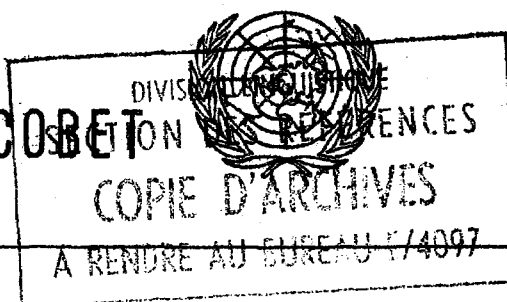


ОБЪЕДИНЕННЫЕ НАЦИИ

ЭКОНОМИЧЕСКИЙ

И СОЦИАЛЬНЫЙ СОВЕТ



Distr.
GENERAL

E/CN.4/1173

18 February 1975

RUSSIAN

Original: English

КОМИССИЯ ПО ПРАВАМ ЧЕЛОВЕКА
Тридцать первая сессия
Пункт 10 повестки дня

ПРАВА ЧЕЛОВЕКА И НАУЧНО-ТЕХНИЧЕСКИЙ ПРОГРЕСС

Проблема здоровья и прав человека в свете прогресса
в области биологии и медицины

Генеральный Секретарь имеет честь представить Комиссии по правам человека прилагаемый доклад по вопросу о проблеме здоровья и прав человека в свете прогресса в области биологии и медицины, подготовленный Всемирной организацией здравоохранения.

ПРАВА ЧЕЛОВЕКА И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В УСЛОВИЯХ
ПРОГРЕССА БИОЛОГИИ И МЕДИЦИНЫ

Подготовлено Всемирной организацией здравоохранения

СОДЕРЖАНИЕ

	<u>Стр.</u>
1. Введение	2
1.1 Здоровье как право человека	4
2. Начало жизни	7
3. Искусственное прерывание беременности	8
4. Новорожденные с врожденными дефектами	9
5. Использование человеческих зародышей для научных исследований	10
6. Стерилизация	11
6.1 Добровольная стерилизация	11
6.2 Принудительная стерилизация	13
7. Кастрация	13
8. Применение противозачаточных средств	13
9. Профилактическая медицина при наследственных болезнях	15
10. Искусственное осеменение	16
11. Общие положения, касающиеся экспериментов на людях	16
12. Основанное на полном знании согласие добровольных участников экспериментирования	18
13. Испытания терапевтических субстанций на людях	19
14. Публикация результатов экспериментов на людях	23
15. Момент смерти	23
15.1 Констатация смерти	23
15.2 Право умереть	25
16. Пересадка органов и тканей	25
17. Ведение истории болезни на базе ЭВМ	26
18. Психирургия	28
19. Охрана окружающей среды	30
20. Обязательные меры по охране здоровья	31
20.1 Обязательная иммунизация против инфекционных болезней	32
20.2 Обязательное уведомление и болезнях и принудительное их лечение	33
20.3 Обязательное медицинское обследование	34
20.4 Обязательные меры самозащиты	34
20.5 Изоляция больных в медицинских учреждениях с целью лечения	35
Резюме	36

1. ВВЕДЕНИЕ

19 декабря 1968 г. Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций приняла резолюцию 2450 (XXIII). В резолюции Генеральному секретарю и руководителям компетентных специализированных учреждений предлагается провести исследование ряда проблем, из которых прямо касается ВОЗ следующее (пункт 1 б) резолюции): "Защита человеческой личности и физической и интеллектуальной неприкосновенности в свете прогресса биологии, медицины и биохимии". Во исполнение резолюции 2450 (XXIII) ВОЗ подготовила предварительный документ¹, рассмотренный Двадцать третьей сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения в Женеве в мае 1970 г., которая приняла резолюцию WNA23.41, соответствующие пункты которой гласят:

"Двадцать третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения

1. НАПОМИНАЕТ о многолетнем сотрудничестве между Всемирной организацией здравоохранения и Комиссией Организации Объединенных Наций по правам человека;
2. НАПОМИНАЕТ ДАЛЕЕ о резолюции 2450 (XXIII) Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций;
3. ПРИНИМАЕТ К СВЕДЕНИЮ, что Генеральный директор передал Организации Объединенных Наций предварительный меморандум "О защите человеческой личности и физической и интеллектуальной неприкосновенности человека в свете прогресса биологии, медицины и биохимии";
4. ВНОВЬ ПОДТВЕРЖДАЕТ, что право на здоровье относится к числу основных прав человека;
5. СЧИТАЕТ, что медико-санитарные аспекты прав человека в условиях научно-технического прогресса входят в компетенцию Всемирной организации здравоохранения; и
6. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:
 - а) подтвердить Генеральному секретарю Организации Объединенных Наций готовность Организации взять на себя ответственность за подготовку документа, посвященного медико-санитарным аспектам прав человека в условиях научно-технического прогресса; и
 - б) продолжить изучение значения этого вопроса для Организации и представить доклад Исполнительному комитету на одной из его будущих сессий."

Предварительный документ, подготовленный ВОЗ, состоял из следующих глав: Уважение неприкосновенности частной жизни отдельных лиц в условиях прогресса техники звукозаписи и других технических достижений; Защита человеческой личности и физической и интеллектуальной неприкосновенности человека в условиях прогресса биологии, медицины и биохимии (развитие в области генетики, трансплантация тканей и органов, трансплантация сердца, радикальная медицинская техника в целом); Эксперименты, проводимые на людях (эксперименты в области физиологии, патологии и психологии, опробация лекарств в клинике, использование химических добавок в твердых и жидких пищевых продуктах); Ухудшение состояния окружающей среды человека; Права человека и предоставление медицинского обслуживания; Охрана психического здоровья; Питание.

¹ Приложение III к документу EB47/45. Документ Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций A/8055/Add.1 от 30 ноября 1970 г.

Настоящий документ подготовлен во исполнение пункта 6 резолюции WHA 23.41. В этом документе сделана попытка кратко суммировать те основные положения, сложившиеся недавно или длительно существующие, при которых вмешательство, принуждение и ограничение, примененные к человеку или навязанные ему в превентивных или лечебных терапевтических целях, или с целью расширения знаний о здоровье и болезни, имеют причастность к правам человека. Ничто в этом документе не претендует на оригинальность. Скорее он должен рассматриваться как вид аннотированного контрольного перечня ситуаций, когда вмешательство врача или представителей смежных с медициной профессий, влечет посягание на неточно обозначенные и часто по-разному интерпретируемые проблемы прав человека.

Важный вопрос, поднятый в этом исследовании, заключается в том, какую роль межправительственная организация, такая, как ВОЗ, должна играть в попытке прийти к единому мнению в международном масштабе относительно того, какое конкретное медицинское вмешательство и процедуры могут представлять опасность для прав человека. В качестве примера роли ВОЗ можно упомянуть проведение научных исследований на человеке.² К изучению этой важной проблемы ВОЗ подходит не только с теоретической стороны, так как ею поддерживаются прямо или косвенно многие виды медицинской научно-исследовательской деятельности, причем все они на той или другой стадии в первую очередь должны быть опробованы на человеке. В некоторых странах правительственные организации, субсидирующие проекты медицинских научных исследований, сформулировали принципы защиты прав человека, и тщательное соблюдение этих принципов является основанием для предоставления финансовой субсидии. До сих пор подобные принципы не были сформулированы ВОЗ, но ею был организован внутрисекретариатский консультативный комитет по научно-исследовательским предложениям по вопросу проведения исследований на человеке. Однако, по мере развития медицинской науки в плане улучшения состояния здоровья и профилактики заболеваний, правительства начинают не только отпускать все больше средств на проведение медицинских научных исследований, но и все в большей степени охранять здоровье своих граждан.

Хотя кажется возможным достигнуть единого мнения на межправительственном уровне относительно принципов, которыми нужно руководствоваться при эксперименте на человеке, имеется ряд других областей, по которым трудно достигнуть соглашения и, таким образом, межправительственная организация призвана играть, по меньшей мере, вспомогательную роль. В некоторых из этих вопросов — таких, как применение противозачаточных средств, стерилизация и вынужденные аборт, преобладают этические, юридические, религиозные и социальные оценки, и вряд ли имеется возможность прийти к международному соглашению на правительственном уровне. В таких областях однако, ВОЗ может содействовать и содействует научным исследованиям и организует международные дискуссии по сугубо научным вопросам и передает полученный недавно опыт посредством своих публикаций. Доклад научной группы ВОЗ по теме "Случайный и вынужденный аборт"³ и многочисленные публикации ВОЗ по различным аспектам воспроизводства населения являются хорошим примером этого вида деятельности.

Таковы пределы и объемы функций ВОЗ по ряду проблем, касающихся медицинской этики. Однако следует подчеркнуть, что ВОЗ тесно сотрудничает с международными межправительственными организациями, такими, как Всемирная медицинская ассоциация (ВМА) и Совет международных медицинских научных организаций (СММНО). Всемирная медицинская ассоциация в течение ряда лет опубликовала пять кодексов, связанных с вопросами медицинской этики, а именно Международный кодекс медицинской этики (1949 г.); Женевскую Декларацию (1948 г.); Хельсинкскую Декларацию, в которой содержатся рекомендации, которыми руководствуются врачи при клинических исследованиях (1964 г.); Сиднейскую Декларацию относительно определения момента

² Проблемы, поставленные в результате экспериментальной работы по изучению человека, рассматриваются более детально в разделах 11 et seq.

³ Серия технических докладов ВОЗ, 1970, № 461.

смерти (1968 г.); Ословскую Декларацию относительно терапевтического аборта (1970 г.). Важную роль играет позиция ВОЗ и ЮНЕСКО в отношении СМНО, который посвятил ряд исследований и провел ряд совещаний по вопросам биоэтики. Были опубликованы отчеты конференций по вопросам проведения опытов на человеке, трансплантации сердца, по оценке безопасности лекарственных средств, социальным и этическим последствиям новейших достижений биологии и медицины в связи с правами человека. СМНО выпустил в этой связи ряд резолюций, например, резолюцию Восьмой конференции круглого стола по правам человека (1973 г.) по амниосинтезису.⁴

По мере того, как достижения медицинской науки постепенно увеличивали способность человека оказывать влияние на факторы жизни и смерти, трудов по этическим аспектам различных медицинских вмешательств становилось все больше. Так, в частности, обстоит дело в США, где проблеме этики биомедицинского вмешательства в человека или в человеческий материал было дано название "биоэтики". Тот факт, что в начале 1974 г. Национальная медицинская библиотека (Бетезда, штат Мериленд) заявила, что она выделила 280 000 ам.долл. институту имени Джозефа и Розы Кеннеди для проводимого в Вашингтоне, округ Колумбия, исследования проблем воспроизводства населения и биоэтики, на подготовку и опубликование трех ежегодных библиографий по биоэтике, показал, какой интерес проявляется к этой проблеме. Если в этом докладе имеется преобладание ссылок на опыт и дискуссии в США, то это из-за того, что именно в этой стране проблемы "биоэтики" наиболее широко изучаются.

На страницах данного документа упоминаются различные ситуации, в большей или меньшей степени связанные с правами человека, без указания, поддаются ли они воздействию плодотворных межправительственных действий. Очевидно, что ряд других проблем мог бы быть рассмотрен в этом документе и что некоторые разделы могли бы быть расширены. Цель настоящего документа, следовательно, показать немногие вопросы, которые могут представлять особые проблемы. Поэтому нет намерения дать исчерпывающий отчет, и не разрабатываются такие темы, как транс-сексуализм, эфтаназия и ортотаназия. В данном документе не рассматриваются также права подростков в случае их умственной или физической неполноценности или при других условиях оценки, когда требуется определение их прав и защита таковых.

1.1 Здоровье как право человека

Когда говорят о здоровье, как о праве человека, важно учитывать точное значение этого права, что оно включает и какая его истинная перспектива, избегая, насколько возможно, исследования этой проблемы, как абстрактной концепции. Следует показать, что право на здоровье имеет явные пределы, а также показать в свете "прогресса биологии, медицины и биохимии", какую пользу и одновременно какую потенциальную опасность для права на здоровье и, возможно, для других прав могут представлять эти достижения.

Исторически, в отличие от раннего включения ряда других прав, "право на здоровье" включалось одним из последних в конституцию большинства стран мира. В конституциях XVIII и XIX веков нет никаких упоминаний о праве на здоровье, в то время как ряд других прав особо упоминается.

В 1948 г. Всеобщая Декларация прав человека явилась первым шагом на международном уровне в этом направлении. Эта Декларация фактически содержит два основных положения в Статье 25:

⁴ См. Btresh, S., ed. (1974) Protection of human rights in the light of scientific and technological progress in biology and medicine (Proceedings of 8th CIOMS Round Table Conference), Geneva, стр. 319-320.

1. "Каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая пищу, одежду, жилище, медицинский уход и необходимое социальное обслуживание, которое необходимо для поддержания здоровья, благосостояния его самого и его семьи, и право на обеспечение на случай безработицы, болезни, инвалидности, вдовства, наступления старости или иного случая утраты средств к существованию по не зависящим от него обстоятельствам."

2. "Материнство и младенчество дают право на особое попечение и помощь. Все дети, родившиеся в браке и вне брака, должны пользоваться одинаковой социальной защитой."

В преамбуле Устава ВОЗ подтверждается также, что обладание "наивысшим достижимым уровнем здоровья" является одним из основных прав каждого человека и что "правительства несут ответственность за здоровье своих народов, и эта ответственность требует принятия соответствующих мероприятий социального характера и в области здравоохранения".

Принятая Всемирной ассамблеей здравоохранения в 1970 году резолюция WNA23.41 выходит далеко за рамки этих положений, поскольку в ней без оговорок заявляется, что "право на здоровье относится к числу основных прав человека". В то же время в другой резолюции, а именно WNA23.61, подробно рассматривается то, что можно понимать как философию права на здоровье, и дается конкретное определение этого права. В резолюции констатируется, что "достижение всеми народами наивысшего уровня здоровья" является главной перспективной целью Всемирной организации здравоохранения и что важнейшим условием для этого является развитие эффективных национальных систем здравоохранения во всех странах. Для достижения этой цели предлагаются следующие рекомендации и выводы:

- 1) провозглашение ответственности государства и общества за охрану здоровья населения, реализуемой на основе проведения комплекса экономических и социальных мероприятий, прямо или косвенно способствующих достижению наивысшего уровня здоровья населения, путем создания общенациональной системы служб здравоохранения на основе единого национального плана и местных планов, а также путем целесообразного и эффективного использования для нужд здравоохранения всех сил и средств, которые общество на каждом этапе своего развития может выделить на эти цели;
- 2) организация рациональной подготовки национальных кадров здравоохранения всех уровней как основы для успешной работы любой системы здравоохранения и осознание всеми медицинскими работниками своей высокой социальной ответственности перед обществом;
- 3) развитие здравоохранения в первую очередь на основе широкого проведения мер, направленных на развитие общественной и индивидуальной профилактики, предусматривающее органическое сочетание лечебной и профилактической работы во всех медицинских и санитарных учреждениях и службах, первоочередную охрану здоровья женщин и детей, олицетворяющих собой будущее каждой страны и всего человечества, а также установление эффективного контроля за санитарным состоянием внешней среды как источника здоровья и жизни современного и грядущего поколений;
- 4) обеспечение всему населению страны наивысшего возможного уровня квалифицированной общедоступной профилактической и лечебной помощи, предоставляемой без финансовых или других ограничений, путем создания соответствующей сети лечебных, профилактических и восстановительных учреждений;
- 5) широкое использование в каждой стране достижений мировой медицинской науки и практики здравоохранения с целью обеспечения условий для получения максимальной эффективности всех проводимых мероприятий в области здравоохранения; и

6) санитарное просвещение граждан и привлечение к участию в проведении всех программ здравоохранения широких кругов населения, являющемуся выражением личной и коллективной ответственности всех членов общества за охрану здоровья людей.

В резолюции далее рекомендуется государствам-членам "с учетом их национальных, исторических, социально-экономических и иных условий принять во внимание эти принципы в построении служб и систем национального здравоохранения".

Хотя "право на здоровье" может пониматься в том смысле, что любого человека нельзя лишать здоровья в результате действий другого человека, скажем, в результате того или иного вида агрессии, представляется все же, что Всемирная ассамблея здравоохранения рассматривала право на здоровье скорее в плане "права на медицинскую помощь". В этом случае мы имеем юридически осуществимое право, поскольку может быть выведена юридическая обязанность предоставлять такую помощь, и эта обязанность может вменяться как отдельным лицам, так и коллективам.

После рассмотрения того, как стоит вопрос о праве на здоровье на международном уровне⁵, необходимо изучить осуществление принципа права на здоровье различными странами мира на национальном уровне, особенно юридические пути и средства этого осуществления.

В недавно разработанных конституциях фактически вводится "право на здоровье", хотя и не в этой формулировке и опять-таки скорее как право на защиту здоровья. Тем самым вновь ограничивается право на здоровье, поскольку состояние здоровья одного человека еще до рождения будет отличаться от состояния здоровья другого — только ли благодаря генетическим обстоятельствам, или позднее, благодаря многим другим причинам. В этой связи интересно упомянуть Конституцию одного из государств-членов ВОЗ, которая гарантирует гражданину "защиту его здоровья и работоспособности". Это право должно обеспечиваться "запланированным улучшением условий жизни и работы, поощрением общественного здравоохранения, всесторонними социально-политическими мероприятиями, поощрением физической культуры, развитием спорта в школах и спортивных учреждениях для прочего населения, а также развитием туризма". В вышеупомянутой Конституции право на защиту здоровья обеспечивается всесторонней системой социального страхования, что дает возможность материального обеспечения при болезни и несчастных случаях, а также предоставляет бесплатную медицинскую помощь, лекарства и другие необходимые средства. Более того, каждый гражданин имеет право в преклонном возрасте или при инвалидности на помощь со стороны общества.⁶

Как уже упоминалось выше, в ряде других стран конституции не ссылаются на здоровье как на право человека. Однако наличие целой системы юридических и административных положений, относящихся к терапевтическому и профилактическому обслуживанию, показывает, как принцип права на здоровье воплощается на практике.

Право на здоровье должно рассматриваться в контексте ряда других прав, таких, как право на еду, одежду, жилище и право на свободу и личную неприкосновенность. Из этого может возникнуть предположение, что в определенных обстоятельствах некоторые права человека могут иногда вступать в противоречие с другими. В ряде случаев право на здоровье может повлечь за собой определенные обязательства, которые могут служить ограничением свободы личности. Например, применение мер по борьбе с инфекционными болезнями, таких, как карантин и/или вакцинация, может рассматриваться как нарушение гарантированного Конституцией права на свободу личности,

⁵ См. также доклад Специального докладчика Комиссии по правам человека, E/CN.4/1131, стр. 44 и резолюцию ЭКОСОС 1867 (LVI).

⁶ "Verfassung der Deutschen Demokratischen Republik von 6. April 1968", Gesetzblatt der Deutschen Demokratischen Republik, 1968, Teil I, Nr 8, Статьи 35 и 36.

однако применение этих мер совершенно необходимо во имя защиты общества в целом. Таким образом, право на здоровье может повлечь за собой обязанности, связанные с охраной всеобщего благосостояния и прав общества в целом, обязанности, по существу попирающие право отдельного гражданина. Более того, в силу различий в уровнях жизни и экономических и культурных условий, степень достижения права на здоровье может значительно варьироваться.

Если изучить все эти факторы, могущие влиять на законодательные нормы, связанные с защитой здоровья, то станет ясно, что независимо от уровня современных научных знаний существуют различия, возникающие в силу других важных факторов. К ним относятся религия, мораль, этика, традиции, которые крайне отличны в разных странах, когда речь заходит о таких вещах как аборт, стерилизация, применение противозачаточных средств, хотя отношение к ним и меры, применяемые в связи с этим, могут меняться с течением времени. Поистине роль ВОЗ в решении этих конкретных проблем крайне ограничена, поскольку решение этих проблем лежит в пределах юрисдикции и конституционных полномочий различных государств. Это не мешает ВОЗ заниматься научными исследованиями этих проблем, для чего эта Организация, как межправительственная организация, прекрасно подготовлена в силу ее особого положения.

Хотя прогресс в биологии и медицине может обеспечить достижение наивысшего возможного уровня здоровья и тем самым служить на пользу человечества, ряд разделов данного документа послужит иллюстрацией того, как эти достижения иногда несут опасность для физического и духовного аспектов "права на здоровье".

Больше того, достижениями современной медицины все еще может пользоваться ограниченное число людей. Рядом обстоятельств можно объяснить, почему невозможно широкое практическое применение результатов современных открытий и почему возможен и даже необходим строгий отбор бенифициариев в высокоразвитых странах — очевидным доказательством этого является почечный диализ и пересадка органов.

Нехватка оборудования, финансовые ограничения, отсутствие высококвалифицированного персонала могут явиться мощными барьерами для использования новых медицинских открытий.

Итак, если взять вопрос о правах человека и здравоохранения в связи с этим, то можно говорить о положительных аспектах, в отношении которых государство и общество обязаны обеспечить такое положение, при котором каждый отдельный гражданин пользуется имеющимися у общества благами, но эти права могут нести в себе отрицательные элементы, сводящиеся к тому, что отдельный гражданин обязан ограничивать свои права ради блага всего общества, как это имеет место в случае загрязнения окружающей среды, иммунизации и т.п.

В связи с рассматриваемым предметом возникает несколько дополнительных вопросов, заключающихся в следующем. В достаточной ли степени обеспечивает государство право отдельных граждан на здоровье? Например, выступает ли государство против безудержной рекламы алкоголя и сигарет, являющейся антиподом мероприятий в области санитарного просвещения, целью которых является предотвращение опасностей для здоровья? Примером неиспользования, являющегося результатом неэтического экономического давления, является "проблема плазмоферезиса", против злоупотребления которым некоторые страны приняли законодательные постановления, с тем чтобы избежать вредного воздействия на здоровье и даже опасности для жизни, угрожающей их гражданам.

2. НАЧАЛО ЖИЗНИ

В биологическом смысле оплодотворенное яйцо, несомненно, является живым организмом. Это в равной степени верно и тогда, когда речь идет о сперматозоиде или о неоплодотворенном яйце. Возникает вопрос: в какой точке своего развития эмбрион или зародыш должен рассматриваться как объект прав человека? Эта проблема, конечно, может являться предметом

спора;⁷ очевидно, что наблюдение за беременной женщиной с целью защиты ее права на здоровье начинается на самой ранней стадии развития плода. С этим связана проблема определения стадии, на которой плод становится жизнеспособным в смысле способности продолжать существование вне утробы матери.

В 1972 г. национальная группа экспертов вынесла рекомендацию о 20-недельном сроке беременности, эквивалентном весу в 500 грамм, который должен рассматриваться как предполагаемая жизнеспособность, однако при этом сделала оговорку, что достижения в медицинских знаниях могут потребовать пересмотра этого периода.⁸ В 1974 г. научная группа ВОЗ пришла к иным заключениям и вынесла рекомендацию о том, что плод до истечения 22 недель и имеющий вес меньше 500 грамм "не имеет возможности к выживанию в настоящее время, и в ближайшем будущем вероятность выживания будет по-видимому немногим больше".⁹ Группа рекомендовала регистрировать изгнание плода весом более 500 грамм из тела матки как рождение, хотя совершенно понятно, что период беременности от 22 до 28 недель, соответствующий весу плода в 500-999 грамм, дает незначительные шансы на выживание плода. Такое соотношение веса плода и периода беременности совершенно очевидно является приблизительным, и различие между различными существующими критериями доказывает сколь трудно сформулировать универсально приемлемый количественный стандарт жизнеспособности.

3. ИСКУССТВЕННОЕ ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Вопрос о том, оправдывать или не оправдывать искусственный аборт, включает в себя несколько медико-социальных аспектов, вокруг которых разгораются непримиримые противоречия во мнениях. В этой связи в прямое противоречие могут вступать право плода жить и право матери на здоровье или даже на жизнь. В общем, когда в национальных законодательствах происходят изменения, касающиеся искусственного аборта, они главным образом сводятся к ослаблению режима выдачи разрешений на аборт, хотя в некоторых странах изменения в законодательствах имеют совершенно противоположный смысл.¹⁰ Однако даже в странах, в которых искусственный аборт разрешен, наблюдается большое нежелание властей давать разрешение на такого рода операцию при беременности, превышающей 12 недель.

Причины, по которым искусственный аборт производится или требуется, могут быть чрезвычайно различными, начиная от медицинского заключения о том, что существует угроза для жизни матери в случае продолжения беременности и кончая желанием матери не иметь детей вообще или не иметь еще одного ребенка или же не иметь ребенка нежелательного пола. Что касается последнего "показания", то недавно появилась возможность путем применения сравнительно нового метода прокола

⁷ В 1973 г. Верховный суд Соединенных Штатов Америки постановил: "Мы не намерены решать трудный вопрос о том, когда начинается жизнь", основываясь на том, что врачи, философы и биологи были не в состоянии достичь соглашения по этому вопросу и что в связи с этим судебные должностные лица едва ли могут взять на себя ответственность решить его. Суд принял концепцию внеутробной жизнеспособности, как критического демаркационного пункта в развитии плода, однако решил также, что нерожденный ребенок не является "лицом" в смысле конституционной защиты его прав. (Supreme Court of the United States. *Roe et al. v. Wade*, District Attorney of Dallas County. Appeal from the United States District Court for the Northern District of Texas, № 70-18. Argued 13 December 1971 - reargued 11 October 1972 - decided 22 January 1973). См. также Law Commission Report on Injuries to Unborn Children, Cmnd. 5709, and the Lancet, 21 September 1974 на стр. 704 и 705.

⁸ Great Britain, Advisory Group on The use of fetuses and fetal material for research, London, 1972.

⁹ Всемирная организация здравоохранения (1974) Доклад научной группы ВОЗ "Health Statistics Methodology Related to Perinatal Events" (неопубликованный документ ICD/PE/74.4), стр. 8.

¹⁰ См. Всемирная организация здравоохранения (1970) Abortion Laws: a survey of current world legislation, Женева.

полости амниона определить пол зародыша. Отмечен, по крайней мере, один случай, когда беременная женщина, требовавшая прокола полости амниона под предлогом исключить возможность синдрома Дауна, настаивала на аборте, узнав, что зародыш был хромосомно нормальной девочкой.¹¹

Согласно законодательству ряда стран, искусственный аборт может быть произведен один или более раз на основании следующих показаний:

- a) необходимость сохранить физическое или психическое здоровье матери;
- b) когда беременность является результатом насилия или кровосмешения, или наступает у несовершеннолетней девочки;
- c) когда мать болеет краснухой в период критической стадии беременности, в результате чего может наступить врожденный дефект ребенка, или же, когда существует возможность другого риска, например возникающего вследствие применения определенных лекарственных средств или воздействия ионизирующей радиации, что может повредить развитию зародыша;
- d) когда с помощью прокола полости амниона или другими методами установлен диагноз синдрома Дауна или других хромосомных аномалий;*
- e) когда родители являются физически ненормальными и рассматриваются как неспособные обеспечить ребенка соответствующим уходом.

Помимо этих показаний, основанных на медицинских, евгенических или медико-социальных соображениях, некоторые законодательные документы обеспечивают разрешение на аборт по социально-экономическим или экономическим мотивам. Крайне либеральное отношение в этом плане характеризуется так называемыми "абортами по требованию" или "абортами по просьбе".

Существует единое мнение относительно того, что искусственный аборт не является совершенным методом планирования семьи.

Медики считают, что там, где искусственное прекращение беременности не разрешается законом, по-видимому, должен существовать очень высокий процент подпольных абортов, совершаемых в условиях, порождающих серьезную угрозу для здоровья и жизни матери.

Метод, описанный как "менструальные регулирования", в настоящее время породил новые этические проблемы. Этот метод сводится "к искусственному удалению слизистой в период двух недель после задержки менструации. Обычно этот метод применяется, когда существует подозрение на беременность, однако это предположение еще не доказано ни с помощью реакции для установления беременности, ни с помощью клинических исследований".¹²

4. НОВОРОЖДЕННЫЕ С ВРОЖДЕННЫМИ ДЕФЕКТАМИ

Крайне острые и трудные этические проблемы возникают в случае, когда дети рождаются с врожденными дефектами, такими как микроцефалия или синдром Дауна, или же имеют чисто механические дефекты развития, как-то — патологическое заращение канала пищевода или атрезия заднего прохода, что является несовместимым с жизнеспособностью. Такие механические дефекты обычно могут успешно ликвидироваться с помощью хирургического вмешательства, однако в этом случае обычно необходимо согласие родителей. В подобной ситуации родители и врачи сталкиваются с необходимостью принять чрезвычайно трудное решение. Врач обязан свериться со своей совестью,

¹¹ Stenchever, M.A. (1972) *J. Amer. med. Ass.*, 221, 408.

¹² *The Lancet*, 1974, 1, 84.

* См. на стр. 15 "Профилактическая медицина при наследственных болезнях".

чтобы решить сколь сильно должно быть моральное увещание, которое он обратит на родителей, стремясь получить их согласие на операцию, призванную спасти жизнь. Жизнь, стоящая под вопросом, является несовершенной с точки зрения человеческого бытия, и спасение ее может привести лишь к полностью ненормальному существованию с соответствующей нагрузкой на общество и со слабой вероятностью выживания. Перед родителями встает дилемма: или же настаивать на пассивном детоубийстве своего собственного ребенка, или согласиться на то, что он будет спасен от несомненной смерти, что совершенно точно приведет к ненормальному существованию. Когда дефект имеет степень крайней тяжести, как при микроцефалии, родители и врачи в большинстве случаев будут едины, предоставив природе делать свое дело. Когда же дефект серьезен, но совместим с взаимоотношениями любви между родителями и ребенком, как в случае синдрома Дауна, принять решение становится намного труднее.

Нельзя создать универсально приемлемых критериев для руководства при таком широком спектре различных ситуаций, но считается, что, как общее правило, право решения должно оставаться за родителями; роль врача в данном случае заключается в том, чтобы предельно точно объяснить родителям какие могут быть последствия при том или ином имеющемся выборе. Врачи и весь другой медицинский персонал крайне убедительно мотивируют вмешательство с целью спасти жизнь тогда, когда это возможно. Более того, для госпитального персонала, особенно для сестер, необходимость ухаживать за обреченным ребенком в условиях, когда его можно спасти, является чрезвычайно болезненной обязанностью. Такого рода обстоятельства могут привести к тому, что врач убедит родителей согласиться, хотя и без желания, на хирургическое вмешательство, однако эти родители могут впоследствии отказаться от ребенка.

5. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКИХ ЗАРОДЫШЕЙ ДЛЯ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Для некоторых исследований необходимо использование ткани человеческого плода. Имеется в виду, *inter alia*, разведение некоторых патогенных вирусов, которые не могут выращиваться вне человеческой клетки, производство определенных вакцин, иммунологические и хромосомные исследования, исследования, посвященные развитию человеческого плода и другие области научных исследований. Физиологические и патологические исследования иногда производятся на целом плоде, который извлекается из матки, но который недостаточно развит, чтобы продолжать самостоятельное существование.

Национальная консультативная группа, на которую мы уже ссылались,¹³ сообщала об этических последствиях использования зародышей и других субстанций плода (околоплодная жидкость, плодовой мешочек и детское место). Эта группа сделала некоторые рекомендации для руководства тех, кто занимается научными исследованиями на человеческом плоде. Безусловно, отвергаются любые эксперименты на живом плоде, находящемся в матке, даже в тех случаях, когда произведены необходимые приготовления для искусственного прекращения беременности. В "Рекомендованном кодексе поведения" группа отвергает любые эксперименты на плоде, предположительно жизнеспособном после отделения его из тела матери, и предлагает, чтобы живой, но нежизнеспособный плод использовался для научных целей только в том случае, когда вес его не превышает 300 грамм. По мнению группы, ответственность за решение об использовании плода для научных исследований должна ложиться "на медицинский персонал, присутствующий при рождении, и ни в коем случае на научного работника, заинтересованного в получении этого плода". Кроме того, на использование плода в научных целях необходимо получить санкцию госпитального комитета по этике. Группа настаивает на том, чтобы никакие денежные соображения не присутствовали при приобретении плода или плодовых субстанций в целях использования их в научных исследованиях.

Безоговорочное отрицание экспериментов на плоде, находящемся в матке и подлежащем искусственному абортированию, не является универсальным, как это можно видеть из последнего научного доклада о введении антибиотиков беременным женщинам с их согласия в целях определения концентрации этих субстанций в ткани абортированного плода.¹⁴

¹³ См. Ref. 8 on p. 8.

¹⁴ Philipson, A., Sabbath, L. D. & Charles, D (1973) *New Engl. J. Med.*, 288, 1219-21.

Следует упомянуть, что в штате Массачусетс (США) закон, решительно запрещающий исследования на человеческом плоде, вошел в силу 26 июня 1974 г.,¹⁵ в то время как на федеральном уровне Национальный закон о научных исследованиях от 1974 г. (вошел в силу 12 июля 1974 г.) наложил временный мораториум на все исследования, проводимые под эгидой Департамента здравоохранения, просвещения и благосостояния Соединенных Штатов Америки на живых человеческих плодах.¹⁶

6. СТЕРИЛИЗАЦИЯ

6.1 Добровольная стерилизация

Входят ли в категорию прав человека право мужчины или женщины решать вопрос о собственной стерилизации путем удаления семявыносящего протока или удаления фаллопиевой трубы, или же путем других аналогичных хирургических операций по причинам иным, чем защита здоровья? В некоторых странах такое право признается с учетом возраста объекта права, семейного положения, согласия одного из супругов в случае супружеской пары, при наличии письменного заявления об операции и иногда установленной законом отсрочки между подачей заявления и датой операции. В других странах операция по стерилизации является криминальным поступком, если она производится не по причинам строгого медицинского характера.

Что касается женщин, то наиболее общим обоснованием стерилизации является защита женщины от возможной беременности, которая может угрожать ее жизни. Что же касается мужчин, то соображения, связанные с охраной здоровья, могут быть двоякими: во-первых, наличие страха явиться причиной беременности может вызвать психические или физические нарушения и, во-вторых, соображения относительно потенциальной вредности для здоровья в результате стерилизации.

Небезинтересно процитировать следующее заявление, которое появилось в протоколах международного совещания по этому вопросу, проводившегося в 1973 г.:¹⁷

ОБРАЗЕЦ ЗАКОНА О ДОБРОВОЛЬНОЙ СТЕРИЛИЗАЦИИ – ПРЕАМБУЛА

В 1968 г. Международная конференция по правам человека приняла Тегеранскую декларацию. Пункт 16 этой Декларации гласит: "... родители пользуются основным правом человека свободно и ответственно решать вопрос о количестве детей и устанавливать желаемые временные интервалы для рождений".

Любой закон, который допускает насильственную стерилизацию любого индивидуума, является несовместимым с принципами Тегеранской декларации. Рекомендуются следующие юридические положения, призванные подкрепить эти принципы и обеспечить свободу выбора в вопросе о добровольном бесплодии.

I. Общие положения

Каждый индивидуум независимо от пола имеет право на операцию, результатом которой будет добровольное перманентное бесплодие, и правительство обязано предоставить индивидууму соответствующее имеющееся в стране обслуживание при следующих условиях:

¹⁵ Femili Planning Reporter, 1974, 3, 70.

¹⁶ Edwards C.C. (974) Science, 185, 900.

¹⁷ Schima, M. E. et al., ed. (1974) Advances in voluntary sterilization (Proceedings of the Second International Conference, Geneva, 1973), Amsterdam, Excerpta Medica, pp. 275-276.

1. Индивидуум перешагнул за возраст брачной дееспособности и представил доказательства его или ее добровольного согласия.
2. Индивидуум полностью и непосредственно информирован соответствующим лицом о возможных долгосрочных последствиях данной операции, а также о различных методах планирования семьи. В случае необходимости, индивидуум должен иметь возможность внимательно рассмотреть в течение какого-то промежутка времени последствия различных имеющихся методов.
3. Если индивидуум является членом какой-то конкретной этнической, религиозной или философской группы, ему или ей должна быть предложена возможность получения такой информации (как об этом говорится в пункте 2 выше) от лица, дающего такого рода информацию, но в присутствии представителя соответствующей группы, если лицо, дающее информацию, не принадлежит к такой группе.

II. Положения, применимые к неправоеспособным

Нижеследующее положение применяется к любому лицу, не обладающему правоспособностью на согласие: если родители или опекун такого лица или врач решили, что временные меры являются не эффективными, они могут обратиться с просьбой об операции, результатом которой будет перманентное бесплодие, в совет, должным образом назначенный соответствующими властями, который может после подробного рассмотрения удовлетворить их просьбу.

Этот совет должен состоять, по крайней мере, из пяти человек, как профессионалов, так и непрофессионалов, представителей обоего пола, которые будут действовать путем голосования, и решение будет приниматься или большинством голосов $1/2-1/3$ или единогласно, в зависимости от того, какое решение могут принять соответствующие власти. В состав совета могут также войти лицо или лица, представляющие определенную этническую, религиозную или философскую группу, членом которой является лицо, о котором идет речь в вышеупомянутом заявлении.

III. Обязанности лиц, участвующих в операции

Ничто в этих законоположениях не должно мешать любому лицу принимать участие в операции по бесплодию, однако любое лицо, отказавшееся участвовать, обязано информировать лицо, подавшее просьбу об операции, или учреждение, которое проводит такие операции. Однако каждое государственное учреждение должно сделать такого рода операции доступными для участия.

IV. Никакого влияния на законы о браке и разводе

Ничто в этих законоположениях не должно интерпретироваться, как необходимость изменять законы о браке и разводе, в той их части, которая относится к вопросу о согласии супруга или супруги.

V. Никакой ответственности за операцию по обеспложиванию, проведенную на должном уровне и с согласия пациента

Примечания. Хотя данный семинар не имеет времени для действий, считается, что большинство участников семинара подпишут заявление следующего содержания: "Ни один врач или какое-либо другое лицо или лечебное учреждение не должны нести гражданскую или уголовную ответственность за операцию, проведенную в соответствии с вышеуказанными положениями." *

* Рабочий перевод Секретариата ВОЗ.

6.2 Принудительная стерилизация

В некоторых странах как мужчины, так и женщины, страдающие задержкой умственного развития или психически больные, могут быть стерилизованы по причинам, связанным с евгеникой или на основании того, что родители не в состоянии предоставить ребенку соответствующего ухода, хотя при этом может потребоваться согласие опекуна субъекта права. В других странах такого рода хирургические вмешательства рассматриваются как криминальное покушение на права человека. В некоторых странах при особых обстоятельствах может быть разрешен аборт при условии одновременной стерилизации. Следует напомнить, что в странах, разрешающих принудительную стерилизацию, намечается тенденция практически свести на нет это разрешение.

7. КАСТРАЦИЯ

Некоторые страны признают в своих законодательствах право мужчины быть кастрированным по его собственной просьбе, если он страдает от патологических сексуальных импульсов. Это право обычно ограничено ссылкой на медицинские обоснования, на возраст соответствующего лица или на его способность понимать характер и последствия этой операции. Может потребоваться письменное медицинское заключение беспристрастного врача, и это заключение должно быть подписано лицом, делающим заявку на такую операцию. Когда заявка на такую операцию, по-видимому, повлечет за собой достаточную выписку из психиатрического учреждения или досрочное освобождение из карательного учреждения, ее добровольный характер может быть поставлен под сомнение.

8. ПРИМЕНЕНИЕ ПРОТИВОЗАЧАТОЧНЫХ СРЕДСТВ

Изменения в позициях, имеющие важные последствия для некоторых прав человека, которые теперь считаются основными, можно проиллюстрировать эволюцией соображений, касающихся применения противозачаточных средств.

Всего несколько лет тому назад законодательные акты о продаже и распределении противозачаточных средств налагали запрет или резкие ограничения на такие средства в некоторых странах. Реклама таких средств среди населения считалась даже аморальной или неприличной. Обсуждение таких вопросов, как регулирование деторождения, регулирование фертильности или планирование семьи, были затруднены или вовсе невозможны, и более того, имеющиеся средства были неизвестны населению или недоступны для него.

Такое положение, проявляющееся на национальном уровне, несомненно, сказывалось на любой предполагаемой международной программе. Например, во время дискуссии на заседаниях Комитета по программе и бюджету на Пятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 1952 г.¹⁸ констатировалось, что ВОЗ не может заниматься "медико-санитарными аспектами проблемы народонаселения". Отношение к этому вопросу изменялось медленно. Решение о том, что ВОЗ может проводить этот тип программ, было фактически принято лишь в 1965 г.

В преамбуле резолюции WNA18.49 признается, что "проблемы воспроизводства человека охватывают как семейную ячейку, так и общество в целом" и что размеры семьи являются делом свободного выбора каждой отдельной семьи. В пункте 2 постановляющей части этой резолюции предлагается ВОЗ развивать программу "в области справочных служб", включая исследования медицинских аспектов стерильности и методов регулирования плодovitости, а также тех аспектов динамики народонаселения, которые касаются здравоохранения.¹⁹

¹⁸ Официальные документы ВОЗ, 1952, № 42, стр. 204 и 230 (англ. изд.).

¹⁹ Всемирная организация здравоохранения (1973 г.) Сборник резолюций и решений Всемирной ассамблеи здравоохранения и Исполнительного комитета, т. I, 1948–1972 гг., Женева, 1974 г. стр. 45–46.

Тегеранская декларация 1968 г. является новой вехой в изменении отношения к вопросу о применении противозачаточных средств. В этой Декларации право семьи выражено следующими словами:

"Супружеские пары имеют нерушимое право принимать свободно и ответственно решение относительно числа и частоты рождаемости своих детей, а также право на получение надлежащих знаний и информации в этой области."*

Вслед за этой Декларацией в 1969 г. Генеральной Ассамблеей ООН была принята Декларация о социальном прогрессе и развитии (резолюция 2542 (XXIV)), в Статье 4 которой провозглашается тот же самый принцип, а в Статье 22 b) к тому же обеспечивается этот принцип путем "обеспечения семей знанием и средствами, необходимыми им для осуществления своего права принимать свободно и ответственно решение относительно числа и частоты рождаемости своих детей."*

Во Всемирном плане действий в области народонаселения, принятом на Всемирной конференции по народонаселению, проходившей в Бухаресте с 19 по 30 августа 1974 г., говорится (в пункте 6 исходного материала к Плану), что "В то время как право супружеской пары иметь такое число детей, которое она желает, признается рядом международных документов, многие семьи в мире в настоящее время не в состоянии эффективно воспользоваться этим правом. Во многих частях мира плохие экономические условия, социальные нормы и недостаточный уровень знания эффективных способов ограничения размеров семьи или отсутствие противозачаточных средств приводят в результате к тому, что семьи имеют большее число детей, чем они этого желают или считают, что они могут надлежащим образом растить."

В качестве рекомендации к действию в этом документе упоминается важный аспект, который интересует ВОЗ, а именно, необходимость основных биологических и прикладных научных исследований по использованию и улучшению существующих, а также новых методов регулирования фертильности. В этом документе также говорится о том, что особую важность имеет определение влияния различных методов регулирования фертильности на этические и культурные ценности, а также на душевное и физическое здоровье как в плане непосредственных, так и долгосрочных результатов, а также определение и изучение мер по созданию социальных и экономических условий, которые позволили бы супружеским парам свободно принимать решение о размере своих семей.

Деятельность Всемирной организации здравоохранения распространяется на три главные сферы, а именно, воспроизводство населения, планирование семьи и динамика народонаселения. Главными вопросами являются включение планирования семьи в службы здравоохранения, обеспечение надлежащих знаний и обучение медицинского персонала на всех уровнях, а также научное изучение вопроса воспроизводства населения как с биомедицинской точки зрения, так и с практической.²⁰

Одной из важнейших частей программы ВОЗ является интеграция планирования семьи со службами здравоохранения. Другим важным компонентом является программа научных исследований, имеющая своей целью разработать разнообразные безопасные, эффективные и приемлемые методы регулирования фертильности человека.

Неоднократно подчеркивалось, что политика в области народонаселения является суверенным правом каждой страны. Поэтому, как и прежде, роль ВОЗ состоит в том, чтобы давать рекомендации и оказывать запрашиваемую помощь.

* Рабочий перевод Секретариата ВОЗ.

²⁰ Zahra, A. & Strudwick, R. (1973) International Journal of Health Services, 3, 701-07.

9. ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА ПРИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ БОЛЕЗНЯХ ²¹

Значительный прогресс в области медицинской генетики за последние годы породил большие теоретические дискуссии и обсуждение в печати по поводу этических и социальных последствий "генетического строительства" или "генетического конструирования" применительно к человеку. Однако любое применение такой техники к человеку настолько отдалено от имеющихся практических возможностей, что вызывает сомнение, может ли оно уже рассматриваться как вопрос, вызывающий законное беспокойство, на уровне руководства общественного здравоохранения, национальных законодательных органов или межправительственных организаций.

С другой стороны, в области генетических консультаций большим практическим шагом вперед, имеющим важные медико-социальные последствия, является внутриутробный диагноз врожденных отклонений путем культивирования клеток плода, полученных с помощью прокола амниона или путем биохимического анализа жидкости в полости амниона или других жидкостей. Общепризнано, что в проколе амниона может быть заключен риск вплоть до повреждения плода, привнесения инфекции и выкидыша, но что при необходимых предосторожностях этот риск незначителен, особенно в тот период беременности (16 недель), когда жидкость в полости амниона является обильной.

Техника хромосомного анализа материала, полученного с помощью прокола амниона, весьма сложна, а число лабораторий, специально оборудованных для проведения таких анализов, относительно невелико. Поэтому было высказано мнение, что эта процедура не оправдывает себя в случае, если родители не пожелают и не имеют законного права на искусственное прекращение беременности, когда производится внутриутробный диагноз отклонения. Высказывалось и противоположное мнение, что родители, которые заранее знают, что их ребенок будет с отклонениями, лучше подготовлены эмоционально к этой ситуации, которая при любых обстоятельствах чрезвычайно тяжела.

То обстоятельство, что некоторые генетически предопределяемые отклонения встречаются более часто в некоторых этнических группах, должно быть принято во внимание при решении вопроса о том, следует ли принять систематически проводимую программу обследования с целью прекращения беременности. Случилось так, что ограничение проведения массового обследования этническими группами, наиболее подверженными данному заболеванию, привело к необоснованным подозрениям о намерении ввести дискриминационную форму регулирования роста населения.

Недавно появились сообщения об успешном диагнозе порока развития черепа и отсутствия головного мозга путем биохимического анализа жидкости в полости амниона, полученной через прокол амниона. Это состояние также можно диагностировать ультразвуковым сканированием и, по самым последним данным, через анализ образцов внутривенозной крови на альфа-фетопротеин.

Врожденным отклонением, которое может быть распознано только через несколько дней после рождения, является фенилкетонурия, и в некоторых странах проводится обычное обследование новорожденных с целью выяснения наличия этого отклонения. По вопросу о том, должно ли такое обследование быть обязательным по закону, имеются различные мнения. Подсчеты, проведенные как в Соединенном Королевстве, так и в Соединенных Штатах Америки, показывают, что существует риск того, что у одного из 10000 детей может иметься это наследственное нарушение. Очевидно, что только экономически развитые страны могут предусматривать программы в национальном масштабе для защиты одного из 10000 детей от развития предотвратимого умственного дефекта и для обеспечения специальных типов диет с этой целью.

²¹ Вопрос о возможном риске, связанном с некоторыми видами генетического экспериментирования, рассматривается на стр. 31.

10. ИСКУССТВЕННОЕ ОСЕМЕНЕНИЕ

Проблемы искусственного осеменения являются скорее юридическими, чем медицинскими, но именно врач, который производит эту операцию, обязан убедиться в том, что оба супруга полностью осознают юридические последствия своего решения, которые могут различаться в разных странах.²² Когда донором является муж (AID), может возникнуть вопрос о том, является ли супружество полным (завершенным) и не может ли кто-либо из супругов позже стремиться к аннулированию брака на основе его незавершенности.

Когда сперма поступает от донора, который не является мужем (AID), важнейшая обязанность врача состоит в том, чтобы убедиться, что донор не болен инфекционным заболеванием или не имеет прослеживаемых нежелательных генетически определяемых симптомов. Свод санитарных правил города Нью-Йорка в пересмотренном варианте от 1950 г. содержал правила по искусственному осеменению, которые особо требуют, чтобы донор не был болен сифилисом, гонореей, туберкулезом и не страдал бы от наследственных болезней. Он также требовал, чтобы донор и реципиент были бы совместимы с точки зрения резус-фактора. Эти правила не включают соображения, не относящиеся к медицине, такие, как должны ли донор и реципиент принадлежать к той же самой этнической группе или должен ли постараться врач привести в соответствие физические свойства донора с физическими свойствами мужа.

Юридические проблемы, связанные с AID, существенны, и одной из наиболее важных проблем является законнорожденность или, наоборот, незаконнорожденность ребенка. Некоторые врачи смешивают семя донора с семенем мужа, так чтобы могла быть некоторая неуверенность в том, кто биологически является отцом. Когда брачный союз расторгается после успешного AID, могут возникнуть вопросы о праве "отца" на доступ к ребенку или об обязанности "отца" участвовать в его содержании. Также обсуждался вопрос о том, является ли процедура AID узаконенным прелюбодеянием. Вообще говоря, отношение религии и AID является резко отрицательным.

В последние годы, в связи с новой методикой искусственного осеменения, ведущей к так называемым "детям, полученным в пробирке", и вследствие возможности сохранения спермы человека в криобанках, возникли вопросы этического характера.

11. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ, КАСАЮЩИЕСЯ ЭКСПЕРИМЕНТОВ НА ЛЮДЯХ

При рассмотрении любого аспекта обширной и важной проблемы медико-санитарных аспектов прав человека не следует забывать, что медицинская наука и практика достигли большего прогресса в течение жизни одного современного поколения, нежели за всю предыдущую историю человечества. Этот прогресс является, главным образом, результатом все большего признания того факта, что новое и действительное медицинское знание может быть достигнуто только путем экспериментирования, которое направляется научно, а также, что должен быть достигнут момент, когда для последнего и окончательного эксперимента единственным возможным объектом будет человек. В этом смысле экспериментирование на человеке неотделимо от прогресса знания, способов и методики, которые могут победить болезнь и способствовать здоровью.

²² Юридические последствия этого в подробностях обсуждаются в работе: Glanville Williams, The sanctity of life and the criminal law, London, Faber, 1958.

Что касается экспериментирования на человеке, то Декларация, принятая Всемирной медицинской ассоциацией в Хельсинки, повсеместно приветствовалась как установившая основные этические принципы, которые должны направлять исследования, связанные с человеком. Эта Декларация не охватывает, да и не должна охватывать другие ситуации, в которых медицинское вмешательство неэкспериментального характера того или другого вида имеет этические или социальные последствия.

Нелегко определить пределы того, что составляет экспериментирование на человеке в медицине. Поскольку каждый больной является неповторимым, то каждое терапевтическое вмешательство, будь оно медицинского или хирургического типа, является до известной степени экспериментальным, и лечащий врач должен быть готов модифицировать или изменить свой метод лечения в соответствии со специфической реакцией больного на этот метод. Уже положительно зарекомендовавшие себя лекарства могут оказать противоположное действие в небольшом количестве случаев, и каждый новый хирургический метод должен быть опробован впервые на живых людях, часто после того, как исчерпывающие опыты на животных привели к действительной убежденности в его безопасности. Короче говоря, всякий прогресс в области медицины предполагает и всегда предполагал эксперименты на человеке. Когда Эдвард Дженнер впервые сделал прививку мальчику в 1796 г. гноем из папулы коровьей оспы и затем гноем черной оспы, он провел очень решительный эксперимент, который мог быть сделан только на человеке. Так как мальчику, о котором идет речь, было только 8 лет, вряд ли можно считать, что он дал "добровольное согласие"²³ на этот эксперимент, который мог бы рассматриваться по современным представлениям как нарушение законов этики. Но уже в наше время был достигнут такой момент, когда вакцина полиомиелита должна была быть опробована впервые на детях школьного возраста. Эти иммунопрофилактические эксперименты на человеке, разделенные периодом в более 150 лет, принесли неисчислимы блага человечеству.

Вообще говоря, выбор в отношении экспериментирования на человеке невелик и может быть подытожен следующим образом:

- a) Нельзя разрешать дальнейшего развития таких опытов в превентивной или лечебной медицине. Такое предложение явно несостоятельно.
- b) Новые терапевтические препараты или процедуры должны быть одобрены для общего использования только на основе опытов на животных. Это было бы равносильно массовому бесконтрольному экспериментированию на человеке, причем многие из проводящих эксперименты не были бы надлежащим образом подготовлены для достижения результата. Более того, подходящие образцы животных нельзя получить для некоторых видов профилактических или терапевтических исследований.
- c) Новые виды терапевтического вмешательства не должны стать установленной частью медицинской практики, пока они не будут опробованы исследователями высокой квалификации на статистически значительной группе больных, на которых проводится эксперимент, что будет гарантировать приемлемый баланс возможной выгоды по сравнению с возможным риском. Это - выбор, который по очевидным причинам более применим к иммунопрофилактическим или фармакотерапевтическим, нежели чем к хирургическим вмешательствам, таким, как пересадка органов. Например, один успешный гемодиализ на почечную недостаточность оправдал бы использование этого метода для других. Слово "приемлемый" в этом контексте не подходит к определению, применяемому повсеместно.
- d) Прежде чем стать доступным для контролируемых клинических опытов, таких, как в c) выше, безопасность новых терапевтических препаратов должна быть проверена на здоровых индивидуумах, давших добровольное согласие.

²³ См. раздел 12, стр. 18.

В качестве общего вывода можно сказать, что на протяжении большей части человеческой истории, терапевтические вмешательства были эмпирическими без статистического и других видов научного контроля, который теперь признается необходимым, и иногда они были эффективными, а иногда совершенно неэффективными. По мере того, как случаи терапевтического вмешательства становились все более эффективными, критерии их применения и охраны интересов больных становились все более строгими.

12. ОСНОВАННОЕ НА ПОЛНОМ ЗНАНИИ СОГЛАСИЕ ДОБРОВОЛЬНЫХ УЧАСТНИКОВ ЭКСПЕРИМЕНТИРОВАНИЯ

Нюрнбергский кодекс 1947 г. исключает проведение любых экспериментов на человеке без его "добровольного согласия" ("voluntary consent"), и этот принцип оставался абсолютно бесспорным. Эксперименты на изъявивших добровольное согласие здоровых людях, не вызывающие большей опасности, чем незначительная степень физического недомогания, не подвергались критике. В качестве примера можно привести экспериментальное заражение обычной простудой или чесоткой. Что касается более серьезного расстройства здоровья, как например, экспериментальное заражение человека малярией, то мнения разделились, особенно по решающему вопросу о том, что входит в понятие согласия. В то время, как в Нюрнбергском кодексе говорится о "добровольном согласии", Хельсинкская декларация (1964) Всемирной медицинской ассоциации и Международный договор о гражданских и политических правах (1966) Организации Объединенных Наций использует термин "свободно выраженное согласие" ("free consent"). В последнее время широко стал применяться термин "основанное на полном знании согласие" ("informed consent"). Существует единое мнение о том, что дети, умственно отсталые и страдающие психическим заболеванием лица не могут дать согласия, которое будет юридически действительным, хотя при определенных обстоятельствах их родители или иные законные попечители могут дать согласие от их имени. Обычно такое субститутивное согласие дается в надежде на получение некоторой терапевтической пользы для данного субъекта, но это не всегда так, примером чего служит широко обсуждавшийся случай, когда отсталые в развитии дети подвергались умышленному заражению инфекционным гепатитом при поступлении в институт. Данное заболевание в институте носило эндемичный характер и риск естественного заражения новых больных был очень высок. По-видимому не было внесено особых рекомендаций относительно возраста или уровня зрелого понимания, при котором согласие следует рассматривать как юридически действительное.

Очень часто подвергалось критике использование для проведения экспериментов на человеке особых слоев населения, таких, как студенты и лица, содержащиеся в тюрьмах. Критикующие это положение считают, что такие группы населения могут руководствоваться особыми мотивами, такими, как желание студентов снискать расположение профессоров или не допустить, чтобы о них сложилось впечатление, как о нежелающих сотрудничать, которые делают данное согласие недействительным. В Соединенных Штатах Америки широко применялось использование добровольцев из числа тюремных заключенных для проведения первых клинических испытаний новых фармацевтических препаратов, а также для проведения иных исследований. Тюремные, разрешающие осуществление такой практики, могут иметь подробные расценки оплаты различных операций наличными. В одном случае они колеблются от 25 центов за образец испражнений до 12 долларов за пункцию костного мозга.

Давая в 1973 г. показания в подкомитете сената США, президент Ассоциации фармацевтических предпринимателей США выдвинул два основных обоснования в оправдание использования для опытов тюремных заключенных, изъявивших добровольное согласие: i) данные субъекты являются "относительно однородными по природе" и находятся в постоянных условиях окружающей среды с точки зрения времени, места, диеты и упражнений; ii) они готовы дать добровольное согласие на участие в опытах за значительно более низкое финансовое вознаграждение, чем в случае использования незаключенных.²⁴ Данный свидетель утверждал, что "самым важным фактором участия

²⁴ United States Congress. Senate Committee on Labor and Public Welfare. Subcommittee on Health. Quality of health care - human experimentation, 1973. Hearings ... Ninety-third Congress, First Session, Washington, 1973, pp. 864-883.

заклученного является финансовое вознаграждение", а в качестве дополнительных причин указал "желание избежать однообразия тюремной жизни; желание быть частью заслуживающего уважения мероприятия; желание доказать себе и другим, что они могут совершать положительные и достойные поступки; желание получить признание как лица, заслуживающего уважения; желание показать властям, что они на пути к исправлению".

Департамент здравоохранения, образования и социального обеспечения Соединенных Штатов Америки издал правила, которым должны подчиняться организации, заключающие с Департаментом контракты или запрашивающие у него субсидии на осуществление медицинских научных исследований, связанных с человеком.²⁵ Согласно этим правилам, к основным элементам информации, необходимым для получения "основанного на полном знании согласия", относятся:

- 1) беспристрастное объяснение предстоящих процедур и их целей, в том числе разъяснение любых процедур, которые носят экспериментальный характер;
- 2) описание любых сопутствующих недомоганий и рисков, для предположения которых существует разумное основание;
- 3) описание любых положительных результатов, для предположения которых существует разумное основание;
- 4) разъяснение существования любых соответствующих альтернативных процедур, которые могут принести пользу данному субъекту;
- 5) предложение ответить на любые вопросы, касающиеся данных процедур; и
- 6) разъяснение, что данное лицо свободно отозвать свое согласие и прервать участие в данном проекте или мероприятии в любое время, без ущерба для данного субъекта."

Все шире признается тот факт, что помимо основанного по полному знанию согласия субъектов, полученного исследователем, осуществляющим медицинские научные исследования с привлечением человека, необходимо рассмотрение и одобрение предполагаемого эксперимента комитетом, члены которого не связаны непосредственно с данным проектом. Некоторые считают, что в состав таких комитетов должны входить одно или несколько лиц не медицинской профессии, как например, юристы и священники.

Предложение о создании таких комитетов приобретает серьезное значение, поскольку печатные руководства не могут в достаточной степени охватить все непредвиденные обстоятельства. Например, для разрешения проведения первых широких испытаний на детях новой вакцины требуется скорее специальное рассмотрение данного вопроса достаточно квалифицированным комитетом, чем ссылка на абстрактные принципы.

13. ИСПЫТАНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СУБСТАНЦИЙ НА ЛЮДЯХ

На протяжении почти всей миллионной истории существования терапии, фармакотерапия означала лечение естественными продуктами животного, растительного или минерального происхождения. Основная часть этих продуктов в тех дозах, в которых они использовались, была столь же безвредна, как и неэффективна, и обычно предписывалась в виде микстур, якобы соответствовавших определенным симптомам каждого отдельного пациента. Единственным судьей пригодности или безопасности медикаментов являлось предписавшее их лицо, которое, по словам викторианского врача, выписывало пропись, включающую "средство от каждого симптома и несколько дополнительных лекарственных средств от всех симптомов вместе". Фармакопей являлись и до сих пор являются попыткой контроля качества лекарственных средств, не затрагивая вопроса их воздействия на организм человека.

²⁵ United States, Code of Federal Regulations, Title 45, Part 46 (Federal Register, vol. 39, No 105, 30 May 1974, pp. 18913-18920). Департамент также издал правила, которые должны применяться в отношении зародышей, абортот, беременных женщин, *in vitro*, оплодотворения человеческого яйца, заключенных и госпитализированных психически больных (*ibid.*, № 165, 23 августа 1974 г., стр. 30647-30657).

В наши дни сложилось совершенно иное положение, поскольку производство новых субстанций для терапевтических целей стало одной из основных отраслей промышленности. Тысячи таких субстанций, никогда до этого не существовавших, производятся и подвергаются исчерпывающим испытаниям на животных с целью установления их фармакологического воздействия. Многие из них, а возможно большинство, отвергаются, как бесперспективные с точки зрения терапевтического воздействия или как слишком токсичные. Те субстанции, которые по-видимому могут представлять потенциальный терапевтический интерес, подвергаются более исчерпывающим испытаниям на животных; соответствующие рекомендации в отношении этих испытаний были внесены Научной группой ВОЗ по принципам доклинического испытания безопасности лекарственных средств.²⁶ Другие научные группы ВОЗ внесли рекомендации относительно принципов испытания лекарственных средств на тератогенность,²⁷ принципов испытания и оценки лекарственных средств на канцерогенность²⁸ и оценки и испытания лекарственных средств на мутагенность: принципы и проблемы.²⁹

Тем не менее, какими бы исчерпывающими и явно убедительными не были результаты опытов на животных, окончательное доказательство терапевтической эффективности и безопасности нового лекарственного средства может быть получено только благодаря проведения опытов на людях. Поскольку число новых терапевтических субстанций значительно выросло и поскольку возросла их потенциальная возможность принести пользу или нанести вред, вопрос о том, при каких условиях такое окончательное доказательство может быть получено, стал в последние годы предметом широкого обсуждения, а в некоторых странах вопросом особого правового регулирования, направленного на защиту права непосредственного потребителя не подвергать свое здоровье неоправданному риску. Как сказал сэр Derrick Dunlop, первый председатель Комитета по вопросам безопасности лекарственных средств Соединенного Королевства Великобритании, "Современные лекарственные средства являются в настоящее время таким могущественным оружием, что все единодушны в том, что вся ответственность за их безопасное производство и использование не может больше лежать целиком на изготовителе и на том, кто выписывает рецепт."³⁰ Важным стимулом для развития тенденции вмешательства законодательных органов путем четкого определения условий, выполнение которых необходимо до введения в медицинскую практику новых терапевтических субстанций, явился ужас, вызванный тератогенным действием талидомида. Тот факт, что такое действие было совершенно неожиданным и действительно беспрецедентным, заставил весь мир поверить в необходимость самого тщательного исследования новых соединений, прежде чем санкционировать их использование в медицинских целях. В 1967 году, однако, Научная группа ВОЗ по принципам клинической оценки лекарственных средств³¹ высказала мнение о том, что изучение цели и плана предполагаемого испытания новой терапевтической субстанции "местными исследовательскими комитетами, в состав которых входят врачи и опытные медицинские научные работники ("группы равных"), могут в действительности быть более эффективными, чем законы в защиту прав как пациента, так и исследователя", но добавила, что до сих пор "терпели неудачу попытки рассмотреть нужды [с точки зрения финансового возмещения] пострадавших в ходе проведения на человеке эксперимента, безукоризненного с этической точки зрения". Группы предложила ввести специальную систему страхования людей, являющихся объектами экспериментов, с целью обеспечения соответствующей компенсации в случае "нанесения вреда здоровью или в случае смерти в ходе исследования".

²⁶ Серия технических докладов ВОЗ, 1966, № 341, стр. 1-29.

²⁷ Серия технических докладов ВОЗ, 1967, № 364, стр. 1-23.

²⁸ Серия технических докладов ВОЗ, 1969, № 426, стр. 1-26 (по англ.изд.).

²⁹ Серия технических докладов ВОЗ, 1971, № 482, стр. 1-18 (по англ.изд.).

³⁰ Dunlop. D. (1971) Good practices in the manufacture and quality control of drugs, Basle, Pharma Information.

³¹ Серия технических докладов ВОЗ, 1968, № 403, стр. 1-32 (по англ.изд.).

В Соединенных Штатах правовое регулирование испытаний новых лекарственных средств на людях является очень строгим и предусматривает три стадии.³² Первая стадия начинается после того, как изучены все имеющиеся данные, полученные в результате проведения опытов на животных и исследований, *in vitro*, и является в основном пробой "для испытания толерантности", проводимой на ограниченном количестве здоровых людей, изъявивших добровольное согласие. Для данной стадии типично использование добровольцев из числа тюремных заключенных³³, обычно отбирается 10-12 человек или, если требуется, более. Вторая стадия "включает первичные испытания на ограниченном числе пациентов с целью лечения определенной болезни или с целью профилактики", в то время как третья стадия является периодом полных клинических испытаний, "проводимых отдельными группами, ведущими один протокол опыта". Эти и многие другие соответствующие положения сформулированы Управлением продовольствия и лекарственных средств США, которое Dunlop называет "первой введенной регламентированной организацией".³⁴

Австрия является другой страной, где были промульгированы подробные правила проведения испытаний новых лекарственных средств на человеке.³⁵ Эти правила, изданные в качестве "руководящих принципов", были направлены в качестве циркуляра Федерального министерства социального обеспечения губернаторам провинций с просьбой довести их до сведения всех лечащих врачей, работающих в больницах. Данные руководящие принципы достаточно полно определяют требования проведения доклинических испытаний и, как и в положениях США, проводят разграничение между клинической фармакологией (стадии 1 и 2 в положениях США) и клиническими испытаниями (стадия 3). Одним из условий (11.1) является положение о том, что только "здоровые лица или по крайней мере лица, не страдающие серьезными заболеваниями, могут рассматриваться в качестве субъектов для проведения клинических фармакологических исследований".* Эти субъекты должны быть осведомлены о характере исследования и должны дать свое согласие. Понятие "согласие" не определяется.

В большинстве стран врачи, в индивидуальном и коллективном качестве, имеют значительно более широкие полномочия в определении того, какие ограничения необходимы в интересах пациента или здорового человека, участвующего в испытаниях новых лекарственных средств. Во Франции, в соответствии с приказом Министерства общественного здравоохранения, изданным в 1972 г., лица, осуществляющие клинические испытания лекарственных средств, должны учитывать "этические императивы, которыми руководствуются при проведении опытов на человеке".³⁶ В соответствии с изданным позже в этом же году декретом, изготовители фармацевтических препаратов должны выбирать специалистов для осуществления клинических опытов из списка, составленного

³² Соединенные Штаты Америки, Свод федеральных правительственных нормативных актов, Раздел 21, Части 130-146e, Вашингтон, 1970 г.

³³ См. Раздел 12.

³⁴ Dunlop, D., *op cit.*, 1971.

³⁵ Mitteilungen der Österreichischen Sanitätsverwaltung, 1970, 71, 17-20. Полный английский и французский переводы текстов этих руководящих принципов можно найти в соответствующих изданиях "International Digest of Health Legislation", 1971, 22, 18-24.

* Рабочий перевод Секретариата ВОЗ.

³⁶ Journal officiel de la République française, 11 июня 1972, стр. 5902. Текст воспроизведен на англ. языке в International Digest of Health Legislation, 1972, 23, 740-742.

Министерством общественного здравоохранения в консультации с комитетом специалистов в области медицины и фармакологии.³⁷ Ни в одном из этих документов не проводится разграничение между клинической фармакологией и клиническими испытаниями, а также не выражена прямо необходимость получения согласия человека, хотя можно предполагать, что это косвенно вытекает из термина "этические императивы".

В Соединенном Королевстве Великобритании был принят иной подход, где в 1963 г. министры здравоохранения Англии и Уэльса, Шотландии и Северной Ирландии совместно создали Комитет по вопросам безопасности лекарственных средств. К функциям данного Комитета относилось консультирование изготовителей по вопросу о том, является ли клиническое испытание новых лекарственных средств оправданным и являются ли результаты этих испытаний таковыми, что данные лекарственные средства следует разрешить к выпуску на рынок, а также сбор и исследование сообщений о неблагоприятных реакциях и, соответственно, оказание консультативных услуг назначившим их министрам. В 1970 г. на смену этому Комитету, в соответствии с разделом 4 закона о медикаментах 1968³⁸ и 1971 гг., был создан Комитет по вопросам безопасности медикаментов, который отчитывается перед министрами, создавшими данный Комитет, а также перед "Комиссией по медикаментам". Если первоначально созданный комитет полагался на добровольное сотрудничество изготовителей в соответствии со своего рода "джентельменским соглашением", то новый комитет является техническим консультативным органом в соответствии с предусмотренной законом системой лицензирования.

Несколько приведенных выше примеров показывают различные формы подхода к решению приобретающей все большую сложность проблемы, сводящейся к тому, как защитить права пациента и здорового человека, добровольно участвующего в эксперименте, не ставя досадных и противодействующих препятствий на пути прогресса терапии. С одной стороны, существуют строгие, очень подробные и обеспеченные правовой санкцией правила, охватывающие не только различные стадии возможного испытания нового медикамента на людях и конечно выпуска их на рынок, но также предусматривающие вид информации, которая должна быть указана на этикетках и в рекламе относительно показаний, противопоказаний и возможных неблагоприятных реакций. С другой стороны, самые высшие медицинские органы данной страны назначают исследователей-клиницистов, которым они доверяют, и правительство уполномочивает их на проведение опытов, руководствуясь собственной совестью. Промежуточным решением является такое положение, когда включенные в список эксперты консультируют компетентный правительственный орган по вопросу о том, какие клинические испытания следует разрешить и на какие препараты после проведения таких испытаний следует выдать лицензии.

Все эти решения преследуют одну цель: лишить некомпетентного или недобросовестного исследователя возможности подвергать здоровье его пациентов или здоровье других людей неоправданному или ненужному риску. Какая бы система не была принята, всегда найдется несколько врачей, недостаточно уважающих неотъемлемые права тех людей, за которых они несут ответственность. При любой системе оправдание или обвинение в проведении эксперимента на людях должно оставаться полностью за компетентным мнением всей корпорации врачей при участии общественности, что обеспечит самую надежную защиту от злоупотреблений.

³⁷ Journal officiel de la République française, 30 ноября 1972, стр. 12405-12408. См. International Digest of Health Legislation, 1973, 24, стр. 305-315.

³⁸ Воспроизведен в International Digest of Health Legislation, 1969, 20, стр. 509-557.

14. ПУБЛИКАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭКСПЕРИМЕНТОВ НА ЛЮДЯХ

Большую дискуссию вызвал вопрос о том, следует ли редакторам медико-биологических журналов принимать к опубликованию статьи, сообщающие об экспериментах, которые могут рассматриваться как неэтичные, поскольку осуществляются без должного учета прав заинтересованных индивидуумов. Общая точка зрения сводится к тому, что подобные статьи не следует принимать в печать; такую же позицию заняла Европейская ассоциация редакторов медико-биологических периодических изданий, заседание которой состоялось в 1972 г. Beecher³⁹ и другие преуспели в пропаганде другой точки зрения, выдвигая аргумент, что знание *a priori* того, что результаты не будут опубликованы, отобьет охоту у исследователей проводить неэтичные эксперименты.

Как бы то ни было, совершенно очевидно, что коль скоро научный эксперимент проведен на человеке, сообщение о его результатах и методах в научных журналах является единственной возможностью вынести на суд коллег и общества в целом деятельность исследователей.

За последние годы Beecher³⁹ и Pappworth⁴⁰ провели будоражающие умы исследования, основанные на опубликованных результатах якобы неэтичных или сомнительно этических медицинских исследований на человеке.

Примером эксперимента, проведенного без учета прав человека, явилось преднамеренное утаивание лечения 400 мужчин, больных сифилисом, принадлежащих к этническому меньшинству. Этот эксперимент, начавшийся в 1932 г., продолжался не менее 40 лет и к концу этого срока в живых осталось менее 80 больных. Пациентам не сообщали, что они больны сифилисом и что они являются объектами продолжительного исследования о воздействии недегального лечения этой болезни, причем на большинстве больных исследование проводилось до конца их жизни. Оставшиеся в живых больные до 1972 г. не знали о том, что они являлись объектами эксперимента, проводившегося в течение 40 лет. Эксперимент был прекращен после того, как один из журналистов, сотрудничающий в ежегодной прессе, придал его гласности. Если бы об этом исследовании с самого его начала подробно и полно сообщалось бы в медицинской печати, было бы невероятным, чтобы оно могло быть продолжено.

Справедливости ради следует добавить, что, когда начали проведение вышеупомянутого эксперимента, имеющиеся методы лечения сифилиса были в высшей степени неприятными и небезопасными, так как включали инъекции довольно токсичных соединений на протяжении месяцев. Однако ситуация изменилась радикальным образом, когда в 1943 г. при лечении сифилиса стали применять пенициллин.

15. МОМЕНТ СМЕРТИ

15.1 Констатация смерти

Точно так же, как проблема определения начала жизни и обретения прав человека, вызвала горячие споры, другие проблемы возникли в связи с определением и констатацией смерти, особенно в тех случаях, когда решается вопрос об использовании органов в целях пересадки. (Разумеется, совершенно очевидно, что в большинстве случаев смерти постановка диагноза не представляет трудности.) В большинстве стран человек считается юридически умершим, если это состояние зафиксировано квалифицированным врачом, и со стороны закона, как правило, не наблюдается попыток

³⁹ Beecher, H. K. (1966) *New Engl. J. Med.*, 247, 1354-60.

⁴⁰ Pappworth, M. H. (1967) *Human guinea pigs. Experimentation on man*, London, Routledge & Kegan Paul.

узурпировать исключительное право врача в отношении определения с помощью физиологических терминов критериев, которыми врачу следует руководствоваться при вынесении своего заключения. Исключение составляет закон, провозглашенный в штате Канзас, Соединенные Штаты Америки, в 1970 г., который устанавливает такие критерии.* Высказывалось мнение о том, что этот закон является не только посягательством на ответственность врача, но и отвечает скорее интересам потенциального реципиента пересаживаемого органа, чем невольного донора.⁴¹

Тогда как общество поручает как, правило врачу, объявлять о смерти индивидуума, основания, которые он использует для принятия такого решения, претерпели значительные изменения на памяти человечества. Почти всегда в истории человечества отсутствие признаков движения в сердце и спонтанного дыхания являлись синонимами смерти. В настоящее время искусственное поддержание сердечно-легочной функции сделало данный критерий недействительным, и он был заменен критерием необратимого нарушения функций головного мозга. Оно может быть результатом травмы, удара, опухоли головного мозга, острой интоксикации и любого нарушения снабжения кислородом клеток головного мозга в течение периода, превышающего несколько минут.

На проходившем в 1968 году в Гарвардском университете заседании группы под председательством Н. К. Beecher были сформулированы критерии для констатации на основании медицинских данных состояния, из которого уже не наступает возврата к жизни.⁴² Подход этой группы к проблеме носил прагматический характер, так как не было попыток дать определение "смерти", скорее отмечалось стремление достичь согласия в определении признаков "необратимой комы". В качестве основного признака группа предложила считать отсутствие поступающих из головного мозга электрических импульсов, фиксируемых на электроэнцефалографе в течение по меньшей мере 24 часов, исключая случаи интоксикации барбитуратами или гипотермии.

Рисунок, характеризующий такое состояние, в ряде случаев характеризуется как "плоская", "изоэлектрическая" или "линейная" электроэнцефалограмма.**

Выводы гарвардской группы нашли широкое, но не всеобщее признание. Всемирная медицинская ассоциация в своей декларации, провозглашенной в Сиднее в 1968 году, допуская, что электроэнцефалограф является наиболее полезным диагностическим средством в определении необратимости, или другими словами комы, выразила возражение против идеи об исключительной надежности применения одного данного метода.⁴³ Beecher скептически отнесся к заявлению о том, что имели место случаи возвращения к жизни после того, как электроэнцефалограмма показывала ровный рисунок в течение нескольких дней, и в поддержку своего мнения сослался на исследование, которое показало, что в 1 662 таких случаях не было ни одного случая возвращения к жизни.⁴⁴ В исследовании, произведенном комитетом Американского электроэнцефалографического общества, было отмечено 26 предположительных случаев возвращения к жизни из 2 650 случаев изоэлектрической энцефалограммы. Однако в 23 из этих случаев показания электроэнцефалограммы были признаны неубедительными. В остальных трех случаях имела место передозировка седативного лекарственного средства, и поэтому согласно критериям гарвардской группы,⁴⁵ их не следует принимать во внимание. Вышеназванным комитетом использовался термин "электроцеребральное молчание" для обозначения отсутствия определяемой электроэнцефалографическим путем функции головного мозга. Следует отметить, что достичь соглашения по критериям, применяемым при диагностике необратимой потери функции головного мозга, чрезвычайно важно не только для использования в качестве трансплантатов еще живых органов. Заниматься бесполезным поддержанием функционирования того, что в действительности уже является предметом для физиологической препарации, означает продление страданий семьи больного, а возможно, и отвлечение опытного персонала и специализированного оборудования от оказания помощи тем, кто мог бы получить от нее пользу.

41 Kennedy, I. M. (1971) *New Engl. J. Med.*, 285, 946-950.

42 *J. Amer. med. Ass.*, 1968, 205, 85-88.

43 Текст данной декларации приведен в *Wld med. J.*, 1972, 19, 29-30.

44 Beecher, H.K. (1970) *Ann. N.Y. Acad. Sci.*, 169, 471-74.

45 Silverman, D. (1971) *Ann. int. Med.*, 74, 1003-05.

* Подобный закон был принят в штатах Нью-Мексико и Виргиния.

** По вопросу о других критериях см. De Moerloose, J. (1974) in Btresh, S., ed., *Protection of human rights in the light of scientific and technological progress in biol and medicine (Proceedings of 8th CIOMS Round Table Conference)*, Geneva, pp. 338-341.

В 1968 году конференция за круглым столом, проводимая СММО и посвященная пересадке сердца, приняла комплекс критериев для определения "полного и необратимого прекращения функции головного мозга".⁴⁶

15.2 Право умереть

Существует также проблема с больными, страдающими затяжными болезнями, сопровождающимися тяжелыми болями и инвалидностью, и у которых сформировалось твердое и необратимое желание умереть. Широко распространено мнение о том, что в подобной ситуации, хотя врач ни при каких обстоятельствах не может преднамеренно лишить жизни другое лицо, он обязан сделать все, что в его силах, чтобы обеспечить своему больному безболезненную и достойную смерть, даже при сознании того, что предпринимаемые им меры могут в некоторой степени способствовать угасанию его жизни. Один выдающийся судья выразил это в следующих словах: "Если первая задача медицины – восстановление здоровья – уже не может быть выполнена, врач еще многое может сделать, и он имеет право надлежащим образом делать все необходимое, чтобы облегчить боль и страдание, даже если предпринимаемые им меры способствуют сокращению срока жизни".⁴⁷

Другой аспект того, что часто рассматривается как "право умереть", может быть проиллюстрирован на примере раковых больных с генерализованными метастазами. В случае попытки самоубийства, перед врачом может возникнуть следующая дилемма: либо любыми путями, но против воли больного, спасти жизнь последнего, либо оставить данный случай без вмешательства.⁴⁸

16. ПЕРЕСАДКА ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ

Использование аутотрансплантатов тканей человека, т.е. пересадка в лечебных целях тканей из одной части тела в другую, особенно в случае пересадки кожи при ожогах, разумеется, не затрагивает биоэтические проблемы. При этом так же, как и при других медицинских вмешательствах, решение может приниматься врачом независимо от интересов третьего лица или социальной оценки. Трансплантаты, пересаженные от одного идентичного близнеца другому, оказывают то же действие, что и аутотрансплантаты, но в этом случае могут возникнуть этические проблемы. За исключением почечных трансплантатов, возможности пересадки гомотрансплантатов от одного индивидуума другому, относящемуся к тому же биологическому виду (иному, чем идентичный близнец), очень ограничены из-за современного уровня иммунодепрессивной терапии. С 1951 г. было осуществлено несколько тысяч пересадок почек с реальной вероятностью продления жизни этих больных до пяти лет. Пропорциональное соотношение привлеченных живых доноров составляет в настоящее время 37% в США и 21% в Европе.⁴⁹ Использование в практических целях других видов трансплантатов ограничено переливанием иммунологически совместимой крови от живых доноров (трупная кровь также применяется), у которых процедура типизирования показала удовлетворительные результаты, а также трансплантацией роговицы, участков артерий, костей и хряща от человеческих трупов, при которой типизирование не является необходимым.

⁴⁶ См. Fattorusso V., ed. (1969) Heart transplantation (Proceedings of 2nd CIOMS Round Table Conference), Liège, pp. 51-52.

⁴⁷ Выдержка из заключительной речи г-на Patrik Devlin (в настоящее время лорда) на судебном заседании по делу доктора J. Bodkin Adams; см. Bedford S. (1962) The trial of Dr. Adams, New York, Time Incorporated, стр. 245.

⁴⁸ Критический обзор проблемы легкой безболезненной смерти см. Jonchères, J. (1974), в Btresh, S., ed., Protection of human rights in the light of scientific and technological progress in biology and medicine (Proceedings of 8th CIOMS Round Table Conference), Geneva, стр. 362-376.

⁴⁹ Brit. med. J., 1974, 1, 589.

Биоэтические проблемы, возникающие при пересадке органов, уже обсуждались в данном докладе, хотя лишь в форме выводов со ссылками на прагматическое определение момента смерти (раздел 15) и на концепцию о согласии, основанном на полном знании (раздел 12). Последняя концепция имеет отношение к вопросу о принятии решения, а также к обстоятельствам, при которых здоровый идентичный близнец или другое иммунологически очень сходное лицо может пожертвовать одним из парных органов — почку — для спасения жизни другого. Попытки определить какие-либо общие правила для такой деликатной и носящей в высшей степени личный характер ситуации, не принесет пользы, и единственным решением подобной проблемы может быть общее решение непосредственно заинтересованных лиц — донора и реципиента, а также нескольких врачей, которые, как правило, принимают участие в разъяснении последствий такого решения.

Этическими проблемами пересадки единственных в своем роде жизненно важных органов, таких, как сердце и печень, являются, в первую очередь, проблема констатации соматической смерти (раздел 15.1) и проблема оправдания таких героических хирургических вмешательств, когда еще очень ограничена возможность контроля за иммунологической реакцией отторжения трансплантатов.

В то время как хирургическая техника и методы по поддержанию жизни достигли столь высокого совершенства, что пересадка органов, считавшаяся невозможной еще несколько лет назад, в настоящее время в техническом отношении является осуществимой, этот триумф хирургической техники, за исключением пересадки почек, омрачается иммунологической несовместимостью, а также нехваткой доноров. Потребуется еще много столь же огромных достижений, каким явился успех иммунотерапии в устранении явления отторжения трансплантатов почек, прежде чем больные с пораженными органами, за исключением почек, смогут многого ожидать от терапии "запасных частей".

Много споров вызвал вопрос, оправдывают ли себя с точки зрения анализа затраты/выгоды вмешательства, которые очень дороги в связи с использованием кадров высшей квалификации и дорогостоящего оборудования, которые принесут пользу лишь нескольким индивидуумам. Выдвигается довод, что гораздо большее число людей при тех же затратах могли бы иметь пользу от более простых и широко доступных мер. Бесспорно, что такие более простые меры следует применять как можно шире, но вся история медико-биологической науки показывает, что прогресс, плодами которого в конечном итоге будут пользоваться все, неизбежно распространяется вначале лишь не на большую часть общества. Более сложным вопросом является вопрос установления критериев для отбора относительно небольшого числа лиц — потребителей плодов этого прогресса. Даже в самых развитых странах неизбежно потребуется сделать выбор среди потенциальных претендентов на лимитированное и крайне дорогостоящее обслуживание.

17. ВЕДЕНИЕ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ НА БАЗЕ ЭВМ

За последние годы в разных кругах общества высказывалось опасение относительно того, что хранение истории болезни с именем больного на ней может привести к нарушению доверительного характера взаимоотношений между врачом и больным. Представители медицинской профессии единодушно признают необходимость сохранения конфиденциальности, хотя следует отметить, что суды, действующие по нормам общего права, не всегда поддерживают право медицины на эту привилегию. Помимо чисто этических аспектов этого вопроса, одно подозрение больного на возможность нарушения конфиденциальности может отбить у него желание обратиться к врачу за необходимым лечением по поводу физического или душевного заболевания.

На Двадцать седьмой сессии Всемирной медицинской ассамблеи Всемирной медицинской ассоциации в Мюнхене, ФРГ, в октябре 1973 г. состоялась Конференция на тему: счетно-вычислительные машины и соблюдение врачебной тайны, в результате которой были приняты две резолюции. В одной из них было выражено "решительное мнение" по поводу того, что "банки медицинской информации должны быть доступны только для медицинских работников и, следовательно, должны быть изолированы от других централизованных хранилищ информации".

Всемирная медицинская ассоциация проявила беспокойство по поводу порядка хранения персональных именных историй болезни на складах госпитальной медицинской документации, обработанной на ЭВМ. Хранение подобной документации в картотеках вычислительных машин влечет за собой две проблемы, затрагивающие частную жизнь больного. Во-первых, персональная информация, ранее доступная только врачам, медицинским сестрам, медицинским секретарям и хранителям медицинской документации, будучи обработана на ЭВМ, становится теоретически доступной программистам и другому техническому персоналу, которые настолько далеки от больного, что едва ли можно пробудить в них чувства долга по отношению к интересам больного, столь характерное для медицинских работников. Во-вторых, существует проблема, которая нашла отражение в резолюции Всемирной медицинской ассамблеи, проблема совместного хранения персональной медицинской документации, обработанной на ЭВМ с другой основной информацией, поступающей в ЭВМ. Вопрос о совместимости подобного хранения с правом больного на сохранение его тайны зависит от тех целей, которые преследуются такого рода хранением. Например, сопоставление данных на лиц, имеющих или желающих получить водительские права, с историями болезни страдающих неврологическими или психическими расстройствами, алкоголизмом, лекарственной зависимостью могло бы помочь сократить угрожающий рост смертности и потери трудоспособности в результате дорожных происшествий. Сама мысль о том, что информация, полученная в силу доверительных взаимоотношений врача и больного, автоматически становится доступной для целей соблюдения закона, была бы неприемлема как для врача, так и для больного. Бывают обстоятельства, когда врач должен убедить своего больного отказаться от вождения автомобиля и не ставить под угрозу жизнь других людей. Если никакие уговоры не помогают, врач должен принять трудное решение: сообщать или не сообщать в учреждение, выдающее водительские права, сведения, которые в обычных условиях являлись бы строго конфиденциальными.

Остается сделать заключение, что информацию о больном, полученную в результате медицинской консультации при обычных обстоятельствах, не следует рассматривать, как основание для наложения правовых или административных санкций или наказаний, пока врач не вынужден будет принять решение о том, что в данном случае интересы общества преобладают над интересами индивидуума. Тот факт, что подобная информация поступает в картотеку ЭВМ, ни в коей мере не должен отражаться на ее конфиденциальном характере, единственной причиной ее легализации могут быть только потребности медицинских научных исследований.

В ряде случаев медицинская документация, обработанная на ЭВМ и поступившая вместе с ней на хранение, другая базисная информация находит применение, целью которого является или благо отдельного больного или же прогресс в медицинских знаниях, идущий на пользу всего общества в целом без ущерба при этом для вышеупомянутого индивидуума. Для эпидемиологических научных исследований характерно стремление установить причинную связь между данными об условиях и результатах с целью установления причинно-следственных отношений. Классическим примером подобного исследования являются чисто эпидемиологические объяснения зависимости между бронхиальной карциномой и курением сигарет. Более свежим примером может служить открытие, что среди дочерей, матери которых принимали диэтилstilбистрол около 20 или более лет тому назад, частота случаев заболевания аденокарциномой влагалища выше среднего числа. Для всех подобных исследований, особенно тех, которые охватывают более чем одно поколение, исследователь должен уметь выбрать отдельных больных и проследить историю их заболевания с тем, чтобы установить связи между явлениями и следствиями, а это можно сделать только называя конкретные имена больных.

Способность ЭВМ манипулировать и соотносить почти мгновенно любую единицу из огромной массы единиц информации с базисной информацией придает новые измерения потенциальным возможностям эпидемиологических исследований как в национальном, так и в международном масштабе. Безусловно, нет никаких сомнений в необходимости в полной мере использовать эту новую технологию, особенно в качестве вспомогательного средства для объяснения многофакторной этиологии наиболее важных неинфекционных болезней. Подобное применение ЭВМ может привести к более широкому

разглашению информации об отдельном больном, которая в противном случае оставалась бы доступной только для непосредственно связанного с ним медицинского персонала. Полагаем, что подобное нарушение конфиденциальности само по себе не считается предосудительным, и что все зависит от цели, ради которой подобная информация делается доступной. Совершенно безупречной является методика сопоставления с помощью ЭВМ данных, полученных от многих отдельных больных с целью оказания им помощи или более глубокого медицинского исследования их состояния и причин, вызвавших его. Следовательно, проблема по существу заключается в возможной утечке информации о здоровье отдельной личности для использования ее не в медицинских целях, и в обеспечении того, чтобы эти данные разглашались только в строго медицинских целях.

В Соединенном Королевстве Совет медицинских исследований (СМИ) недавно разработал подробное руководство в помощь медицинским научным сотрудникам, которые пользуются медицинской документацией, обработанной на ЭВМ.⁵⁰ Основная мысль этого руководства заключается в том, что ответственность за принятие решения относительно расширения доступа конфиденциальной информации, должна быть возложена, по возможности, на врача, призванного решить причинит ли вред интересам больного разглашение его тайны или нет. Издание законов против любого возможного вторжения в частную жизнь вследствие использования медицинской документации, обработанной на ЭВМ, не только очень сложно, но может привести к установлению досадных преград на пути прогресса медико-биологической науки. Прагматическое отношение СМИ к данной проблеме означает признание того факта, что врач, независимо от благоприятного или неблагоприятного исхода его вмешательства всегда руководствуется в своих действиях интересами больного.

18. ПСИХОХИРУРГИЯ

Психирургию можно определить как избирательное хирургическое удаление или разрушение другими средствами части мозга, при отсутствии показаний о наличии органической болезни головного мозга, либо как хирургическое перекрытие нервных путей между одной частью мозга и другой с целью повлиять на поведение больного. Операции на мозге, не вызванные необходимостью исправления какого-либо конкретного органического состояния, такого, как например, травматическое поражение или опухоли, проводились так же при лечении определенных форм эпилепсии и болезни Паркинсона. Разрушение мозговой ткани может быть произведено с помощью механических режущих инструментов, электродов для вызывания коагуляции, инъекции химических веществ, введения капсул с радиоактивным веществом уттериум⁹⁰, с помощью ионизирующей радиации и ультразвуковых лучей, или с помощью криотерапии.

Несмотря на то, что первые операции такого рода были осуществлены Готлибом Бурхардом в Швейцарии в конце XIX века, психирургия не получила дальнейшего развития до опубликования в 1936 г. работы португальского ученого А.П. де Эгас Монис. Подобно лечению инсулиновыми шоками (которое все еще имеет сторонников, хотя нет никаких доказательств его эффективности), подобно метразольной конвульсивной терапии, и ЭКТ (электроконвульсивная терапия), психирургия является в большой степени процедурой эмпирической со слабой теоретической основой. Сторонники этих методов лечения не могут дать им логического обоснования, но они утверждают, что эти методы "срабатывают". В прошлом удаление долей мозга было недостаточно совершенно с точки зрения современных стандартов и проводилось методами, которые едва ли можно назвать утонченными, если учесть, что они применялись к органу, который Сэр Джон Эклес⁵¹ описал как "наиболее удивительно организованная структура во всей вселенной". Сегодня, когда делают психирургические операции, применяют тонкие стереотактические методики, которые позволяют тщательно локализовать специфические области, такие как зрительный бугор, извилина сингулат и язычная миндалина височных долей, обычно с меньшей степенью разрушения ткани, чем это имело место раньше. С введением психотропных средств, психирургические процедуры стали менее популярны, но и сейчас в определенных медицинских кругах существует тенденция вновь считать их ценным терапевтическим вмешательством.

⁵⁰ Brit. med. J., 1, 213-26.

⁵¹ Eccles, J. (1968) en: Fattorusso, V, ed., Biomedical science and the dilemma of human experimentation (Proceedings of list CIOMS Round Table Conference), Paris, págs. 19-23.

В силу крайнего расхождения во мнениях относительно правомерности ее существования как медицинской профессии, психохирургия ставит одну из наиболее трудных проблем биоэтического характера. Возникает вполне очевидный вопрос, каковы возможности больного с тяжелым душевным заболеванием, не поддающемуся менее радикальному лечению, дать сознательное согласие на частичное разрушение его мозга, с намерением изменить его личность. И если ответ на этот вопрос таков, что он не компетентен давать подобное согласие, имеет ли право его семья вместо него дать согласие, и если так, то какова должна быть степень кровного родства, чтобы подобное согласие считалось действительным?

Самыми обычными показаниями для психохирургии являлись шизофрения, тяжелые состояния депрессии или навязчивости, либо бесконтрольные вспышки агрессивности у больных психиатрических больниц или даже у заключенных в тюрьмах. По общему признанию результаты при шизофрении являются неудовлетворительными, и если рассчитывать на хорошие результаты в подавляющем большинстве случаев, это метод должен применяться только при исключительных и хронических заболеваниях, когда отмечается острое душевное напряжение или депрессия, либо при тяжелом навязчивом состоянии. Выдающийся невропатолог и сторонник психохирургии, Х. Миллер рассматривает этот метод как "метод последнего прибежища".

Если это является лучшее, что может сказать в защиту психохирургии один из выдающихся защитников этого метода, то рядовой врач, гражданин и юрист возможно усомнятся в допустимости делать хирургическую операцию на человеческом мозге с намерением изменить личность больного в благоприятную сторону, причем такая операция не требует "специального психиатрического диагноза" и результаты ее "не могут быть предсказаны". Ясно, что научные основы психохирургии в лучшем случае уязвимы, и директор Национального института психического здоровья Соединенных Штатов даже утверждает, что: "Персонал Национального института психического здоровья полагает, что наши знания о функции мозга недостаточны, чтобы иметь основание применять какие-либо психохирургические процедуры, если нет очень веских данных, указывающих на органическую патологию мозга."⁵² В этой связи интересно отметить, что Министр здравоохранения СССР в 1950 г. издал приказ о запрещении удаления долей мозга при лечении нервно-психиатрических состояний.⁵³

Некоторые специалисты, практикующие психохирургию, называют ее "стереоэнцефалотомия", что означает тщательно локализованное хирургическое деление или разрушение определенных критических областей мозга. Один сторонник данной формы лечения пользуется термином "седативная нейрохирургия", что он определяет как "тот аспект нейрохирургии, где больного посредством операции делают тихим и управляемым". Практикующие этот метод врачи, не ограничивают его применение только на взрослых, причем психохирургические операции могут повторяться более одного раза на одном и том же больном.

Следует сказать, что большое число противников психохирургии не признают ни при каких обстоятельствах хирургических манипуляций на мозге по поводу чисто поведенческих аберраций неизвестной этиологии. Поборники этого метода утверждают, что при тщательном отборе больных, психохирургия даст возможность адаптировать к обществу или сделать более управляемыми в лечебных учреждениях больных, которые в иных случаях с трудом поддаются лечению. При этом они признают, что нет гарантии исхода лечения, а наоборот, зарегистрировано много случаев неблагоприятного исхода.

⁵² Quoted by Senator Edward M. Kennedy in United States Congress. Senate Committee on Labor and Public Welfare. Subcommittee on Health. Quality of health care - human experimentation, 1973. Hearings ... Ninety third Congress, First Session, Washington, 1973, p. 356.

⁵³ See International Digest of Health Legislation, 1952, 4, 312.

Вследствие широких разногласий в мнениях среди медицинских работников по вопросу правомерности применения психирургии, вследствие неопределенности исхода лечения и отсутствия твердой теоретической основы, полагаем, что необходимо продолжить исследования, чтобы дать оценку данному методу лечения.

19. ОХРАНА ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ

Право человека на защиту от устранимых опасностей, талящихся в окружающей среде, является самым бесспорным из всех прав человека на здоровье. Всеобщее признание получило стремление мобилизовать все усилия на защиту человека от вредных воздействий, хотя нет еще полного успеха в достижении этой цели. В то время как в развитых странах ведется успешная борьба с вредными влияниями на человека факторов окружающей среды - в основном химического и физического характера - технический прогресс создает новые виды вредного воздействия. Классическим примером загрязнения окружающей среды является микробное заражение систем водоснабжения, хотя в развитых странах водопроводная вода уже не является источником распространения эпидемий. В развивающихся странах проблема безопасного водоснабжения является скорее экономической, чем научной.

До сих пор довольно широко распространено преднамеренное и злостное подмешивание вредных для здоровья веществ в продукты питания, включая такие основные продукты диетического питания, как молоко и хлеб. Однако в настоящее время больший риск заключается в возможном вредном влиянии пищевых добавок, используемых в качестве средств, улучшающих хранение продуктов или удовлетворяющих запросы покупателей, либо для того и другого, а также случайные загрязнители, как например, пестициды. Во всех странах микробное заражение продуктов питания все еще представляет угрозу, против которой должны быть приняты тщательно разработанные меры предосторожности, они во многих случаях подробно изложены в существующих законах и постановлениях.

Загрязнение атмосферного воздуха стало проблемой с ростом городов даже еще до промышленной революции, однако, до тех пор пока не получили развития химическая и энергетическая отрасли промышленности, а также не появился двигатель внутреннего сгорания, эта проблема скорее связывалась эстетическими неудобствами, чем с угрозой для здоровья человека.

Шум является еще одним фактором вредного воздействия окружающей среды, который все больше обращает на себя внимание, так как имеет большое значение как для здравоохранения, так и для экономики. Было вычислено, что ущерб, нанесенный промышленности в результате потери слуха рабочими, вероятно превышает расходы в связи с другими профессиональными заболеваниями. По мнению широкой публики главным источником вредного шума являются автомобили и самолеты.

Значение профессионально обусловленного вредного воздействия на здоровье трудящихся было замечено очень давно. Первая известная работа по промышленной гигиене и токсикологии Ульриха Элленбога была опубликована в 1524 г. Классическое произведение Бернардино Рамаззини, опубликованное в 1700 г., дает описание болезни шахтеров, включая пневмокониоз (известный чаще как "шахтерское легкое"), и силикоз у каменщиков и у рабочих металлургической промышленности. Но лишь в XX веке правительства вынуждены были признать, что рабочие, занятые в опасных, но важных отраслях производства, имеют право на предельно возможную охрану от факторов угрожающих их здоровью. В случае неэффективности защитных мер необходимо оказывать им финансовую поддержку в виде компенсации за потерю трудоспособности и сокращение продолжительности жизни.

Точно так же, по мере того, как новая промышленная технология производит новые и потенциально вредные продукты отходов, в правительствах растет тенденция вмешиваться в эту сферу путем издания законов, нацеленных на защиту целостности окружающей среды в интересах здоровья общества. Наиболее ярким примером новой потенциальной опасности, грозящей окружающей среде и требующей жесткого контроля со стороны правительств в интересах здоровья общества, является атомная энергетическая промышленность.⁵⁴

Если эти комментарии относительно защиты окружающей среды представляются весьма общими, то это отнюдь не из-за отсутствия признания со стороны ВОЗ огромной важности этой темы, получившей значительно более полное освещение в соответствующих документах.⁵⁵ Но такой важный вопрос, как право человека иметь возможность жить в здоровой среде никогда в принципе не оспаривался и вокруг него никогда не существовало различных мнений. Бывают особые ситуации, когда от правительств требуется решить перевесят ли преимущества, полученные в результате проведения определенных мер, вредные экологические последствия осуществления этих же мероприятий. Например, есть страны, где вызываемые членистоногими болезни являются основной причиной заболеваемости и смертности. В такой обстановке меньшим из двух зол может оказаться применение устойчивых пестицидов, что приводит к попаданию в окружающую среду вещества, которое может нанести ущерб не являющейся объектом воздействия фауне, а в некоторых случаях и человеку. В некоторых странах, где вызываемые членистоногими болезни либо встречаются редко, либо вообще отсутствуют, массовое применение химически устойчивых пестицидов запрещено и разрешается применять более дорогие, но подвергающиеся биологическому распаду соединения. Совершенно ясно, что для таких проблем нет готовых и общих для всех решений и что каждое правительство должно решать, каждый раз принимая во внимание мнения международных групп экспертов, какое решение больше отвечает интересам охраны здоровья населения.

В связи с потенциальной опасностью для окружающей среды Национальная академия наук США обратилась с призывом о добровольном маратории на некоторые виды генетических экспериментов с микроорганизмами. Опасность, которую представляют такие эксперименты для здоровья человека, была названа "серьезной и трудно вообразимой".⁵⁶

20. ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ МЕРЫ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ

Соблюдение принципа Бентама о "наибольшем счастье для возможно большего числа людей" предусматривает отмену со стороны общества права индивидуума на неограниченный выбор при определенных особых обстоятельствах. Такое ограничение поведения личности может заключаться в запрете некоторых действий, например, распространения опасных лекарственных препаратов или огнестрельного оружия, которые могут поставить под угрозу здоровье определенного лица и/или других лиц. С другой стороны, индивидуум может быть вынужден подвергнуться определенным процедурам или согласиться на определенные меры в интересах собственного здоровья и/или здоровья всего общества в целом. Иногда, как это имеет место при обязательной вакцинации против оспы и других инфекционных болезней, цель определенных мероприятий заключается не только в защите здоровья непосредственно заинтересованного лица, но также и в выполнении более важной задачи воспрепятствовать превращению этого индивидуума в источник опасности для своих соотечественников. В других случаях, например при введении обязательного применения привязных ремней водителями и пассажирами автотранспортных средств, основной целью является защита индивидуума, однако важным вторичным фактором является стремление разгрузить крайне переполненные больницы и уменьшить экономическое бремя, которое в результате гибели из-за несчастных случаев или потери трудоспособности лицами, имеющими иждивенцев, ложится на общество.

⁵⁵ См. в частности, Всемирная организация здравоохранения (1972), "Опасности для здоровья человека, связанные с окружающей средой", Женева.

⁵⁶ Brit.med.J.1974, № 3, стр. 483-84.

Существует почти полное отсутствие единства мнения в международном плане по поводу различных запретов или принудительных мероприятий (например, массовых рентгенологических исследований, фторирования воды, иодизации соли как профилактической меры против зоба и т.д.), имеющих своей целью прямую или косвенную защиту здоровья. Так, вакцинация против инфекционных болезней может быть обязательной в одной стране, и необязательной в непосредственно примыкающей стране, где опасность заболевания почти такая же. Такое отсутствие международного единства мнений наблюдается, например, и в вопросе о необходимости обязательного уведомления об инфекционных болезнях и относительно сроков, когда, при возникновении этих болезней, ученики должны быть освобождены от посещения школ.

20.1 Обязательная иммунизация против инфекционных болезней

В разных странах требования в отношении иммунизации против инфекционных болезней отличаются весьма значительно. В Соединенном Королевстве, например, с 1948 г. не проводилось обязательной вакцинации всего населения даже против оспы. С другой стороны, законодательства ряда стран, особенно Японии и в Западной Европе, предусматривают обязательную иммунизацию против многих инфекционных болезней.

Почти во всех странах первичная вакцинация против оспы в младенческом возрасте является обязательной, однако имеются различия в определении возрастных пределов, когда должна быть осуществлена вакцинация. Ревакцинация является обязательной в одних странах и необязательной — в других, но и в том случае, когда она обязательна, устанавливаются различные сроки, в которые должна быть проведена ревакцинация. Почти во всех странах, где тот или иной вид иммунизации является обязательным, от нее освобождаются лица по медицинским показаниям на основе справки, представленной от врача. Такое освобождение может быть временным или постоянным. В некоторых странах освобождение от вакцинации может быть предоставлено по политическим или религиозно-этическим убеждениям. Иммунизация, не являющаяся обязательной для всего населения, может быть обязательной для лиц определенных профессий, например, для военнослужащих, студентов медицинских и сестринских учебных заведений или для рабочих определенных профессий. Законодательство некоторых стран предусматривает финансовую компенсацию со стороны государства в случае потери трудоспособности или смерти, которые могут быть результатом обязательной иммунизации. Другие государства никак не компенсируют катастрофические последствия принудительных мер.

Помимо оспы, болезнями, против которых наиболее часто проводится обязательная иммунизация являются: дифтерия, коклюш и столбняк (обычно вводится комбинированная вакцина), полиомиелит и туберкулез.

В докладе, подготовленном участниками неофициальной технической дискуссии на Тринадцатой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, отмечалось:

"Вакцинация не является личным делом каждого. Это, в основном, дело общественное, так как цель большинства проводимых программ иммунизации состоит в создании массового иммунитета."⁵⁷

⁵⁷ "Роль иммунизации в борьбе с инфекционными заболеваниями", Тетради общественного здравоохранения, 1961, № 8, стр. 118.

Участники совещания пришли к единому мнению относительно необходимости с помощью санитарного просвещения лучше информировать общественность о тех преимуществах, которые представляют, как для индивидуума, так и для общества в целом, активные программы иммунизации. В очень немногих странах, где вакцинация против оспы перестала быть обязательной для всего населения (не только для освобожденных от вакцинации), причина отказа от такого требования состояла в том, что, несмотря на весьма редкие осложнения при первичной вакцинации, она чаще, чем сама оспа, приводит к серьезным заболеваниям и смерти.

Как отметил De Moerloose (1961 г.), трудно лишь на основании сравнений национальных статистических данных о заболеваемости показать, что принуждение плюс санитарное просвещение всегда является более эффективными, чем одно лишь санитарное просвещение.⁵⁸ Независимо от того, какие аргументы могут приводиться за или против принуждения, не может быть никакого сомнения в необходимости создания и поддержания у населения возможно высокого уровня искусственно созданного иммунитета к таким инфекционным болезням, развитие которых может быть задержано посредством таких мер. Совершенно очевидно, что пока существуют инфекционные болезни, распространенные в одних странах, но отсутствующие в других, не может быть международного единства мнения по вопросу о том, против каких болезней следует проводить, будь то добровольную или обязательную массовую иммунизацию. Однако, как свидетельствуют спорадические случаи возникновения холеры в Европе, имевшие место после длительного отсутствия случаев заболевания, все расширяющиеся масштабы международных поездок ведут к нивелированию таких различий.

20.2 Обязательное уведомление о болезнях и принудительное их лечение

В большинстве стран обязательному уведомлению подлежат лишь инфекционные болезни, хотя в ряде стран обязательному уведомлению подлежат также и такие некоторые неинфекционные состояния, как рак, профессиональные заболевания и отравление инсектицидами. Как явствует из опубликованного в ВОЗ обзора соответствующих законодательств почти 50 стран, число болезней, подлежащих обязательному уведомлению, варьирует от 10 до 70 в отдельных странах.⁵⁹ О случаях оспы уведомление является обязательным во всех странах. Иногда о случаях заболеваний следует обязательно уведомлять лишь в особых обстоятельствах. Так, может быть указание сообщать о подозреваемых случаях сальмонеллеза или другой инфекции, передаваемой через пищу во время обработки продуктов питания.

Обычно врач обязан уведомлять местные власти здравоохранения, что он диагностировал у одного из своих пациентов заболевание, о котором он должен сообщить, хотя в некоторых случаях глава семьи, один из супругов или домовладелец также обязаны сообщить об известном случае заболевания. В некоторых странах в отношении отдельных болезней обязательно требуется сообщать и о носителях инфекции.

Принуждение врача на основании закона и под страхом наказания нарушать профессиональную этику, представляет собой необычную ситуацию, единственным оправданием для которой может быть то, что этот шаг необходим в интересах общества и в некоторых случаях, но не обязательно всегда, в интересах самого больного. Могут возникнуть резко различные мнения по вопросу о том, достаточно ли оправдана необходимость в полных и точных данных по санитарной статистике. Но в том

⁵⁸ De Moerloose, J. (1961) "Обязательная или добровольная вакцинация", Тетради общественного здравоохранения, № 8, стр. 93.

⁵⁹ International Digest of Health Legislation, 1958, 9, 603-53.

случае, когда заболевание представляет серьезную угрозу для общества, как это имеет место с оспой, уведомление является лишь предюдием к срочным административным мерам по изоляции больного и вакцинации контактировавших с ним, и в данном случае нет разных мнений относительно необходимости этих мер. В случае, например, со столбняком нет угрозы обществу, однако эта болезнь в ряде стран есть тем не менее в списке болезней, о которых следует сообщать. В одних странах о венерических болезнях необходимо обязательно сообщать, в других — нет. Даже когда о них надо обязательно сообщать, многие случаи, по общему признанию оказываются незарегистрированными. В некоторых странах, где требуется обязательное уведомление о венерических заболеваниях, существует также обязательное по закону принудительное лечение, хотя такое законодательство часто предвосхищает общее признание чрезвычайной эффективности антибиотиков при лечении сифилиса и гонореи. До появления антибиотиков, а в случае гонореи до появления сульфамидных препаратов, лечение было настолько неприятным, что принуждение могло иметь значение с целью ограничения распространения болезни. В настоящее время столь мала вероятность отказа больного от лечения, что необходимость принуждения значительно уменьшилась.

20.3 Обязательное медицинское обследование

В некоторых странах вступающие в брак, или в некоторых случаях только будущий супруг, должны пройти медицинское обследование и представить сертификат о состоянии здоровья. В большинстве случаев законодательство предусматривает серологическое обследование и, как представляется, преследует ограниченную цель — выявление, главным образом, сифилиса. Прежде чем сифилис стало возможным лечить с помощью антибиотиков, было введено много соответствующих законов и в настоящее время отпали неоспоримые доводы в пользу обязательного серологического обследования всех вступающих в брак.

Другой формой медицинского обследования, которая может быть обязательной, является исследование крови у водителей автотранспортных средств, подозреваемых в опьянении. В том случае, если такое обследование не является обязательным, отказ от обследования может быть воспринят как доказательство виновности. В странах, где максимально допустимая концентрация алкоголя в крови определена законом, превышение этого уровня само по себе является уже нарушением и для наказания поэтому нет необходимости доказывать ухудшение способности управлять транспортным средством. С другой стороны, тот факт, что водитель не превысил нормы допустимого в крови алкоголя, не обязательно означает, что он не был под влиянием алкоголя.

В некоторых странах введен ряд других обязательных обследований. Примером тому может служить обнаружение в крови или моче лекарственных препаратов, вызывающих привыкание, или выявление допингов в крови лиц, участвующих в спортивных соревнованиях.

20.4 Обязательные меры самозащиты

Безусловно очевидно, что в промышленности и сельском хозяйстве некоторые меры самозащиты являются обязательными, однако поскольку эти вопросы довольно подробно рассматриваются Международной организацией труда, в данном документе они не охвачены.

Существует много данных о том, что ношение защитного ремня (привязного ремня) снижает и (как утверждают на 50%) опасность серьезных травм или гибели водителей и сидящих впереди пассажира автомобилей, попавших в аварию. В судопроизводстве по возмещению ущерба за увечья в

результате несчастных случаев на дорогах, судьи в некоторых случаях устанавливали тот факт, что непристегивание привязного ремня, является неосторожностью пострадавшего, вызвавшей несчастный случай, и соответственно снижали сумму по возмещению ущерба.⁶⁰ Многие считают, что ношение привязанных ремней необходимо сделать обязательным по закону. Статистический анализ, проведенный Викторианским отделением бюро переписи и статистики Содружества наций, находящегося в Австралии, показал, что в штате Виктория, где ношение привязных ремней стало обязательным в 1971 г., "значительно сократилось число смертей и более серьезных травм в результате несчастных случаев на дорогах".⁶¹ Противники обязательного ношения привязных ремней заявляют, что это является нарушением свободы личности, поскольку ношение привязного ремня обеспечивает защиту лишь носителю и не играет роли в предотвращении несчастных случаев. Кроме того они считают, что в некоторых случаях, когда, например, машина падает в глубокие водоемы, привязной ремень может препятствовать спасению.

Другими примерами обязательных мер самозащиты в непроизводственной ситуации является ношение шлемов мотоциклистами и спасательных курток для водителей небольших лодок.

20.5 Изоляция больных в медицинских учреждениях с целью лечения

Необходимость обязательной госпитализации больных с опасными инфекционными болезнями с целью их изоляции и предоставления им такого медицинского лечения, которое полезно для них, является настолько очевидной, что с этим связывается обычно немного формальностей. По-другому обстоит дело с больными, страдающими неорганическими психическими расстройствами, в отношении обязательной изоляции которых в большинстве стран существуют строгие положения (особенно в отношении наличия совета независимого юриста и гарантии соответствующей процедуры апелляции со стороны и пересмотра), направленные на охрану прав соответствующих лиц. Такая изоляция безусловно оправдана лишь в том случае, когда больной представляет опасность для себя самого или для других.

Общепризнано, что в том случае, когда больного можно убедить в добровольной подаче заявления о госпитализации в психиатрическую больницу, такое поведение следует предпочесть любой форме обязательной госпитализации. В ряде случаев заявление о госпитализации, написанное самим больным, может являться единственной требуемой формальностью, хотя в ряде стран также требуется врачебное свидетельство. Обычно "добровольный" больной может быть выпущен из больницы либо по собственной просьбе, либо после истечения установленного периода наблюдения. Если главный врач больницы считает, что больной после его выписки из больницы может представлять опасность для себя самого или для других, возникает необходимость в задержке больного против его воли, обычно в течение ограниченного периода по решению первой инстанции. Обычно при такой изоляции необходимо, чтобы главный врач больницы и один или несколько независимых врачей выдали больному свидетельство о том, что он не может быть выпущен из больницы, в этом случае может также потребоваться судебный ордер.

Что касается принудительной госпитализации с целью временного лечения, она возможна в ряде стран по просьбе супруга (супруги) или другого ближайшего родственника, в ряде случаев при засвидетельствовании со стороны судьи или другого сотрудника юридического учреждения по предъявлению свидетельства одного или более врачей. Обычно срок госпитализации, допускаемый при такой процедуре, исчисляется месяцами. В случае, когда необходима более длительная госпитализация, может потребоваться судебный ордер. В тех случаях, когда необходима немедленная

⁶⁰ Brit. med. J., 1974, 2, 454.

⁶¹ Pratt, W. N. B., Richardson, D.F., & Yeoh, B.M. (1973) Med. J. Austral., 60, 1109-12.

Госпитализация, она может осуществляться, особенно когда это касается бродяг, по требованию полиции или другого гражданского органа, обычно при наличии медицинского свидетельства. Обычно главные врачи психиатрических больниц обязаны через регулярные промежутки времени докладывать компетентному гражданскому органу о больных, содержащихся в больницах против их воли, и в данном случае может иметь место установленная процедура разбора апелляций против насильного содержания.

Подобные меры могут также применяться в ряде стран к алкоголикам и лицам, страдающим лекарственной зависимостью.

В заключение можно сказать, что хотя вплоть до XIX века лица, считавшиеся не в своем уме, были лишены всех прав и часто даже подвергались унижительным физическим ограничениям, с того времени отмечается прогрессивная тенденция рассматривать психиатрические больницы скорее в качестве центров лечения и реабилитации, нежели в качестве центров изоляции. Развитию данной тенденции за последние годы в значительной степени способствовало создание психотропных лекарственных средств и проведение психиатрическими больницами политики "открытых дверей".

РЕЗЮМЕ

Как указывалось во Введении, настоящий документ преследует цель рассмотреть достижения биологии и медицины, оказывающие влияние на концепцию прав человека, и в частности, права на здоровье.

Однако очевидно, что ряд вопросов, рассматриваемых в данном документе, является предметом озабоченности лишь ограниченного числа стран. Фактически трансплантация органов, нейрохирургия или медицинская отчетность, ведома с помощью ЭВМ, ограничивается лишь несколькими странами и даже среди них (как в случае трансплантации органов) — ограниченным числом граждан. На основные вопросы, а именно, в какой степени улучшение профилактического и терапевтического медицинского обслуживания приносит пользу странам и гражданам, а также в какой степени такое улучшение содействует осуществлению цели ВОЗ, сформулированной в Статье 1 ее Устава, а именно достижения всеми народами возможно высокого уровня здоровья, настоящий документ не дает ответа, ибо согласно просьбе исключительно рассматривает потенциальные проблемы, которые возникают в связи с достижениями биологии и медицины, оказывающими влияние на концепцию прав человека и проблемы здравоохранения. Определенные разделы уже в некоторой степени касались вышеупомянутого аспекта проблемы, как, например, раздел о доступности противозачаточных методов в современном мире.

В обзоре, в частности, рассматривается ряд биоэтических вопросов, и во Введении подчеркивается роль ВОЗ в этой связи. В ряде областей, где моральные, религиозные и социальные позиции могут быть весьма различными в разных странах, роль ВОЗ ограничена. Необходимо подчеркнуть насколько важна связь ВОЗ со Всемирной медицинской ассоциацией и Советом международных медицинских научных организаций (СММНО).

Здравоохранение в качестве аспекта прав человека неоднократно являлось объектом дебатов, и можно заявить, что как правило, бытующие аргументы носят неопределенный характер. В разделе 1.1 обзора говорится о роли правительственных учреждений, и в частности, органов здравоохранения, с тем чтобы показать какова их роль в охране здоровья, и это может привести к тому, что праву на здоровье будет дана соответствующая перспектива. Право на здоровье включает в себя как отрицательные, так и положительные аспекты.

Например, если позитивным аспектом является право на медицинское обслуживание и защиту от инфекционных заболеваний, то долг граждан во имя интересов всего общества подчиняться ряду требований, как например, иммунизации или другим обязательным мерам, таит в себе и некоторые негативные элементы. Как уже неоднократно указывалось, несмотря на различия в современном положении, существующем в странах, достижение цели ВОЗ зависит от экономических, просветительских и многих других факторов. Однако может быть поставлен вопрос, а именно, предпринимают ли страны достаточно усилий для защиты своих граждан от ряда опасных воздействий, таких, как например, реклама алкоголя или сигарет? В настоящем документе приводится ряд примеров, которые дают безусловно неполную картину потенциальных опасностей для права на здоровье, возникающих в результате достижений биологии и медицины. В обзоре приводится так же ряд примеров ограничений свободы личности, которые необходимо вводить, и которым необходимо подчиняться ради общества, а иногда ради самого индивидуума. Этот особый аспект посягательства на свободу человека развивается в последней части документа в разделе "Обязательные меры". Раздел, которому в обзоре уделяется основное внимание вследствие его важности в настоящий момент, посвящен проблеме проведения экспериментов на людях.

* * *