрастает в городских и эндемических регионах	Защита от москитов, химиопрофилактика
Менингококковая инфекция	Во всем мире, преобладает в Африке в регионе от Сенегала к Эфиопии в ноябре-июне	Возрастает в эндемических очагах и во время сезонных подъемов эпидемии	Вакцина создана против большинства штаммов
Сибирская язва	Во всем мире; чаще наблюдается в центральной Азии	Низкий	Вакцинация
Трипаносомоз	Тропические регионы Африки; Мексика, южная Америка	Возрастает при посещении сельских регионов	Нет
Тропическая лихорадка	Тропические и субтропические регионы юго-восточной Азии, западной Африки, центральной и южной Америки	Значимый в эндемических очагах	Использование противомоскитных сеток и других средств; вакцины не существует

Филяриатоз (филяриоз)	Регионы Африки к югу от Сахары, центральная и западная Африка, юго-восточная Азия, центральная и южная Америка	Значимый в эндемических очагах	Не существует
Холера	Преимущественно — развивающиеся страны Азии, Африки, центральной и южной Америки	Низкий, однако в условиях чрезвычайных ситуаций может существенно возрасть, особенно при повреждении канализационных систем	Вакцинация
Чума	Восточная и южная Африка, южная Америка, восточная часть северной Америки, часть Азии	Низкий, возрастает при разворачивании палаток в эндемических регионах	Вакцинация
Шистосомоз	Страны к югу от Сахары, Аравийского полуострова, Бразилия, Суринам, Венесуэла, Китай, Индонезия, Филиппины, восточное Средиземноморье	Возрастает при купании в водоемах	Не существует
Японский энцефалит	Ряд азиатских стран, Австралия	Риск возрастает в сельскохозяйственных районах	Вакцинация

Пути решения проблемы

Традиционно считается, что интерес пациента в получении достойной медицинской помощи (профилактической, диагностической, лечебной, реабилитационной) и обязанность врача в ее оказании совпадают. Однако, как мы показали выше, может возникнуть конфликт между объемом медицинской помощи и религиозными убеждениями индивидуума.

Британская Медицинская Ассоциация (1963) объявила об ответственности врача за проведение эксперимента. Было регламентировано, что врач до эксперимента должен задать себе следующие вопросы:

1. Знает ли больной, что я собираюсь с ним делать?
2. Могу ли я полностью объяснить ему риск, которому собираюсь его подвергнуть?
3. Уверен ли я, что его согласие является свободным?
4. Выполнил бы я эту процедуру, если бы ей подвергались мои жена или дети?

Данное решение было одним из основополагающих в этике биомедицинских исследований. Следует признать, что эти вопросы полностью применимы для случая оказания экстренной медицинской помощи. К ним следует добавить еще один вопрос:

5. В какой степени оказываемая помощь соответствует религиозным убеждениям пострадавшего?

Иными словами, при оказании медицинской помощи необходимо стараться по возможности учитывать вероисповедание пациента, его культурные и др. личностные особенности. Следует отдельно отметить, что при оказании медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях и в условиях массовых катастроф (особенно транснациональных) необходимо соблюдать максимальную осторожность, объяснять пострадавшим или их родственникам необходимость каждого медицинского вмешательства и целесообразность проведения подобного

лечения. На территории зарубежных государств желательным является присутствие местных врачей, знакомых с культурными особенностями оказания медицинской помощи населению в данном конкретном регионе мира.

В современном многополюсном мире, в век техногенных катастроф и катаклизмов для спасения жизни людей важны оперативные действия врачей и спасателей, причем зачастую являющихся представителями различных стран. Сам характер такой помощи требует от медицинского сообщества постановки новой проблемы: о принципах оказания первой медицинской помощи с учетом культурных, этических, религиозных и др. особенностей. Несомненно, что основное бремя забот при этом ложится на правительства мировых держав, исполнительные и законодательные органы здравоохранения и чрезвычайных ситуаций, а также на религиозных лидеров. Здесь необходимо выработать стратегию, возможно, для каждого государства в отдельности, или же для целых государственных регионов по принципам оказания первой медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях. При этом необходимо, чтобы каждым из участников были продекларированы правила определения приоритетов в каждой конкретной ситуации: что важнее — спасение жизни человека или же соблюдение религиозных принципов.

Жизнь человека — наивысшая ценность, это признано как во многих конституционных законах государств, так и в религиозных учениях. ВОЗ, ЮНЕСКО и другие многочисленные международные организации, для которых гуманитарная деятельность является основной, работают по программам борьбы с главными болезнями человечества, угрожающими здоровью на глобальном уровне.

В условиях экстремальных ситуаций встает вопрос о возможности, с точки зрения медицинской этики, пренебречь теми или иными культурно-религиозными особенностями во имя спасения жизни людей. Однако чтобы этот подход стал достоянием профессионалов-

спасателей, необходимо согласие на межгосударственном и межрелигиозном уровнях. Принцип, зафиксированный всеми государствами мира в виде принятого консенсусом документа, мог бы быть в ближайшей перспективе выражен в форме декларации под возможным ориентировочным названием «Всеобщая декларация этических принципов спасения человеческой жизни и здоровья в XXI веке». Опираясь на положения об ответственности государств в области медицины, зафиксированные в Алма-Атинской декларации (1978) и Всемирной декларации по здравоохранению, а также в главных целях стратегии «Здоровье для всех в XXI столетии», нынешний этап реализации этой ответственности требует принятия соответствующих мероприятий социального характера, в частности, в области здравоохранения. Разработка подобного международного документа, который, прежде всего, касался бы согласования этических норм при оказании медицинской помощи (речь могла бы идти о выработке консенсуса о своего рода «делегировании» части полномочий от государства и церкви институту медицинских спасателей), могла бы быть возложена на ЮНЕСКО — головную гуманитарную организацию в мире — при содействии ВОЗ и многих других участников программ по спасению жизни и здоровья людей. Нам кажется, что во главу угла подобного документа должна быть положена цель спасения жизни людей, даже если это может привести к отступлению от определенных религиозных традиций, правил, норм и догматов.

Раздел 3

ПРИЛОЖЕНИЯ

ВСЕОБЩАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ О БИОЭТИКЕ И ПРАВАХ ЧЕЛОВЕКА
Принята 19 октября 2005 года
33 сессией Генеральной конференцией ЮНЕСКО

Генеральная конференция,

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

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

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

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

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

принимая во внимание два международных пакта Организации Объединенных Наций об экономических, социальных и культурных правах и о гражданских и политических правах от 16 декабря 1966 г., Международную конвенцию Организации Объединенных Наций о ликвидации всех форм расовой дискриминации от 21 декабря 1965 г., Конвенцию Организации Объединенных Наций о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин от 18 декабря 1979 г., Конвенцию Организации Объединенных Наций о правах ребенка от 20 ноября 1989 г., Конвенцию Организации Объединенных Наций о биологическом разнообразии от 5 июня 1992 г., Стандартные правила Организации Объединенных Наций в отношении обеспечения равенства возможностей для инвалидов, принятые Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций в 1993 г., Конвенцию МОТ №169 о коренных и племенных народах в независимых странах от 27 июня 1989 г., Международный договор о генетических ресурсах растений для производства продуктов питания и ведения сельского хозяйства, принятый Конференцией ФАО 3 ноября 2001 г. и вступивший в силу 29 июня 2004 г., Рекомендацию ЮНЕСКО о статусе научно-исследовательских работников от 20 ноября 1974 г.,

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

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

зная, что настоящую Декларацию следует рассматривать с учетом внутреннего законодательства и международного права в соответствии с нормами в области прав человека,

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

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

принимая во внимание ответственность нынешних поколений перед будущими поколениями и то, что вопросы биоэтики, неизбежно имеющие международный аспект, следует рассматривать в их совокупности, руководствуясь теми принципами, которые уже провозглашены во Всеобщей декларации о геноме человека и правах человека и Международной декларации о генетических данных человека, и принимая во внимание не только нынешние условия научной деятельности, но и тенденции дальнейшего развития,

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

провозглашает нижеследующие принципы и принимает настоящую Декларацию.

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 1 — Сфера применения

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

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

Статья 2 — Цели

Настоящая Декларация преследует следующие цели:

(i) обеспечение универсального комплекса принципов и процедур, которыми могут руководствоваться государства при выработке своих законодательных норм, политики или других инструментов в области биоэтики;

(ii) установление ориентиров для действий отдельных лиц, групп, общин, учреждений и корпораций, как государственных, так и частных;

(iii) поощрение уважения человеческого достоинства и защиты прав человека путем обеспечения уважения человеческой жизни и основных свобод в соответствии с международными нормами в области прав человека;

(iv) признание важного значения свободы научных исследований и благ, приносимых научно-техническим прогрессом, с указанием при этом на необходимость того, чтобы такие исследования и про-

пресс не выходили за рамки этических принципов, изложенных в настоящей Декларации, и уважали человеческое достоинство, права человека и основные свободы;

(v) содействие многодисциплинарному и плюралистическому диалогу по биоэтическим проблемам между всеми заинтересованными сторонами и в рамках всего общества в целом;

(vi) поощрение обеспечения справедливого доступа к медицинским, научным и техническим достижениям, максимально широкому распространению знаний о таких достижениях и быстрому обмену этими знаниями, а также совместного использования благ с уделением особого внимания потребностям развивающихся стран;

(vii) обеспечение защиты и реализации интересов нынешних и будущих поколений;

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

ПРИНЦИПЫ

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

Статья 3 — Человеческое достоинство и права человека

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

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

Статья 4 — Благо и вред

В процессе применения и развития научных знаний, медицинской практики и связанных с ними технологий следует добиваться полу-

чения максимальных прямых и косвенных благ для пациентов, участников исследований и других затрагиваемых лиц и сводить к минимуму любой возможный для них вред.

Статья 5 — Самостоятельность и индивидуальная ответственность

Должна обеспечиваться самостоятельность лиц в принятии решений при соответствующей ответственности за эти решения и уважении самостоятельности других. В отношении лиц, которые не обладают правоспособностью для совершения самостоятельных действий, должны приниматься специальные меры по защите их прав и интересов.

Статья 6 — Согласие

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

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

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

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

Статья 7 — Лица, не обладающие правоспособностью давать согласие

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

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

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

человека отдельного лица. Следует уважать отказ таких лиц от участия в исследованиях.

Статья 8 — Уважение ранимости человека и целостности человеческой личности

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

Статья 9 — Неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность

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

Статья 10 — Равенство, справедливость и равноправие

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

Статья 11 — Недопущение дискриминации и общественного осуждения

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

Статья 12 — Уважение культурного разнообразия и плюрализма

Следует уделять должное внимание важному значению культурного разнообразия и плюрализма. Вместе с тем эти соображения не

должны использоваться в качестве предлога для ущемления человеческого достоинства, прав человека и основных свобод, а также в ущерб принципам, изложенным в настоящей Декларации, и не должны ограничивать сферу применения этих принципов.

Статья 13 — Солидарность и сотрудничество

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

Статья 14 — Социальная ответственность и здоровье

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

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

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

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

(ii) доступу к надлежащему снабжению продуктами питания и водой;

(iii) улучшению условий жизни и состояния окружающей среды;

(iv) недопущению маргинализации и отчуждения лиц на каких бы то ни было основаниях; и

(v) сокращению масштабов нищеты и неграмотности.

Статья 15 — Совместное использование благ

(а) Блага, связанные с проведением любых научных исследований и применением их результатов, следует использовать совместно со всем обществом в целом и международным сообществом, в частно-

сти с развивающимися странами. Для целей реализации настоящего принципа благ могут принимать любую из следующих форм:

(i) оказание специальной и долговременной помощи и выражение признательности лицам или группам, участвовавшим в исследованиях;

(ii) доступ к качественным медицинским услугам;

(iii) применение новых диагностических и терапевтических методов и продуктов, разработанных в результате исследований;

(iv) поддержка служб здравоохранения;

(v) доступ к научно-техническим знаниям;

(vi) укрепление потенциала в области проведения исследований; и

(vii) блага в других формах, соответствующие принципам, изложенным в настоящей Декларации.

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

Статья 16 — Защита будущих поколений

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

Статья 17 — Защита окружающей среды, биосферы и биоразнообразия

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

ПРИМЕНЕНИЕ ПРИНЦИПОВ

Статья 18 — Принятие решений и рассмотрение биоэтических проблем

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

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

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

Статья 19 — Комитет по этике

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

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

(ii) консультирования по этическим проблемам в клинической медицине;

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

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

Статья 20 — Оценка и регулирование рисков

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

Статья 21 — Транснациональные виды практики

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

(b) Когда исследования или та или иная связанная с ними работа осуществляются в одном или нескольких государствах (государство (государства) проведения исследований) и финансируются из источника, находящегося в другом государстве, такие исследования должны подвергаться этическому обзору на соответствующем уровне в государстве (государствах) проведения исследований и в том государстве, в котором находится источник финансирования. Такой обзор должен основываться на этических и правовых нормах, которые соответствуют принципам, изложенным в настоящей Декларации.

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

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

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

СОДЕЙСТВИЕ РЕАЛИЗАЦИИ ДЕКЛАРАЦИИ

Статья 22 — Роль государств

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

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

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

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

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

Статья 24 — Международное сотрудничество

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

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

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

Статья 25 — Последующая деятельность ЮНЕСКО

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

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

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 26 — Взаимосвязанность и взаимодополняемость принципов

Настоящую Декларацию следует воспринимать как единое целое, а принципы — как взаимодополняемые и взаимосвязанные. Каждый принцип должен рассматриваться в контексте других принципов,

насколько это необходимо и уместно в соответствующих обстоятельствах.

Статья 27 — Ограничение действия принципов

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

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

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

*ЗАЯВЛЕНИЕ О ВОПРОСАХ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ
В ПЕРИОД КАТАСТРОФ¹*

*Принято 46-й Ассамблеей Всемирной Медицинской
Ассоциации, Стокгольм, Швеция, сентябрь 1994 г.*

1. В настоящем документе рассматриваются медицинские аспекты катастроф. Катастрофа есть внезапные наступление пагубных событий, обычно неожиданных и насильственных, приводящее к существенному материальному ущербу, значительным передвижениям населения и/или большому количеству жертв и/или значительным нарушениям жизни общества или их сочетаниям. Данное определение не включает ситуации, возникающие в результате международных или внутренних конфликтов и войн, которые порождают серию других проблем, помимо рассматриваемых в данном документе. С медицинской точки зрения, для ситуаций бедствия характерны непредсказуемые несоответствия между возможностями и ресурсами медицины и потребностями пострадавших людей, чье здоровье находится под угрозой.

2. Катастрофы, будь они природными (например землетрясение), технологическими (например ядерные и химические аварии) или случайными (например железнодорожная катастрофа) характеризуются рядом признаков порождающих определенные проблемы:

а) неожиданность, требующая немедленных действий;

б) дефицит медицинских ресурсов, рассчитанных, как правило, на нормальную жизнедеятельность: большое число пострадавших означает, что имеющиеся ресурсы должны быть задействованы максимально эффективно для спасения как можно большего числа человеческих жизней;

¹ Перевод Декларации печатается по изданию Медицинского Информационного Сервера
[http:// medicine.onego.ru/index_a.shtml](http://medicine.onego.ru/index_a.shtml)

с) материальные и природные разрушения затрудняют либо делают опасным доступ к пострадавшим;

d) последствия, угрожающие здоровью населения в результате загрязнения окружающей среды, с риском возникновения эпидемий.

Вышеизложенное означает, что катастрофы требуют многогранной реакции, включающей различные виды действий, начиная с транспортировки и обеспечения продовольствием и заканчивая предоставлением медицинской помощи; все это должно делаться в условиях надежной безопасности (полиция, пожарная служба, армия и т. п.). Подобные операции требуют эффективного централизованного руководства для координации общественных и частных усилий. Спасатели и врачи вынуждены действовать в экстремальной обстановке и при этом их личные этические нормы не должны расходиться с этическими требованиями общества в условиях подобной эмоциональной перегрузки. Индивидуальные этические принципы каждого врача следует дополнить универсальными этическими нормами.

Дефицит медицинских ресурсов и/или невозможность предоставлять непрерывную медицинскую помощь большому количеству пострадавших за короткий промежуток времени представляют особую этическую проблему.

Помимо этических, обеспечение медицинской помощью в подобных условиях связано с рядом технических и организационных проблем. В свете вышеизложенного, в случае катастроф Всемирная Медицинская Ассоциация рекомендует всем врачам руководствоваться следующими этическими принципами.

3. Медицинская сортировка.

3.1. Сортировка — это этическая проблема первостепенной важности в ситуациях, когда необходимо при ограниченных возможностях оказать медицинскую помощь большому количеству в разной степени пострадавших людей. Сортировка есть действие врачей по

выявлению и обслуживанию приоритетных больных, основанное на постановке диагноза и формулировке прогноза. Выживание больных будет зависеть от качества сортировки. Она должна быть осуществлена быстро и определяться необходимостью медицинского вмешательства и возможностями медицины в каждом конкретном случае, а так же медицинским обеспечением и техническими возможностями. Во время сортировки не исключается проведение реанимационных мероприятий.

3.2. С помощью компетентных специалистов сортировку должен осуществлять уполномоченный на это опытный врач.

3.3. Врач должен сортировать пострадавших следующим образом:

а) пострадавшие которых можно спасти, но чья жизнь находится в данный момент в опасности, и поэтому они требуют немедленного вмешательства или помощи в ближайшие часы;

б) пострадавшие, чьей жизни не угрожает опасность, нуждающиеся в неотложной, но не немедленной помощи;

с) пострадавшие, которым в данный момент можно оказать минимальную необходимую помощь, которых можно будет лечить позже;

д) психологически пострадавшие, нуждающиеся в моральной поддержке, о которых не могут позаботиться в индивидуальном порядке, но которым может потребоваться поддержка или седации, в случае значительной психологической травмы;

е) пострадавшие, тяжесть состояния которых не соответствует возможностям оказания медицинской помощи и чья жизнь не может быть спасена в этих специфических обстоятельствах, такие как тяжелораненые, подвергшиеся радиоактивному облучению, получившие тяжелые несовместимые с жизнью ожоги или тяжелые хирургические больные, требующие особо сложного и длительного оперативного вмешательства, вынуждают врача делать выбор между ними и другими пострадавшими. По перечисленным причинам эта категория больных при сортировке классифицируется как «безнадежные».

Решение «Оставить пострадавшего без внимания в виду иных приоритетов, диктуемых ситуацией бедствия» не должно рассматриваться как «отказ от помощи человеку, находящемуся в смертельной опасности». Подобное решение, направленное на спасение максимального числа пострадавших, совершенно оправдано.

f) поскольку состояние пострадавших может со временем меняться, специалистам, отвечающим за сортировку, необходимо постоянно отслеживать эти изменения.

3.4. а) С этических позиций, проблема сортировки и предлагаемое отношение к пострадавшим, состояние которых безнадежно, должны приниматься в расчет при решении вопросов распределения имеющихся средств экстремальных ситуациях, выходящих за рамки человеческого контроля. Врач, пытающийся любой ценой поддерживать жизни безнадежных пациентов, расходует безо всякой пользы скудные ресурсы, необходимые другим, а потому поступает неэтично. Тем не менее, врачу необходимо проявить сострадание к таким пациентам, уважение к их человеческому достоинству, их жизни, поместив их отдельно и назначив болеутоляющие и седативные средства.

b) Врач должен действовать, исходя из побуждений совести и имеющихся возможностей. Ему (ей) необходимо попытаться наладить такой порядок оказания помощи, при котором удастся спасти наибольшее количество тяжело пострадавших, но имеющих шанс выжить, и свести к минимуму потери, принимая в расчет ограниченные возможности, продиктованные обстоятельствами.

Врачам необходимо помнить о том, что у детей могут возникнуть особые нужды (понадобятся особые виды помощи).

4. Взаимоотношения с пострадавшими.

4.1. Пострадавшим оказывают первичную и неотложную медицинскую помощь. В случае катастроф или бедственных ситуаций врач должен беспристрастно прийти на помощь каждому пострадавшему, не дожидаясь пока его об этом попросят.

4.2. Отбирая пациентов, которых можно спасти, врач должен руководствоваться только тяжестью их состояния, исключая любые другие соображения, основанные на немедицинских критериях.

4.3. Отношения к пострадавшим определяется их потребностью в оказании первичной помощи, при этом должен, по возможности, соблюдаться главный принцип — защита интересов пациента. Врачу, тем не менее, необходимо принимать в расчет различные культурные ориентации своих пациентов и действовать сообразно обстановке. Врачу необходимо руководствоваться концепцией предоставления оптимальной медицинской помощи с тем, чтобы спасти максимальное количество жизней и свести смертность к минимуму.

4.4. Взаимоотношения врачей с пациентами включают и такие аспекты как скорбь по погибшим, распознавание и оказание поддержки тем кто оказался в состоянии психологического дистресса, что не может быть отнесено к чисто техническим медицинским вмешательствам; сюда же относиться уважительное отношение к достоинству и моральным принципам пострадавших и членов их семей и необходимость протянуть им руку помощи.

4.5. Врачи обязаны относиться с уважением к традициям, обрядам, и религиозным убеждениям пострадавших и действовать с абсолютной беспристрастностью.

4.6. По возможности, несмотря на существующие трудности необходимо идентифицировать пострадавших, передавая сведения следующему звену.

5. Взаимоотношения с третьими лицами.

Соблюдение конфиденциальности и учтивости по отношению к своим пациентам в делах с участием посредников и третьих лиц — долг каждого врача, равно как и необходимость быть предупредительным и объективным и действовать достойно с учетом эмоциональной и политической обстановки, сложившейся после катастрофы.

6. Обязанности парамедицинского персонала.

Этические нормы, которыми руководствуются врачи, в равной мере применимы и к лицам, работающим под их руководством.

7. Подготовка.

Всемирная Медицинская Ассоциация рекомендует включить подготовку по медицине катастроф в университетские и постдипломные медицинские программы.

8. Ответственность.

Всемирная Медицинская Ассоциация обращается к государствам участникам и страховым компаниям с предложением ввести понятие ограниченной или неотягощенной ответственности, включающей в себя как гражданские обязанности, так и персональный риск с которыми врач может столкнуться при работе в экстремальных ситуациях.

ВМА обращается к правительствам с просьбой:

а) обеспечить помощь и поддержку иностранным врачам, относясь непредвзято к их действиям, их внешности и представляемой ими организацией (Красный Крест, Красный Полумесяц и т. п.).

б) отдавать приоритет делу организации медицинской помощи, а не оформлению визитов вежливости.

*ETHICAL PROBLEMS OF MEDICAL ASSISTANCE
IN EMERGENCY SITUATIONS*

Abstract

In the century of cataclysms and technogenic catastrophes the joint participation of physicians from different countries plays essential role in the provision of medical aid in zones of disasters. However, at present in different countries of world there are unequal approaches to the provision of medical aid to victims. As a result, the aid permitted into some countries, it proves to be unacceptable for the representatives of other countries or religious groups. Similar problems could arise not only in international actions of disaster relief, but also in management of relief aid inside such multinational and multicultural country as the Russian Federation.

The proposed to the attention of the reader brochure is built as step by step passage from the general bioethical principles of medical practice in modern world to its special norms in medical assistance in emergency situations. After the brief description of the concept of emergency situation, system of universal ethical rules and principles of doctor–patient relations is presented. These principles and rules are included in many international and national ethical codes of medical activity. The Universal Declaration on Bioethics and Human Rights (UNESCO, 2005) is the most characteristic example. The next part of the brochure presents complexity of applying universal rules and principles to exact situations of medical assistance in emergency situations to victims, who represent different ethnic and religious groups. Specific cultural and religious values that governs physician — patient relationships in Judaism, Islam, Buddhism and main Christian confessions are discussed. The brochure also gives information about exact cases of serious problems that took place because medical professionals were ignorant about specific cultural and religious values of their patients. It contains practical recommendations on proper, sensitive to cultural differences conduct of medical professional in zones

of catastrophes. Medical aid in emergency situations is an essential part of complex humanitarian assistance. That is why; brochure also gives information about on basic international standards of humanitarian disaster relief operations. In appendix texts of The Universal Declaration on Bioethics and Human Rights (UNESCO, 2005), and World Medical Association Declaration (Stockholm 1994) are given.

Published with the financial support of the UNESCO Moscow Office.

The authors are responsible for the choice and the presentation of the facts contained in this publication and for the opinions expressed therein, which are not necessarily those of UNESCO and do not commit the Organization.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение

ЧРЕЗВЫЧАЙНЫЕ СИТУАЦИИ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ И СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА (БИОЭТИКА)	3
---	---

Раздел 1

ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ (БИОЭТИКИ)	7
--	---

Раздел 2

ЭТИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ОКАЗАНИЯ ГУМАНИТАРНОЙ (В ТОМ ЧИСЛЕ МЕДИЦИНСКОЙ) ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ	33
---	----

Раздел 3

ПРИЛОЖЕНИЯ	66
<i>ВСЕОБЩАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ О БИОЭТИКЕ И ПРАВАХ ЧЕЛОВЕКА</i>	66
<i>ЗАЯВЛЕНИЕ О ВОПРОСАХ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ В ПЕРИОД КАТАСТРОФ</i>	83
<i>ETHICAL PROBLEMS OF MEDICAL ASSISTANCE IN EMERGENCY SITUATIONS</i>	89

*ГУРЕВИЧ КОНСТАНТИН ГЕОРГИЕВИЧ,
ТИЩЕНКО ПАВЕЛ ДМИТРИЕВИЧ,
ФАБРИКАНТ ЕКАТЕРИНА ГЕОРГИЕВНА,
ЮДИН БОРИС ГРИГОРЬЕВИЧ*

**ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ
ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ**

Подписано в печать 00.11.2007. Формат 60х84/16.
Печать офсетная. Бумага офсетная. Гарнитура Таймс.
Печ. л. 5,75. Тираж 0000. Зак. №

Отпечатано с готового оригинал-макета.....